

Република Северна Македонија
Агенција за квалитет и акредитација
на здравствени установи



Republika e Maqedonisë së Veriut
Agjencia e Cilësisë dhe Akreditimit të
Institucioneve Shëndetësore



ВОДИЧ ЗА САМООЦЕНУВАЊЕ

Скопје 2022

АГЕНЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТ И АКРЕДИТАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

ВОДИЧ ЗА САМООЦЕНУВАЊЕ

Автор:

Проф д-р Елизабета Зисовска

Лирим Исахи

М-р Едита Исахи

Лекторирање:

Д-р на науки Вангелија Десподова

Момент малДОО-Скопје

Скопје, 2015

СОДРЖИНА:

1. Вовед	6
2. Унапредување на квалитетот на здравствената заштита	8
2.1. Практични пристапи за постојано унапредување на квалитетот	9
3. Акредитација	10
3.1. Стандарди за акредитација.....	11
3.1.1. Форма на стандардите	13
3.1.2. Содржина на стандардите	13
3.1.3. Цели на примената на стандардите	14
3.2. Процес на акредитација.....	15
3.3 Самооценување	16
3.3.1 Координатор за акредитација.....	16
3.3.2 Тимови за самооценување.....	17
3.3.3 Работа на тимовите за самооценување	18
3.3.4 Документација за самооценување	20
3.3.4.1 Воведниот дел треба да содржи краток опис на организацијата.....	20
3.3.4.2 Стандарди со образложение и оценка.....	20
3.3.5 Доставување на документација за извршеното самооценување	21
3.3.6 Начин на оценување	21
3.3.7 Услови за добивање акредитација	22
3.3.8 Безбедност на пациентите	23
3.3.9 Улогата на АКАЗУМ во процесот на самооценување.....	24
3.3.10. Утврдување на приоритетите, пристапот и интерната програма	24
3.3.11. Разбирање и конструктивно дејствување, со цел постојано да се унапредува квалитетот	25
3.3.12. Мерење на ефект и квалитет на работење	26
3.3.13. Индикатори за квалитет.....	26
3.3.14.Управување со несакани случувања.....	27
3.3.15 Клиничка проверка	29
3.3.16 Алати, методи и техники за анализа за унапредување на квалитетот.....	30
4. Начин на користење на алатката за самооценување	30
5. Надворешно оценување.....	31
Користена литература:	32

PËRMBAJTJA:

1. Hyrje	37
2. Përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor	38
2.1. Qasje praktike për përmirësim të vazhdueshëm të cilësisë.....	39
3. Akreditimi	41
3.1 Standardet e akreditimit	41
3.1.1. Forma e standardeve	43
3.1.2. Përmbytja e standardeve	44
3.1.3. Qëllimi i zbatimit të standardeve	44
3.2 Procesi i akreditimit	45
3.3 Vetëvlerësimi.....	46
3.3.1. Koordinator i akreditimit	47
3.3.2. Ekipet e vetëvlerësimit.....	47
3.3.3. Puna e ekipeve të vetëvlerësimit.....	48
3.3.4. Dokumentet e vetëvlerësimit	50
3.3.4.1 Pjesa hyrëse duhet të përmbajë një përshkrim të shkurtër të organizatës.....	50
3.3.4.2. Standardet me shpjegim dhe vlerësim	51
3.3.5. Dorëzimi i dokumentacionit për vetëvlerësimin e kryer.....	51
3.3.6. Mënyra e vlerësimit	51
3.3.7. Kushtet për marrjen e akreditimit	52
3.3.8. Siguria e pacientëve	53
3.3.9. Roli i ACAISH-it në procesin e vetëvlerësimit.....	54
3.3.10. Përcaktimi i prioriteteve, qasjes dhe programit të brendshëm.....	54
3.3.11. Mirëkuptim dhe veprim konstruktiv për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë.....	55
3.3.12. Matja e performancës dhe cilësisë së punës	56
3.3.13. Treguesit e cilësisë	56
3.3.14. Menaxhimi i ngjarjeve të padëshiruara.....	57
3.3.15 Ekzaminimi klinik.....	59
3.3.16. Mjetet, metodat dhe teknikat e analizës për përmirësimin e cilësisë.....	60
4. Përdorimi i mjetit të vetëvlerësimit.....	60
5. Vlerësimi i jashtëm	60
Literatura e shfrytëzuar:.....	61

1. ВОВЕД

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

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

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи е фокусирана, пред сè, во насока на реализирање на следниве цели и задачи:

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

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

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

Визија

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

Мисија

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

2. УНАПРЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

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

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

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

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

ПУК на здравствената заштита се заснова на вредностите што се вградени во концептот за квалитетот на работата и следнава усвоена секојдневна пракса на здравствените установи:

- Насоченост кон корисникот-пациентот,

- Безбедност,
- Делотворност,
- Навременост,
- Ефикасност,
- Правичност.

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

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

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

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

2.1. Практични пристапи за постојано унапредување на квалитетот

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

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

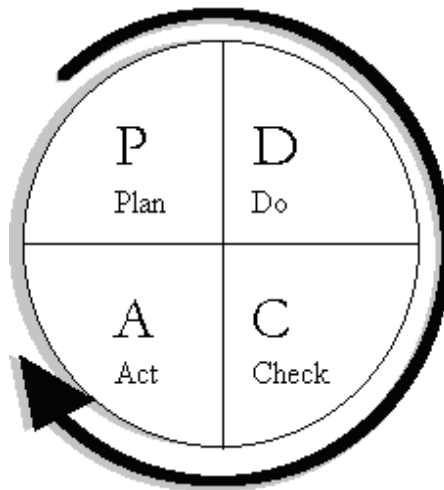
- Find a process to improve (да се најде процес за унапредување),
- Organize to improve a process (да се организира, со цел процесот да се унапреди),
- Clarify what is known (да се разјасни тоа што е познато),
- Understand variation (да се сфатат варијациите),
- Select a process improvement (да се одбере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

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

- Plan (планирање): се одредуваат роковите за средствата, активностите, обуките и целните рокови. Се осмислуваат планови за прибирање на податоци, средства за мерење на исходот и рокови за исполнување на целите.
- Do (спроведување): спроведување на интервенции и прибирање на податоци.
- Check (проверка): анализирање на резултатите од податоците и евалуација на причините за варијациите.

- Act (дејствување): преземање на мерки врз основа на добиените сознанија и одредување на следните чекори. Доколку интервенцијата е успешна, да се работи во правец на нејзино вградување како стандарден процес на работа. Во случај таа да не е успешна, да се анализираат причините за тој неуспех, да се осмислат нови решенија и да се повтори циклусот PDCA.

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



Слика 1: Циклус PDCA

3. АКРЕДИТАЦИЈА

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

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

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

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

3.1. Стандарди за акредитација

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

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

Хронологија на развивање на стандардите за акредитација

Дефинирањето на стандардите, како значаен дел од процесот на акредитација, започнува со донесувањето на Решение за формирање на работна група од претставници на Министерството за здравство на 5-ти јануари 2010 година.

Целта на формирањето на оваа работна група била да ги започне подготвителните активности со воспоставување на систем за унапредување на квалитетот во здравството, во тие рамки и процесот на акредитација и развивање на стандардите за акредитација.

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

Во мај истата година е изработен сет на стандарди врз основа на принципите на International Society for Quality of Care (ISQ-ua) за стандарди за акредитација, а исто така и врз основа на канадскиот модел на стандарди за акредитација. Со цел да се направи иницијална проценка на нивната применливост во рамките на нашите здравствени установи, оваа верзија на стандардите е дистрибуирана јавно во 40 јавни здравствени установи.

Во јуни 2010 година Министерството за здравство со допис ги информираше здравствените установи дека ќе следи и соодветна надворешна проценка.

Поради поефикасна координација на активностите, поврзани со унапредување на квалитетот на здравствената заштита, во рамките на Министерството за здравство во декември е формиран Сектор за следење и унапредување на квалитетот на здравствените услуги.

Секторот имаше привремен карактер и требаше да ги координира на национално ниво сите активности, поврзани со квалитетот, до формирањето на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи.

Покрај другите активности од областа на квалитетот, во секторот се организирани средби со експерти од различни области од медицината на кои се разгледани поединечни делови од стандардите за акредитација, со цел нивно подобрување.

Претставниците на Секторот за следење и унапредување на квалитетот на здравствени услуги, како членови на Работната група за изработка на новиот Закон за здравствена заштита, предложија и ги изработија законските одредби на новото поглавје за квалитетот на здравствената заштита.

Во рамките на овој Закон, кој влезе во сила во мај 2012 година, дефинирано е дека процесот на акредитација ќе се врши врз основа на однапред утврдени стандарди за акредитација, со што донесувањето на стандардите доби и своја законска основа. Подоцна, законската основа беше надолполнета и со други подзаконски акти, како што е Правилникот за акредитација.

Во мај 2013 година формирана е работна група за ревизија на работната верзија на стандардите од претставници од Министерството за здравство и од претставници од Јавните здравствени установи.

Во јуни истата година врз основа на сугестиите и забелешките на членовите на работната група беше ревидирана првата работна верзија која се состоеше од 9 поглавја на стандардите за акредитација и притоа се дефинираше втората работна верзија, формулирана во 6 поглавја на стандарди, за чија формулација беа земени предвид акредитирани стандарди во Австралија и во Данска.

Втората работна верзија извесно време беше достапна на веб страницата на М.З., на која стоеше и повикот до сите поединци и установи што го сочинуваат здравствениот систем на Р.М., да даваат свои сугестии, забелешки и предлози, со цел да се подобри оваа работна верзија на стандардите.

На 27 јуни 2014 година е именуван директор на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи (проф д-р Елизабета Зисовска), а во јули 2014 година е формирана Агенцијата за квалитет и акредитација на ЗУ. Во јули 2014 година е направено разгледување, со цел да се направи ревизија на втората работна верзија на стандардите со претставници на

ЈЗУ и стандардите се доставени до сите болнички здравствени установи од секундарно и од терцијарно ниво. Во август 2014 година доставени се два унифицирани прашалници за задоволство на пациенти и вработени во ЗУ. Во ноември истата година е формирана мултипрофесионална Работна група за разгледување на стандардите и нивна ревизија.

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

3.1. Форма на стандардите

Стандардите и критериумите се обележани со одредени броеви:

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

3.1.2. Содржина на стандардите

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

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

Стандардите за акредитација можат да се поделат во три категории:

- **Стандарди во врска со лекување на пациентите.** Овие стандарди се изработени за да го следат лекувањето на пациентите од моментот на приемот во установата, преку проценката, планирањето и спроведувањето на лекувањето до отпустот на пациентот. Во овој дел се изработени стандарди за операциона сала, служба за ургентна медицина, интензивна нега и стандарди за лекување што се вршат во рамките на специјалистичко- консултативните служби.

- Стандарди за работа на помошните служби. Помошни служби се служби во рамките на здравствената установа што го помагаат (следат) процесот на спроведување на лекувањето. Стандардите на клиничка поддршка се однесуваат на работата на лабораториите, аптеките и на службата за радиолошка дијагностика. Изработени се три поглавја во врска со неклинички и помошни служби: безбедност (вклучувајќи ја и контролата на ширење на инфекции, управување со медицински отпад, масовни несреќи и инцидентни ситуации, централна стерилизација и безбедно користење на опремата, материјалите, медицинските уреди и просторот), управување со информации и човечки ресурси. Во согласност со утврдените приоритети, овие стандарди опфаќаат само поединечни делови од соодветните области.
- Раководење. Овие стандарди се однесуваат на раководењето со здравствената установа и се опфатени во рамките на поглавјето раководење и управување.

3.1.3. Цели на примената на стандардите

Примената на стандардите за акредитација има за цел:

Унапредување на квалитетот:

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

Фокус на пациентот - корисниците на здравствените услуги:

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

Унапредување на организациското планирање и ефектот:

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

Безбедност:

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

Развој на стандардите:

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

Мерење на стандардите:

Стандардите обезбедуваат доследно и транспарентно проценување и мерење на нивно-то остварување.

3.2. Процес на акредитација

Процесот на акредитација опфаќа пет карактеристични етапи:

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



Слика 2. Процес на акредитација и реакредитација

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

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

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

Од голема важност е највисокото раководство на организацијата да даде поддршка на активностите што се спроведуваат во рамките на процесот на акредитација, како и да биде вклучено во целиот процес. Раководството треба да ги соопшти клучните причини зошто акредитацијата е значајна и каква корист очекува установата со преземениот процес на акредитација, како и да се ангажира во создавањето на позитивна атмосфера и ентузијазам кои ќе го поттикнат вклучувањето на сите вработени во процесот.

3.3. Самооценување

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

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

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

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

3.3.1. Координатор за акредитација

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

Улогата на координаторот за акредитација се состои од:

- одредување на членовите на тимовите за самооценување;
- проценка на потребата за обука на тимовите;

- насочување на работата на тимовите во текот на процесот на самооценување;
- координирање на работата и комуникацијата помеѓу тимовите;
- навремено обезбедување на работниот материјал (прирачници за самооценување, речник на стручни изрази итн.);
- планирање и логистичка поддршка на сите активности, поврзани со процесот на надворешно оценување;
- подготовка на документација;
- подготовка на тимовите за прашањата на надворешните оценувачи;
- комуникација со АКАЗУМ;
- подготовка на интегралниот извештај за самооценување и негово проследување до Агенцијата.

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

3.3.2. Тимови за самооценување

Тимовите за самооценување е потребно да се формираат, со цел да се спроведе јасно и сеопфатно самооценување. Учесството во тимовите треба да биде одраз на интердисциплинарен пристап, со цел да се обезбеди континуирана, сеопфатна здравствена заштита во рамките на установата, заснована на знаење и професионално искуство со кое располагаат вработените.

Составот на тимовите треба да го отсликува хоризонталниот и вертикалниот пресек на целата организација. Во тимовите би требало да бидат застапени вработените од сите образовни структури (на пример доктори, медицински сестри/техничари, економисти, инжењери, вработените од помошните служби), без оглед на нивната возраст (од постари до помлади членови).

Со цел тимовите квалитетно да работат, потребно е да:

- Се одвои време: постои огромен притисок да се остварат резултати во рекордно време. Ефикасната работа бара време и јасна цел. Форсирањето на тимовите може да резултира со нефункционално однесување и лоши резултати.
- Се примени селекција и процес на развој: промената на членовите може да доведе до регрес на тимот во поглед на работата. Вработените треба да ги унапредат своите знаења, со цел да бидат ефикасни членови на тимот.

- Се овозможи интегритет помеѓу дејствувањето и вредностите: сè што е во спротивност со постоечките вредности и принципите води кон намалување на оптималниот ефект. Слободата во иновациите ја одредува успешноста во имплементацијата.

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

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

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

3.3.3. Работа на тимовите за самооценување

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

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

Обука

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

Расправа и прибирање докази за усогласеност со критериумите и стандардите

Расправата и дебатите до кои се доаѓа кога тимовите за самооценување ги разгледуваат клучните активности на своите служби претставуваат основни активности и воедно се дополнителни вредности на процесот на акредитација. Со поттикнување на отворена расправа тимот може да одговори на следниве клучни прашања:

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

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

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

Неопходна документација/записници од состаноците на тимовите за самооценување:

- Избор на координатор за акредитација;
- Избор на членовите и формирање на тимовите за самооценување;
- Придружната документација на целокупниот преглед при самопроценка, вклучувајќи ги:
 - утврдените области во кои установата се истакнува,
 - приоритетните области за подобрување и унапредување,
 - приоритетните области, дефинирани во планот за унапредување на квалитетот,
 - заклучоците на тимовите.

3.3.4. Документација за самооценување

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

3.3.4.1. Воведниот дел треба да содржи краток опис на организацијата

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

3.3.4.2. Стандарди со образложение и оценка

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

3.3.5. Доставување на документација за извршеното самооценување

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

3.3.6. Начин на оценување

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

Оценка 1. Подразбира дека критериумот не е воведен во примена

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

Оценка 2. Подразбира дека критериумот се воведува во примена

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

Оценка 3. Подразбира дека критериумот се применува

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

Оценка 4. Подразбира напредно ниво на примена на критериумот

- комплетна документација,
- протоколите и процедурите се применуваат доследно,
- тие се разбрани од страна на сите вработени,
- препознаени се потребите на пациентите,
- нивото на ризик е намалено или целосно елиминирано,
- присутни се докази за постојано унапредување на квалитетот.

Оценка 5. Подразбира најдобра примена на критериумот

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

3.3.7. Услови за добивање акредитација

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

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

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

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

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

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

3.3.8. Безбедност на пациентите

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

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

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

АКАЗУМ цели за безбедност на пациентите (иницијални)

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

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

3.3.9. Улогата на АКАЗУМ во процесот на самооценување

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

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

АКАЗУМ може да обезбеди и едукација од областите што се важни за развој на институцијата во целина, со фокус на унапредување на квалитетот на работа и безбедноста на пациентите. Во текот на самооценувањето голем број вештини и алатки им се потребни на вработените за да ги извршат дадените задачи.

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

3.3.10. Утврдување на приоритетите, пристапот и интерната програма

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

- Кои се нејзините приоритети?
- Кои активности се посебно нагласени во стратешкиот план?
- Во каква меѓусебна поврзаност се активностите на унапредување на квалитетот и стратешките цели?
- Кои проблеми постојат?
- Дали постојат надворешни барања што треба да се задоволат?

- На кои услуги треба посебно да се обрне внимание?
- Дали постојат посебни клинички области на кои им е потребна поддршка?
- Кои ресурси ни стојат на располагање за да се унапреди квалитетот?
- Со кои вештини располагаат вработените?
- Кои се најголемите ризици?
- Кои се последиците од тие ризици?
- Која е веројатноста од појава на тие ризици?
- Кој пристап да се примени?
- Која е улогата на раководството?
- Кој е одговорен за програмата и кој ја координира?
- Како здравствената установа ќе ги вклучи вработените?
- Како организацијата ќе ги претстави своите планови за унапредување на заинтересираните страни?
- Како ќе биде следен текот на унапредувањето на квалитетот?
- Кои средства е потребно да се користат?

3.3.11. Разбирање и конструктивно дејствување, со цел постојано да се унапредува квалитетот

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

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

Постојат многу методи што можат да се користат за унапредување на работата во рамките на установата. Наредното поглавје разгледува некои од најопштите алатки. Потребно е да се користи онаа која најмногу ѝ одговара на организацијата. Примерите за ефикасни алатки

опфаќаат мерење на ефектот и на квалитетот на работењето, управување со несакани случувања, управување со култура и промени, “benchmarking” (одредници, споредување со конкуренти), патеки за постигнување на цел со анализа за варијација, следење на несакани случувања, клиничка проверка и алатки за квалитет.

3.3.12. Мерење на ефект и квалитет на работење

Од здравствените установи често се бара да им пружат податоци на многубројни заинтересирани страни за многу аспекти од нивната организација. Фокусот на вниманието на управување со перформансите настанал низ зголемување на барањата за доказите за перформансите и поставувањето во центар на унапредувањето на квалитетот и безбедноста.

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

Показатели на ефект

Показателите на ефект во здравствената установа пружаат податоци за:

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

Овие мерки се користат кај:

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

3.3.13. Индикатори за квалитет

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

3.3.14. Управување со несакани случувања

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

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

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

Табела 1. Фактори што придонесуваат при појавата на несакано случување

Различни фактори придонесуваат при појавата на несакани случувања. Винсент и соработниците (1998) имаат развиено основа за анализа на несаканите случувања, земјаќи ги предвид сите можни фактори што влијаат на појавата на несаканото случување. Дадената

Табела ги претставува различните фактори што влијаат и придонесуваат во настанувањето на несаканото случување и во основа можат да се поделат на системски и човечки.

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

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

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

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

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

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

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

Медицината денес е многу покомплексна наука и се заснова на висока технологија и се движи од поединечното пружање на услугата кон тимската работа, со што се создава дијапазон на фактори што го одредуваат квалитетот на здравствената заштита и спречувањето на појавата на несаканите случувања.

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

Основната цел на известувањето е можноста врз основа на искуствата по појавата на несаканото случување да се намали, односно да се спречи нанесувањето на штета и повреда на пациентот. Посебната цел се однесува на користење на податоците, добиени од анализата и врз основа на истражување на несаканите случувања да се овозможи стекнатите искуства да бидат достапни на здравствените установи.

Анализата на извештаите од страна на Агенцијата или од други тела може да открие опасности што во спротивно би останале неоткриени, а за кои е потребно да се преземат посебни активности. Исто така, се овозможува увид во прикриените грешки во системот и се добиваат препораки за „добра пракса“ со кои се раководат сите вработени.

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

3.3.15. Клиничка проверка

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

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

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

3.3.16. Алати, методи и техники за анализа за унапредување на квалитетот

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

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

4. Начин на користење на алатката за самооценување

Тимот за самооценување поседува алатка за самооценување која ја добива од Агенцијавта и врз основа на увидот во службата во којашто членовите на тимот се вработени ја пополнува на следниов начин:

- Ги чита стандардите и критериумите;
- Ги подготвува доказите во согласност со препораките за секој критериум и доколку располага со дополнителни докази ги впишува во предвидениот простор;
- Врши увид во состојбата на службата;
- Врз основа на претходно наведеното дава конечна оценка за тој критериум во полето предвидено за оценка;

- Постои простор за пишување на забелешки за секој критериум, доколку за тоа има потреба.

Под секој стандард постои дел за пишување на коментар што се однесува на целиот стандард.

5. Надворешно оценување

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

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА:

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

Република Северна Македонија
Агенција за квалитет и акредитација
на здравствени установи



Republika e Maqedonisë së Veriut
Agjencia e Cilësisë dhe Akreditimit të
Institucioneve Shëndetësore



UDHËZUES PËR VETËVLERËSIM

Shkup 2022

AGJENCIA E CILËSISË DHE AKREDITIMIT TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

UDHËZUES PËR VETËVLERËSIM

Autorë: Prof. dr. Elizabeta Zisovska

Lirim Isahi

Edita Isahi

Përktheu: Elif Poshka

Redaktor gjuhësor: Ismet Osmani

Moment mal DOO Skopje

Shkup, 2015

1.Hyrje

Agjencia e Cilësinë dhe Akreditimin të Institucioneve Shëndetësore në Republikën e Maqedonisë (ACAISH) është një organ i pavarur dhe i mëvetësishëm i administratës shtetërore me cilësi të personit juridik, qëllimi kryesor i të cilit është kryerja e punëve administrative, profesionale dhe zhvilluese të lidhura me akreditimin e funksionimit të institucioneve shëndetësore.

Me veprim aktiv filloi në korrik të vitit 2014, me aktin e regjistrimit të saj në Regjistrin Qendror të R së M. Për realizimin e detyrave, kompetencave dhe përgjegjësi të saj në lidhje me akreditimin e institucioneve shëndetësore, Agjencia e bazon punën e saj në Ligjin e kujdesit shëndetësor, domethënë në anëtarët e veçantë që rregullojnë punën e agjencisë.

Agjencia për cilësinë dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore fokusohet kryesisht në realizimin e objektivave dhe detyrave të mëposhtme:

- ▶ Përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve shëndetësore;
- ▶ Edukimin dhe trajnimin e personelit mjekësor në lidhje me cilësinë;
- ▶ Ndhimën në përgatitjen e udhëzimeve klinike dhe protokolleve;
- ▶ Reduktimin e rreziqeve dhe gabimeve në institucionet shëndetësore në drejtim të rritjes së sigurisë në trajtim;
- ▶ Akreditimin e institucioneve shëndetësore;
- ▶ Vlerësimin dhe përzgjedhjen e teknologjisë ekzistuese dhe futja e teknologjive të reja të nevojshme për sistemin shëndetësor.

Akreditimi si një proces për të përcaktuar nivelin e cilësisë së funksionimit të institucioneve shëndetësore, në radhë të parë kontribuon në:

- 1) Përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe efikasitetit të punës së institucioneve shëndetësore;
- 2) Rritja e nivelit të kënaqësisë së konsumatorëve të shërbimeve shëndetësore;
- 3) Sigurimin e kushteve përafërsisht të barabarta të funksionimit të institucioneve shëndetësore;
- 4) Sigurimin e harmonizimit të procedurave, kërkesave dhe propozimeve të rregulloreve kombëtare me ato evropiane, në përputhje me dinamikën e qasjes së Republikës së Maqedonisë në BE në fushën e monitorimit dhe përparimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe akreditimit të institucioneve shëndetësore;
- 5) Zbatimin me sukses të standardeve të akreditimit në institucionet e kujdesit shëndetësor nga niveli sekondar dhe terciar.

Vizioni

Agjencia e Cilësinë dhe Akreditimin të Institucioneve Shëndetësore është institucioni kryesor në realizimin e procesit të monitorimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe një nga aktorët kyç në sistemin shëndetësor të Republikës së Maqedonisë që kontribuon në përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe sigurisë së pacientëve dhe punonjësve të kujdesit shëndetësor. Detyrë e veçantë e Agjencisë është që nëpërmjet zbatimit të procedurës së akreditimit të institucioneve shëndetësore të mundësojë që ato të kontribuojnë për një efikasitet më të madh të sistemit shëndetësor si pjesë e tij.

Misioni

Agjencia e Cilësinë dhe Akreditimin të Institucioneve Shëndetësore kontribuon në sigurimin e cilësisë dhe sigurisë në kujdesin shëndetësor përmes procesit të akreditimit dhe riakreditimit të institucioneve shëndetësore. Zhvillon, rishikon dhe përmirëson standardet e kujdesit shëndetësor në institucionet shëndetësore, bën verifikimin e zbatimit të standardevë dhe u jep ndihmë profesionale institucioneve shëndetësore për përgatitjen e suksesshme për procesin e vlerësimit të jashtëm, si dhe monitorimin e mirëmbajtjes dhe përparimit të kujdesit shëndetësor pas akreditimit.

2. PËRMIRËSIMI I CILËSISË SË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Cilësia e kujdesit shëndetësor njihet si një nga tiparet më të rëndësishme të sistemit të kujdesit shëndetësor, si në sektorin publik ashtu edhe në sektorin privat. Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë (në tekstin e mëtejshëm PVC) së punës dhe sigurisë së pacientëve janë pjesë përbërëse e aktiviteteve të përditshme të punonjësve shëndetësorë dhe të të gjithë punonjësve të tjerë në sistemin shëndetësor. PVC paraqet një proces i vazhdueshëm që synon të arrijë një nivel më të lartë të efikasitetit dhe suksesit në punë, si dhe një kënaqësi më të madhe për përdoruesit e shërbimeve shëndetësore dhe ata që ofrojnë këto shërbime shëndetësore.

PVC kërkon një kulturë cilësie që përfshin në mënyrë të barabartë të gjitha palët e interesuara - përdoruesit, ofruesit e shërbimeve shëndetësore, mbështetësit financiarë të sistemit shëndetësor dhe krijuesit e politikave shëndetësore. Perceptimi tradicional i mëparshëm se punonjësit e kujdesit shëndetësor si ofruesit e drejtpërdrejtë të shërbimeve shëndetësore janë të vetmit përgjegjës për cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar, zëvendësohet me një qasje të re që njeh rëndësinë e organizatës si një e tërë, dhe në veçanti rolin e menaxhimit, si dhe procesin e përgjithshëm të punës në krahasim me zbatimin individual në përmbushjen e nevojave të përdoruesve.

Strategjia e ACAISH-it për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe sigurisë së pacientëve, e cila ka për qëllim arritjen e një niveli më të lartë të cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve, përcaktohet në bazë të objektivave strategjike të mëposhtme:

1. Krijim të kushteve që mundësojnë që pacienti të jetë në qendër të sistemit të kujdesit shëndetësor;
2. Përpunim të punës profesionale të punonjësve të kujdesit shëndetësor në bazë të zhvillimit të njohurive dhe aftësive specifike, dhe në drejtim të ngritjes së ndërgjegjësimit për rëndësinë e PVC-së të kujdesit shëndetësor;
3. Krijim të kushteve që promovojnë kulturën e kujdesit shëndetësor dhe sigurisë së pacientëve në institucionet shëndetësore;
4. Garantim të sigurisë dhe kosto-efektivitetit të teknologjive shëndetësore;
5. Sigurimi i nxitjes financiare për PVC-në e kujdesit shëndetësor dhe sigurisë së pacientëve.

PVC e kujdesit shëndetësor bazohet në vlerat e përfshira në konceptin e cilësisë së punës dhe në praktikën e mëposhtme të miratuar në institucionet shëndetësore:

- Orientim drejt përdoruesit-pacient;
- Siguri;
- Efektivitet;
- Kohëzgjatje;
- Efkasitet;
- Drejtësi.

Për të arritur dhe realizuar secilin nga parimet e PVC-së, është e nevojshme të përcaktohen standarde dhe tregues për tre aspekte bazë të kujdesit shëndetësor, përkatësisht: strukturën, procesin dhe rezultatin.

Sipas ligjit për kujdesin shëndetësor, ACAISH përcakton standardet për akreditimin e institucioneve shëndetësore dhe vlerëson cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar.

Akreditimi paraqet një instrument me ndihmën e të cilit PVC mund të arrijë ndikimin më të madh në të gjithë institucionin shëndetësor.

Përderisa sistemi i PVC-së funksionon plotësisht, përmirësimi i cilësisë bëhet pjesë e punës së përditshme të punonjësve në drejtim të ngritjes së vetëdijes se secili prej tyre është përgjegjës për cilësinë e punës së vet dhe për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së saj.

2.1 Qasje praktike për përmirësim të vazhdueshëm të cilësisë

PVC është adaptuar në disa mënyra në kuadër të sistemit shëndetësor. Një nga këto qasje është cikli FOCUS - PDCA.

Mbi të gjitha, FOCUS- i (përqendrimi) në një temë të caktuar është i rëndësishëm:

- Find a process to improve (të gjesësh procesin për përmirësim)
- Organize to improve a process (organizimi për të avancuar procesin)
- Clarify what is known (qartëso atë që dihet)
- Understand variation (të kuptosh variacionet)
- Select a process improvement (përzgjidh procesin e përmirësimit).
Më pas është e nevojshme t'i qasemi planit për përmirësimin e procesit (PDCA).
- Plan (planifikimi): Përcaktohen afatet për mjetet, aktivitetet, trajnimet dhe afatet e objektivave.
Hartohen planet për mbledhjen e të dhënave, mjetet për matjen e rezultatit dhe afatet për përmbushjen e objektivave.
- Do (zbatimi): zbatimi i ndërhyrjeve dhe mbledhja e të dhënave.
- Check (Kontrollimi): analizimi i rezultateve nga të dhënat dhe evaluimi i shkaqeve për variacionet.
- Act (veprimi): marrja e masave bazuar në informacionin e marrë dhe përcaktimi i hapave të mëtejshëm. Përderisa ndërhyrja është e suksesshme, të punohet në drejtim të përfshirjes së saj si një proces standard pune. Në rast se nuk ka sukses, të analizohen arsyet e atij dështimi, të mendohen zgjidhje të reja dhe të përsëritet cikli PDCA.

Cikli PDCA paraqet një listë kontrolli të katër fazave nëpër të cilat duhet kaluar në mënyrë që të kalohet nga përballja me problemin në zgjidhjen e tij. Katër fazat janë: planifikimi, zbatimi, verifikimi dhe veprimi, dhe ato kryhen siç tregohet në Figurën 1:

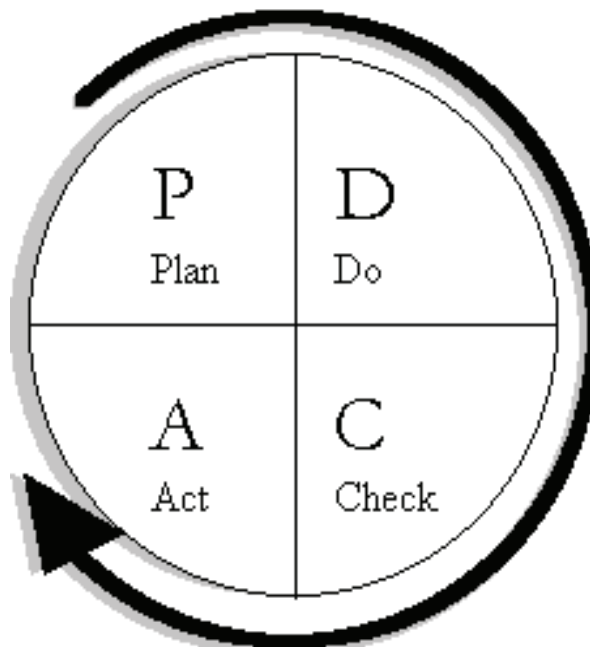


Figura 1: Cikli PDCA

3. Akreditimi

Akreditimi është një proces për vlerësimin e cilësisë së punës së institucioneve shëndetësore bazuar në zbatimin e nivelit optimal të standardeve të vendosura paraprkisht për punën e institucioneve shëndetësore në një fushë të caktuar të kujdesit shëndetësor, gjegjësisht në një degë të caktuar të mjekësisë.

Sot gjithnjë e më tepër ka kërkesa në rritje për vlerësim të jashtëm dhe të pavarur të suksesit të ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Akreditimi, si forma më e vjetër dhe më e njohur e vlerësimit të jashtëm të punës së institucioneve shëndetësore në botë, zbaton standardet e cilësisë. Akreditimi i ndihmon institucionet shëndetësore të zbulojnë pikat e tyre të forta dhe mundësitë për përmirësim, njëkohësisht duke kuptuar gjithashtu më mirë qëllimet dhe ndërlikueshmërinë e punës së tyre. Pasi ta shohin këtë, institucionet do të jenë në gjendje të angazhohen për plane afatshkurtra dhe afatgjata për të përmirësuar rezultatet e punës dhe për të filluar përdorimin e burimeve të disponueshme në mënyrën më efektive të mundshme.

Akreditimi përfshin vlerësimin nga ana e vetë të institucionit për të vlerësuar nivelin e përputhshmërisë me standardet e përcaktuara. Ekipi i vlerësuesve të jashtëm vlerëson po ashtu edhe përputhshmërinë e punës së institucionit me standardet. Procesi i akreditimit është krijuar për të ofruar një kornizë që do t'u mundësojë institucioneve të kujdesit shëndetësor të përcaktojnë dhe zbatojnë ndryshimet e nevojshme dhe të përcaktojnë prioritetet për përmirësimin e vazhdueshëm të shërbimeve të shërbimeve shëndetësore që ofrojnë.

3.1 Standardet e akreditimit

Standardi është niveli i dëshiruar i performancës që mund të arrihet dhe me të cilin mund të krahasohet niveli ekzistues i performancës.

Akreditimi bazohet në standarde që mund të arrihen përmes një sërë aktiviteteve të përcaktuara në kritere. Çdo standard ka më shumë kritere. Kriteret paraqesin hapa të qartë, gjegjësisht aktivitete që duhet të ndërmerren për të përmbushur standardin. Standardet nënkuptojnë nivel optimal të cilësisë dhe sigurisë dhe kanë për qëllim përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor të ofruar në kuadër të institucioneve shëndetësore në Republikën e Maqedonisë.

Kronologjia e zhvillimit të standardeve të akreditimit

Përcaktimi i standardeve si pjesë e rëndësishme e procesit të akreditimit fillon me miratimin e Vendimit për formimin e një grupi pune nga përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë më 5 janar të vitit 2010.

Qëllimi i krijimit të këtij grupi punues ishte fillimi i aktiviteteve përgatitore duke krijuar një sistem për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor, në kuadër të së cilit zhvillohet procesi i akreditimit dhe zhvillimi i standardeve të akreditimit.

Me qëllim që standardet të zhvillohen sa më cilësore dhe të përshtatshme, dhe në të njëjtën kohë të sigurohet një përfshirje më e madhe dhe konsensus më i gjerë, më 25 mars 2010 u miratua Vendimi për krijimin e një grupi pune të zgjeruar me përfaqësues të institucioneve përkatëse jashtë Ministrisë së Shëndetësisë (MSH).

Në maj të të njëjtit vit, u zhvillua një grup standardesh bazuar në parimet e Shoqatës Ndërkombëtare për Cilësinë e Kujdesit (ISQ-ua) për standardet e akreditimit, dhe gjithashtu bazuar në modelin kanadez të standardeve të akreditimit. Për të vlerësuar fillimisht zbatimin e tyre brenda institucioneve tona shëndetësore, ky version i standardeve shpërndahet publikisht në 40 institucione shëndetësore publike.

Në qershor të vitit 2010, Ministria e Shëndetësisë me shkresë ka njoftuar institucionet shëndetësore se do të pasohet një vlerësim i duhur i jashtëm.

Për shkak të koordinimit më efikas të aktiviteteve që kanë të bëjnë me përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor, në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë në dhjetor është themeluar Sektori për Monitorimin dhe Përmirësimin e Cilësisë së Shërbimeve Shëndetësore.

Sektori kishte karakter të përkohshëm dhe duhej të koordinonte në nivel kombëtar të gjitha aktivitetet lidhur me cilësinë deri në themelimin e Agjencisë për cilësinë dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore.

Krahas aktiviteteve të tjera në fushën e cilësisë, sektori organizon takime me ekspertë të fushave të ndryshme të mjekësisë në të cilat rishikohen pjesë të veçanta të standardeve të akreditimit, me qëllim përmirësimin e tyre.

Përfaqësuesit e Sektorit për Monitorim dhe Përmirësim të Cilësisë së Shërbimeve Shëndetësore si anëtarë të grupit punues për hartimin e Ligjit të ri për kujdesin shëndetësor, propozuan dhe hartuan dispozitat ligjore të kapitullit të ri për cilësinë e kujdesit shëndetësor.

Në kuadër të këtij ligji, i cili ka hyrë në fuqi në maj të vitit 2012, është përcaktuar se procesi i akreditimit do të kryhet në bazë të standardeve të paracaktuara të akreditimit, në mënyrë që miratimi

i standardeve të marrë bazën e vet ligjore. Më vonë, baza ligjore u plotësua me akte të tjera nënligjore, siç është Rregullorja e Akreditimit.

Në maj të vitit 2013, u formua një grup pune për rishikimin e versionit të punës së standardeve, i përbërë nga përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë dhe përfaqësues të institucioneve shëndetësore publike.

Në qershor të po këtij viti, bazuar në sugjerimet dhe vërejtjet e anëtarëve të grupit të punës, u rishikua versioni i parë i punës, i cili përbëhej nga 9 kapituj të standardeve të akreditimit, dhe versioni i dytë i punës i formuluar në 6 kapituj të standardeve të përcaktuara për formulimin e të cilave janë marrë parasysh standardet e akredituara në Australi dhe Danimarkë.

Versioni i dytë i punës ishte i disponueshëm për një kohë në web-faqen e MSH-së, i cili përfshinte thirrje për të gjithë individët dhe institucionet që e përbëjnë sistemin shëndetësor të Republikës së Maqedonisë, që të japin sugjerimet, vërejtjet dhe propozimet e tyre me qëllim përmirësimin e këtij versionit të standardeve.

Më 27 qershor të vitit 2014 emërohet Drejtor i Agjencisë për cilësinë dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore (Prof. Dr. Elizabeta Zisovska), ndërsa në korrik të vitit 2014 është themeluar Agjencia për cilësinë dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore. Në korrik të vitit 2014 është bërë një rishikim për rishqyrtimin e versionit të dytë të punës të standardeve me përfaqësues të ISHP-së dhe standardet janë dorëzuar në të gjitha institucionet shëndetësore spitalore të nivelit dytësor dhe terciar. Në gusht të vitit 2014, u dorëzuan dy pyetësorë të unifikuar për kënaqësinë e pacientëve dhe punonjësve. Në nëntor të po njëjtit vit, u krijua një grup pune multiprofesional për të rishqyrtuar standardet dhe rishikuar ato.

Në seancën e 63-të të Qeverisë së Republikës së Maqedonisë janë Standardet e akreditimit në nivel kombëtar dhe ky vendim është botuar në “Gazetën Zyrtare të Republikës së Maqedonisë” nr. 47/15, teksti integral në “Gazetën Zyrtare të Republikës së Maqedonisë” nr. 92/2015.

3.1.1. Forma e standardeve

Standardet dhe kriteret janë shënuar me numra të caktuar:

- Standardet janë shënuar me numrat 1.0, 2.0, 3.0 etj. Standardi është niveli i dëshiruar i veprimit që mund të arrihet dhe me të cilin mund të krahasohet niveli ekzistues i veprimit.
- Kriteret janë të renditura poshtë standardeve dhe shënohen me numra: 1.1, 1.2, 1.3 etj. Kriteret përfaqësojnë hapa të qartë ose veprime që duhet të merren për të përmbushur standardin.

3.1.2. Përmbajtja e standardeve

Standardet e zhvilluara I referohen institucioneve spitalore dhe janë të ndarë në kapitujt e mëposhtëm:

- Menaxhimi;
- Burimet njerëzore;
- Menaxhimi i informacionit;
- Siguria (menaxhimi i rrezikut);
- Trajtimi i pacientëve;
- Shërbime të veçanta klinike.

Standardet e akreditimit mund të ndahen në tri kategori:

- **Standardet në lidhje me trajtimin e pacientëve.** Këto standarde janë krijuar për të monitoruar trajtimin e pacientëve që nga momenti i pranimit në institucion, nëpërmjet vlerësimit, planifikimit dhe zbatimit të trajtimit deri në daljen e pacientit. Në këtë seksion janë zhvilluar standardet për sallën e operacionit, shërbimin e mjekësisë urgjente, kujdesin intensiv dhe standardet e trajtimit që kryhen në kuadër të shërbimeve të specializuara dhe këshilluese.
- **Standardet për punën e shërbimeve ndihmëse.** Shërbimet ndihmëse janë shërbime brenda institucionit shëndetësor që asistojnë (monitorojnë) procesin e zbatimit të trajtimit. Standardet e mbështetjes klinike i referohen punës së laboratorëve, farmacive dhe shërbimit të diagnostikimit radiologjik. Tre kapituj janë hartuar në lidhje me shërbimet joklinike dhe ndihmëse: siguria (duke përfshirë kontrollin e përhapjes së infeksioneve, menaxhimin e mbeturinave mjekësore, aksidentet masive dhe incidentet, sterilizimin qendror dhe përdorimin e sigurt të pajisjeve, materialeve, pajisjeve mjekësore dhe hapësirës), menaxhimin e informacionit dhe burimet njerëzore. Në përputhje me prioritetet e përcaktuara, këto standarde mbulojnë vetëm pjesë të caktuara të fushave përkatëse.
- **Menaxhimi.** Këto standarde i referohen menaxhimit të institucionit shëndetësor dhe mbulohen në kuadër të kapitullit për menaxhimin dhe qeverisjen.

3.1.3. Qëllimi i zbatimit të standardeve

Aplikimi i standardeve të akreditimit ka për qëllim:

Përmirësimin e cilësisë:

Standardet janë krijuar për të inkurajuar institucionet shëndetësore të përmirësojnë cilësinë e punës së tyre, si brenda institucioneve të tyre, ashtu edhe në nivelin e sistemit shëndetësor më të gjerë.

Fokusin e pacientit - përdoruesit e shërbimeve shëndetësore:

Standardet janë krijuar me fokus në pacientët - përdoruesit e shërbimeve shëndetësore dhe nënkuptojnë një proces të vazhdueshëm të monitorimit dhe trajtimit të pacientit nga momenti i pranimit në institucion deri në daljen e pacientit.

Përmirësimin e planifikimit dhe performancës organizative:

Standardet janë krijuar për të vlerësuar kapacitetin e punës dhe efikasitetin e punës së institucionit shëndetësor.

Sigurinë:

Standardet përmbajnë masa për të mbrojtur dhe për të përmirësuar sigurinë e pacientëve - përdoruesit e shërbimeve shëndetësore, punonjësit dhe të gjithë të tjerët që do të gjenden në kontakt me institucionin shëndetësor.

Zhvillimin e standardeve:

Standardet janë planifikuar, formuluar dhe vlerësuar në bazë të parimeve të përcaktuara paraprakisht (parimet ISQua për përgatitjen e standardeve të akreditimit).

Matjen e standardeve:

Standardet sigurojnë vlerësim dhe matje të qëndrueshme dhe transparente të arritjes së tyre.

3.2 Procesi i akreditimit

Procesi i akreditimit përfshin pesë faza karakteristike:

1. Përgatitja e institucionit shëndetësor;
2. Vetëvlerësimi;
3. Vlerësimi i vlerësuesve të jashtëm të përputhshmërisë së funksionimit të institucionit me standardet e akreditimit;
4. Përgatitja e raportit përfundimtar dhe vendimi për dhënien e akreditimit nga ACAISH;
5. Vlerësimi i vazhdueshëm dhe monitorimi i zbatimit të planit të përmirësimit të cilësisë



Figura 2. Procesi i akreditimit dhe riakreditimi

Nëse me aktin e themelimit të një institucioni shëndetësor (spitali) disa shërbime shëndetësore nuk kryhen dhe disa shërbime mungojnë, institucioni shëndetësor para se të paraqesë kërkesën për vlerësim të jashtëm, i paraqet Agjencisë kërkesën për lirim nga standardet individuale me arsyetimin e detajuar dhe provat që mbështesin kërkesën. Pas shqyrtimit të kërkesës së tillë, agjencia miraton ose refuzon kërkesën dhe në bazë të këtij vendimi, planifikon në një fazë të mëtejshme kohëzgjatjen e vlerësimit të jashtëm.

Procesi i akreditimit kryhet me qëllim të sigurimit të suksesit në përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë. Megjithëse mënyra se si një organizatë i qaset akreditimit mund të jetë mjaft e ndryshme, disa aspekte kyçe duhet të plotësohen për të siguruar menaxhimin dhe koordinimin e duhur të procesit të akreditimit. Kjo ka të bëjë me këtë:

- Mbështetjen për udhëheqjen më të lartë hierarkike;
- Caktimin e një koordinatori akreditimi;
- Formimin e ekipeve të vetëvlerësimit.

Është shumë e rëndësishme që menaxhimi më i lartë i organizatës të mbështesë aktivitetet e kryera në kuadër të procesit të akreditimit dhe të përfshihet në të gjithë procesin. Drejtuesi duhet të deklarojë arsyet kryesore pse akreditimi është i rëndësishëm dhe çfarë përfitimi pret institucioni me procesin e akreditimit, si dhe të angazhohet në krijimin e një atmosfere pozitive dhe entuziazmi që do të inkurajojë përfshirjen e të gjithë punonjësve në proces.

3.3. Vetëvlerësimi

Vetëvlerësimi kryhet nga institucioni me qëllim të vlerësimit të nivelit të përputhshmërisë së punës së tij me standardet e përcaktuara të akreditimit.

Vetëvlerësimi ofron mundësinë për një organizatë për të rishikuar punën e saj dhe për ta vlerësuar atë në përputhje me standardet e akreditimit, domethënë për të vlerësuar:

- ku ishte i vendosur më parë institucioni,

- ku është aktualisht,
- ku e sheh veten në të ardhmen.

Vetëvlerësimi i paraqet punonjësve se cilat aktivitete zbatohen siç duhet, cilat janë fushat që kërkojnë përparim, gjegjësisht cilat janë avantazhet dhe dobësitë brenda organizatës.

3.3.1. Koordinator i akreditimit

Pas fillimit të procesit të akreditimit, institucioni para së gjithash emëron një koordinator akreditimi, i cili është përgjegjës për koordinimin e ekipeve të vetë-vlerësimit dhe për përgatitjen e raportit të plotë të vetëvlerësimit.

Roli i koordinatorit të akreditimit përbëhet nga:

- Përcaktimi i anëtarëve të ekipit të vetëvlerësimit;
- Vlerësimi i nevojës për trajnimin e ekipeve;
- Drejtimi i punës së ekipeve gjatë procesit të vetëvlerësimit;
- Koordinimi i punës dhe komunikimi ndërmjet ekipeve;
- Sigurimi në kohë i materialeve të punës (manuale për vetëvlerësim, fjalor i shprehjeve profesionale, etj.);
- Planifikimi dhe mbështetja logjistike e të gjitha aktiviteteve që lidhen me procesin e vlerësimit të jashtëm;
- Përgatitja e dokumentacionit;
- Përgatitja e ekipeve për pyetjet e vlerësuesve të jashtëm;
- Komunikimi me ACAISH;
- Përgatitja e raportit integral të vetëvlerësimit dhe dorëzimi i tij në Agjenci.

Koordinatori i akreditimit mund të jetë një funksion i veçantë ose integral - për shembull, mund të jetë kryetari i komisionit të cilësisë. Koordinatori i akreditimit duhet të ketë aftësi në fushën e përparimit të cilësisë, sigurisë së pacientëve dhe menaxhimit të ndryshimeve, si dhe të ketë njohuri të mira të procedurës së akreditimit.

3.3.2. Ekipet e vetëvlerësimit

Ekipet e vetëvlerësimit duhet të formohen për të kryer një vetëvlerësim të qartë dhe gjithëpërfshirës. Pjesëmarrja në ekipe duhet të jetë një pasqyrim i një qasjeje ndërdisiplinore për të ofruar kujdes shëndetësor të vazhdueshëm dhe gjithëpërfshirës brenda institucionit bazuar në njohuritë dhe përvojën profesionale që punonjësit kanë në dispozicion. Përbërja e ekipeve duhet të pasqyrojë kryqëzimin horizontal dhe vertikal të të gjithë organizatës. Ekipet duhet të përfshijnë punonjës nga të gjitha strukturat arsimore (p.sh. mjekë, infermierë/ teknikë,

ekonomistë, inxhinierë, punonjës të shërbimeve ndihmëse), pavarësisht nga mosha e tyre (nga anëtarët e moshuar deri te të rinjtë).

Në mënyrë që ekipet të punojnë mirë, është e nevojshme që:

- Të ndahet koha:* Ekziston një presion i madh për të arritur rezultate në një kohë rekord. Puna efektive kërkon kohë dhe një qëllim të qartë. Detyrimi i ekipeve mund të rezultojë në sjellje jofunksionale dhe rezultate të këqija.
- Të aplikohet përzgjedhja dhe procesi i zhvillimit:* Ndryshimi i anëtarëve mund të çojë në një regres të ekipit në aspektin e punës. Punonjësit duhet të përmirësojnë njohuritë e tyre në mënyrë që të jenë anëtarë efektivë të ekipit.
- Të sigurohet integritet ndërmjet veprimet dhe vlerave:* Çdo gjë që është në kundërshtim me vlerat dhe parimet ekzistuese çon në zvogëlimin e performancës optimale. Liria në inovacion përcakton suksesin në zbatim.

Nuk ka recetë më të mirë për të ndërtuar dhe realizuar punën e ekipit. Ekipi duhet të njihet dhe të punojë në përputhje me vizionin, qëllimet dhe kornizën e funksionimit të vetë institucionit.

Ekipet e vetëvlerësimit formohen në bazë të standardeve që mbulojnë fushat klinike dhe joklinike në institucion. Fushat klinike janë të lidhura me trajtimin e pacientëve dhe shërbimet specifike klinike. Fushat jo klinike kanë të bëjnë me qeverisjen dhe menaxhimin, burimet njerëzore, menaxhimin e informacionit dhe sigurinë e pacientit.

Rekomandohet që secili prej ekipeve të përbëhet nga 3-5 anëtarë (numri i anëtarëve varet nga madhësia e institucionit dhe shërbimit).

3.3.3. Puna e ekipeve të vetëvlerësimit

Procedura e vetëvlerësimit kryhet nga ekipet për një periudhë maksimale prej gjashtë muajsh pasi të konstatohet se spitali është i përgatitur mjaftueshëm. Gjatë asaj periudhe ekipet takohen rregullisht. Përvoja ka treguar se frekuenca e takimeve të ekipeve ndryshon, duke filluar nga ato takime që zgjasin 1 deri në 2 orë një herë në javë, deri në ato takime që zgjasin një kohë pune në muaj.

Pavarësisht nga mënyra e përcaktuar e punës që zbatohet, është e nevojshme që ekipet e vetëvlerësimit të ndjekin dy hapat e mëposhtëm kyç në atë proces:

- Trajnim
- Diskutim dhe mbledhje provash për pajtueshmërinë me kriteret/standartet.

Trajnim

Të gjithë anëtarët e ekipit duhet të lexojnë për standardet dhe kriteret e akreditimit, dhe jo vetëm për atë që vlen për ekipin e tyre, në mënyrë që të qartësojnë se cilës fushë i referohet secili prej tyre. Megjithatë, vëmendja më e madhe duhet t'i kushtohet standardeve dhe kriterëve që lidhen me pjesën e punës për të cilën duhet të sigurohet dëshmi. Trajnimi i anëtarëve të ekipit kryhet nga ACAISH.

Diskutimi dhe mbledhja e provave për përputhshmërinë me kriteret dhe standardet

Diskutimet dhe debatet që vijnë kur ekipet e vetëvlerësimit shqyrtojnë aktivitetet kyçe të shërbimeve të tyre përfaqësojnë aktivitete themelore dhe njëkohësisht janë vlera shtesë të procesit të akreditimit. Duke inkurajuar një debat të hapur, ekipi mund të përgjigjet në pyetjet kryesore të mëposhtme:

- Cilat aktivitete i zbatojmë në lidhje me këtë kriter?
- Çfarë është ajo që ne e bëjmë mirë?
- Çfarë mund të përmirësojmë?
- A po marrim ndonjë veprim në këtë drejtim?
- A kemi ndonjë provë që mund të verifikojmë se çfarë po bëjmë?
- Kujt tjetër mund t'i drejtohem për një opinion për të marrë një pamje më të qartë se si punojmë? Punëtorët e tjerë? Agjencinë?

Brenda secilit standard ka një shpjegim për të njëjtin standard dhe për secilin kriter ofrohet dëshmi për të siguruar përputhshmërinë me kriterin që vlerësohet. **Provat nuk janë përfundimtare dhe duhet të kuptohen si udhëzime që do t'i ndihmojnë ekipet të përcaktojnë pikën fillestare të punës së tyre të vetëvlerësimit. Provat e propozuara mund të plotësohen me prova të reja nëse ekipet e gjykojnë të nevojshme.**

Gjatë punës, ekipet duhet të përpiqen të zbulojnë se sa është e harmonizuar puna e institucionit me kriteret individuale. Kur nuk ka dëshmi adekuate për një kriter të vetëm, ekipi duhet të bëjë një plan për masat që do të marrë për të përmirësuar dhe përparuar cilësinë e punës. Është e nevojshme që ekipi të jetë dakord dhe të marrë parasysh këtë paralajmërim, pasi këto janë të dhënat mbi bazën e të cilave do të plotësohet dokumentacioni për vetëvlerësimin.

Dokumentacioni/procesverbali i nevojshëm nga takimet e ekipeve të vetëvlerësimit:

- Përzgjedhja e koordinatorit të akreditimit;
- Përzgjedhja e anëtarëve dhe formimi i ekipeve të vetëvlerësimit;
- Dokumentacioni shoqëruar i ekzaminimit të plotë të vetëvlerësimit, duke përfshirë:
 - fushat e caktuara në të cilat institucioni dallohet,
 - fushat me prioritet për përmirësim dhe promovim,
 - fushat me prioritet të përcaktuara në planin e përmirësimit të cilësisë, - konkluzionet e ekipeve.

3.3.4. Dokumentet e vetëvlerësimit

Pas përfundimit të vetëvlerësimit, institucioni dorëzon në adresën e ACAISH-it dokumentacionin specifik i cili përbëhet nga pjesa hyrëse dhe pjesa që i referohet standardeve me shpjegim dhe vlerësim.

3.3.4.1. Pjesa hyrëse duhet të përmbajë një përshkrim të shkurtër të organizatës

- Numri dhe llojet e shërbimeve brenda institucionit shëndetësor;
- Përshkrimi i shkurtër i llojeve të shërbimeve (nivelet primare, sekondare dhe terciare);
- Të dhënat kryesore të spitalit:
 - numri i pacientëve të shtruar në spital në vitin e kaluar,
 - kohëzgjatja mesatare e trajtimit në spital gjatë vitit të kaluar,
 - numri i shtretërve spitalorë,
 - zënia mesatare e shtretërve në %,
 - numri i shtretërve (kategoria 3) në kujdesin intensiv,
 - numri i pacientëve të shtruar në spital të pranuar si raste emergjente,
 - përqindja e vdekjeve gjatë 48 orëve të para të pranimit,
 - numri i ekzaminimeve ambulatorë në vitin e kaluar,
 - numri i pacientëve në një spitalin ditor gjatë vitit të kaluar,
 - numri mesatar i ditëve të trajtimit në spitalin ditor,
 - numri i dializave,
 - përqindja e pacientëve të referuar në një institucion tjetër shëndetësor,
 - numri i ndërhyrjeve kirurgjikale të kryera,
 - numri mesatar i ditëve të trajtimit para pre-operativë,
 - numri i anestetikëve të dhëna nga anesteziologu,
 - numri i lindjeve,

- numri i lindjeve me operacion cezarian,
- numri mesatar i infermierëve për shtretër të ngarkuar spitalor.

3.3.4.2. Standardet me shpjegim dhe vlerësim

Pjesa tjetër e dokumentacionit të vetëvlerësimit përmban të gjitha standardet me shpjegim dhe vlerësim. Mjeti i vetëvlerësimit i ofruar nga ACAISH-i duhet të plotësohet në formë elektronike dhe të printuar.

3.3.5. Dorëzimi i dokumentacionit për vetëvlerësimin e kryer

Koordinatori i akreditimit dorëzon në ACAISH të gjithë dokumentacionin për vetëvlerësim brenda afatit të caktuar. Informacione të hollësishme për mënyrën se si do të dërgohen të dhënat në ACAISH do të jepen nga personi përgjegjës për komunikim me institucionet shëndetësore.

3.3.6. Mënyra e vlerësimit

Përmbushja e kriterëve përdoret për të treguar nivelin e përputhshmërisë që një institucion shëndetësor ka arritur për secilën nga kriteret e standardeve. Vlerësimet janë nga 1 deri në 5:

Vlerësimi 1. Nënkupton se kriteri nuk është futur në zbatim

- është e nevojshme të shpjegohen arsyet pse kriteri nuk është futur në zbatim dhe të propozohen masat dhe aktivitetet që do të ndërmerren për futjen e tij në zbatim.

Vlerësimi 2. Nënkupton se kriteri është futur në zbatim

- protokollat dhe procedurat janë duke u përgatitur dhe dokumentacioni i pamjaftueshëm është futur në zbatim,
- të kuptuarit e pamjaftueshëm nga pacientët,
- mungesa e praktikës dhe koordinimit të vazhdueshëm,
- ekzistenca e rrezikut,
- është e nevojshme të propozohen masat dhe veprimet që do të ndërmerren në mënyrë që kriteri të zbatohet në mënyrë adekuate.

Vlerësimi 3. Nënkupton që kriteri po zbatohet

- procedurat janë kryesisht të zbatueshme, ka mungesë të dokumentacionit të përshtatshëm,
- nuk ka zbatim të qëndrueshëm dhe nuk është e kuptueshme nga punonjësit,

- nuk ka dëshmi të mjaftueshme për përmirësim të vazhdueshëm të cilësisë,
- rreziqet janë të reduktuara në minimum.

Vlerësimi 4. Nënkupton një nivel të avancuar të zbatimit të kriterit

- dokumentacion të plotë,
- protokollet dhe procedurat zbatohen në mënyrë të vazhdueshme,
- të njëjtat kuptohen nga të gjithë punonjësit,
- janë të njohura nevojat e pacientëve,
- niveli i rrezikut është zvogëluar ose eliminuar plotësisht,
- ka dëshmi të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë.

Vlerësimi 5. Nënkupton zbatimin më të mirë të kriterit

- zbatimi i suksesshëm i kriterit pa asnjë mangësi,
- aplikimi i gjerë i praktikave më të mira,
- i tejkalon pritshmëritë e klientit,
- menaxhim i suksesshëm i rrezikut.

3.3.7. Kushtet për marrjen e akreditimit

Institucioni shëndetësor fiton akreditim për një periudhë njëvjeçare, nëse:

- ka arritur 40-50% të vlerësimeve 4 dhe 5;
- nuk ka më shumë se 20% të vlerësimeve 1 dhe 2;
- kriteret që lidhen me sigurinë e pacientëve në procesin e trajtimit të pacientëve nuk janë vlerësuar me një vlerësim më të ulët se 4.

Institucioni shëndetësor fiton akreditim për një periudhë tre vjeçare, nëse:

- ka arritur 51-70% të vlerësimeve 4 dhe 5;
- nuk ka më shumë se 15% të vlerësimeve 1 dhe 2;
- kriteret që lidhen me sigurinë e pacientëve në procesin e trajtimit të pacientëve nuk janë vlerësuar me një vlerësim më të ulët se 4.

Institucioni shëndetësor fiton akreditim për një periudhë pesëvjeçare, nëse:

- ka arritur 71-100% të vlerësimeve 4 dhe 5;

- nuk ka më shumë se 10% të vlerësimeve 1 dhe 2; kriteret që lidhen me sigurinë e pacientëve në procesin e trajtimit të pacientëve nuk janë vlerësuar me një vlerësim më të ulët se 4.

3.3.8. Siguria e pacientëve

Siç përcaktohet në Rregulloren e akreditimit të institucioneve shëndetësore, rëndësi të veçantë në procesin e akreditimit kanë kriteret që kanë lidhje të drejtpërdrejtë me sigurinë e pacientëve dhe kanë ndikim në akreditim. Këto kritere janë shënuar me yje.

ACAISH fillimisht ka përzgjedhur pesë fusha që lidhen me sigurinë e pacientit:

1. Përcaktimi i pesë objektivave kryesore të sigurisë së pacientit.
2. Përcaktimi i aktiviteteve specifike që do të zbatohen për arritjen e qëllimeve.
3. Përcaktimi i afatit kohor për zbatimin e këtyre aktiviteteve (për ACAISH dhe për institucionet shëndetësore).
4. Përgatitja e materialeve edukative që shpjegojnë veprimtaritë dhe pritshmëritë specifike që lidhen me zbatimin e tyre.
5. Zbatimi i edukimit brenda sistemit të kujdesit shëndetësor, veçanërisht në institucionet që marrin pjesë në procesin e akreditimit, lidhur me kërkesat e ACAISH-it në lidhje me sigurinë e pacientëve.
6. Monitorimi i zbatimit të kërkesave në lidhje me sigurinë e pacientëve.
7. Raportimi i progresit dhe rezultatet e zbatimit të kërkesave në lidhje me sigurinë e pacientit.

Qëllimet e ACAISH-it për sigurinë e pacientit (fillestare)

Objektivat e sigurisë së pacientëve janë të bazuara në objektivat ndërkombëtare të cilat janë forcuar nga puna e hulumtimit. Objektivat e mëposhtëm kanë një ndikim në strukturën e përgjithshme shëndetësore dhe kërkojnë një përpjekje të fokusuar dhe të koordinuar për zbatimin e tyre:

1. Procedurat për praktikë të sigurt në kirurgji;
2. Minimizimi i mundësive për shfaqjen e infeksioneve në institucion;
3. Trajtimi i sigurt i medikamenteve;
4. Kujdesi dhe trajtimi i pacientit “të vërtetë”;
5. Eliminimi / minimizimi i ngjarjeve të padëshiruara për shkak të trajtimit të sigurt.

3.3.9. Roli i ACAISH-it në procesin e vetëvlerësimit

ACAISH ofron mbështetjen e nevojshme në procesin e përgatitjes së institucionit për vetëvlerësim. Ajo përbëhet nga edukimi i përshtatshëm i punonjësve në aspektin e: interpretimit të standardeve dhe kriterëve, përcaktimit të provave të nevojshme për t'u mbledhur, formimit të

ekipeve të vetë-vlerësimit, si punojnë me sukses ekipet, zbatimit të aktiviteteve për të përmirësuar vazhdimisht cilësinë dhe sigurinë e pacientëve.

Për paqartësitë dhe problemet gjatë procesit të vetëvlerësimit, ACAISH-i i propozon institucionit zgjidhje konstruktive. Gjithashtu i ndihmon institucionit të zhvillojë një kulturë për përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve. Mban komunikim me koordinatorin e akreditimit.

ACAISH mund të sigurojë edhe arsimim në fushat që janë të rëndësishme për zhvillimin e institucionit në tërësi me fokus në përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve. Gjatë vetëvlerësimit, punonjësve u nevojiten një sërë aftësish dhe mjetesh për të kryer detyrat e dhëna.

Ekzistojnë disa supozime bazë që duhet të përmbajë çdo program për përmirësimin e cilësisë, por sigurisht që qasja, madhësia, lloji, kompleksiteti dhe pozicioni i objektit shëndetësor do të ndikojnë në veprimet që do të ndërmerren. Institucioni shëndetësor duhet të identifikojë parimet e nevojshme për programin e përmirësimit të cilësisë, të përcaktojë prioritetet e veta të promovimit dhe të zhvillojë një program në përputhje me ekipin.

3.3.10. Përcaktimi i prioritetëve, qasjes dhe programit të brendshëm

Për të përcaktuar prioritetet, qasjen e cilësisë dhe strukturën e programit të brendshëm të promovimit, institucioni shëndetësor duhet të përcaktojë:

- Cilat janë prioritetet e saj?
- Cilat aktivitete theksohen veçanërisht në planin strategjik?
- Cila është ndërlidhja ndërmjet aktiviteteve për përmirësimin e cilësisë dhe qëllimeve strategjike?
- Cilat probleme ekzistojnë?
- A ekzistojnë kërkesa të jashtme që duhet të plotësohen?
- Në cilat shërbime duhet të kushtohet vëmendje e veçantë?
- A ka fusha specifike klinike që kanë nevojë për mbështetje?

- Cilat burime janë në dispozicion për të përmirësuar cilësinë?
- Cilat janë aftësitë e punonjësve?
- Cilat janë rreziqet më të mëdha?
- Cilat janë pasojat e këtyre rreziqeve?
- Sa është probabiliteti i rreziqeve të tilla?
- Cila qasje të aplikohet?
- Cili është roli i udhëheqjes?
- Kush është përgjegjës për programin dhe kush e koordinon atë?
- Si do të përfshijë punonjësit institucioni shëndetësor?
- Si do t'i prezantojë organizata planet e saj të promovimit palëve të interesuara?
- Si do të monitorohet procesi i përmirësimit të cilësisë?
- Cilat mjete janë të nevojshme për t'u përdorur?

3.3.11. Mirëkuptim dhe veprim konstruktiv për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë

Zbatimi i suksesshëm i akreditimit kërkon që i gjithë institucioni shëndetësor të angazhohet për të përmirësuar performancën e tij. Ky është elementi themelor i suksesit që kërkon menaxhim të fortë. Akreditimi do të ndihmojë organizatën të përmirësojë performancën e saj të përgjithshme, të ketë një kulturë të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë dhe të fokusohet tek pacientët/klientët dhe rezultatet. Një organizatë që përdor akreditimin vetëm si një mënyrë për të marrë një certifikatë nuk do të përfitojë plotësisht nga ajo si një kornizë për të përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e pacientëve.

Shumë organizata në botë dhe në vendin tonë kanë zbatuar me sukses programe efektive të cilësisë në të cilat punonjësit marrin pjesë me entuziazëm dhe shkëmbejnë përvojën e tyre. Një mënyrë efektive për të gjetur një mënyrë që do të jetë efektive është krijimi i kontakteve dhe bisedave të punës me ekspertë në këto fusha se cilat ishin problemet, si mund të kapërcehen ato dhe si mund të përmirësohen rezultatet dhe sukseset.

Ka shumë metoda që mund të përdoren për të përmirësuar punën brenda institucionit. Kapitulli vijues diskuton disa nga mjetet më të zakonshme. Është e nevojshme të përdoret ai që i përshtatet më së miri organizatës. Shembuj të mjeteve efektive përfshijnë matjen e performancës dhe cilësisë së punës, menaxhimin e ngjarjeve të padëshiruara, menaxhimin e kulturës dhe ndryshimit, “benchmarking” (pikat referuese, krahasimi me konkurrentët), rrugët për të arritur qëllimin me analizën e variacionit, monitorimin e ngjarjeve të padëshiruara, shqyrtimin klinik dhe mjetet cilësore.

3.3.12. Matja e performancës dhe cilësisë së punës

Ofruesve të kujdesit shëndetësor shpesh u kërkohet të ofrojnë të dhëna për një gamë të gjerë palësh të interesuara për shumë aspekte të organizatës së tyre. Fokusi i vëmendjes së menaxhimit të performancës ka qenë në rritjen e kërkesave për evidencën e performancës dhe vendosjen e tij në qendër të promovimit të cilësisë dhe sigurisë.

“Qasja shkencore” përdor të dhënat dhe metodat statistikore në një mënyrë që do të ndihmonte në vendimmarrje dhe është një metodologji dhe qasje analitike e dobishme për zgjidhjen e problemeve. Kjo qasje përfshin marrjen e vendimeve të bazuara në të dhëna të vlefshme, kërkimin dhe zbulimin e shkaqeve të vërteta të problemit, zhvillimin e zgjidhjeve adekuata dhe zbatimin e ndryshimeve.

Treguesit e veprimit

Treguesit e veprimit në institucionin shëndetësor japin të dhëna për:

- Nivelin aktual të veprimit;
- Për mënyrën se si funksionon në krahasim me të tjerët,
- Rreth vendit ku dëshiron të jetë,
- Në cilat fusha mund të përparojë.

Këto masa përdoren në:

- Përmirësimin e veprimit;
- Menaxhimin e vendimeve të marra;
- Rishikimin e menaxhimit të shpërndarjes së burimeve financiare, etj.;
- Përpjekjen për të arritur rezultatet e dëshiruara;
- Marrjen e vendimeve lidhur me prioritetet në fushën e komunikimit.

3.3.13. Treguesit e cilësisë

Monitorimi i treguesve të cilësisë është përcaktuar në Rregulloren e treguesve të cilësisë, të cilat institucionet shëndetësore kanë një detyrim ligjor për të monitoruar dhe për të raportuar një herë në vit për rezultatet e monitorimit të tyre.

3.3.14. Menaxhimi i ngjarjeve të padëshiruara

“Një ngjarje e padëshiruar është çdo dëmtim ose komplikim i padëshiruar që ka sjellë paaftësi, vdekje ose qëndrim të zgjatur në spital, dhe ndodh si rezultat i punës së menaxhimit të institucionit shëndetësor”. (OBSH)

Ngjarjet e padëshiruara në sistemin e kujdesit shëndetësor mund të kenë pasoja serioze për të gjithë ata që janë të përfshirë, duke përfshirë pacientët/klientët, familjen, punonjësit dhe vetë institucionin e kujdesit shëndetësor. Në rast se ndodh një ngjarje e padëshiruar, institucioni shëndetësor duhet të përcaktojë shkaqet dhe të bëjë një analizë, si pjesë e strategjisë për përmirësimin e cilësisë. Faktorë të ndryshëm kontribuojnë në shfaqjen e ngjarjeve të padëshiruara. Vincent dhe kolegët (1998) kanë zhvilluar një bazë për analizën e ngjarjeve të padëshiruara duke marrë parasysh të gjithë faktorët e mundshëm që ndikojnë në shfaqjen e ngjarjeve të padëshiruara. Tabela e dhënë paraqet faktorët e ndryshëm që ndikojnë dhe kontribuojnë në shfaqjen e ngjarjeve të padëshiruara, dhe në thelb mund të ndahen në sistematikë dhe njerëzore.

Llojet e faktorëve	Faktorët e kontributit
Faktori i pacientit	Kompleksiteti i gjendjes shëndetësore
	Gjuha dhe komunikimi
	Faktorët personalë dhe socialë
Faktori individual (personal)	Njohuritë dhe aftësitë
	Kompetenca
	Shëndeti fizik dhe mendor
Faktori i ekipit	Komunikimi verbal
	Komunikimi me shkrim
	Mbikëqyrja dhe ndihma e nevojshme
	Udhëheqja
Faktorët e mjedisit të punës	Stafi dhe ngarkesa e punës
	Disponueshmëria dhe mirëmbajtja e pajisjeve
	Mbështetje menaxheriale dhe administrative
Faktorët organizativë dhe menaxhues	Burimet dhe kufizimet financiare
	Struktura organizative
	Standardet dhe qëllimet
	Kultura dhe prioritetet e sigurisë
Faktorët institucionale	Konteksti ekonomik dhe rregullator
	Menaxherët në sistemin e kujdesit shëndetësor.
	Ndërlidhja me institucionet e tjera

Tabela 1. Faktorët që kontribuojnë në shfaqjen e ngjarjeve të padëshiruara

Ekzistojnë dy qasje kryesore që janë konceptuar në mënyrë që të mund të përgjigjen në pyetjen pse ndodh një ngjarje e padëshiruar dhe quhen „qasje individuale“ dhe „sistemi i qasjes“. „Qasja individuale“ fokusohet në gabimet e individëve që ndodhin si pasojë e pakujdesisë, motivimit të dobët, papërgjegjshmërisë dhe neglizhencës. „Sistemi i qasjes“ fokusohet në faktorët e shumtë brenda sistemit ose institucionit që çojnë në shfaqjen e një ngjarjeje të padëshiruar.

Megjithëse ka një sërë mënyrash për të minimizuar mundësinë e ndodhjes së ngjarjeve të padëshiruara, ato ndodhin për shkak të gabimeve aktive ose kushteve të fshehura. Gabimet aktive përshkruhen si veprime të pasigurta, gabime ose keqpërdorime të stafit me pasoja të këqija për sistemin ose pacientin. Gabime të tilla përfshihen:

- Dështimet në punë, për shembull: dhënia e ilaçit të gabuar pacientit;
- Gabimet njohëse, të cilat ndodhin si rezultat i injorancës ose interpretimit joadekuat të situatës;
- Abuzimet në formën e shkeljeve të qëllimshme të praktikave, politikave, procedurave dhe standardeve të sigurisë.

Gabimet e fshehta ndodhin si rezultat i vendimmarrjes në një nivel më të lartë brenda institucionit dhe pasojat negative të të cilave mbeten të fshehura derisa të bëhen të dukshme në kontakt me faktorët aktivizues. Faktorët aktivizues përfshijnë:

- Mungesë të numrit të punonjësve;
- Pajisje të papërshtatshme;
- Kontroll të papërshtatshme.

Gjendjet e fshehura identifikohen dhe korrigojnë para se të ndodhë ngjarja e padëshiruar.

Edhe pse në të kaluarën klinikanët janë marrë me shkaqet e ngjarjeve të padëshiruara, përvojat e fituara nuk janë publikuar. Fakti është se shkaqet e suksesit ose dështimit janë kryesisht të lidhura me cilësinë e diagnozës dhe suksesin e trajtimit.

Mjekësia sot është një shkencë shumë më komplekse dhe bazohet në teknologji të lartë dhe shkon nga ofrimi individual i shërbimit në punën në ekip, duke krijuar një gamë faktorësh që përcaktojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe parandalimin e shfaqjes së ngjarjeve të padëshiruara.

Raportimi dhe analiza e ngjarjeve të padëshiruara është e nevojshme si në nivel lokal, domethënë në nivelin e vetë institucionit, ashtu edhe në nivel kombëtar.

Qëllimi kryesor i njoftimit është mundësia që në bazë të përvojave pas ndodhjes së ngjarjes së padëshiruar të zvogëlohet, gjegjësisht të parandalohet shkaktimi i dëmtimit dhe lëndimit të pacientit.

Qëllimi i veçantë i referohet përdorimit të të dhënave të marra nga analiza dhe në bazë të hulumtimit të ngjarjeve të padëshiruara, për të lejuar që përvoja e fituar të jetë në dispozicion të institucioneve shëndetësore.

Analiza e raporteve nga ana e Agjencisë ose organeve të tjera mund të zbulojë rreziqe që ndryshe do të mbeteshin të panjohura dhe për të cilat nevojiten masa të veçanta. Ai, gjithashtu ofron një pasqyrë të gabimeve të fshehura në sistem dhe ofron rekomandime për “praktikët mirë” që menaxhohet nga të gjithë punonjësit.

Informacioni i marrë nga identifikimi i ngjarjeve të padëshiruara, analiza e tyre dhe përvojat e fituara mund të përdoren në nivel lokal, për të identifikuar tendencat dhe modelet që do të mundësojnë përcaktimin e prioriteteve në zhvillimin e programit të promovimit të sigurisë. Informacioni i marrë nga identifikimi i ngjarjeve të padëshiruara dhe analiza e tyre dhe përvojat e fituara mund të përdoren në nivel kombëtar për të identifikuar tendencat dhe modelet që nuk janë evidente në nivelin individual të raportimit lokal. Nëse ngjarjet e padëshiruara raportohen dhe për to njoftohet në nivel kombëtar, do të rritet ndërgjegjësimi për këtë çështje dhe do të përcaktohen prioritetet në zhvillimin e programit kombëtar të promovimit të sigurisë.

3.3.15. Ekzaminimi klinik

Provat klinike mund të përdoren për të përmirësuar të gjitha aspektet e punës klinike. Inspektimet përbëjnë një kornizë sistematike që përdoren nga profesionistët e kujdesit shëndetësor për të shqyrtuar dhe vlerësuar performancën klinike dhe për të ndërmarrë masa për përmirësim. Ato kanë potencial të madh sepse mund të jenë të dobishme për pacientët në aspektin e përmirësimit të cilësisë së trajtimit dhe sigurisë së shërbimeve të ofruara.

Kur organizata vendos të përfshijë testin klinik me programin e saj të përparimit, është e nevojshme të merren parasysh një numër faktorësh. Kjo përfshin:

- Sistem të mbledhjes së informacionit p.sh. shqyrtimin e dosjeve shëndetësore, përdorimin e burimeve të shumta të të dhënave;
- Kohën e parashikuar për procesin e verifikimit;
- Përzgjedhje të subjektit të inspektimit;
- Metodat e verifikimit;
- Përdorimin e mostrave të përshtatshme;
- Vëzhgimin e rezultateve;

- Trajnim të stafit;
- Qasjen multidisiplinare;
- Privatësinë dhe konfidencialitetin;
- Integrimin e procesit të verifikimit në punën e përditshme.

3.3.16. Mjetet, metodat dhe teknikat e analizës për përmirësimin e cilësisë

Për të analizuar procedurat dhe të dhënat, paštaj të dhënat e shndërruara në informacion dhe në fund ato të bëhen të disponueshme për aplikim në procesin e përmirësimit të cilësisë, përdoren diagramet e bllokut, diagramet kauzale (shkak-pasojë), grafikonët dhe metodat e tjera.

Metodat e përmendura mundësojnë zbulimin e problemit, analizimin e proceseve dhe gjetjen e mundësive për përmirësim. Histogramet, diagramet e rrjedhës, grafikët e kontrollit dhe sketogramet paraqesin të dhëna përkatëse dhe ofrojnë informacion të nevojshëm për procesin e vendimmarrjes.

4. Përdorimi i mjetit të vetëvlerësimit

Ekipi i vetëvlerësimit ka një mjet vetëvlerësimi që merr nga Agjencia dhe, bazuar në njohjen e shërbimit në të cilin janë të punësuar anëtarët e ekipit, e plotëson atë si më poshtë:

- Lexon standardet dhe kriteret;
- Përgatit provat në përputhje me rekomandimet për secilin kriter dhe nëse ka prova shtesë, i shënon në hapësirën e dhënë;
- Inspekton gjendjen e shërbimit;
- Bazuar në të dhënave të mësipërme, jep një vlerësim përfundimtar për atë kriter në fushën e parashikuar për vlerësim;
- Ekziston hapësirë për të shkruar shënime për secilin kriter, nëse është e nevojshme.

Nën çdo standard ka një seksion për të shkruar një koment që i referohet të gjithë standardit.

5. Vlerësimi i jashtëm

Pasi spitali të ketë dërguar në Agjenci mjetin e kompletuar të vetëvlerësimit, agjencia planifikon një vlerësim të jashtëm, formon një ekip, informon spitalin për përbërjen e ekipit, ditët kur do të bëhet vlerësimi i jashtëm dhe orarin e shërbimit e parashikuara për vlerësimin e jashtëm.

Literatura e shfrytëzuar:

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