



СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ - БОЛНИЧКА ДЕЈНОСТ (ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО)

Скопје 2021

АГЕНЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТ И АКРЕДИТАЦИЈА
НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи

Автори:

Лирим Исахи

д-р Загорка Батункова

проф д-р Елизабета Зисовска

Лекторирање:

Д-р на науки Вангелија Десподова

Момент мал ДОО-Скопје

Уредник

д-р Мерхал Исмаили

Издавач:

АКАЗУМ

Печати:

Винсент Графика

ПРЕДГОВОР

„Квалитетот е љубов,,. Овој израз на Донабедијан, таткото на концептите за развој на квалитет во здравствените системи е илустриран и стои во суштината на секој постигнат успех во Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи.

Напорите за дефинирање на стандардите за квалитет во болничката здравствена заштита, во областа на гинекологијата и акушерството, освен што ја одразуваат посветеноста на Агенцијата кон остварување на нашата мисија за континуирано унапредување на квалитетот за здравството, попат станаа составен дел од сеопфатната инклузивна иницијатива во рамките на здравствениот систем, предводен од Министерството за здравство, со цел да се даде ефикасен одговор на предизвиците со кои се соочува квалитетот на здравствената заштита во областа на гинекологијата и акушерството.

„Заедништвото прави моќ“, затоа, како што често се случува и во овој случај, успехот би бил невозможен без обединување на силите на многуте фактори што придонесоа со несебичната помош за развојот и изработката на овие стандарди за акредитација.

Ја искористувам приликата да ја изразам мојата длабока благодарност кон вработените во Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи, на членовите на работната група кои ги претставуваат сите институции од здравствениот систем во нашата земја, професионални здруженија на гинеколози и неонатолози, лиценцирани надворешни оценувачи и кон нашите локални и меѓународни партнери за придонесот и помошта.

Денес, кога го имаме стандардот за акредитација за гинекологија и акушерство, не можеме да бидеме незадоволни, бидејќи сме длабоко убедени дека имаме инструмент кој суштински ќе ги зајакне напорите за зголемување на нивото на безбедност на здравствената заштита.

Агенцијата е свесна за своите обврски во наредниот период, внимателно следејќи ги динамиките на развојот на медицинските науки, што неизбежно доведуваат до иновации во технологијата, нови знаења, како и нови практики и пристапи во здравствената заштита, да рефлектира, прилагодувајќи ги и унапредувајќи ги стандардите за акредитација, со цел и тие да се прилагодат кон новите реалности што неизбежно се создаваат.

Со почит,

Д-р Мерал Исмаили - АКАЗУМ

Директор

Содржина:

Вовед	5
Унапредување на квалитетот на здравствената заштита	7
Хронологија на развивање на стандарди за акредитација на породилишта	9
Содржина на стандардите.....	11
Форма на стандардите.....	12
Постапка на самооценување и надворешно оценување	12
Стандарди за акредитација на породилишта.....	14
Аntenatalна грижа.....	14
Интрапартална грижа.....	16
Постпартална и неонатална грижа	18
План на лекување	21
Преупатување, испис или трансфер на пациентката во друго одделение/друга установа.....	22
Простории и опрема.....	23
Квалитет на работењето и безбедност на пациентите	24
Прилог 1	27
Литература	29

Përmbajtja:

Нурје.....	36
Përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor	38
Kronologjia e zhvillimit të standardeve të akreditimit për maternitete.....	40
Përmbajtja e standardeve.....	41
Forma e standardeve	42
Procedura e vetëvlerësimit dhe vlerësimi i jashtëm	42
Standardet e akreditimit të maternitetit.....	44
Kujdesi prenatal	44
Kujdesi intrapartal	46
Kujdesi postpartal dhe neonatal	48
Plani i trajtimit	51
Referimi, shkarkimi ose transferimi i pacientit në një repart / institucion tjetër.....	51
Напësira dhe pajisjet	53
Cilësia e punës dhe siguria e pacientit	54
Shtojca 1	56
Literatura e shfrytëzuar	58

ВОВЕД

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

Постојат повеќе цели на акредитација, помеѓу кои како најважни се издвојуваат:

- постојаното унапредување на квалитетот на работата;
- зголемување на безбедноста на пациентите;
- создавање на еднакви или приближни услови за пружање на здравствени услуги во целиот систем на здравствена заштита, како и
- зголемување на довербата на корисниците во рамките на системот за здравствена заштита.

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

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи ги утврди стандардите за акредитација на здравствените установи, да го оцени квалитетот на пружената здравствена заштита, развива други инструменти и механизми за унапредување на квалитетот и безбедноста на здравствената заштита, да издава сертификати за акредитација и да води нивна евиденција.

Во процесот на акредитација се спроведува самооценување на здравствените установи, надворешно оценување на нивната работа и доделување на акредитацискиот статус. Во секоја здравствена установа која се стекнала со акредитациски статус се спроведуваат редовни и вонредни посети (мониторинзи) што се спроведуваат за да се следи квалитетот на пружената здравствена заштита.

Постапката на акредитација се изведува врз основа на однапред осмислен план за успешно реализирање на сите фази на акредитациската постапка.

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

- технички аспект на заштитата што се однесува на примена на медицинските знаења и технологии на начин што ја зголемува користа за пациентите, а истовремено го намалува ризикот;
- организацискиот аспект на заштита ги подразбира достапноста и благовременоста на пружената здравствена заштита;
- додека, пак, интерперсоналниот аспект на квалитетот на здравствената заштита ги вклучува социјалните и психолошките аспекти на интеракција помеѓу здравствените работници, како и нивната комуникација и интеракција со корисниците на здравствени-те услуги, односно со пациентите.

Најголемиот предизвик за постојаното унапредување на квалитетот на здравствената заштита е систематскиот пристап на неговото мерење. Мерењето на квалитетот овозможува подобро да се сфати што подразбира квалитетот во кој било посебен контекст.

Тој е еден релативно едноставен напор што започнува со одлуката што да се мери, со идентификување на адекватни индикатори заедно со изворот на податоци за нивно обезбедување, продолжува со анализа, синтеза и разбирање на целиот процес, а завршува со дистрибуција на резултатите.

Во Република Северна Македонија, со Законот за здравствената заштита се создадени услови за формирање на индикаторите за квалитет, формирање на комисии за постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита и воведување на задолжителна акредитација на здравствените установи како системска проценка на здравствените установи по однос на експлицитните стандарди што ја вршат експерти надвор од здравствената установа.

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

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

УНАПРЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Квалитетот на здравствената заштита е препознаен како една од најважните карактеристики на системот за здравствена заштита, како во државниот, така и во приватниот сектор.

Постојаното унапредување на квалитетот (во понатамошниот текст ПУК) на работењето и безбедноста на пациентите се составни делови на секојдневните активности на здравствените работници и на сите други вработени во здравствениот систем.

ПУК претставува континуиран процес, чијашто цел е постигнување на повисоко ниво на ефикасност и ус пешност во работата, како и поголемо задоволство на корисниците на здравствени услуги и оние кои ги пружаат тие здравствени услуги. ПУК бара воведување на култура на квалитет која подеднакво ќе ги вклучи сите засегнати страни - корисниците, пружателите на здравствените услуги, финансиските поддржувачи на здравствениот систем и креаторите на здравствените политики.

Досегашното традиционално сфаќање дека здравствените работници како непосредни пружатели на здравствените услуги се единствените одговорни за квалитетот на пружената здравствена заштита се заменува со новиот пристап 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 безбедноста 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:

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

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

- Насоченост кон корисникот-пациентот;

- Безбедност;
- Делотворност;
- Правовременост;
- Ефикасност;
- Правичност.

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

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

Во долгиот список човекови права најзначајно место опфаќаат правата на пациентот што пред сè се однесуваат на неговото право на живот и здравје. Од тоа произлегува обврска на докторите да се грижат за здравјето и животот на пациентот и воедно да водат грижа и да ја почитуваат неговата автономија, достоинство и правото да одлучува за сопственото тело.

Сите овие права и обврски произлегуваат од законските прописи и судската пракса која се спроведува во сите цивилизирани земји во кои спаѓа и нашата.

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

Основна задача на здравствените работници и на раководството во рамките на здравствените установи е да утврдат програми, стратегии и политики на менаџмент со ризик на ниво на установата, при што тие ќе бидат достапни за сите и со нив ќе бидат запознаени, како пациентите, така и нивните семејства.

Со имплементирање на системот за управување со ризик ќе се овозможи зголемување на нивото на безбедност, како на пружателите, така и на корисниците на здравствените услуги, ќе се придонесе за зголемување на нивото на квалитет на услугите, како и за зголемување на угледот на здравствената установа.

Планирањето при раководење, во основа вклучува донесување на одлуки во врска со идните активности и цели на службите и како тие можат да се постигнат.

Процесот на донесување на одлуки подразбира: дефинирање на проблемите, прибирање на информации, креирање на алтернативни решенија, избор на најдобра алтернатива, планирање на акција, преземање на акција и вреднување на добиените резултати.

Успешноста во сите сегменти во развојот на институцијата зависи од планирањето со оглед на тоа што тоа подразбира селекција на едно од поевекето понудени алтернативни решенија.

Стратешкото планирање на институцијата претставува и основна функција на стратешкиот менаџмент што се базира на дефинирање, имплементација и евалуација на функционални одлуки што ќе ѝ овозможат на организацијата да ги постигне своите цели.

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

Стратешкото планирање вклучува периодични сесии на тимска работа, бара податоци и информации за установата, како и докази што прилегуваат од истражувањата, спроведени од страна на здравствените организации. Стратешкото планирање ја наметнува потребата за прилагодување на организацијата кон барањата на средината, како резултат на што произлегува стратешкото планирање.

Основата за имплементација на стратешкиот план е резултат на интеракција помеѓу надворешната средина, внатрешните ресурси и подготвеноста и способноста на главните менаџери.

ХРОНОЛОГИЈА НА РАЗВИВАЊЕ НА СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈА НА ПОРОДИЛИШТА

Иницијативата за развој и изработка на стандарди за акредитација на породилишта се наметна од потребата за унапредување на квалитетот на давање на здравствената грижа и поддршка во рамките на породилиштата, со цел:

- Промоција на здравјето на мајката и на новороденчето како претпоставка за постоење на здрава и безбедна иднина;
- Грижата за мајката и за новороденчето да бидат ставени во фокусот на вниманието при водење на здравствените политики;
- Да се придонесе во напорите преку креирање на национална стратегија за намалување на несаканите последици што доведуваат до пораст на стапката на неонатална смртност.

Процесот на развој и изработка на стандардите за акредитација на Породилишта се одвиваше врз основа на претходно утврден оперативен план во којшто беа утврдени пет чекори или фази врз основа на кои се одвиваше процесот:

- Дефинирање на работна верзија на текстот на стандардите;
- Создавање на алатки за толкување на стандардите и олеснување на процесот на нивната имплементација;
- Тестирање на стандардите (пилотирање на стандардите);
- Анализа на наодите од тестирањето на стандардите;
- Процес на усвојување на стандардите од Владата на РСМ.

Процесот на развивање на Стандардите за акредитација на породилишта е дизајниран врз основа на методологијата на ISQ-ua за развој на стандарди за акредитација.

Стандардите за акредитација на породилишта се формирани на начин што е методолошки издржан, во согласност со критериумите што овозможуваат успешна имплементација во породилиштата ширум земјава.

Процесот на развивање и адаптирање на национално ниво е воден според препораките и принципите на меѓународните институции и асоцијации за акредитација, како што е меѓународната асоцијација за акредитација – ISQUA. Притоа треба да се напомене дека Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи на Република Северна Македонија е членка на оваа меѓународна асоцијација- ISQUA.

Стандардите за акредитација на породилишта се изработени врз основа на општо прифатени стандарди во светот и користена е следнава литература:

- EBCOG Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, 2014)
- National Standards for Safer Better Maternity Services, HIQA, 2016
- Priority life-saving medicines (WHO, 2012)
- Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities (WHO)
- Standards for maternal and neonatal care (WHO)
- Standardi Bolnica prijatelji beba (AKAZ-BIH)
- Standards for Maternity Care (Royal College of Obstreticians and Gynaecologists-Велика Британија)

Во процесот на развојот и адаптацијата на овие стандарди беше вклучено нивно разгледување на различни нивоа, вклучувајќи ги сите релевантни структури и поединци, како што е професионална работна група, формирана од страна на Агенцијата со претставници од Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, Државниот санитарен и здравствен инспекторат и професионални здруженија на лекари (доктори, специјалисти по гинекологија и акушерство).

Стандардите за акредитација на породилишта беа пилотирани во две здравствени установи, ЈЗУ УК Гинекологија – Скопје и ЈЗУ КБ Тетово. По нивното пилотирање работната група ја дефинираше финалната верзија на стандардите. На 30 - та седница на Владата на Р.С. Македонија е донесена одлука за дополнување на Правилникот за стандарди за акредитација со стандардите за породилишта и текстот на стандардите е објавен во Службен весник на Р. С. Македонија со број 20/2021 од 26 јануари 2021 година.

Овој документ е наменет за дефинирање на стандардите во здравствените установи што спроведуваат гинеколошко-акушерска и неонатална здравствена заштита (перинатална здравствена заштита) и тоа во болници од секундарно и од терцијарно ниво.

СОДРЖИНА НА СТАНДАРДИТЕ

Сетот на стандарди за акредитација на породилишта содржи вкупно 12 стандарди и 83 критериуми, односно чекори што го опишуваат соодветниот стандард.

Стандардите покриваат три стадиуми на пружање на здравствена грижа и поддршка на бремената жена и тоа:

- Антенатална грижа;
- Интрапартална грижа;
- Постпартална и неонатална грижа.

Стандардите за антенатална грижа ги уредуваат следниве прашања:

- Процедурата за тријажа и прием на бремената жена;
- Начинот на проценка на нејзината здравствена состојба;
- Подготовка на планот и текот на породувањето;
- Процедури за промоција и поддршка на доењето.

Стандардите за интрапартална грижа се однесуваат на:

- Утврдување на планот за породување на бремената жена од страна на лица со соодветни квалификации, како и
- Нејзин третман во текот на породувањето и во првите мигови по породувањето.

Стандардите за постпартална и неонатална грижа го уредуваат подрачјето на пружање на здравствена грижа и поддршка на родилката и новороденчето и тоа:

- Во поглед на давање на насоки за успешно доење на новороденчето по препорака од СЗО и УНИЦЕФ;
- Подготовка на план за лекување на родилката и новороденчето во случај на потреба;

- Преупатување/трансфер на родилката на друго одделение, како и
- Следење на квалитетот на работење на медицинскиот/немедицинскиот персонал.

ФОРМА НА СТАНДАРДИТЕ

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

ПОСТАПКА НА САМООЦЕНУВАЊЕ И НАДВОРЕШНО ОЦЕНУВАЊЕ

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

Степенот на усогласување на работата на здравствените установи со барањата на стандардите се оценува врз основа на скалата на оценување на стандардите која ги има оценките од 1 до 5, во зависност од усогласеноста која здравствената установа ја постигнала по секој критериум од стандардите.

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 воведе 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 воведе 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 примената 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.

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

СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈА НА ПОРОДИЛИШТА

АНТЕНАТАЛНА ГРИЖА

Упатство:

Иницијалната тријажа се извршува во текот на првиот контакт, со цел бремената жена да биде упатена кон соодветната служба во рамките на болницата. Бремените жени се поделени во категории во согласност со нивните потреби, а предност имаат оние пациентки, чијашто состојба е итна и неодложна. Постојат и се применуваат пишани процедури за прием на пациентката. По приемот, на бремената жена и на нејзиното семејство им се даваат детални информации за нејзината моментална состојба. Постои пишана политика за управување со ризик (вклучувајќи очекувани и неочекувани несакани настани). Грижата и третманот на бремената жена се спроведуваат според претходно утврдени национални клинички упатства за практикување медицина, заснована на докази или општо прифатени интернационални упатства. Постојат пишани процедури за постапување со пациентки со попречености. Достапни се здруженија на пациенти и групи за поддршка на доењето за сите хоспитализирани пациентки.

Стандард 1.0. Постои утврдена постапка за прием на бремена жена

Критериум 1.1. Тријажата се извршува во текот на првиот контакт, со цел бремената жена да биде упатена кон соодветната служба во рамките на породилиштето/болницата.

Критериум 1.2. Бремените жени се поделени во категории во согласност со нивните потреби, а предност имаат оние пациентки, чијашто состојба е итна и неодложна.

Критериум 1.3. Постојат и се применуваат пишани процедури за прием на пациентката.

Критериум 1.4. По приемот, на бремената жена и на нејзиното семејство им се даваат детални информации за нејзината моментална состојба.

Критериум 1.5. Здравствената установа има детална и комплетна пишана политика за управување со ризик, вклучувајќи очекувани и неочекувани несакани настани.

Критериум 1.6. Постои ефикасен систем за комуникација помеѓу сите членови на тимот од секоја дисциплина, како и со пациентката и со нејзиното семејство.

Критериум 1.7. Грижата и третманот на бремената жена се спроведуваат според претходно утврдени национални клинички упатства за практикување медицина, заснована на докази или општо прифатени интернационални упатства*.

*(Доколку нема клинички упатства на национално ниво).

Критериум 1.8. Здравствената установа има можности за надминување на јазичните бариери со пациентките што не го знаат локалниот јазик.

Критериум 1.9. Одделението за перинатална грижа има пишани процедури за постапување со пациентки со попречености.

Критериум 1.10. Во здравствената установа постои контакт-листа со телефони и адреси на здруженија на пациенти и групи за поддршка на доењето што е достапна за сите хоспитализирани пациентки.

Проценка на здравствената состојба на бремената жена и подготовка на планот и текот на породувањето

Упатство:

Потребата на пациентката за примена на мерки во текот на породувањето од страна на медицинско лице, се реализира според утврдени приоритети и врз основа на здравствената состојба на бремената жена во текот на приемот. Се прават соодветни дијагностички процедури (клинички, лабораториски, ЦТГ, ултрасонографија и други), а резултатите од нив се евидентираат во картонот/историјата на болеста. Потребата од дополнителни специјалистички услуги е утврдена и евидентирана и се предлага план за текот на породувањето со очекувани цели (исходи). Планот на породувањето се евидентира јасно во картонот/историјата на болеста на пациентката и се разгледува со пациентката и/или со нејзиното семејство. Во случај на несакани случувања, тие се евидентираат, се испитуваат причините за нивното настанување и се предвидуваат мерки за превенција (постои Комисија за несакани случувања). Постои систем за спречување на грешки при ракување со лековите (идентификација на пациентката, проверка на лекот, дозата, начинот на подготовка и администрација).

Стандард 2.0. Проценката на здравствената состојба на бремената жена е извршена и подготвен е мултидисциплинарен план на породување

Критериум 2.1. Врз основа на здравствената состојба на бремената жена во текот на приемот, од страна на медицинско лице (акушерка, лекар на специјализација или специјалист гинеколог - акушер), се утврдуваат приоритетите на нејзините потреби за примена на мерки во текот на породувањето од страна на медицинско лице.

Критериум 2.2. Извршени се соодветни дијагностички процедури (клинички, лабораториски, ЦТГ, ултрасонографија и други), а резултатите од нив се евидентирани во картонот/историјата на болеста.

Критериум 2.3. Се утврдуваат и се евидентираат потребите од дополнителни специјалистички услуги.

Критериум 2.4. На бремената жена, доколку е хоспитализирана, а е бремена повеќе од 36 гестациски недели, ѝ се дава писмена или усна информација за важноста на доењето за здравјето на мајката и на нејзиното новороденче и за начинот на водење на доењето.

Критериум 2.5. Се предлага план за текот на породувањето со очекувани цели (исходи).

Критериум 2.6. Планот на породувањето се евидентира јасно во картонот/историјата на болеста на пациентката.

Критериум 2.7. Планот на породувањето се разгледува со пациентката и/или со нејзиното семејство.

***Критериум 2.8.** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и се известува за нив.

***Критериум 2.9.** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лековите (идентификација на пациентката, проверка на лекот, дозата, начинот на подготовка и администрација).

Критериум 2.10. Во здравствената установа се одржуваат редовни состаноци со сите соодветни здравствени професионалци на кои се разгледуваат сите несакани настани и се предвидуваат мерки за превенција.

Критериум 2.11. Во рамките на породилиштето постои Комисија за несакани случувања, која ги евидентира, разгледува и постапува според нив.

ИНТРАПАРТАЛНА ГРИЖА

Упатство:

Со планот на породување се запознаени сите здравствени работници вклучени во третманот на бремената жена. Се одредуваат лица со соодветни квалификации кои се достапни 24/7 и одговорни за спроведување на третманот на пациентката според претходно утврдени Клинички упатства за практикување на медицина, заснована на докази. Се воспоставува првиот контакт кожа-на-кожа меѓу мајката и нејзиното новороденче (доколку здравствената состојба дозволува). Породилиштето е должно да обезбеди 24-часовна комплетна грижа за мајката и за новороденчето. Информациите во врска со текот на породувањето се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентката. Во случај на несакани случувања, тие се евидентираат, се испитуваат причините за нивното настанување и се известува за нив. Постои систем за спречување на грешки при ракување со лековите (идентификација на пациентката, проверка на лекот, дозата, начин на подготовка и администрација).

<p>Стандард 3.0. Породувањето се спроведува во согласност со претходно утврден план од страна на лица со соодветни квалификации.</p>

Критериум 3.1. Со планот на породување се запознаени сите здравствени работници, вклучени во третманот на бремената жена.

Критериум 3.2. Породувањето го спроведуваат лица со соодветни квалификации.

- Квалификациите се одредуваат во соработка со Лекарската комора и со Македонското лекарско друштво.

Критериум 3.3. Во рамките на перинаталното одделение задолжително се вработени гинеколог, медицинска сестра/акушерка, анестезиолог и педијатар и се достапни 24/7. Во здравствената установа се вклучува, по потреба, психолог и/или социјален работник вработен во ЗУ.

Критериум 3.4. За третманот на пациентката се задолжени лица со соодветни квалификации.

- Имињата на лицата задолжени за лекување се евидентираат во картонот/историјата на болеста на бремената жена.
- Во текот на лекувањето може да дојде до промена на лицето кое е одговорно за лекувањето. Таа промена се евидентира.
- Вработениот персонал е запознаен кое/кои лице/лица с(е) задолжени за третман на пациентката.

Критериум 3.5. Во рамките на болницата сите здравствени работници кои се директно вклучени во процесот на породување се компетентни во давањето гинеколошко-акушерска, неонатална ресусцитација и итна здравствена грижа.

Критериум 3.6. Третманот се спроведува според претходно утврдени Клинички упатства за практикување на медицина, заснована на докази.

Критериум 3.7. Доколку здравствената состојба дозволува, се воспоставува првиот контакт кожа-на-кожа меѓу мајката и нејзиното новороденче уште во родилната сала, во текот на првите половина до еден час по породувањето. Доколку породувањето е со царски рез, постапката се применува во текот на првиот час со мајката или со друг член на семејството.

Критериум 3.8. Породилиштето е должно да обезбеди 24-часовна анестезиолошка грижа и аналгезија под мониторинг на специјалист, пристап до ургентна и интензивна нега, биохемиска служба, есенцијални лекови за родилка, мајка и новороденче препорачани од СЗО и УНФПА, резерви на крв и други служби за поддршка, вклучувајќи ја и неонаталната грижа.

Критериум 3.9. Основната дејност на службата ја поддржува мисијата, визијата и вредноста на болницата.

- Постојат докази дека службата ја почитува мисијата, визијата и вредноста на болницата при планирањето на услугите.
- Во текот на давањето услуги вработените во службите ја почитуваат мисијата, визијата и вредноста на болницата.

Критериум 3.10. Информациите во врска со текот на породувањето се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентката.

- Надлежниот лекар е задолжен за правилно водење на медицинската документација.
- Потписот на надлежниот лекар задолжително се наоѓа во картонот/историјата на болеста на пациентката.
- По секој преглед, под наодот и извештајот, се потпишува лекарот што го извршил прегледот.

***Критериум 3.11.** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и се известува за нив.

***Критериум 3.12.** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лековите (идентификација на пациентката, проверка на лекот, дозата, начин на подготовка и администрација).

Упатство:

Секоја жена има можност да избере придружба за време на породувањето и добива емоционална поддршка од персоналот кој е присутен во процесот на породувањето.

Стандард 4.0. Секоја жена и нејзиното семејство добиваат емоционална поддршка којашто е неопходна и ја зацврстува способноста на жената.

Критериум 4.1. Секоја жена има можност да избере придружба за време на породувањето.

Критериум 4.2. Секоја жена добива поддршка од персоналот кој е присутен во процесот на породувањето, што ѝ дава сила за време на породувањето.

ПОСТПАРТАЛНА И НЕОНАТАЛНА ГРИЖА

Упатство:

Секогаш треба да постои пишана политика на одделението за перинатална грижа за промоција и поддршка на доењето со која ќе бидат запознаени сите вработени. Во секоја установа/одделение треба да има промотивни материјали за промоција на доењето и неговата корист за здравјето на мајката и на новороденчето. Сите вработени во породилиштето/одделението за перинатална грижа треба да имаат поминато обука за познавање и примена на техни-

ките за правилно доење. Исто така, во породилиштето/одделението треба да постојат пишани процедури за обука за доење кај мајки со попреченост и новородени со посебни потреби, Клинички упатства за исхрана на новороденото дете, препораки за медицински оправдани индикации за добивање на замена на мајчино млеко и почитување на Меѓународниот кодекс за забрана на рекламирање замени на мајчиното млеко и друга дополнителна опрема која е потребна за дохрана на новороденчето. Породилиштето/одделението за перинатална грижа секогаш треба да се вклучува во заедницата, со цел да се формираат групи за поддршка на доењето. Во одделението треба да се применуваат чекорите за успешно доење што се препорачани од СЗО и УНИЦЕФ. Доколку здравствената состојба дозволува, мајката и нејзиното новороденче треба да се сместени во иста просторија 24 часа заедно и доењето се одвива по барање на новороденчето. Здравствениот персонал треба да им даде теоретски препораки и практична помош за обука на мајките за правилно доење и да им покажат на мајките како да дојат и да ја одржуваат лактацијата. Во одделението за перинатална грижа не треба да се дава замена за мајчино млеко без оправдана медицинска индикација, не треба да се користат цуцли лажалки и шишиња со цуцли за исхрана на новородени деца, за секое несакано случување се води евиденција, се испитуваат причините за неговото настанување и за нив се известува и треба да постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови.

Вработените во здравствената установа треба да ги почитуваат правата на родилките и на новороденчињата и сите жени и новороденчиња имаат право на приватност за време на породувањето и треба да се почитува нивната доверливост и да бидат информирани за услугите што ги добиваат, а причините за интервенциите да бидат јасно објаснети. Во здравствената установа мора да постои стручен тим кој може да обезбеди комплетна, сеопфатна, мултидисциплинарна и културелно сензитивна грижа за семејствата што доживеале губиток на плод, новородено или родилка.

Стандард 5.0 Постои пишана политика на породилиштето/одделението за перинатална грижа за промоција и поддршка на доењето со која се запознаени сите вработени и таа политика се спроведува активно

Критериум 5.1 Одделението за перинатална грижа врши промоција, поддршка и заштита на доењето согласно Политиката за доење.

Критериум 5.2. Во одделението постојат промотивни материјали за промоција на доењето и неговата корист за здравјето на мајката и за нејзиното новороденче/доенче.

Критериум 5.3. Сите вработените во одделението за перинатална грижа се запознаени со политиката за доење и имаат поминато структурирана обука за познавање и за практична примена на техниките на правилно доење, за што поседуваат соодветен пишан доказ.

Критериум 5.4. Постојат пишани процедури за обука за доење кај мајки со попречености и новородени со посебни потреби при доењето.

Критериум 5.5. Се применува Клиничкото упатство за исхрана на новородено дете и Препораките за медицински оправдани индикации за додавање на замени на мајчиното млеко.

Критериум 5.6. Се почитува Меѓународниот кодекс за забрана на рекламирање замени на мајчино млеко и друга дополнителна опрема, потребна за дохрана на новороденото.

Критериум 5.7. Одделението за перинатална грижа се вклучува во заедницата за формирање групи за поддршка на доењето.

Стандард 6.0. Се применуваат чекорите за успешно доење, препорачани од СЗО и УНИЦЕФ.

Критериум 6.1. Доколку здравствената состојба дозволува, мајката и нејзиното новороденче се сместени во иста просторија 24 часа и доењето се одвива по барање на новороденчето.

Критериум 6.2. Здравствениот персонал дава теоретски препораки и практична помош за обука на мајките за правилно доење.

Критериум 6.3. Здравствениот персонал им покажува на мајките како да дојат и како да ја одржуваат лактацијата во случај да бидат одделени од своите новородени.

Критериум 6.4. Во одделението за перинатална грижа не се додава замена за мајчино млеко без оправдана медицинска индикација, за што се применува соодветно Клиничко упатство.

Критериум 6.5. Во одделението не се користат цуцли лажалки и шишиња со цуцли за исхрана на новородени деца што имаат потреба од додавање замена на мајчино млеко.

***Критериум 6.6.** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за нив се известува.

***Критериум 6.7.** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациентката, проверка на лекот, дозата, начинот на подготовка и администрација).

Критериум 6.8. Во здравствената установа е достапно советување за соодветни методи на контрацепција по породувањето.

Стандард 7.0. Вработените во здравствената установа ги почитуваат правата на родилките и на новороденчињата.

Критериум 7.1. Сите жени и новороденчиња имаат право на приватност за време на породувањето и се почитува нивната доверливост.

Критериум 7.2. Сите жени се информираат за услугите што ги добиваат, а причините за интервенциите се јасно објаснети.

Критериум 7.3. Во здравствената установа постои стручен тим кој може да обезбеди комплетна, сеопфатна, мултидисциплинарна и културелно сензитивна грижа за семејствата што доживеале губиток на плод, новородено или родилка.

ПЛАН НА ЛЕКУВАЊЕ

Упатство:

Секое лекување треба да се спроведе врз основа на изработен план за лекување. Со планот за лекување треба да се запознаени сите здравствени работници и соработници кои се вклучени во третманот на родилката и на новороденчето. Планот на третман и/или лекување на мајката и на новороденчето се во согласност со претходно утврдени клинички упатства за практикување на медицина, заснована на докази. Во случај на измена на утврдените цели и планот на лекување, тие се евидентираат во историјата на болеста и се соопштуваат на мајката, се известуваат здравствените работници кои се дел од тимот што го спроведува лекувањето на пациентката и треба да се разговара со пациентката или со нејзиното семејство за направените измени.

Податоците за пациентката и за нејзиното новородено дете се чуваат на безбедно место и не се достапни на лица што не се вклучени во нивниот третман и сите вработени имаат потпишано Изјава за постапување во согласност со Законот за заштита на лични податоци.

Стандард 8.0. Лекувањето се спроведува врз основа на планот за лекување.

Критериум 8.1. Со планот за лекување се запознаени сите здравствени работници и соработници кои се вклучени во третманот на родилката и на новороденчето и тој се разгледува редовно.

Критериум 8.2. Планот на третман и/или лекување на мајката и на новороденчето се во согласност со претходно утврдени клинички упатства за практикување на медицина, заснована на докази.

Критериум 8.3. Во случај на измена на утврдените цели и планот на лекување, тие се евидентираат во историјата на болеста и се соопштуваат на мајката.

Критериум 8.4. За измената на планот на лекување се известуваат здравствените работници кои се дел од тимот што го спроведува лекувањето на пациентката.

Критериум 8.5. За измените на планот на лекување се разговара со пациентката или со нејзиното семејство.

Критериум 8.6. Податоците за пациентката и за нејзиното новородено дете се чуваат на безбедно место и не се достапни на лица кои не се вклучени во нивниот третман.

Критериум 8.7. Сите вработени имаат потпишано Изјава за постапување во согласност со Законот за заштита на лични податоци.

Преупатување, испис или трансфер на пациентката во друго одделение/друга установа

Стандард 9.0. Постои утврдена постапка за преупатување на пациентката на друго одделение/друга установа.

Упатство:

Се проценува потребата и итноста за преупатување на пациентката на друго одделение/установа за кое се води евиденција. Оваа постапка вклучува план за преупатување на пациентката на друго одделение/установа. Се информираат пациентката и/или нејзиното семејство за причините за преупатувањето, како и одделението/установата каде се преупатува пациентката.

Критериум 9.1. Се проценува потребата и итноста за преупатување на пациентката на друго одделение/установа и за тоа се води евиденција.

Критериум 9.2. Постапката вклучува план за преупатување на пациентката на друго одделение или установа.

Критериум 9.3. Пациентката и/или нејзиното семејство се информираат за причините за преупатувањето, како и одделението/установата каде се преупатува пациентката.

Критериум 9.4. При преупатувањето на пациентката на друго одделение/установа, придружната документација којашто ѝ се дава на пациентката содржи податоци за:

- причината за преупатување,
- наодите/резултатите доколку се направени претходни анализи,
- претпоставената дијагноза,
- спроведените процедури (доколку постојат) и
- здравствената состојба на пациентката при преупатувањето.

Стандард 10.0. Постои утврдена постапка за испис/трансфер на пациентката во друго одделение/установа.

Упатство:

Постапката вклучува план за испис/трансфер на пациентката во друго одделение/установа која е соодветна за да може да ги даде потребните услуги. Постапката се однесува и на помошните служби и предвидува давање понатамошни медицински услуги за кои ќе има по-

треба по исписот/трансферот на пациентката во други одделенија/установи. За начинот и документацијата за комуникација со установата/одделението каде што ќе се преупатува/префрла пациентката постои пишана процедура. За исписот/трансферот и сите дадени препораки во смисла на потребите на пациентката по нејзиниот испис/трансфер во друго одделение/установа, пациентката и/или нејзиното семејство однапред се информираат.

Критериум 10.1. Постапката вклучува план за испис/трансфер на пациентката во друго одделение/установа која е соодветна за да може да ги даде потребните услуги.

Критериум 10.2. Постапката се однесува и на помошните служби и предвидува давање понатамошни медицински услуги за кои ќе има потреба по исписот/трансферот на пациентката во други одделенија/установи.

Критериум 10.3. Постои пишана процедура за начинот и за документацијата за комуникација со установата/одделението каде што ќе се преупатува/префрла пациентката.

Критериум 10.4. Се проценува подготвеноста за испис/трансфер на пациентката во друго одделение/установа и за тоа се води евиденција.

Критериум 10.5. Пациентката и/или нејзиното семејство однапред се информираат за исписот/трансферот, како и за сите дадени препораки во смисла на потребите на пациентката по нејзиниот испис/трансфер во друго одделение/установа.

Критериум 10.6. При исписот/трансферот на пациентката во друго одделение/установа, нејзиното досие ги содржи податоците за:

- причината за прием,
- наодите/результатите,
- дијагнозите,
- спроведените процедури,
- лековите и другите третмани,
- отпусната листа,
- здравствената состојба на пациентката при исписот,
- лековите за понатамошна употреба со упатство за нивно користење,
- вид на попреченост (кај пациентките со попречености).

Простории и опрема

Стандард 11.0. На располагање се соодветни простории и опрема.

Упатство:

Приодот кон болницата и кон службите е достапен. Постои влез за лицата со инвалидитет. Локацијата на болницата и влезовите на сите служби и одделенија се обележани со соод-

ветни ознаки, во согласност со постојната легислатива. Болницата располага со соодветни простории за вршење на дејноста. Секоја болница дефинира минимален број приемни амбуланти за пациенти, според инциденцијата на патологијата во подрачјето кое го покрива, но и според достапниот медицински кадар. Се води евиденција на целокупната опрема, заедно со распоредот за одржување на секој нејзин дел. Се врши евиденција на целата опрема која треба да се баждари и да се прецизира распоредот на баждарење.

Критериум 11.1. Приодот кон болницата и кон службите е достапен. Постои влез за лицата со инвалидитет. Локацијата на болницата и влезовите на сите служби и одделенија се обележани со соодветни ознаки, во согласност со постојната легислатива.

Критериум 11.2. Болницата располага со соодветни простории за вршење на дејност.

Секоја болница дефинира минимален број приемни амбуланти за пациенти, според инциденцијата на патологијата во подрачјето кое го покрива, но и според достапниот медицински кадар.

Критериум 11.3. Се води евиденција на целокупната опрема, заедно со распоредот за одржување на секој нејзин дел. Планирано е вработување на соодветни кадри за одржување на опремата.

Критериум 11.4. Се евидентира целата опрема која треба да се баждари и се прецизира распоредот за баждарење.

Квалитет на работењето и безбедност на пациентите

Стандард 12.0. Се следат квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.

Упатство:

Сите вработени во здравствената установа се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план. Здравствената установа има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите со кој на пациентите им се одредуваат областите што би требало да се унапредат, активностите што би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за нивно следење. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите. Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, се утврдуваат и се следат показателите за квалитетот на работењето и за безбедноста на пациентите. Во здравствената установа постои систем за прецизна регистрација, евиденција и анализа на причините за матернална и неонатална сериозна болест и/или смрт, во

согласност со меѓународно усвоените дефиниции. Во евиденцијата е предвидена и регистрација на пациентки со попреченост. Како показатели од витално значење, за сите критични случаи (near miss cases) и перинаталната смртност, детално се разгледуваат причините и околностите заради кои настанале, преку доверливо истражување.

Критериум 12.1. Сите вработени во здравствената установа се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план.

Критериум 12.2. Здравствената установа има план за унапредување на квалитетот на работење и за безбедноста на пациентите.

Критериум 12.3. Со планот за унапредување на квалитетот на работење и на безбедноста на пациентите се одредуваат областите што би требало да се унапредат, активностите што би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за нивно следење.

Критериум 12.4. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.

Критериум 12.5. Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и на безбедноста на пациентите, се утврдуваат и се следат показателите за квалитет на работењето и безбедноста на пациентите.

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

Критериум 12.6. Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и на безбедноста на пациентите.

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

Критериум 12.7. Во здравствената установа постои систем за прецизна регистрација, евиденција и анализа на причините за матернална и неонатална сериозна болест и/или смрт, во согласност со меѓународно усвоените дефиниции. Во евиденцијата е предвидена и регистрација на пациентки со попреченост.

Критериум 12.8. Како показатели од витално значење, за сите критични случаи (near miss cases) и перинаталната смртност, детално се разгледуваат причините и околностите заради кои настанале, преку доверливо истражување. За таа цел,

најмалку еднаш месечно се разгледуваат овие случаи, со цел да се идентификуваат слабостите на системот за обезбедување здравствени услуги и ревизија на планот за унапредување на квалитетот на здравствената заштита на пациентите.

Критериум 12.9. Воведена е методологија за доверливо истражување на причините за мајчина смртност според препораките на СЗО и УНФПА („Повеќе од бројки,“) и се предвидуваат мерки за превенција.

*(Задолжителни стандарди што мора да бидат оценети со оценка 4 или 5.)

ПРИЛОГ 1

Претставници на институциите што дадоа придонес во дефинирање и приготвување на првата печатена верзија на Стандардите за акредитација на здравствени установи- Болнички дејности (Гинекологија и Акушерство).

Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи (АКАЗУМ)

д-р Калтрина Беќири - АКАЗУМ

Лирим Исахи

д-р Загорка Батункова

м-р Тања Дарковска Крстиќ

Маја Катранушеска

м-р Тодор Шапов

Моника Крстиќ

Работна група за развој на стандарди за развој на стандарди за гинекологија и акушерство:

д-р Оливера Стојковска - ДСЗИ

Ас. д-р Весна Ливринова - МЛД

д-р Елизабета Петковска - МЛД

Прим. д-р Беса Ислами Поцеста - МЛД

д-р Снежана Георѓиевска - ЛК

д-р Сотир Николовски - КБ Битола

д-р Флорим Бесими - КБ Тетово

м-р Едита Исахи - АКАЗУМ

Лирим Исахи - АКАЗУМ

д-р Загорка Батункова - АКАЗУМ

м-р Тања Дарковска Крстиќ - АКАЗУМ

Претставници на болници кои учествуваа во пилотирање на стандардите за акредитација на здравствени установи – болничка дејност (гинекологија и акушерство)

Клиничка болница, Тетово:

д-р Нагип Руфати

д-р Олгица Сотировска

д-р Злата Тримчевска

дип. акушер Зебуше Реџа

Тања Костадиновска

Универзитетска Клиника за гинекологија и акушерство -Скопје

ас. д-р Сашо Стојчевски

ас. д-р Горан Кочовски

дипл. акушер Тања Трајковска

Надворешни оценувачи кои учествуваа во пилотирањето на стандардите за акредитација на здравствени установи - болничка нега (гинекологија и акушерство):

д-р Жаклина Шопова

д-р Билјана Зовиќ

Светлана Илоски

Виолета Јакимовска

Литература

- EBCOG Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, 2014)
- National Standards for Safer Better Maternity Services, HIQA, 2016
- Priority life-saving medicines (WHO, 2012)
- Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities (WHO)
- Standards for maternal and neonatal care (WHO)
- Standardi Bolnica prijatelji beba (AKAZ-BIH)
- Standards for Maternity Care (Royal College of Obstreticians and Gynaecologists-Велика Британија)



STANDARDET E AKREDITIMIT TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE SPITALORE (GJINEKOLOGJI DHE OBSTETRIKË)

Shkup, 2021

AGJENCIA E CILËSISË DHE AKREDITIMIT
TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Agjencia e Cilësisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

Autorë:

Lirim Isahi

d-r Zagorka Batunkova

prof d-r Elizabeta Zisovska

Përktheu:

Elif Poshka

Redaktor gjuhësor:

Ismet Osmani-Moment mal DOO Skopje

PARATHËNIE

„*Cilësia është dashuri*“. Kjo shprehje e Donabedianit, babait të koncepteve të zhvillimit të cilësisë në sistemet shëndetësore, ilustrohet dhe qëndron në esencën e çdo suksesi të arritur në Agjencinë e cilësisë dhe akreditimit të institucioneve shëndetësore.

Përpjekjet për definimin e standardeve të cilësisë në fushën e kujdesit shëndetësor spitalor në degën e gjinekologjisë dhe obstetrikës, përveçse pasqyrojnë përkushtimin e Agjencisë drejt realizimit të misionit tonë për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë në shëndetësi, gjatë rrugës u bënë edhe pjesë integrale e iniciativës më gjithëpërfshirëse në kuadër të sistemit shëndetësor të udhëhequr nga Ministria e shëndetësisë, për t'i dhënë përgjigje efikase sfidave me të cilat përballlet cilësia e kujdesit shëndetësor në fushën e gjinekologjisë dhe obstetrikës.

„*Bashkimi bën fuqi*“, prandaj, siç ndodh shpesh edhe në këtë rast, suksesi do të ishte i pamundur pa bashkimin e forcave të shumë faktorëve që dhanë kontributin dhe ndihmën e pakursyer për zhvillimin dhe hartimin e këtyre standardeve për akreditim. Shfrytëzoj rastin të shpreh falënderimin dhe mirënjohjen time të thellë të punësuarve në Agjencinë e cilësisë dhe akreditimit të institucioneve shëndetësore, anëtarëve të grupit të punës që janë përfaqësues të të gjitha institucioneve të sistemit shëndetësor në vendin tonë, shoqatave profesionale të gjinekologëve dhe neonatologëve, vlerësuesve të jashtëm të licencuar si dhe partnerëve tanë lokalë e ndërkombëtarë për kontributin dhe ndihmën e dhënë.

Sot, kur kemi në dorë Standardet e akreditimit për gjinekologji dhe obstetrikë nuk mund të mos jemi të kënaqur, sepse thellësisht jemi të bindur se kemi në dorë një instrument që esencialisht do t'i fuqizojë përpjekjet për rritjen e cilësisë dhe ngritjen e nivelit të sigurisë të kujdesit shëndetësor.

Agjencia është koshiente për detyrimet që ka në periudhën e ardhshme, që duke ndjekur me vëmendje dinamikat e zhvillimit të shkencave mjekësore, që pashmangshëm sjellin inovacione dhe risi në teknologji, dije te reja, si dhe praktika dhe qasje të reja në kujdesin shëndetësor, të reflektojnë duke adaptuar e avancuar edhe standardet e akreditimit në mënyrë që edhe ato t'u përshtaten realiteteve të reja që domosdoshmërisht krijohen.

Me respekt,

Dr. Meral Ismaili - AKAZUM

Drejtor

HYRJE

Akreditimi i institucioneve shëndetësore, në përputhje me nenin 240 të Ligjit për kujdesin shëndetësor, është procedurë për vlerësimin e punës së institucioneve shëndetësore bazuar në aplikimin e një niveli optimal të standardeve të paracaktuara për punën e institucioneve shëndetësore në një fushë të caktuar të kujdesit shëndetësor pra, dega e mjekësisë.

Ekzistojnë disa qëllime të akreditimit, ndër të cilat më të rëndësishmet janë:

- Përmirësimi i vazhdueshëm të cilësisë së punës;
- rritja e sigurisë së pacientëve;
- krijimi i kushteve të barabarta ose të përafërta për ofrimin e shërbimeve shëndetësore në të gjithë sistemin e kujdesit shëndetësor dhe
- rritja e besimit të përdoruesve në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Me miratimin e Ligjit për kujdesin shëndetësor në vitin 2012, u krijuan kushtet ligjore për themelimin e Agjencisë për cilësinë dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore.

Agjencia për Cilësinë dhe Akreditimin e Institucioneve Shëndetësore përcakton standardet për akreditimin e institucioneve shëndetësore, vlerëson cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar, zhvillon instrumente të tjera dhe mekanizma për të përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor, lëshon certifikatat e akreditimit dhe mban regjistrimin e tyre.

Në procesin e akreditimit kryhet vetë-vlerësimi i institucioneve shëndetësore, vlerësimi i jashtëm i punës së tyre dhe dhënia e statusit të akreditimit. Në çdo institucion shëndetësor që ka fituar statusin e akreditimit kryhen vizita të rregullta dhe të jashtëzakonshme (monitoring) që kryhen me qëllim monitorimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor të ofruar. Procedura e akreditimit kryhet në bazë të një plani të planifikuar paraprakisht për realizimin e suksesshëm të të gjitha fazave të procesit të akreditimit.

Cilësia e kujdesit shëndetësor përfshin përkufizimin e attributeve dhe kriterëve që përcaktojnë atë cilësi. Cilësia e kujdesit shëndetësor përbëhet nga lloje të ndryshme të aktiviteteve që mund të ndahen në tre komponentë të ndërlidhura:

- aspekti teknik i mbrojtjes që përfshin zbatimin e njohurive dhe teknologjive mjekësore në një mënyrë që rrit përfitimet për pacientët, duke zvogëluar rrezikun;
- aspekti organizativ i mbrojtjes nënkupton disponueshmërinë dhe kohëzgjatjen e kujdesit shëndetësor të ofruar;
- aspekti ndërpersonal i cilësisë së kujdesit shëndetësor përfshin aspektet sociale dhe psikologjike të ndërveprimit midis punonjësve të kujdesit shëndetësor si dhe komunikimit dhe ndërveprimit të tyre me përdoruesit e shërbimeve shëndetësore ose pacientët.

Sfida më e madhe për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit shëndetësor është qasja sistematike e matjes së saj. Matja e cilësisë lejon të kuptohet më mirë se çfarë nënkupton cilësia në çdo kontekst të veçantë. Kjo paraqet një përpjekje relativisht e thjeshtë që fillon me vendimin se çfarë të matet, me identifikimin e treguesve të përshtatshëm së bashku me burimin e të dhënave për sigurimin e tyre, vazhdon me analizën, sintezën dhe kuptimin e të gjithë procesit dhe përfundon me shpërndarjen e rezultateve.

Në Republikën e Maqedonisë së Veriut me Ligjin për mbrojtje shëndetësore, janë krijuar kushtet për formimin e treguesve të cilësisë, krijimin e komisioneve për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe futjen e akreditimit të detyrueshëm të institucioneve shëndetësore si vlerësim sistematik i institucioneve shëndetësore në lidhje me standardet eksplicite që kryhen nga ekspertët jashtë institucionit shëndetësor.

Agjencia e cilësisë dhe akreditimit krijon kushte për vlerësimin dhe njohjen e institucioneve që plotësojnë standardet e përcaktuara më parë.

Një nga dimensionet më të rëndësishme të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë është zhvillimi i sistemit shëndetësor që është i orientuar drejt përdoruesit/ pacientit dhe sigurisë së tij brenda këtij sistemi shëndetësor. Vendi dhe roli i tij në mënyrë kronologjike janë ndryshuar në mënyrë të konsiderueshme gjatë zhvillimit të konceptit të cilësisë së kujdesit shëndetësor, ku pacienti nga një person që i dëgjon dhe i bindet udhëzimeve dhe këshillave të mjekëve, shndërrohet në një person që merr përgjegjësi për shëndetin e vet dhe përdor shërbime të shumta për parandalimin e sëmundjeve deri në një partner të informuar të barabartë në marrjen e vendimeve për shëndetin e vet.

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 është 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 do t'i përfshijë 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 i punës kundrejt zbatimit individual në përmbushjen e nevojave të përdoruesve.

Strategjia e ACAISH për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe sigurisë së pacientëve që synon të arrijë një nivel më të lartë të cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve, përcaktohet në bazë të objektivave strategjike:

- Krijimi i kushteve që do të mundësojnë që pacienti të jetë në qendër të sistemit të kujdesit shëndetësor;
- Përmirësimi i 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 të kujdesit shëndetësor;
- Krijimi i kushteve që promovojnë kulturën e PVC për kujdesin shëndetësor dhe sigurisë së pacientëve në institucionet shëndetësore;
- Sigurimi i sigurisë, sigurisë dhe kosto-efektivitetit të teknologjisë shëndetësore;
- Sigurimi i stimujve financiarë për PVC mbi kujdesin shëndetësor dhe sigurinë e pacientëve.

PVC e kujdesit shëndetësor bazohet në vlerat që janë të integruara në konceptin e cilësisë së punës dhe, si pasojë, praktika e përditshme e miratuar e institucioneve shëndetësore:

- Orientimi drejt pacientit;
- Siguria;
- Efektiviteti;
- Kohëzgjatja;
- Efikasiteti;
- Drejtësia.

Për të arritur dhe realizuar secilin nga parimet e PVC është e nevojshme të përcaktohen standardet dhe treguesit për tre aspekte themelore të kujdesit shëndetësor, të cilat janë: struktura, procesi dhe rezultati.

Parimi themelor në ofrimin e kujdesit shëndetësor në institucionet shëndetësore është përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë së kujdesit shëndetësor, duke pasur parasysh disa faktorë që kontribuojnë në realizimin e tij. Kjo para së gjithash nënkupton respektimin e të drejtave dhe detyrimeve të pacientëve, krijimin e një sistemi të menaxhimit të rrezikut dhe sigurisë së pacientëve.

Në listën e gjatë të së drejtave të njeriut, vendi më i rëndësishëm përfshin të drejtat e pacientit, të cilat para së gjithash kanë të bëjnë me të drejtën e tij për jetë dhe shëndet. Nga kjo rrjedh detyra e mjekëve të kujdesen për shëndetin dhe jetën e pacientit dhe në të njëjtën kohë të kujdesen dhe të respektojnë pavarësinë, dinjitetin dhe të drejtën për të vendosur për trupin e tij. Të gjitha këto të drejta dhe detyrime rrjedhin nga rregullat ligjore dhe praktika gjyqësore që zbatohet në të gjitha vendet e qytetëruara, duke përfshirë edhe vendin tonë.

Menaxhimi i rrezikut për shëndetin e pacientëve është një komponent i rëndësishëm në përmirësimin e cilësisë. Kjo nënkupton krijimin e një mjedisi të sigurt brenda një institucioni shëndetësor që do të kontribuojë në përmirësimin e shëndetit të pacientit dhe zvogëlimin e rreziqeve që do të ndikojnë në sigurinë e tij gjatë përdorimit të shërbimeve shëndetësore.

Detyra kryesore e punonjësve të kujdesit shëndetësor dhe udhëheqja e institucioneve shëndetësore është për të përcaktuar programet, strategjitë dhe politikat e menaxhimit të rrezikut në nivelin e institucionit, duke i bërë ato të arritshme për të gjithë dhe të njohura si për pacientët ashtu edhe për familjet e tyre.

Me zbatimin e sistemit të menaxhimit të rrezikut do të mundësohet rritja e nivelit të sigurisë si për ofruesit ashtu edhe për përdoruesit e shërbimeve shëndetësore, do të kontribuohet në rritjen e nivelit të cilësisë së shërbimeve si dhe në rritjen e reputacionit të institucionit shëndetësor.

Planifikimi i menaxhimit në thelb përfshin marrjen e vendimeve në lidhje me aktivitetet dhe qëllimet e ardhshme të shërbimeve dhe se si ato mund të arrihen. Prosesi i marrjes së vendimeve përfshin: përcaktimin e problemeve, mbledhjen e informacionit, krijimin e zgjidhjeve alternative, zgjedhjen e alternativës më të mirë, planifikimin e veprimeve, ndërmarrjen e veprimeve dhe vlerësimin e rezultateve të marra. Suksesi në të gjitha segmentet e zhvillimit të institucionit varet nga planifikimi, duke pasur parasysh se kjo nënkupton zgjedhjen e një nga zgjidhjet alternative më të ofruara.

Planifikimi strategjik i një institucioni është gjithashtu një funksion themelor i menaxhimit të lartë, i cili bazohet në përcaktimin, zbatimin dhe vlerësimin e vendimeve funksionale që do t'i mundësojnë organizatës të arrijë qëllimet e saj.

Planifikimi strategjik si një grup aktivitete vendimmarrëse është një proces periodik i zhvillimit të një organizate për të përmbushur misionin dhe vizionin e saj përmes përdorimit të mënyrës së të menduarit strategjik.

Planifikimi strategjik përfshin seanca periodike të punës së ekipit, kërkimin e të dhënave dhe informacionit për institucionin, si dhe dëshmitë që vijnë nga hulumtimet e kryera nga organizatat shëndetësore. Planifikimi strategjik imponon nevojën për të përshtatur organizatën me kërkesat e mjedisit si rezultat i planifikimit strategjik. Baza për zbatimin e planit strategjik është rezultat i ndërveprimit midis mjedisit të jashtëm, burimeve të brendshme dhe gatishmërisë dhe aftësisë së menaxherëve kryesorë.

KRONOLOGJIA E ZHVILLIMIT TË STANDARDEVE TË AKREDITIMIT PËR MATERNITETE

Iniciativa për zhvillimin dhe përgatitjen e standardeve për akreditimin e materniteteve është imponuar nga nevoja për të përmirësuar cilësinë e ofrimit të kujdesit shëndetësor dhe mbështetjen në kuadër të materniteteve me qëllim:

- Promovimi i shëndetit të nënës dhe foshnjës si parakusht për një të ardhme të shëndetshme dhe të sigurt;
- Kujdesi për nënën dhe foshnjën duhet të jetë në qendër të vëmendjes gjatë bërjes së politikave shëndetësore;
- Të kontribuojë në përpjekje duke krijuar një strategji kombëtare për të zvogëluar pasojat e padëshiruara që çojnë në rritjen e normës së vdekshmërisë neonatale.

Procesi i zhvillimit dhe përpunimit të standardeve të akreditimit të materniteteve u zhvillua në bazë të një plani operativ të paracaktuar në të cilin u përcaktuan pesë hapa ose faza në bazë të së cilave u zhvillua procesi:

- Përcaktimi i një versioni funksional të tekstit të standardeve;
- Krijimi i mjeteve për interpretimin e standardeve dhe lehtësimin e procesit të zbatimit të tyre;
- Testimi i standardeve (pilotimi i standardeve);
- Analiza e rezultateve të testimit të standardeve;
- Procesi i miratimit të standardeve nga qeveria e RMV.

Procesi i zhvillimit të Standardeve të akreditimit të materniteteve është hartuar bazuar në metodologjinë ISQ- ua për zhvillimin e standardeve të akreditimit.

Standardet e akreditimit të materniteteve janë formuar në një mënyrë që është metodologjiksht e qëndrueshme, sipas kriterëve që lejojnë zbatimin e suksesshëm në maternitetet e të gjithë vendit.

Procesi i zhvillimit dhe përshtatjes në nivel kombëtar udhëhiqet nga rekomandimet dhe parimet e institucioneve dhe shoqatave ndërkombëtare të akreditimit si Shoqata Ndërkombëtare e Akreditimit

– ISQ- ua. Duhet theksuar se Agjencia për cilësi dhe akreditim të institucioneve shëndetësore të Republikës së Maqedonisë së Veriut është anëtare e kësaj shoqate ndërkombëtare – ISQ- ua.

Standardet e akreditimit të materniteteve janë hartuar në bazë të standardeve të pranuar në mbarë botën dhe është përdorur literatura e mëposhtme:

- EBCOG Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, 2014)
- National Standards for Safer Better Maternity Services, HIQA, 2016
- Priority life-saving medicines (WHO, 2012)
- Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities (WHO)
- Standards for maternal and neonatal care (WHO)
- Standardi Bolnicaprijateljibeba (AKAZ-BIH)
- Standards for Maternity Care (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists- Velika Britanija)

Në procesin e zhvillimit dhe përshtatjes së këtyre standardeve është përfshirë shqyrtimi i tyre në nivele të ndryshme, duke përfshirë të gjitha strukturat dhe individët përkatës si një grup pune profesional i formuar nga Agjencia me përfaqësues nga Ministria e Shëndetësisë, Fondacioni i Sigurimeve Shëndetësore, Inspektorati Shtetëror Sanitar Shëndetësor dhe shoqatat profesionale të mjekëve (doktorë, specialistë në gjinekologji dhe obstetrikë).

Standardet për akreditimin e materniteteve janë pilotuar në dy institucione shëndetësore, ISHP Klinika Universitare Gjinekologjike - Shkup dhe ISHP Spitali Klinik Tetovë. Pas pilotimit të tyre, grupi i punës përcaktoi versionin përfundimtar të standardeve. Në seancën e 30-të të Qeverisë së Republikës së Maqedonisë së Veriut u miratua një vendim për plotësimin e Rregullores për standardet e akreditimit me standardet për spitalet e lindjes dhe teksti i standardeve u publikua në Gazetën Zyrtare të RMV me numrin 20/2021 26 janar 2021. Ky dokument ka për qëllim përcaktimin e standardeve në institucionet shëndetësore që zbatojnë kujdesin shëndetësor gjinekologjik-obstetrik dhe neonatal (kujdesi shëndetësor perinatal) në spitalet e nivelit dytësor dhe terciar.

PËRMBAJTJA E STANDARDEVE

Grupi i standardeve për akreditimin e materniteteve përmban një total prej 12 standardeve dhe 83 kritereve ose hapave që përshkruajnë standardin përkatës.

Standardet mbulojnë tre faza të sigurimit të kujdesit shëndetësor dhe mbështetjes për gratë shtatzëna:

- Kujdesi prenatal;
- Kujdesi intrapartal;

- Kujdesi postpartal dhe neonatal.

Standardet e kujdesit prenatal rregullojnë çështjet e mëposhtme:

- Procedurën për triazh dhe pranimin e gruas shtatzënë;
- Mënyrën e vlerësimit të gjendjes së saj shëndetësore;
- Përgatitjen e planit dhe rrjedhës së lindjes;
- Procedurat për promovimin dhe mbështetjen e ushqyerjes me gji.

Standardet e kujdesit intrapartal kanë të bëjnë me:

- Përcaktimin e planit të lindjes së gruas shtatzënë nga personat me kualifikime të duhura, si dhe
- Trajtimin e saj gjatë lindjes dhe në momentet e para pas lindjes.

Standardet e kujdesit postpartale dhe neonatale rregullojnë fushën e kujdesit shëndetësor dhe mbështetjes për nënat dhe foshnjat, duke përfshirë:

- Dhënien e udhëzimeve për ushqyerjen me gji të suksesshme të foshnjave sipas rekomandimeve të OBSH-së dhe UNICEF-it;
- Përgatitjen e një plani për trajtimin e nënës dhe të foshnjës në rast nevoje;
- Transferimin e nënës në një departament tjetër si dhe
- Monitorimin e cilësisë së punës së personelit mjekësor / jo-mjekësor.

FORMA E STANDARDEVE

- Standardet janë të shënuara me kurzivë dhe janë të shënuara me numrat 1.0, 2.0, 3.0 etj. Një standard përfaqëson nivelin e dëshiruar të veprimit që mund të arrihet dhe me të cilin mund të krahasohet një nivel ekzistues konkret i veprimit.
- Kriteret janë përcaktuar nën standarde dhe janë shënuar me numrat 1.1, 1.2, 1.3 etj. Kriteret përshkruajnë hapat, d.m.th. veprimet e nevojshme për të arritur standardet. Një standard mund të ketë më shumë kritere.

PROCEDURA E VETËVLERËSIMIT DHE VLERËSIMI I JASHTËM

Shkalla e përputhshmërisë së punës së institucioneve shëndetësore me kërkesat e standardeve vlerësohet në bazë të shkallës së vlerësimit të standardeve që ka notat nga 1 në 5.

Shkalla e harmonizimit të punës së institucioneve shëndetësore me kërkesat e standardeve vlerësohet në bazë të shkallës së vlerësimit të standardeve që ka vlerësimet nga 1 deri në 5, në varësi të përputhshmërisë që institucioni shëndetësor ka arritur për secilin kriter të standardeve.

- Vlerësimi 1** Nënkupton se kriteri nuk është futur në zbatim –duhet të shpjegohet arsyeja pse kriteri nuk është futur në zbatim dhe të propozohen masat dhe veprimet që do të ndërmerren për zbatimin e tij.
- Vlerësimi 2.** Nënkupton se kriteri është duke u zbatuar - protokollet dhe procedurat janë duke u përgatitur dhe janë duke u zbatuar - dokumentimi i pamjaftueshëm, - kuptimi i pamjaftueshëm nga pacientët, - mungesa e praktikës dhe koordinimit të vazhdueshëm, - prania e rrezikut, - duhet të propozohen masa dhe veprime që do të merren për të zbatuar kriterin në mënyrë adekuate.
- Vlerësimi 3.** Nënkupton se kriteri është aplikuar -procedura është aplikuar kryesisht, ka mungesë të dokumentacionit të përshtatshëm, - nuk ka zbatim të qëndrueshëm dhe nuk është i kuptueshëm nga punonjësit, - nuk ka prova të mjaftueshme për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë, - rreziqet janë zvogëluar në minimum.
- Vlerësimi 4.** Nënkupton nivelin e përparuar të zbatimit të kritereve - dokumentim i plotë, - protokollet dhe procedurat zbatohen në mënyrë të qëndrueshme, - ato janë kuptuar nga të gjithë punonjësit, - nevojat e pacientëve janë njohur, - niveli i rrezikut është zvogëluar ose eliminuar plotësisht, - ka prova për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë.
- Vlerësimi 5.** Vlerëson zbatimin më të mirë të kriterit -zbatimi i suksesshëm i kriterit pa ndonjë mangësi, - zbatimi i gjerë i praktikës së mirë, -tejkalon pritjet e klientit, - menaxhimi i suksesshëm i rrezikut.

Statusin e një institucioni të akredituar shëndetësor e merr vetëm institucioni për të cilin Agjencia do të përcaktojë se i plotëson standardet e një fushë të caktuar të kujdesit shëndetësor në bazë të vlerësimeve të marra nga ekspertë të angazhuar, të jashtëm dhe të pavarur.

STANDARDET E AKREDITIMIT TË MATERNITETIT

KUJDESI PRENATAL

Udhëzim:

Triazhi fillestar kryhet gjatë kontaktit të parë, në mënyrë që gruaja shtatzënë të drejtohet në shërbimin e duhur brenda spitalit. Gratë shtatzëna janë të ndara në kategori sipas nevojave të tyre dhe kanë përparësi ata pacientë gjendja e të cilëve është urgjente. Ekzistojnë dhe zbatohen procedura të shkruara për pranimin e pacientit. Pas pranimit, gruas shtatzënë dhe familjes së saj i jepen informacione të hollësishme për gjendjen e saj aktuale. Ka një politikë të shkruar për menaxhimin e rrezikut (duke përfshirë ngjarjet e padëshiruara të pritshme dhe të papritura). Kujdesi dhe trajtimi i një gruaje shtatzënë duhet të kryhet sipas udhëzimeve klinike kombëtare të përcaktuara paraprakisht për praktikën e mjekësisë së bazuar në dëshmi ose udhëzimeve ndërkombëtare të pranuarra përgjithësisht. Ekzistojnë procedura të shkruara për trajtimin e pacientëve me aftësi të kufizuara. Shoqatat e pacientëve dhe grupet mbështetëse të gjdhënies janë në dispozicion për të gjithë pacientët e spitalizuar.

Standardi 1.0 Ekziston një procedurë e përcaktuar për pranimin e një gruaje shtatzënë

- Kriteri 1.1.** Triazhi duhet të kryhet gjatë kontaktit të parë me qëllim që gruaja shtatzënë të dërgohet në një shërbim të përshtatshëm në maternitet/ spital.
- Kriteri 1.2.** Gratë shtatzëna ndahen në kategori sipas nevojave të tyre, dhe përparësi u jepet atyre pacienteve, gjendja e të cilave është urgjente.
- Kriteri 1.3.** Ka dhe janë shkruar procedura të pranimit të pacientit.
- Kriteri 1.4.** Pas pranimit, gruas shtatzënë dhe familjes së saj i jepen informacione të hollësishme për gjendjen e saj aktuale.
- Kriteri 1.5.** Institucioni shëndetësor ka një politikë të shkruar dhe të detajuar të menaxhimit të rrezikut, përfshirë ngjarjet e padëshiruara të pritshme dhe të papritura.
- Kriteri 1.6.** Ekziston një sistem efektiv komunikimi midis të gjithë anëtarëve të ekipit të secilës disiplinë, si dhe me pacienten dhe familjen e saj.
- Kriteri 1.7.** Kujdesi dhe trajtimi i një gruaje shtatzënë kryhet në përputhje me udhëzimet klinike kombëtare të paracaktuara për praktikën e mjekësisë së bazuar në prova ose udhëzimet ndërkombëtare të pranuarra përgjithësisht*.

* (Përderisa nuk ka udhëzime klinike në shkallë vendi)

- Kriteri 1.8.** Institucioni shëndetësor ka mundësi të kapërcejë pengesat gjuhësore me pacientet që nuk e dinë gjuhën lokale.

Kriteri 1.9. Departamenti i kujdesit perinatal ka procedura të shkruara për trajtimin e pacienteve me aftësi të kufizuara.

Kriteri 1.10. Në institucionin e kujdesit shëndetësor ekziston një listë kontakti me numrat e telefonit dhe adresat e shoqatave të pacienteve dhe grupeve mbështetëse të gjidhënies që është në dispozicion për të gjithë pacientet e shtruar në spital.

Vlerësimi i gjendjes shëndetësore të gruas shtatzënë dhe përgatitja e planit dhe rrjedhës së lindjes

Udhëzim:

Nevoja e pacientes për zbatimin e masave gjatë lindjes nga një person mjekësor, janë realizuar sipas prioriteteve të përcaktuara dhe në bazë të gjendjes shëndetësore të gruas shtatzënë gjatë pranimit. Kryhen procedurat e duhura diagnostike (klinike, laboratorike, CTG, ultrasonografi dhe të tjera) dhe rezultatet e tyre regjistrohen në kartonin/ historinë e sëmundjes. Nevoja për shërbime shtesë të specializuara është përcaktuar dhe regjistruar dhe propozohet një plan për kursin e lindjes me objektivat e pritshme (rezultatet). Plani i lindjes regjistrohet qartë në kartonin/ historinë e sëmundjes së pacientes dhe shqyrtohet me pacienten dhe/ ose familjen e saj. Në rast të ngjarjeve të padëshiruara, ato regjistrohen, shqyrtohen shkaqet e shfaqjes së tyre dhe parashikohen masa parandaluese (ekziston një Komision i ngjarjeve të padëshiruara). Ekziston një sistem për parandalimin e gabimeve në trajtimin e barnave (identifikimi i pacientit, kontrolli i barnave, doza, mënyra e përgatitjes dhe administrimit).

Standard 2.0 Vlerësimi i gjendjes shëndetësore të gruas shtatzënë është kryer dhe është përgatitur një plan i lindjes multidisciplinare.

Kriteri 2.1. Bazuar në gjendjen shëndetësore të gruas shtatzënë gjatë pranimit, nga një person mjekësor (mama, mjeku specialist ose gjinekologu specialist - obstetrik), përcaktohen përparësitë e nevojave të saj për zbatimin e masave gjatë lindjes nga një person mjekësor.

Kriteri 2.2. Procedurat e duhura diagnostike janë kryer (klinike, laboratorike, CTG, ultrasonografi dhe të tjera) dhe rezultatet e tyre janë regjistruar në kartonin/ historinë e sëmundjes.

Kriteri 2.3. Përcaktohen dhe regjistrohen nevojat për shërbime të specializuara shtesë.

Kriteri 2.4. Një gruaje shtatzënë, nëse është e shtruar në spital dhe shtatzënë për më shumë se 36 javë të shtatzënisë, duhet të informohet me shkrim ose me gojë në lidhje me rëndësinë e ushqyerjes me gji për shëndetin e nënës dhe të porsalindurit të saj dhe mënyrën e gjidhënies.

Kriteri 2.5. Propozohet një plan për rrjedhën e ofrimit me qëllimet (rezultatet) e pritshme.

Kriteri 2.6. Plani i lindjes është regjistruar qartë në të dhënat mjekësore të pacientit / historinë e tij.

Kriteri 2.7. Plani i lindjes diskutohet me pacienten dhe / ose familjen e saj.

***Kriteri 2.8.** Ngjarjet e padëshiruara regjistrohen, shqyrtohen shkaqet e shfaqjes së tyre dhe raportohen për to.

***Kriteri 2.9.** Ekziston një sistem për parandalimin e gabimeve gjatë trajtimit të barnave (identifikimi i pacientit, kontrolli i barnave, dozimi, mënyra e përgatitjes dhe administrimit).

Kriteri 2.10. Në institucionin shëndetësor mbahen takime të rregullta me të gjithë profesionistët e përshtatshëm shëndetësorë, ku shqyrtohen të gjitha ngjarjet e padëshiruara dhe parashikohen masa parandaluese.

Kriteri 2.11. Në kuadër të maternitetit funksionon Komisioni për ngjarje të padëshiruara, i cili evidenton, shqyrton dhe vepron në përputhje me rrethanat.

KUJDESI INTRAPARTAL

Udhëzim:

Të gjithë profesionistët shëndetësorë të përfshirë në trajtimin e një gruaje shtatzënë janë të njohur me planin e lindjes. Individë me kualifikime të përshtatshme janë në dispozicion 24/7 dhe janë përgjegjës për kryerjen e trajtimit të pacientes sipas udhëzimeve klinike të përcaktuara më parë për praktikën e mjekësisë së bazuar në dëshmi. Vendoset kontakti i parë lëkurë-në- lëkurë ndërmjet nënës dhe foshnjës së saj (nëse gjendja shëndetësore e lejon). Materniteti është i detyruar të sigurojë kujdes të plotë 24 -orësh për nënën dhe foshnjën. Informacionet për zhvillimin e lindjes regjistrohen në kartonin/ historinë e sëmundjes së pacientit. Në rast të ngjarjeve të padëshiruara, ato regjistrohen, shqyrtohen shkaqet e shfaqjes së tyre dhe raportohet për to. Ekziston një sistem për parandalimin e gabimeve në trajtimin e ilaçeve (identifikimi i pacientit, kontrolli i ilaçeve, doza, mënyra e përgatitjes dhe administrimit).

Standardi 3.0 Lindja e fëmijëve kryhet sipas një plani të përcaktuar paraprakisht nga persona me kualifikime të përshtatshme

Kriteri 3.1. Me planin e lindjes janë të njohur të gjithë punonjësit shëndetësorë të përfshirë në trajtimin e gruas shtatzënë.

Kriteri 3.2. Lindja e fëmijëve kryhet nga persona me kualifikime të duhura.

- Kualifikimet përcaktohen në bashkëpunim me Odën Mjekësore dhe Shoqatën e Mjekëve të Maqedonisë së Veriut.

Kriteri 3.3. Brendarepartit prenatal janë të nevojshëm gjinekologu, infermierja/mamia, anesteziologu dhe pediatri dhe janë në dispozicion 24/7. Në institucionet shëndetësore përfshihen, sipas nevojës, psikologët dhe/ ose punonjësit socialë të punësuar në IAL.

Kriteri 3.4. Për trajtimin e pacientes janë përgjegjës personat me kualifikime të përshtatshme.

- Emrat e personave të ngarkuar me trajtimin regjistrohen në kartelën/ historinë e sëmundjes së gruas shtatzënë.
- Gjatë trajtimit mund të ketë ndryshime në personin përgjegjës për trajtimin. Ndryshimet janë regjistruar.
- Personeli i trajtimit është i vetëdijshëm për personin/ personat që janë përgjegjës për trajtimin e pacientit.

Kriteri 3.5. Brenda spitalit, të gjithë punonjësit shëndetësorë të përfshirë drejtpërdrejt në procesin e lindjes, janë kompetentë në dhënien e kujdesit gjinekologjik-obstetrik, ringjalljes neonatale dhe kujdesit urgjent shëndetësor.

Kriteri 3.6. Trajtimi kryhet sipas udhëzimeve të paracaktuara klinike për praktikën e mjekësisë së bazuar në dëshmi.

Kriteri 3.7. Nëse gjendja shëndetësore e lejon, kontakti i parë lëkurë-me-lëkurë vendoset midis nënës dhe të porsalindurit në sallën e lindjes, gjatë gjysmës së parë deri në një orë pas lindjes. Nëse lindja bëhet me operacion cezarian, procedura zbatohet gjatë orës së parë me nënën ose një anëtar tjetër të familjes.

Kriteri 3.8. Materniteti është i detyruar të ofrojë kujdes anesteziologjik dhe analgesik 24 orë nën mbikëqyrjen e një specialisti, qasjen në kujdesin urgjent dhe intensiv, shërbimet biokimike, ilaçet esenciale për nënat, nënat dhe foshnjat e rekomanduara nga OBSH dhe UNFPA, rezervat e gjakut dhe shërbimet e tjera mbështetëse, duke përfshirë kujdesin neonatal.

Kriteri 3.9. Aktiviteti kryesor i shërbimit mbështet misionin, vizionin dhe vlerën e spitalit.

- Ka dëshmi se shërbimi respekton misionin, vizionin dhe vlerën e spitalit në planifikimin e shërbimeve.
- Gjatë ofrimit të shërbimeve, punonjësit e shërbimeve respektojnë misionin, vizionin dhe vlerat e spitalit.

Kriteri 3.10. Informacioni për zhvillimin e lindjes regjistrohet në kartonin / historikun mjekësor të pacientes.

- Mjeku kompetent është përgjegjës për mirëmbajtjen e duhur të dokumentacionit mjekësor.
- Nënshkrimi i mjekut kompetent duhet të jetë në kartelën / historikun e pacientes.
- Pas çdo ekzaminimi, nën gjetjen dhe raportin, nënshkruhet mjeku që ka kryer ekzaminimin.

***Kriteri 3.11.** Ngjarjet e padëshiruara regjistrohen, shqyrtohen shkaqet e shfaqjes së tyre dhe raportohet për to.

***Kriteri 3.12.** Ekziston një sistem për parandalimin e gabimeve në trajtimin e barnave (identifikimi i pacientit, kontrolli i barnave, doza, mënyra e përgatitjes dhe administrimit).

Udhëzimet:

Çdo grua ka mundësinë të zgjedhë një shoqërues gjatë lindjes dhe të marrë mbështetje emocionale nga stafi i pranishëm në procesin e lindjes.

Standardi 4.0 Çdo grua dhe familja e saj marrin mbështetje emocionale që është e nevojshme dhe forcon aftësitë e gruas.

Kriteri 4.1. Çdo grua ka mundësinë të zgjedhë një shoqërues gjatë lindjes.

Kriteri 4.2. Çdo grua merr mbështetje nga stafi i pranishëm në procesin e lindjes, gjë që i jep asaj forcë gjatë lindjes.

KUJDESI POSTPARTAL DHE NEONATAL

Udhëzim:

Gjithmonë duhet të ketë një politikë të shkruar të departamentit të kujdesit perinatal për promovimin dhe mbështetjen e ushqyerjes me gji për të cilën të gjithë punonjësit do të kenë njohuri. Në çdo institucion/ departament duhet të ketë materiale promovuese për promovimin e ushqyerjes me gji dhe përfitimet e saj për shëndetin e nënës dhe të porsalindurit. Të gjithë punonjësit e maternitetit/ pavijonit të kujdesit perinatal duhet të jenë trajnuar për njohjen dhe zbatimin e teknikave për ushqyerjen e duhur me gji. Gjithashtu në maternitet/ pavijon duhet të ketë procedura të shkruara për trajnimin e ushqyerjes me gji për nënat me aftësi të kufizuara dhe foshnjat me nevoja të veçanta, udhëzime klinike për ushqyerjen e foshnjës së sapolindur, rekomandime për indikacione mjekësore të justifikuar për marrjen e një zëvendësuesi të qumështit të nënës dhe përputhje me Kodin ndërkombëtar për ndalimin e reklamimit të zëvendësuesve të qumështit të nënës dhe pajisjeve të tjera të nevojshme për ushqyerjen e foshnjës së sapolindur. Materniteti/ qendra e kujdesit perinatal duhet gjithmonë të përfshihet në komunitet për të formuar grupe mbështetëse të ushqyerjes me gji. Në departament duhet të zbatohen hapat për ushqyerjen me gji të suksesshme të rekomanduara nga OBSH dhe UNICEF. Përderisa gjendja shëndetësore e lejon, nëna dhe fëmija i saj duhet të vendosen në të njëjtën dhomë 24 orë së bashku dhe ushqyerja me gji zhvillohet sipas kërkesës së foshnjës. Personeli shëndetësor duhet të japë rekomandime teorike dhe ndihmë praktike për trajnimin e nënave për ushqyerjen e duhur me gji dhe t'u tregojë nënave se si të ushqejnë dhe të ruajnë laktacionin. Në departamentin e kujdesit perinatal nuk duhet të shtohet zëvendësimi i qumështit të nënës pa indikacione të justifikuar mjekësore, nuk duhet të përdoren gërshtë dhe shishe me gërshtë për ushqimin e foshnjave të sapolindura, për çdo ngjarje të padëshirueshme mbahen shënime, shqyrtohen shkaqet e shfaqjes së saj dhe njoftohen për to dhe duhet të ketë një sistem për parandalimin e gabimeve në trajtimin e barnave.

Punonjësit e institucioneve shëndetësore duhet të respektojnë të drejtat e nënave dhe të foshnjave dhe të gjitha gratë dhe foshnjat kanë të drejtën e privatësisë gjatë lindjes dhe duhet të

respektohet konfidencialiteti i tyre dhe të informohen për shërbimet që marrin, gjithashtu arsyet e ndërhyrjes duhet të shpjegohen qartë. Në një institucion shëndetësor duhet të ketë një ekip ekspertësh që mund të ofrojë kujdes të plotë, gjithëpërfshirës, multidisiplinar dhe kulturor për familjet që kanë përjetuar humbjen e një fetusit, të një fëmije të porsalindur ose të një gruaje.

Standardi 5.0 Ekziston një politikë e shkruar e kujdesit perinatal për promovimin dhe mbështetjen e ushqyerjes me gji, e cila njihet nga të gjithë punonjësit dhe zbatohet në mënyrë aktive.

Kriteri 5.1. Departamenti i kujdesit perinatal promovon, mbështet dhe mbron ushqyerjen me gji në përputhje me politikën e gjidhënies.

Kriteri 5.2. Në departament ka materiale promovuese për promovimin e ushqyerjes me gji dhe përfitimet e tij për shëndetin e nënës dhe të porsalindurit / foshnjës së saj.

Kriteri 5.3. I gjithë personeli në njësinë e kujdesit perinatal është i njohur me politikën e ushqyerjes me gji dhe i është nënshtruar trajnimit të strukturuar në njohuritë dhe zbatimin praktik të teknikave të duhura të ushqyerjes me gji, për të cilat ata kanë prova të duhura me shkrim.

Kriteri 5.4. Ka procedura të shkruara trajnimi për nënat me gji me aftësi të kufizuara dhe të porsalindurit me nevoja të veçanta gjatë ushqyerjes me gji.

Kriteri 5.5. Aplikohen udhëzime klinike për të ushqyerit e porsalindur dhe rekomandime për indikacione të justifikuar mjekësore për shtimin e zëvendësuesve të gjidhënies.

Kriteri 5.6. Respektohet Kodi ndërkombëtar për ndalimin e reklamimit të zëvendësuesve të qumështit të gjirit dhe pajisjeve të tjera të nevojshme për ushqyerjen e foshnjës.

Kriteri 5.7. Njësia e kujdesit perinatal është e përfshirë në komunitet për të formuar grupe mbështetëse të gjidhënies.

Standardi 6.0. Zbatohen hapat e rekomanduar nga OBSH dhe UNICEF për ushqyerjen e suksesshme me gji.

Kriteri 6.1. Përderisa e lejon gjendja shëndetësore, nëna dhe i porsalinduri vendosen në të njëjtën dhomë për 24 orë dhe ushqyerja me gji bëhet me kërkesën e të porsalindurit.

Kriteri 6.2. Personeli shëndetësor jep rekomandime teorike dhe ndihmë praktike për trajnimin e nënave për ushqyerjen e duhur me gji.

Kriteri 6.3. Personeli shëndetësor u tregon nënave si të ushqejnë me gji dhe si të mbajnë laktacionin në rast se ndahen nga të porsalindurit.

Kriteri 6.4. Në departamentin e kujdesit perinatal nuk shtohet zëvendësim i qumështit të nënës pa indikacione mjekësore të justifikuar, për të cilat zbatohet udhëzimi i përshtatshëm klinik.

Kriteri 6.5. Reparti nuk përdor biberona dhe shishe biberoni për foshnjat që kanë nevojë për gjidhënie.

***Kriteri 6.6.** Ngjarjet e padëshiruara regjistrohen, shqyrtohen shkaqet e shfaqjes së tyre dhe raportohen.

***Kriteri 6.7.** Ekziston një sistem për parandalimin e gabimeve në trajtimin e ilaçeve (identifikimi i pacientit, depistimi i barnave, dozimi, mënyra e përgatitjes dhe administrimit).

Kriteri 6.8. Në institucionin e kujdesit shëndetësor është në dispozicion këshillimi për metodat e duhura të kontracepsionit pas lindjes.

Standardi 7.0. Punëtorët e institucioneve shëndetësore respektojnë të drejtat e nënave dhe të porsalindurve
--

Kriteri 7.1. Të gjitha gratë dhe të porsalindurit kanë të drejtën e privatësisë gjatë lindjes dhe konfidencialiteti i tyre respektohet.

Kriteri 7.2. Të gjitha gratë informohen për shërbimet që marrin dhe arsyet e ndërhyrjeve shpjegohen qartë.

Kriteri 7.3. Në institucionin shëndetësor ekziston një ekip ekspertësh që mund të sigurojë kujdes të plotë, gjithëpërfshirës, multidisiplinar dhe kulturor për familjet që kanë përjetuar humbjen e një fetusi, të një fëmije të sapolindur ose të një gruaje.

PLANI I TRAJTIMIT

Udhëzim:

Çdo trajtim duhet të kryhet në bazë të një plani trajtimi të përgatitur. Me planin e trajtimit duhet të jenë të njohur të gjithë punonjësit shëndetësorë dhe bashkëpunëtorët e përfshirë në trajtimin e nënës dhe të foshnjës. Plani i trajtimit dhe/ ose trajtimi i nënës dhe foshnjës duhet të jetë në përputhje me udhëzimet klinike të përcaktuara më parë për praktikën e mjekësisë së bazuar në dëshmi. Në rast të ndryshimit të qëllimeve të përcaktuara dhe planit të trajtimit, ato regjistrohen në historinë e sëmundjes dhe njoftohen me nënën, informohen punonjësit shëndetësorë që janë pjesë e ekipit që kryen trajtimin e pacientit dhe duhet të diskutohet me pacientin ose familjen e tij për ndryshimet e bëra.

Të dhënat e pacientes dhe të fëmijës së lindur ruhen në një vend të sigurt dhe nuk janë në dispozicion të personave që nuk janë të përfshirë në trajtimin e tyre dhe të gjithë punonjësit kanë nënshkruar një Deklaratë të sjelljes në përputhje me Ligjin për mbrojtjen e të dhënave personale.

Kriteri 8.1. Me planin e trajtimit janë të njohur të gjithë punonjësit shëndetësorë dhe bashkëpunëtorët e përfshirë në trajtimin e nënës dhe të foshnjës dhe ai shqyrtohet rregullisht.

Kriteri 8.2. Plani i trajtimit dhe/ ose trajtimi i nënës dhe foshnjës së re është në pajtueshmëri me udhëzimet klinike të përcaktuara më parë për praktikën e mjekësisë së bazuar në dëshmi.

Kriteri 8.3. Në rast të ndryshimit të qëllimeve të përcaktuara dhe planit të trajtimit, ato regjistrohen në historinë e sëmundjes dhe i kumtohen nënës.

Kriteri 8.4. Për dryshimet në planin e trajtimit duhet të njoftohen punonjësit shëndetësorë që janë pjesë e ekipit që kryen trajtimin e pacientit.

Kriteri 8.5. Diskutimet rreth planit të trajtimit diskutohen me pacienten ose familjen e saj.

Kriteri 8.6. Të dhënat për pacienten dhe fëmijën e saj të porsalindur mbahen në një vend të sigurt dhe nuk janë të arritshme për personat që nuk janë të përfshirë në trajtimin e tyre.

Kriteri 8.7. Të gjithë punonjësit kanë nënshkruar një Deklaratë për veprim në përputhje me Ligjin për Mbrojtjen e të Dhënave Personale.

Referimi, shkarkimi ose transferimi

i pacientit në një repart / institucion tjetër

Standardi 9.0. Ekziston një procedurë e përcaktuar për zhvendosjen e pacientit në një repart/ institucion tjetër

Udhëzim:

Vlerësohet nevoja dhe urgjenca e zhvendosjes së pacientit në një departament/ institucion tjetër për të cilën mbahen regjistrime. Kjo procedurë përfshin një plan për zhvendosjen e pacientit

në një repart/ institucion tjetër. Pacientja dhe/ose familja e saj duhet të informohen për arsyet e zhvendosjes, si dhe repartin/institucionin ku do të zhvendoset pacientja.

Kriteri 9.1. Nevoja dhe urgjenca për referimin e pacientes në një pavijon/ institucion tjetër vlerësohet dhe për këtë mbahet regjistrim.

Kriteri 9.2. Procedura përfshin një plan për zhvendosjen e pacientes në një pavijon ose institucion tjetër.

Kriteri 9.3. Pacientja dhe / ose familja e saj informohen për arsyet e referimit, si dhe për repartin / institucionin ku zhvendoset.

Kriteri 9.4. Në rast të zhvendosjes së pacientes në një pavijon/ institucion tjetër, dokumentacioni shoqërues që i jepet pacientes përmban të dhëna për:

- shkaqet e zhvendosjes,
- gjetjet/ rezultatet nëse janë bërë analiza të mëparshme,
- diagnoza e parashikuar;
- Procedurat e kryera (nëse ekzistojnë) dhe
- gjendja shëndetësore e pacientit në referim.

Standardi 10.0 Ekziston një procedurë e përcaktuar për shkarkimin/ transferimin e pacientes në një departament/ institucion tjetër

Udhëzim:

Procedura përfshin një plan për shkarkimin/ transferimin e pacientes në një departament/ institucion tjetër që është i përshtatshëm për të ofruar shërbimet e nevojshme. Procedura vlen edhe për shërbimet ndihmëse dhe parashikon ofrimin e shërbimeve të mëtejshme mjekësore që do të jenë të nevojshme pas transferimit të pacientes në departamente/ institucione të tjera. Ekziston një procedurë e shkruar për mënyrën dhe dokumentacionin e komunikimit me institucionin/ repartin ku do të referohet/ transferohet pacientja. Për transferimin dhe të gjitha rekomandimet e dhëna në përputhje me nevojat e pacientes pas daljes/ transferimit në një departament/ institucion tjetër, pacientja dhe/ ose familja e saj informohen paraprakisht.

Kriteri 10.1. Procedura përfshin një plan për shkarkimin/ transferimin e pacientes në një pavijon/ institucion tjetër që është i përshtatshëm për të qenë në gjendje të ofrojë shërbimet e nevojshme.

Kriteri 10.2. Procedura vlen edhe për shërbimet ndihmëse dhe parashikon ofrimin e shërbimeve të mëtejshme mjekësore që do të jenë të nevojshme pas shkarkimit/ transferimit të pacientes në departamente/ institucione të tjera.

Kriteri 10.3. Ekziston një procedurë e shkruar për mënyrën dhe dokumentacionin e komunikimit me institucionin/ repartin ku pacientja do të referohet/ transferohet.

Kriteri 10.4. Vlerësohet gatishmëria për transferimin e pacientes në një pavijon/ institucion tjetër dhe për këtë mbahen shënime.

Kriteri 10.5. Pacientja dhe/ ose familja e saj informohen paraprakisht për transferimin, si dhe për të gjitha rekomandimet e dhëna në lidhje me nevojat e pacientes pas daljes/ transferimit të saj në një pavijon/ institucion tjetër.

Kriteri 10.6. Gjatë bartjes/ transferimit të pacientes në një repart/ institucion tjetër, dosja e saj përmban të dhënat për:

- arsyen e pranimit,
- gjetjet/ rezultatet,
- diagnozën,
- procedurat e zbatuara,
- ilaçet dhe trajtimet e tjera,
- listën e lëshimit,
- gjendja shëndetësore e pacientit gjatë ekzaminimit,
- ilaçet për përdorim të mëtejshëm me udhëzime për përdorimin e tyre,
- llojin e aftësisë së kufizuar (në pacientët me aftësi të kufizuara).

Hapësira dhe pajisjet

Standardi 11.0 Hapësirat dhe pajisjet e përshtatshme janë në dispozicion

Udhëzim:

Qasja në spital dhe shërbimet janë në dispozicion. Ka hyrje për personat me aftësi të kufizuara. Vendndodhja e spitalit dhe hyrjet në të gjitha shërbimet dhe departamentet janë të shënuara me shenjat e duhura, sipas legjislacionit të përhershëm. Spitali ka hapësira të përshtatshme për kryerjen e operacioneve. Çdo spital përcakton një numër minimal të ambulancave të pranimit për pacientët, sipas incidencës së patologjisë në zonën që mbulon, por edhe sipas stafit mjekësor në dispozicion. Mbahet regjistrim i të gjitha pajisjeve, së bashku me orarin e mirëmbajtjes për secilën pjesë të saj. Bëhet një regjistrim i të gjithë pajisjeve që duhen rimbushur dhe për të saktësuar orarin e rimbushjes.

Kriteri 11.1. Qasja në spital dhe shërbimet është në dispozicion. Ka një hyrje për personat me aftësi të kufizuara. Vendndodhja e spitalit dhe hyrjet e të gjitha shërbimeve dhe departamenteve janë të shënuara me shenjat e duhura, në përputhje me legjislacionin ekzistues.

Kriteri 11.2. Spitali ka ambiente të përshtatshme për kryerjen e operacioneve. Çdo spital përcakton një numër minimal të ambulancave të pranimit për pacientet, sipas ngjarjes së patologjisë në zonën që mbulon, por edhe sipas stafit mjekësor në dispozicion.

Kriteri 11.3. Mbahet një regjistër i të gjitha pajisjeve, së bashku me një orar për mirëmbajtjen e secilës pjesë të saj. Është planifikuar punësimi i personelit të përshtatshëm për mirëmbajtjen e pajisjeve.

Kriteri 11.4. Regjistrohen të gjitha pajisjet që duhen rimbushur dhe përcaktohet orari i rimbushjes.

Cilësia e punës dhe siguria e pacientit

Standardi 12.0 Monitorohet cilësia e punës dhe siguria e pacientit

Udhëzim:

Të gjithë punonjësit e stafit shëndetësor janë të njohur me planin strategjik të spitalit dhe plani për përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve është përcaktuar në bazë të planit strategjik. Institucioni shëndetësor ka një plan për përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve, me të cilin pacientëve u përcaktohen fushat që duhet të përparohen, veprimet që duhet të merren, si dhe rezultatet dhe procedurat për ndjekjen e tyre. Punonjësit janë të vetëdijshëm për aktivitetet që lidhen me përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve. Në kuadër të aktiviteteve për përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve, përcaktohen dhe monitorohen treguesit e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve.

Në institucionet shëndetësore ekziston një sistem për regjistrimin dhe analizën e saktë të shkaqeve të sëmundjeve serioze dhe/ ose vdekjeve të nënës dhe të foshnjës, në përputhje me përkufizimet e miratuara ndërkombëtarisht. Në regjistrim janë përfshirë edhe pacientët me aftësi të kufizuara. Si tregues të rëndësishëm, për të gjitha rastet kritike (near miss cases) dhe vdekshmërinë perinatal, shqyrtohen në detaje shkaqet dhe rrethanat për shkak të të cilave kanë ndodhur, përmes hulumtimeve të besueshme.

Kriteri 12.1. Të gjithë punonjësit e stafit shëndetësor janë të njohur me planin strategjik të spitalit dhe plani për përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve është përcaktuar në bazë të planit strategjik.

Kriteri 12.2. Institucioni shëndetësor ka një plan për të përmirësuar cilësinë e punës dhe sigurinë e pacientëve.

Kriteri 12.3. Plani për përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve përcakton fushat që duhet të përparohen, veprimet që duhet të ndërmerren, si dhe rezultatet dhe procedurat për monitorimin e tyre.

Kriteri 12.4. Punonjësit janë të vetëdijshëm për aktivitetet që lidhen me përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve.

Kriteri 12.5. Në kuadër të aktiviteteve për përmirësimin e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve, përcaktohen dhe monitorohen treguesit e cilësisë së punës dhe sigurisë së pacientëve.

- Përcaktohen të dhënat që do të mblidhen për secilin tregues, si dhe metodat e përdorura për mbledhjen e këtyre të dhënave (përmes Rregullores për llojet e treguesve të kujdesit shëndetësor).

Kriteri 12.6 .Punonjësit marrin pjesë në mënyrë të përshtatshme në aktivitetet për të përmirësuar cilësinë e punës dhe sigurinë e pacientëve.

- Në përzgjedhjen e punonjësve që do të marrin pjesë në këto aktivitete, do të merret parasysh natyra e aktiviteteve të planit për të përmirësuar cilësinë e punës dhe sigurinë e pacientëve, si dhe ngarkesa në vendin e punës.

Kriteri 12.7. Në institucionet shëndetësore ekziston një sistem për regjistrimin dhe analizën e saktë të shkaqeve të sëmundjeve serioze dhe/ ose vdekjeve të nënës dhe të foshnjës, në përputhje me përkufizimet e miratuara ndërkombëtarisht. Në regjistrim janë përfshirë edhe pacientët me aftësi të kufizuara.

Kriteri 12.8. Si tregues të rëndësishëm, për të gjitha rastet kritike (near miss cases) dhe vdekshmërinë perinatal, shqyrtohen në detaje shkaqet dhe rrethanat për shkak të të cilave kanë ndodhur, përmes hulumtimeve të besueshme. Për këtë qëllim, këto raste shqyrtohen të paktën një herë në muaj për të identifikuar dobësitë e sistemit të ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe për të rishikuar planin për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor të pacientëve.

Kriteri 12.9. Një metodologji për hulumtime konfidenciale mbi shkaqet e vdekshmërisë së nënave prezantohet sipas rekomandimeve të OBSH dhe UNFPA („Më shumë se një numër“) dhe parashikohen masa parandaluese.

- * (Standardet e detyrueshme që duhet të vlerësohen me notën 4 ose 5)

SHTOJCA 1

Përfaqësuesit e institucioneve që kanë kontribuar në përcaktimin dhe përgatitjen e botimit të parë të shtypur të Standardeve për akreditimin e institucioneve shëndetësore - Aktiviteti spitalor (gjinekologji dhe obstetrikë).

Agjencia e Cilësisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (ACAISH)

Dr. Kaltrina Beqiri - ACAISH

Lirim Isahi

Dr. Zagorka Batunkova

Tanja Darkovska Krstiq

Maja Katranuseska

Todor Shapov

Monika Krstic

Grupi Punues për Zhvillimin dhe Hartimin e Standardeve Gjinekologjike dhe Obstetrike:

Dr. Olivera Stojkovska – Inspektorati Sanitarë dhe Shëndetësorë

Ass. Dr Vesna Livrinova - Shoqata e Mjekëve të Maqedonisë

Dr. Elizabeta Petkovska - Shoqata e Mjekëve të Maqedonisë

Prim.Dr. Besa Islami Pocesta - Shoqata e Mjekëve të Maqedonisë

Dr. Snezana Georgjievaska - Oda e Mjekëve

Dr. Sotir Nikollovski -SK Manastir

Dr. Florim Besimi - SK Tetovë

Mr. Edita Isahi - ACAISH

Lirim Isahi - ACAISH

Dr. Zagorka Batunkova - ACAISH

Tanja Darkovska Krstic - ACAISH

Përfaqësues të spitaleve që morën pjesë në pilotimin e standardeve për Akreditimin e institucioneve shëndetësore - kujdesi spitalor (gjinekologji dhe obstetrikë)

Spitali klinik i Tetovës:

Dr. Nagip Rufati

Dr. Olgica Sotirovska

Dr. Zlata Trimçevska

Obstetër Zebushe Rexha

Tanja Kostadinovska

Klinika Universitare për Gjinekologji dhe Obstetrikë - Shkup

Ass. Dr. Sasho Stojcevski

Ass. Dr. Goran Kočovski

Obstetër Tanja Trajkovska

Vlerësues të jashtëm që morën pjesë në pilotimin e standardeve për Akreditimin e institucioneve shëndetësore - kujdesi spitalor (gjinekologji dhe obstetrikë):

Dr. Zhaklina Shopova

Dr. Biljana Zoviç

Svetllana Iloski

Violeta Jakimovska

Literatura e shfrytëzuar

- EBCOG Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, 2014)
- National Standards for Safer Better Maternity Services, HIQA, 2016
- Priority life-saving medicines (WHO, 2012)
- Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities (WHO)
- Standards for maternal and neonatal care (WHO)
- Standardi Bolnicaprijateljibeba (AKAZ-BIH)
- Standards for Maternity Care (Royal College of Obstreticians and Gynaecologists-Velika Britanija)