

Република Северна Македонија
Агенција за квалитет и акредитација
на здравствени установи



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



СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈА НА ОРДИНАЦИИ ОД ПРИМАРНО НИВО (ОПШТА/СЕМЕЈНА МЕДИЦИНА, ПЕДИЈАТРИЈА И ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО)

Скопје 2022

АГЕНЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТ И АКРЕДИТАЦИЈА
НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

АГЕНЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТ И АКРЕДИТАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

Автори:

Лирим Исахи

д-р Загорка Батункова

Лекторирање:

Д-р по науки Вангелија Десподова

- Момент мал ДОО-Скопје

Содржина:

Вовед.....	5
Унапредување на квалитетот на здравствената заштита	7
Хронологија на развивање на стандарди за акредитација на ординации на примарно ниво (општа/семејна медицина, педијатрија и гинекологија и акушерство).....	10
Форма на стандардите.....	12
Постапка на самооценување и надворешно оценување	12
Стандарди за акредитација на ординации на примарно ниво (општа/семејна медицина, педијатрија и гинекологија и акушерство).....	14
I ПОГЛАВЈЕ - организација на работата на здравствената установа	14
Раководење и управување со здравствената установа	16
Постојано унапредување на квалитетот во здравствената установа.....	16
Човечки ресурси	17
Достапност на услугите.....	18
II ПОГЛАВЈЕ - управување со информации.....	20
Регистри/збирки на податоци.....	22
III ПОГЛАВЈЕ - безбедна здравствена грижа.....	24
Стерилизација.....	27
IV ПОГЛАВЈЕ - промоција на здравје и превенција од болести.....	30
Податоци и информации за начинот на живот и факторите на ризик.....	30
Превентивни здравствени услуги	32
Имунизација	34
Превенција од карциноми	34
V ПОГЛАВЈЕ	36
Фокус на пациенти	36
Прием и тријажа	38
Прилог 1	44
Користена литература.....	45

Përmbajtja

Hyrje.....	49
Përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor	50
Kronologjia e zhvillimit të standardeve të akreditimit të nivelit primar (mjekësi e përgjithshme/ familjare, gjinekologji/ obstetrikë dhe pediatri)	53
Forma e standardeve.....	54
Procedura e vetëvlerësimit dhe vlerësimit të jashtëm	55
Standarde për akreditimin e ordinancave të nivelit primar (mjekësia e përgjithshme/ familjare, pediatria, gjinekologjia dhe obstetrika)	56
KAPITULLI I – Organizimi i punës së institucionit shtetëror	56
Menaxhimi dhe administrimi i institucionit shëndetësor.....	58
Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në institucionin shëndetësor	58
Burimet njerëzore	59
Disponueshmëria e shërbimeve	60
KAPITULLI II - Menaxhimi i informacionit.....	62
Regjistrimi/ mbledhja e të dhënave	64
KAPITULLI III – kujdesi shëndetësor i sigurt	66
Sterilizimi	68
KAPITULLI IV - promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve.....	71
Të dhëna dhe informacione mbi stilin e jetesës dhe faktorët e rrezikut	71
Shërbimet shëndetësore parandaluese	73
Imunizimi.....	74
Parandalimi i kancerit	75
KAPITULLI V	76
Fokusimi i pacientëve	76
Pranimi dhe triazha	79
Shtojca 1	84
Literatura e shfrytëzuar	85

ВОБЕД

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 на здравствените установи во одредена област на здравствената заштита, односно гранка на медицината.

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

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

Со донесување 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 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, со цел 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 што можат да се поделат на 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 здравствените 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 евалуација и препознавање на установите што ги задоволуваат претходно утврдените стандарди.

Една од поважните димензии на постојаното унапредување на квалитет е развојот на здравствениот систем што е насочен кон корисникот/пациентот и неговата безбедност во рамките на тој здравствен систем.

Неговото место и улога хронолошки гледано значајно се изменети низ самиот развој на концептот на квалитет 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 да се превенираат 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 успешност во работата, како и поголемо задоволство на корисниците на здравствени услуги и на оние кои ги пружаат тие здравствени услуги. ПУК бара воведување на култура на квалитет која подеднакво ќе ги вклучи сите засегнати страни - 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 задоволувањето 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 негова реализација. 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 истото произлегува обврската 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 безбедна средина во рамките на здравствената установа што 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 менаџментот 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 повеќето 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 таа 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 произлегуваат 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 ОРДИНАЦИИ НА ПРИМАРНО НИВО (ОПШТА/СЕМЕЈНА МЕДИЦИНА, ПЕДИЈАТРИЈА И ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО)

Иницијативата за развој и изработка на стандарди за акредитација на ординациите од примарна здравствена заштита се наметна од потребата за обезбедување сеопфатна вклученост на сите видови на здравствени установи во процесот на акредитација.

Постапката на развивање на овие стандарди за акредитација се одвиваше согласно усвоениот Правилник за начинот на развој и изработка на стандарди за акредитација во кој е опишана методологијата која Агенцијата ја спроведува при процесот на изработка на сите сетови на стандарди за акредитација.

Согласно гореспоменатата методологија процесот на развој и изработка на стандардите за акредитација на Ординациите од примарна здравствена заштита се одвиваше брз основа на претходно усвоен оперативен план во кој беа утврдени пет фази или чекори низ кој се спроведуваше процесот:

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

Стандардите за акредитација на Ординациите од примарна здравствена заштита се дизајнирани на начин кој е методолошки е издржан, согласно критериуми кои овозможуваат успешна имплементација во ординациите ширум земјата.

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. При тоа треба да се напомене дека дека Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи на Република Северна Македонија е членка на оваа меѓународна асоцијација- ISQUA.

Стандарди за акредитација на Ординациите од примарна здравствена заштита се изработени врз основа на општо прифатени стандарди во светот и користена е следнава литература:

- National Standards for Safer Better Healthcare – (Health Information and Quality Authority) -(2012)
- Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards 4th Edition Version 1.2.-ISQ-ua (2015)
- Standards for general practices (4th edition)-RACGP (Australian College of General Practitioners) (2013)
- Quality Management in Primary Care-European Practice Assessment (2004)
- STANDARDI ZA TIMOVE PORODIČNE / OBITELJSKE MEDICINE AKAZ, oktobra 2014.
- Стандарди за акредитација на здравствени установи -АКАЗУМ (2014)

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, Фонд за здравствено осигурување, Државен санитарен и здравствен инспекторат и професионални здруженија на лекари .

Стандардите за акредитација на Ординациите од примарна здравствена заштита беа пилотирани во пет здравствени установи и тоа ПЗУ РЕ-ВИТА-Скопје, ПЗУ Хаџик-Скопје, ПЗУ Др. Русанка Крстевска-Скопје, ПЗУ Др. Митка Тренчева-Скопје и ПЗУ Др. Светлана Смугреска-Скопје.

По нивното пилотирање работната група ја дефинираше финалната верзија на стандардите. На 130 седница одржана на ден 28 декември 2021 година, Владата на Р.С Македонија донесе одлука за усвојување на Стандардите за акредитација на ординации од примарна здравствена заштита и текстот на стандардите беше објавен во Службен весник на Р. С Македонија со број 20/2021 од ден 28 јануари 2021.

Овој документ е наменет за дефинирање на стандардите во здравствените установи кои функционираат врз принципот на избран лекар, односно за ординации од општа пракса, матични педиатри и матични гинеколози.

ФОРМА НА СТАНДАРДИТЕ

- **Стандардите** се истакнати со курсив 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 го 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 воведат 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 воведат во примена.

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

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

Оценка 5. Подразбира најдобра примена на критериумот -успешна примена на критериумот без никаков недостаток, широка примена на најдобрата пракса, тој 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 ОРДИНАЦИИ НА ПРИМАРНО НИВО (ОПШТА/СЕМЕЈНА МЕДИЦИНА, ПЕДИЈАТРИЈА И ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО)

I ПОГЛАВЈЕ - ОРГАНИЗАЦИЈА НА РАБОТАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

Услови за работа на здравствената установа

Упатство:

Во здравствената установа треба да е обезбеден соодветен физички пристап до просториите на ординацијата, вклучувајќи физички пристап најмалку до една просторија од ординацијата за лицата со инвалидитет, додека онаму каде што физичкиот пристап е ограничен, тимот треба да организира домашни посети за пациентите со попреченост. Исто така, треба да е обезбеден и паркинг простор во близина на ординацијата, [што ќе биде наменет за користење на пациентите.

Стандард 1.0. Услугите на тимот се физички достапни за сите пациенти, вклучувајќи ги и лицата со попреченост.

Критериум 1.1. Обезбеден е соодветен физички пристап до просториите на ординацијата, вклучувајќи физички пристап најмалку до една просторија од ординацијата за лицата со инвалидитет .Онаму каде што физичкиот пристап е ограничен, тимот организира домашни посети за пациенти со попреченост.

Критериум 1.2. Обезбеден е паркинг простор во близина на ординацијата што ќе биде наменет за користење на пациентите.

Упатство:

Тимот во здравствената установа треба да има најмалку една просторија која е одредена за консултации/прегледи, една просторија за интервенции, како и друга посебна просторија за потребите на персоналот. Секоја од просториите треба да ги исполнува соодветните услови и тоа удобност, приватност и безбедност на пациентите, на лицата со инвалидитет и на вработените. Чекалната треба да биде со соодветна големина, да има најмалку пет столчиња, да има означено место за лице со физички инвалидитет, обезбедени тоалети што би биле одвоени за пациентите и за персоналот. Пушењето е строго забрането во целата установа.

Стандард 2.0. Тимот работи во соодветни простории за работа. Се применуваат и се почитуваат процедурите што обезбедуваат здравје, безбедност, приватност и удобност на пациентите и на вработените.

Критериум 2.1. Тимот има најмалку една просторија која е одредена за консултации/прегледи, една просторија за интервенции, како и друга посебна просторија за потребите на персоналот.

Критериум 2.2. Просториите за консултации и интервенции ги исполнуваат соодветните услови што обезбедуваат удобност, приватност и безбедност на пациентот, вклучувајќи ги и лицата со инвалидитет, како и соодветни услови за работа на вработените.

Критериум 2.3. Во ординацијата постои чекална со соодветна големина за да ги прими планираните пациенти и нивните придружници.

Критериум 2.4. Во чекалната има најмалку пет столчиња, при што најмалку едно е обележано за предност на користење од страна на постари лица, бремени жени или лица со инвалидитет.

Критериум 2.5. Во чекалната постои означено место за лице со физички инвалидитет кое е корисник на количка.

Критериум 2.6. Ординацијата има на располагање простории во кои постојат одвоени тоалети за пациенти и за персоналот.

Критериум 2.7. Пушењето е забрането во целата установа, за што постојат соодветни ознаки во сите простории, вклучително и на влезот од установата.

Упатство:

Ординацијата треба да располага со сет за мала хирургија, сет за реанимација (доктори на семејна медицина, општи доктори), како и лекарска торба. Лекарската торба содржи стетоскоп, отоскоп, офталмоскоп, апарат за мерење на крвен притисок, опрема за одржување на проодност на дишните патишта, лекови за итни случаи, шприцеви и игли со различна големина, топломер, завојни и други материјали.

Стандард 3.0. Ординацијата располага со потребна медицинската опрема за обезбедување на сеопфатна примарна здравствена заштита.

Критериум 3.1. Во ординацијата постои сет за мала хирургија, сет за реанимација (доктори на семејна медицина, општи доктори) ,како и лекарска торба.

Критериум 3.2. Лекарската торба содржи стетоскоп, отоскоп, офталмоскоп, апарат за мерење на крвен притисок, опрема за одржување на проодност на дишните патишта, лекови за итни случаи, шприцеви и игли со различна големина, топломер, завојни и други материјали.

РАКОВОДЕЊЕ И УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

Упатство:

Раководењето и управувањето на здравствената установа се уредени во актите на здравствената установа. Во Статутот на здравствената установа се уредени организацијата и пружањето на здравствената заштита, начинот на користење и одржување на медицинската опрема, начинот на прием на пациенти, начинот на користење на работната облека на здравствените и на другите работници.

Стандард 4.0. Начинот на раководење и управување со здравствената установа се утврдени со соодветна документација.

Критериум 4.1. Раководењето и управувањето на здравствената установа се уредени во актите на здравствената установа.

Критериум 4.2. Во Статутот на здравствената установа се уредени организацијата и пружањето на здравствената заштита, начинот на користење и одржување на медицинската опрема, начинот на прием на пациенти, начинот на користење на работната облека на здравствените и на другите работници.

ПОСТОЈАНО УНАПРЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

Упатство:

Тимот на здравствената установа треба да има воспоставено систем за квалитет што обезбедува квалитет на здравствените услуги, промовирање на унапредување на квалитетот и зголемување на безбедноста на пациентите. Исто така, тимот треба да има однапред утврдена процедура, спроведува два пати годишно само евалуација на својата работа, разгледувајќи ги исходите од здравствените третмани/проверка на стручните активности во однос на

пропишаните стандарди, како и сите претставки, жалби и предлози на пациентите. Здравствената установа треба да ги користи методите и инструментите, усвоени на национално ниво за унапредување на квалитетот и безбедноста на здравствената заштита.

Стандард 5.0 . Тимот на здравствената установа спроведува мерки за постојано унапредување на квалитетот на здравствените услуги.

Критериум 5.1. Тимот на здравствената установа има воспоставено систем за квалитет што обезбедува квалитет на здравствените услуги, промовирање на унапредување на квалитетот и зголемување на безбедноста на пациентите.

Критериум 5.2. Тимот на здравствената установа, во согласност со однапред утврдена процедура, спроведува два пати годишно самоевалуација на својата работа, разгледувајќи ги исходите од здравствените третмани/проверка на стручните активности во однос на пропишаните стандарди, како и сите претставки, жалби и предлози на пациентите.

Критериум 5.3. Здравствената установа ги користи методите и инструментите, усвоени на национално ниво за унапредување на квалитетот и безбедноста на здравствената заштита.

Упатство:

Во здравствената установа потребно е да бидат утврдени политиките и процедурите за работа на самата установа. Притоа, треба да постои листа на стандардизирани оперативни процедури (во натамошниот текст: процедури), усвоени од страна на овластеното тело/лице.

Стандард 6.0. Здравствената установа ги исполнува законските и професионално дефинираните обврски и одговорности во корист на пациентите врз основа на однапред утврдени процедури.

Критериум 6.1. Утврдени се политиката и процедурите за работење на установата.

Критериум 6.2. Постои листа на стандардизирани оперативни процедури (во натамошниот текст: процедури), усвоени од страна на овластеното тело/лице.

ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ

Упатство:

Во здравствената установа постои најмалку еден тим составен од (1) еден доктор за медицина и (1) една медицинска сестра/техничар. Сите членови на тимот треба да поседуваат соодветна важечка

лиценца и потврда за положен стручен испит, да имаат поминато соодветна обука, да поседуваат квалификации и континуирано да ја одржуваат и надградуваат својата стручност во делокругот на својата работа и да имаат обука за воведување во работната пракса на лицата кои засноваат работен однос во здравствената установа. Членовите на тимот на здравствената установа потребно е да имаат пристап до процедурите на ординацијата што се однесуваат на управување со човечките ресурси.

Стандард 7.0. Во рамките на здравствената установа постои стручен тим кој пружа здравствени услуги.

Критериум 7.1. Во здравствената установа постои најмалку еден тим, составен од (1) еден доктор за медицина и (1) една медицинска сестра/ техничар.

Критериум 7.2. Сите членови на тимот на здравствената установа имаат соодветна важечка лиценца и потврда за положен стручен испит.

Критериум 7.3. Сите членови на тимот на здравствената установа имаат поминато соодветна обука, поседуваат квалификации и континуирано ја одржуваат и надградуваат својата стручност во делокругот на својата работа.

Критериум 7.4. Постои обука за воведување во работната пракса на лицата кои засноваат работен однос во здравствената установа и низ неа се поминува врз основа на однапред утврдена процедура.

Критериум 7.5. Членовите на тимот на здравствената установа имаат пристап до процедурите на ординацијата што се однесуваат на управување со човечките ресурси.

ДОСТАПНОСТ НА УСЛУГИТЕ

Упатство:

Здравствената установа треба да нуди здравствена заштита по највисоки стручни и етички начела. Посетите во здравствената установа потребно е да се закажуваат според слободен термин. Здравствената установа има флексибилен систем на закажување на прегледи за да се задоволат потребите на пациентите. Исто така, пациентите можат да разговараат со лекарот или со сестрите по пат на телефон и да добијат соодветни совети, само доколку лекарот процени дека тоа е клинички сигурно и дека физикален преглед не е неопходен, за што постои соодветна процедура. Членовите на тимот на здравствената установа потребно е да користат Клинички водичи и упатства за состојбите што ги третираат, применувајќи ги препораките во пракса. Тимот на здравствената установа исто така врши и домашни посети по медицин-

ски индикации, за што врши соодветна евиденција во која се внесуваат и сите препораки (медицински и немедицински), соодветни за дадената здравствена состојба. На пациентите кои ќе се испишат од регистарот на здравствената установа, во писмена форма им се дава објаснување за причините за испишувањето (доколку исписот е на барање на лекарот) и им се даваат информации за начинот на кој можат да најдат друга здравствена установа.

Стандард 8.0. Сите пациенти добиваат здравствени совети и соодветна здравствена заштита, притоа почитувајќи ги принципите на еднаквост и рамноправност по секоја основа.

Критериум 8.1. Здравствената установа нуди здравствена заштита по највисоки стручни и етички начела.

Критериум 8.2. За здравствените состојби што не се итни, посетите во здравствената установа вообичаено се закажуваат според слободен термин.

Критериум 8.3. Здравствената установа има флексибилен систем на закажување на прегледи за да се задоволат потребите на пациентите на кои им е потребна подолга консултација.

Критериум 8.4. Пациентите можат да разговараат со лекарот или со сестрите по пат на телефон и да добијат соодветни совети само доколку лекарот процени дека тоа е клинички сигурно и дека физикален преглед не е неопходен, за што постои соодветна процедура.

Критериум 8.5. Резимето од даден совет по телефон да биде соодветно евидентирано.

Критериум 8.6. Членовите на тимот на здравствената установа користат Клинички водичи и упатства за состојбите што ги третираат, применувајќи ги препораките во пракса.

Критериум 8.7. Тимот на здравствената установа врши домашни посети по медицински индикации, за што води соодветна евиденција и за тоа поседува оперативна процедура.

Критериум 8.8. Во евиденцијата на домашните посети се внесуваат и сите препораки (медицински и немедицински), соодветни за дадената здравствена состојба.

Критериум 8.9. На пациентите кои се испишани од регистарот на здравствената установа, во писмена форма им се дава објаснување за причините за испишувањето (доколку исписот е на барање на лекарот) и им се даваат информации за начинот на кој можат да најдат друга здравствена установа.

II ПОГЛАВЈЕ - УПРАВУВАЊЕ СО ИНФОРМАЦИИ

Упатство:

Во содржината на здравствената документација (евиденциите) потребно е да бидат вклучени сите релевантни податоци (лични и медицински податоци за пациентот) од прегледот и лекувањето на пациентот. По потреба и на регуларна основа (динамиката претходно е утврдена со документ) се врши интерна проверка на здравствената документација која треба да се води во согласност со Законот за евиденции од областа на здравството.

Стандард 1.0. Содржината на здравствената документација (евиденција) е изработена во согласност со законските прописи и насоките на Министерството за здравство на Република Северна Македонија.

Критериум 1.1. Во документацијата (евиденциите) потребно е да бидат вклучени сите релевантни податоци (лични и медицински податоци за пациентот) од прегледот и лекувањето на пациентот.

Критериум 1.2. Се врши интерна проверка на здравствената документација по потреба и на регуларна основа (динамиката претходно е утврдена со документ), со цел таа да се води во согласност со Законот за евиденции од областа на здравството.

Упатство:

Секаков контакт на пациентот со лекарот потребно е да се евидентира во медицинската евиденција и/или во електронска форма, притоа вклучувајќи консултации, домашни посети, телефонско и друго советување и обезбедување на заштита по работното време. Внесувањето на податоците во медицинското досие потребно е да биде целосно, точно и читливо.

Здравствената евиденција на пациентот или електронскиот запис потребно е да содржи информации што се потребни за идентификација на пациентот и за документирање на проценката на состојбата, лекувањето, напредокот и резултатите од пружената здравствена услуга што е дефинирана со процедура.

Постои точно означено место во медицинското досие кое е наменето за запишување на алергии на храна и лекови, несаканите реакции на лекови, како и други податоци кои имаат блиска врска со здравјето. Во медицинската евиденција на пациентите јасно се наведени сите индикации за хронична терапија и притоа постои ажурирана и точна листа на лекови што пациентот моментално ги прима. Записите, отпусните писма и резултатите од пребарувањата се подредени хронолошки или се достапни во електронска форма по хронолошки редослед.

Препишаните лекови (на рецепт) што пациентот моментално ги зема се јасно набројани (наведени) во медицинската евиденција и таа листа е на располагање на лекарот при секоја консултација. Исто така, здравствената евиденција содржи ажуриран краток преглед (извод) на медицински информации за сите значајни и трајни проблеми.

Стандард 2.0. Во установата се води соодветна документација за здравствената состојба, болеста и за спроведените третмани на пациентите/ анамнеза, дијагноза, прогноза, третман, сите упатувања кон други здравствени установи и сите други документи заради остварувања на правата од здравственото, пензи-ското и инвалидското осигурување во пишана и/или во електронска форма.

Критериум 2.1. Секаков контакт на пациентот со лекарот се евидентира во медицинската евиденција и/или во електронска форма, вклучувајќи консултации, домашни посети, телефонско и друго советување и обезбедување на заштита по работното време.

Критериум 2.2. Внесувањето на податоците во медицинското досие е целосно, точно и читливо.

Критериум 2.3. Здравствената евиденција на пациентот или електронскиот запис содржи информации што се потребни за идентификација на пациентот и за документирање на процената на состојбата, лекувањето, напредокот и резултатите од пружената здравствена услуга, дефинирана со процедура.

Критериум 2.4. Постои означено место во медицинското досие за запишување на алергии на храна и лекови, несаканите реакции на лекови, како и други податоци што имаат блиска врска со здравјето. Овие делови се јасно пополнети.

Критериум 2.5. Во медицинската евиденција на пациентите јасно се наведени индикациите за хронична терапија и постои ажурирана и точна листа на лекови што пациентот моментално ги прима.

Критериум 2.6. Записите, отпусните писма и резултатите од пребарувањата се подредени хронолошки или се достапни во електронска форма по хронолошки редослед.

Критериум 2.7. Препишаните лекови (на рецепт) што пациентот моментално ги зема се јасно набројани (наведени) во медицинската евиденција и таа листа е на располагање на лекарот при секоја консултација.

Критериум 2.8. Здравствената евиденција содржи ажуриран краток преглед (извод) на медицински информации за сите значајни и трајни проблеми.

Упатство:

Во здравствената установа здравствените евиденции и нивната обработката се водат електронски и во хартиена форма. Тимот на установата, потребно е да има изградено политика на водење на евиденциите врз начела на квалитет, ефикасност, ефективност и економичност. Тимот на установата, медицинските податоци ги обработува во согласност со прописите за заштита на личните податоци.

Стандард 3.0. Установата има воспоставено здравствен информатички систем, со можност за сигурносна копија и заштита на доверливи информации на податоци за пациентот.

Критериум 3.1. Здравствените евиденции и нивната обработката во установата се водат електронски и во хартиена форма.

Критериум 3.2. Тимот на установата има политика на водење на евиденциите врз начела на квалитет, ефикасност, ефективност и економичност.

Критериум 3.3. Тимот на установата медицинските податоци ги обработува во согласност со прописите за заштита на личните податоци.

РЕГИСТРИ/ЗБИРКИ НА ПОДАТОЦИ

Упатство:

Тимот на установата потребно е редовно да ги пријавува пациентите со заразни заболувања, во согласност со прописите од областа на здравствената заштита. Исто така, тимот редовно ги пријавува пациентите со незаразните заболувања за кои постојат регистри во согласност со Законот за здравствена заштита.

Стандард 4.0. Тимот на установата редовно ги пријавува заболувањата за кои постои законска обврска.

Критериум 4.1. Тимот на установата редовно ги пријавува пациентите со заразни заболувања, во согласност со прописите од областа на здравствената заштита.

Критериум 4.2. Тимот редовно ги пријавува пациентите со незаразни заболувања за кои постојат регистри во согласност со Законот за здравствена заштита.

Упатство:

Тимот треба да има јасно зацртан План на активности за реализација на целите во согласност со потпишаниот договор со ФЗОМ и притоа податоците за реализираните цели во последната година треба да бидат лесно достапни и да можат да се добијат на увид при внатрешна контрола и во текот на каква било друга законски пропишана надворешна контрола/проценка.

Стандард 5.0. Ординациите што имаат склучено договор со ФЗОМ имаат лесно достапни податоци за реализација на целите во согласност со тој договор.

Критериум 5.1. Тимот има јасно зацртан План на активности за реализација на целите во согласност со потпишаниот договор со ФЗОМ.

Критериум 5.2. Податоците за реализираните цели во последната година се лесно достапни и можат да се добијат на увид при внатрешна контрола и во текот на каква било друга законски пропишана надворешна контрола/проценка.

III ПОГЛАВЈЕ - БЕЗБЕДНА ЗДРАВСТВЕНА ГРИЖА

Упатство:

Отпадот во здравствената установа соодветно се селектира и се складира и за тоа има пишани процедури. Тимот на здравствената установа безбедно ги отстранува сите искористените остри предмети, за што постои пишана процедура. Исто така, потребно е да постојат процедури за користење и отстранување на предметите, наменети за еднакратна употреба, по нивната употреба. Секој од тимот на здравствената установа потребно е да има поминато обука и да има пристап до сите документирани политики и постапки за контрола на инфекции и ги применува во пракса.

Стандард 1.0. Тимот на здравствената установа работи и се придржува до документирани политики и процедури за безбедноста на пациентите и на вработените.

Критериум 1.1. Соодветно се селектира и се складира отпадот во здравствената установа и за тоа има пишани процедури.

Критериум 1.2. Тимот на здравствената установа безбедно ги отстранува искористените остри предмети, за што постои пишана процедура.

Критериум 1.3. Постојат процедури за користење и за отстранување на предметите, наменети за еднакратна употреба, по нивната употреба.

Критериум 1.4. Тимот на здравствената установа има систем за евиденција и соодветна инспекција, калибрација, одржување на опрема, вклучувајќи: соодветна постапка, назначено одговорно лице; јасно евидентирање и известување за поправки.

***Критериум 1.5.** Тимот на здравствената установа има поминато обука и има пристап до сите документирани политики и постапки за контрола на инфекции и ги применува во пракса.

Упатство:

Вработените во здравствената установа потребно е да се запознаени со дефиницијата за несакани случувања, за која постои пишана процедура за постапување при појава на несакано случување. Исто така, сите вработени треба да се запознаени со постапката за евидентирање на несакани случувања и при појава на секое несакано случување треба да се испита причината за негово настанување и притоа да се преземат сите потребни активности за нејзино отстранување.

***Стандард 2.0.** Постои процес со кој се идентификуваат, проценуваат и се решаваат несаканите случувања.

- ***Критериум 2.1.** Вработените во здравствената установа се запознаени со дефиницијата за несакани случувања.
- ***Критериум 2.2.** Постои пишана процедура за постапување при појава на несакано случување.
- ***Критериум 2.3.** Вработените во здравствената установа се запознаени со постапката на евидентирање на несакани случувања.
- ***Критериум 2.4.** Во случај на појава на несакано случување, се испитува причината за настанувањето.
- ***Критериум 2.5.** Се преземаат активности за отстранување на причините што довеле до несакани случувања.

Упатство:

Во здравствената установа треба да постојат процедури за одржување на хигиената на подни, сидни и други површини, процедури за чистење и дезинфекција на медицинската опрема и процедури за чистење, складирање и одржување на хигиената. Исто така, треба да постои распоред за генерално чистење и дневно одржување на хигиената.

Стандард 3.0. Во здравствената установа постојат утврдени постапки за одржување на хигиената.

- Критериум 3.1.** Постојат процедури за одржување на хигиена на подни, сидни и други површини.
- Критериум 3.2.** Постојат процедури за чистење и дезинфекција на медицинската опрема.
- Критериум 3.3.** Постои распоред за генерално чистење и дневно одржување на хигиената.
- Критериум 3.4.** Постојат процедури за чистење, складирање и одржување на опремата за чистење.

Упатство:

Во здравствената установа треба да постојат утврдени постапки за одржување на хигиената на рацете што вклучува дезинфекција на рацете, миење на рацете и употреба на медицински ракавици за еднократна употреба. Вработените мора да се придржуваат кон утврде-

ните постапки за миење и дезинфекција на рацете и средствата за хигиена на рацете и да се достапни за користење од страна на вработените, пациентите и на посетителите. Информациите за правилната постапка на одржување на хигиена на рацете треба да се јавно достапни и видливи за вработените, пациентите и за посетителите во здравствената установа.

***Стандард 4.0.** Постојат утврдени постапки за одржување на хигиена на рацете.

***Критериум 4.1.** Хигиената на рацете вклучува дезинфекција на рацете, миење на рацете и употреба на медицински ракавици за еднократна употреба.

***Критериум 4.2.** Вработените се придржуваат кон утврдените постапки за миење и за дезинфекција на рацете.

***Критериум 4.3.** Средствата за хигиена на рацете се достапни за користење од страна на вработените, пациентите и на посетителите.

***Критериум 4.4.** Информациите за правилната постапка на одржување на хигиена на рацете се јавно достапни и видливи за вработените, пациентите и за посетителите.

Упатство:

Потребно е да постои Програма за заштита на здравјето и заштита при работа на вработените која е одобрена од страна на лиценцирана установа за тоа. Исто така, потребно е да се спроведе програма за обука од областа на заштита на здравјето и заштита при работа на вработените од страна на овластена установа. Тимот на здравствената установа треба да врши редовни санитарни и систематски здравствени прегледи.

Стандард 5.0. Се почитуваат сите законски прописи за зачувување на здравјето и заштита при работа на вработените.

Критериум 5.1. Постои Програма за заштита на здравјето и заштита при работа на вработените. Оваа Програма е одобрена од страна на лиценцирана установа за тоа.

Критериум 5.2. Се спроведува програма за обука од областа на заштита на здравјето и заштита при работа на вработените од страна на овластена установа.

Критериум 5.3. Тимот на здравствената установа врши редовни санитарни и систематски здравствени прегледи.

Стерилизација

Упатство:

Во здравствената установа е потребно да се има на располагање посебна опрема/апаратура за стерилизација која редовно треба да се валидира. Сите фази на процесот на деконтаминација и стерилизација треба да бидат документирани и со јасни линии на одговорност. Лицата кои се вклучени во процесот на деконтаминација/стерилизација, потребно е да имаат поминато обука за безбедност и здравје при работа, како и обука за контрола на инфекции, што се специфични за нивниот дел на работа во рамките на стерилизацијата.

Стандард 6.0. Постојат потребна опрема, документација, како и соодветно обучен персонал, со што се обезбедува ефикасен и безбеден систем на деконтаминација и стерилизација.

Критериум 6.1. На располагање е посебна опрема/апаратура за стерилизација во согласност со потребите.

Критериум 6.2. Апаратите за стерилизација редовно се валидираат.

Критериум 6.3. Постојат документирани и јасни линии на одговорност за сите фази на процесот на деконтаминација и стерилизација.

Критериум 6.4. Лицата кои се вклучени во процесот на деконтаминација/стерилизација, потребно е да имаат поминато обука за безбедност и здравје при работа, како и обука за контрола на инфекции што се специфични за нивниот дел од работата во рамките на стерилизацијата.

Упатство:

Предметите што се користат за еднократна употреба, по нивното искористување е потребно да се отстранат според однапред утврдена постапка. За ова постојат изготвени процедури за собирање и пакување на инструментите, процедури што ги дефинираат и ги контролираат сите фази на деконтаминација, стерилизација, сушење и повторна употреба на медицинската опрема и на хируршките инструменти што служат за повеќекратна употреба, почитување на параметрите, како што се времето и температурата на стерилизациониот циклус, процедури за проверка на стерилниот пакуван материјал во однос на содржината на пакувањето според спецификацијата, процедури за проверка на стерилниот пакуван материјал во однос на нештетеноста на пакувањето во однос на начинот и периодичноста на проверката и процедури за проверка на функционалноста на сите апарати, вклучени во процесот на стерилизација.

Стандард 7.0. Процесот на работа соодветно се документира и постојат пишани процедури за сите фази од процесот на собирање, деконтаминација и стерилизација.

Критериум 7.1. Предметите што се наменети за еднократна употреба по нивното искористување се отстрануваат според однапред утврдени постапки.

Критериум 7.2. Постојат процедури за собирање и пакување на инструменти.

Критериум 7.3. Постојат постапки и процедури што ги дефинираат и контролираат сите фази на деконтаминација, стерилизација, сушење и повторна употреба на медицинската опрема и хируршки инструменти што служат за повеќекратна употреба.

Критериум 7.4. Се почитуваат параметрите, како што се времето и температурата на стерилизациониот циклус. Се почитува упатството од страна на производителот за инструментите и за материјалите што се стерилизираат.

Критериум 7.5. Постојат процедури за проверка на стерилниот пакуван материјал во однос на содржината на пакувањето според спецификацијата.

Критериум 7.6. Постојат процедури за проверка на стерилниот пакуван материјал во однос на неоштетеноста на пакувањето во однос на начинот и периодичноста на проверката.

Критериум 7.7. Постојат процедури за проверка на функционалноста на сите апарати, вклучени во процесот на стерилизација.

Упатство:

Средствата за чистење (детергенти) во здравствената установа се користат во согласност со податоците за нивната техничката спецификација за безбедност и за нив е потребно да постои означен простор во рамките на установата за чистење на медицински инструменти, нивна дезинфекција и стерилизација. Делот за складирање и управување со нечист материјал е потребно да е јасно поделен во просторот на здравствената установа и во него да нема други предмети освен средствата за хигиена и материјалот што се стерилизира.

Стандард 8.0. Во ординацијата постојат безбедни услови и средина за вршење на процесот на деконтаминација и стерилизација.

Критериум 8.1. Средствата за чистење (детергенти) се користат во согласност со податоците за нивната техничка спецификација за безбедност.

Критериум 8.2. Постои означен простор во рамките на установата за чистење на медицински инструменти, нивна дезинфекција и стерилизација.

Критериум 8.3. Јасно е поделен делот за складирање и управување со нечист материјал и во него нема други предмети освен средствата за хигиена и материјалот што се стерилизира.

IV ПОГЛАВЈЕ - ПРОМОЦИЈА НА ЗДРАВЈЕ И ПРЕВЕНЦИЈА ОД БОЛЕСТИ

ПОДАТОЦИ И ИНФОРМАЦИИ ЗА НАЧИНОТ НА ЖИВОТ И ФАКТОРИТЕ НА РИЗИК

Упатство:

Тимот на здравствената установа собира податоци за факторите што претставуваат ризик за здравјето на пациентите и мерливи клинички податоци што се значајни за планирање на превентивните активности. Тимот на здравствената установа еднаш годишно спроведува ревизија на комплетноста на податоците, внесени во здравствената евиденција на пациентот, врши рана детекција и следење на развојните и други нарушувања што влијаат на раниот раст и развој на децата и спроведува мерки за рано откривање на болести кај пациентите кои спаѓаат во ризични групи. Пациентите имаат пристап до потребните информации во пишана форма, со овозможено користење од страна на слепите и глувите лица за најчестите акутни и хронични состојби и заболувања. Тимот на здравствената установа дистрибуира материјали за промотивно – превентивни активности и тесно соработува со субјектите кои пружаат програми за промоција на здравјето и превенција од болести.

Стандард 1.0. Тимот на здравствената установа ги утврдува здравствените потреби на пациентите, соработува со други установи и со локалната заедница на промоција на здравјето и пружа соодветни превентивни здравствени услуги.

Критериум 1.1. Тимот на здравствената установа собира податоци за факторите што претставуваат ризик за здравјето на пациентите, вклучувајќи значајни податоци од личната, семејната и социјалната анамнеза и анализа на здравите животни навики (исхрана, физичка активност, состојби на зависност од тутун, алкохол, психоактивни супстанции).

Критериум 1.2. Тимот на здравствената установа редовно собира мерливи клинички податоци што се значајни за планирање на превентивните активности најмалку еднаш во пет години. Ова се спроведува за превентивни прегледи и не се однесува на пациенти со евидентирана болест.

Критериум 1.3. Тимот на здравствената установа еднаш годишно спроведува ревизија на комплетноста на податоците, внесени во здравствената евиденција на пациентот.

Критериум 1.4. Тимот на здравствената установа врши рана детекција и следење на развојните и други нарушувања што влијаат на раниот раст и развој на децата.

Критериум 1.5. Тимот на здравствената установа спроведува мерки за рано откривање на болести кај пациентите кои спаѓаат во ризични групи.

Критериум 1.6. Пациентите имаат пристап до потребните информации во пишана форма, со овозможено користење од страна на слепите и глувите лица за најчестите акутни и хронични состојби и заболувања.

Критериум 1.7. Тимот на здравствената установа дистрибуира материјали за промотивно – превентивни активности и тесно соработува со субјектите кои пружаат програми за промоција на здравјето и превенција од болести.

Упатство:

Тимот на здравствената установа води посебна евиденција за извршените превентивни прегледи. Во здравствената установа постои електронски систем за евиденција на превентивни активности и тој се користи за навремено потсетување.

<p>Стандард 2.0. Тимот на здравствената установа користи систем за потсетување, со цел да се овозможи систематска превентивна заштита и рано откривање на болести.</p>

Критериум 2.1. Тимот на здравствената установа води посебна евиденција за извршените превентивни прегледи.

Критериум 2.2. Во здравствената установа постои електронски систем за евиденција на превентивни активности и тој се користи за навремено потсетување.

Упатство:

Тимот на здравствената установа одржува советувања најмалку еднаш годишно, со цел да се овозможи активна превентивна заштита за регистрирани групи на пациенти со утврдени фактори на ризик и хронични заболувања и за сексуално - репродуктивно здравје.

Стандард 3.0. Тимот на здравствената установа користи методи на здравствено советување, со цел да овозможи активна превентивна заштита на пациентите со утврдени фактори на ризик и хронични заболувања.

Критериум 3.1. Тимот на здравствената установа одржува советувања најмалку еднаш годишно за регистрирани групи на пациенти со следниве фактори на ризик:

- зголемен крвен притисок;
- зголемено ниво на холестерол во крвта;
- бубрежни заболувања;
- дебелина;
- пушење;
- зависност од алкохол и илегални дроги;
- други фактори на ризик.

Критериум 3.2. Тимот на здравствената установа одржува советување најмалку еднаш годишно за сексуално - репродуктивно здравје.

ПРЕВЕНТИВНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Упатство:

Тимот на здравствената установа води здравствена евиденција за дадените информации за зачувување и за унапредување на здравјето и превенција на болести. Во здравствената евиденција се бележи редовно крвниот притисок кај пациенти кои имаат 45 години и повеќе и на ризичните пациенти им се советува на кој начин да ја превенираат хипертензијата. Кај пациенти со фамилијарна анамнеза за хиперлипидемија и за бубрежни заболувања и на возраст над 18 години се даваат совети за зачувување на здравјето и се спроведуваат мерки за превенција од болест. Во здравствената евиденција на пациентот се бележи индексот на телесна маса, обемот на струкот и, по можност, дебелината на поткожното масно ткиво, пушачкиот статус на пациентот, прекумерната употреба на алкохол и други дроги и се даваат совети за намалување на ризикот и превенција од болести. За секој друг фактор на ризик што е присутен кај пациентите се спроведуваат советувања за намалување на ризикот и превенција од болести.

Стандард 4.0. Тимот на здравствената установа на пациентот му нуди превентивни мерки и информации за зачувување и унапредување на здравјето и превенција од болести.

- Критериум 4.1.** Тимот на здравствената установа води здравствена евиденција за дадените информации за зачувување и унапредување на здравјето и превенција на болести.
- Критериум 4.2.** Во здравствената евиденција се бележи редовно крвниот притисок кај пациенти кои имаат 45 години и повеќе.
- Критериум 4.3.** На ризичните пациенти им се советува на кој начин да ја превенираат хипертензијата.
- Критериум 4.4.** Кај пациенти со фамилијарна анамнеза за хиперлипидемија и на возраст над 18 години се даваат совети за зачувување на здравјето и се спроведуваат мерки за превенција.
- Критериум 4.5.** Кај пациенти со фамилијарна анамнеза за бубрежни заболувања и на возраст над 18 години се даваат совети за зачувување на здравјето и се спроведуваат мерки за превенција од болест.
- Критериум 4.6.** Во здравствената евиденција на пациентот се бележи индексот на телесна маса, обемот на струкот и, по можност, дебелината на поткожното масно ткиво.
- Критериум 4.7.** На пациентот со висок индекс на телесна маса му се даваат совети за намалување на телесната маса.
- Критериум 4.8.** Во здравствената евиденција се бележи пушачкиот статус на пациентот.
- Критериум 4.9.** На пациентот со пушачки статус му се даваат совети за начинот на престанок на пушењето.
- Критериум 4.10.** Во здравствената евиденција на пациентот се заведува прекумерната употреба на алкохол и други дроги.
- Критериум 4.11.** На пациентот кој прекумерно консумира алкохол и други дроги му се даваат совети за начините на престанок, и/или се преупатува во соодветни установи за дадената проблематика (советувалишта, центри).
- Критериум 4.12.** За секој друг фактор на ризик што е присутен кај пациентите се спроведуваат советувања за намалување на ризикот и превенција од болести.

ИМУНИЗАЦИЈА

Упатство:

Тимот на здравствената установа обезбедува евидентирани информации за пациентите за важноста и календарот за имунизација/вакцинација, редовно дистрибуира информативни материјали и води здравствена евиденција за извршената имунизација/вакцинација на децата и на постарите лица.

Стандард 5.0. Тимот на здравствената установата дава информации за имунизација/вакцинација.

Критериум 5.1. Тимот на здравствената установа обезбедува евидентирани информации за пациентите за важноста и календарот за имунизација/вакцинација и редовно дистрибуира информативни материјали.

Критериум 5.2. На пациенти над 65 години старост или со присуство на хронични заболувања им се даваат совети за важноста на имунизацијата /вакцинацијата против грип и други акутни заразни болести за кои постои вакцина.

Критериум 5.3. Тимот на здравствената установа има воспоставено начин за евиденција во здравствената евиденција за извршената имунизација/вакцинација на децата и на постарите лица преку пишана процедура.

ПРЕВЕНЦИЈА ОД КАРЦИНОМИ

Упатство:

Тимот на здравствената установа ги користи клиничките упатства/водичи за превенција од карциноми, изработени во согласност со медицината, заснована на докази. Пациентите се советуваат за самопреглед и скрининг, а ризичните групи се упатуваат на скрининг. Тимот на здравствената установа има воспоставено начин за евиденција за извршениот скрининг.

Стандард 6.0. Тимот на здравствената установа на пациентот му обезбедува превентивни мерки и информации за превенција од карциноми.

Критериум 6.1. Тимот на здравствената установа ги има на располагање и ги користи клиничките упатства/водичи за превенција од карциноми, изработени во согласност со медицината, заснована на докази.

Критериум 6.2. Пациентите се советуваат за самопреглед и скрининг.

Критериум 6.3. Ризичните групи се упатуваат на скрининг.

Критериум 6.4. Тимот на здравствената установа има воспоставено начин за евиденција за извршениот скрининг.

V ПОГЛАВЈЕ

ФОКУС НА ПАЦИЕНТИ

Упатство:

Вработените во ординацијата го информираат пациентот за можностите на лекување, пружената нега и другите услуги, при што се почитува неговата определба и избор. Ординацијата, за постапките за кои е потребно, обезбедува информирана согласност. Во случај пациентот да го одбие советуваниот третман или постапка, лекарот му укажува на пациентот за сите можни последици од таквата одлука и му нуди на пациентот продолжување на лекувањето со преупатување на пациентот во друга установа. Во ординацијата постои постапка за прием, разгледување и решавање на забелешки и жалби од пациентите на правилен начин и навремено. Ординацијата, по барање на пациентите, им овозможува увид во својата медицинска документација. Ако пациентот го промени лекарот, лекарот е должен на новиот избран лекар да му ги предаде сите постоечки медицински документи на пациентот.

Стандард 1.0. Вработените во ординацијата ги пружаат здравствените и други услуги, при тоа почитувајќи ги правата на пациентите.

Критериум 1.1. Пациентот се информира за можностите на лекување, пружената нега и другите услуги, при што се почитува неговата определба и избор.

Критериум 1.2. За постапките за кои е потребно, ординацијата обезбедува информирана согласност.

Критериум 1.3. Во случај пациентот да го одбие советуваниот третман или постапка, лекарот му укажува на пациентот за сите можни последици од таквата одлука и му нуди на пациентот продолжување на лекувањето со преупатување на пациентот во друга установа, за што постои писмен извештај.

Критериум 1.4. Во ординацијата постои постапка за прием, разгледување и решавање на забелешки и жалби од пациентите на правилен начин и навремено.

Критериум 1.5. Ординацијата, по барање на пациентите, им овозможува увид во својата медицинска документација.

Критериум 1.6. Ако пациентот го промени лекарот од објективни или од субјективни причини, во согласност со дефинираната процедура лекарот е должен на новиот избран лекар да му ги предаде сите постоечки медицински документи на пациентот.

Упатство:

Ординацијата при пружањето на здравствените услуги обезбедува услови за приватност на пациентот, дискретно и доверливо спроведување на прегледите, дозволува присуство на трето лице невработено во установата при прегледот само доколку пациентот даде експлицитна согласност и обезбедува доверливост на здравствените податоци. Пациентите се вклучуваат во истражувачки проекти само со нивна јасна потпишана согласност по вербално и писмено објаснување за предложеното истражување.

Стандард 2.0. При пружањето на здравствените услуги ординацијата обезбедува приватност на пациентите и доверливост на податоците.

Критериум 2.1. Ординацијата обезбедува услови за приватност на пациентот, при што овозможува дискретно водење на разговор со лекарот и со другите вработени, како и дискретно и доверливо спроведување на прегледите.

Критериум 2.2. Ординацијата дозволува присуство на трето лице невработено во установата при прегледот само доколку пациентот даде експлицитна согласност.

Критериум 2.3. Ординацијата обезбедува доверливост и безбедност на здравствените податоци, за што постои процедура.

Критериум 2.4. Пациентите се вклучуваат во истражувачки проекти само со нивна јасна потпишана согласност по вербално и писмено објаснување за предложеното истражување. Пациентите секогаш го задржуваат правото да ја повлечат согласноста. Овој процес е регулиран со Протокол за клинички истражувања и во согласност со процедурата.

Упатство:

Тимот на ординацијата посетува обуки за подобрување на вештините за комуникацијата во релација медицинско лице - пациент. Постои процедура за начинот на соопштување на лоша вест на пациентот и/или на неговото семејство.

Стандард 3.0. Тимот на ординацијата поседува добри комуникациски вештини.

Критериум 3.1. Тимот на ординацијата посетува обуки за подобрување на вештините за комуникацијата во релација медицинско лице - пациент.

Критериум 3.2. Постои процедура за начинот на соопштување на лоша вест на пациентот и/или на неговото семејство.

Упатство:

Тимот на ординацијата најмалку еднаш годишно спроведува анонимна анкета за мислењето на пациентите, ги анализира резултатите од анкетите и врз основа на анализите презема соодветни мерки.

Стандард 4.0. Тимот на ординацијата користи анкетен прашалник за евалуација на задоволството на корисниците на услугите.

Критериум 4.1. Тимот на ординацијата најмалку еднаш годишно спроведува анонимна анкета за мислењето на пациентите.

Критериум 4.2. Тимот на ординацијата ги анализира резултатите од анкетите и врз основа на анализите презема соодветни мерки.

Индикатор: Репрезентативниот примерок не треба да биде помал од 2.5% од бројот на пациенти кај избраниот лекар или 25 пациенти во специјалистичко консултативната здравствена заштита.

ПРИЕМ И ТРИЈАЖА

Упатство:

Во ординацијата постојат и се применуваат утврдени постапки и процедури за прием и тријажа на пациентите. Тријажата се врши во текот на првиот контакт, со цел пациентот да биде соодветно згрижен. По приемот, пациентот и/или неговиот придружник се информираат за активностите/мерките што ординацијата може да ги преземе во врска со здравствената состојба на пациентот. Постојат и се применуваат утврдени постапки и пишани процедури за прием на итни случаи.

Стандард 5.0. Утврдена е постапката за прием и тријажа на пациенти.

Критериум 5.1. Постојат и се применуваат утврдени постапки и пишани процедури за прием и тријажа на пациенти.

Критериум 5.2. Тријажата се врши во текот на првиот контакт, со цел пациентот да биде соодветно згрижен.

Критериум 5.3. По приемот, пациентот и/или неговиот придружник се информираат за активностите/мерките што ординацијата може да ги преземе во врска со здравствената состојба на пациентот.

Критериум 5.4. Постојат и се применуваат утврдени постапки и пишани процедури за прием на итни случаи.

Упатство:

Постапките за лекување или упатување на пациентот на повисоки нивоа на здравствена заштита се утврдуваат врз основа на здравствената состојба на пациентот во текот на приемот. Потребата за упатување на дијагностички испитувања (лабораториски, радиолошки и др.) се утврдува и се евидентира, а резултатите се евидентираат во здравствената евиденција на пациентот. Планот на лекување се утврдува и се евидентира јасно во здравствената евиденција на пациентот и се разгледува со пациентот и/или со неговото семејство. Лекувањето се врши врз основа на медицина, базирана на докази и користење на добра клиничка пракса, за што постојат и пишани процедури. Членовите на тимот на ординацијата користат Клинички упатства, базирани на докази за состојбите што ги третираат, применувајќи ги препораките во пракса.

Стандард 6.0. Се врши проценка на здравствената состојба на пациентот.

Критериум 6.1. Врз основа на здравствената состојба на пациентот, во текот на приемот се утврдува редоследот на постапките за лекување или упатување на повисоки нивоа на здравствена заштита.

Критериум 6.2. Се утврдува и се евидентира потребата за упатување на дијагностички испитувања (лабораториски, радиолошки и др.), а резултатите се евидентираат во здравствената евиденција на пациентот.

Критериум 6.3. Се утврдува планот на лекување и тој се евидентира јасно во здравствената евиденција на пациентот.

Критериум 6.4. Планот на лекување се разгледува со пациентот и/или со неговото семејство.

Критериум 6.5. Лекувањето се врши врз основа на медицина, базирана на докази и користење на добра клиничка пракса, за што постојат и пишани процедури.

Критериум 6.6. Членовите на тимот на ординацијата користат Клинички упатства, базирани на докази за состојбите што ги третираат, применувајќи ги препораките во пракса.

Упатство:

Во здравствената евиденција на пациентот лекарот внесува резиме за лекувањето кое опфаќа: датум на преглед, причина за посетата, значајни наоди, сите извршени процедури, дијагноза, медикаментозна терапија и други видови на лекување, упатувања во други здравствени установи. Упатувањето на пациентот во друга здравствена установа се врши на соодветен начин и за тоа постои пишана процедура.

Стандард 7.0. Постои постапка за завршување на посетата кај лекарот/упатувањето во други здравствени установи.

Критериум 7.1. Во здравствената евиденција на пациентот лекарот внесува резиме за лекувањето кое опфаќа:

- датум на преглед;
- причина за посетата;
- значајни наоди;
- сите извршени процедури;
- дијагноза;
- медикаментозна терапија и други видови на лекување;
- упатувања во други здравствени установи.

Критериум 7.2. Упатувањето на пациентот во друга здравствена установа се врши на соодветен начин и за тоа постои пишана процедура.

Упатство:

Ординацијата има прецизна евиденција за пациентите и за превентивните прегледи на пациентите кои се прикрупени во неговата ординација. Тимот на ординацијата истакнува и дистрибуира промотивни материјали за здрави животни навики, мерки за одржување на репродуктивното здравје и препораки за контрола на здравјето.

Стандард 8.0. Се преземаат мерки за одржување и за подобрување на сексуалното и на репродуктивното здравје кај женската популација.

Критериум 8.1. Ординацијата има прецизна евиденција за пациентките кои се прикрупени во неговата ординација.

Критериум 8.2. Ординацијата има прецизна евиденција за превентивните прегледи на пациентите прикрупени во неговата ординација.

Критериум 8.3. Тимот на ординацијата истакнува и дистрибуира промотивни материјали за здрави животни навики, мерки за одржување на репродуктивното здравје и препораки за контрола на здравјето.

Упатство:

Ординацијата спроведува советување по однос на здрава исхрана и физичка активност во текот на бременоста, заради зачувување на здравјето и превенција на зголемување на прекумерна тежина кај трудниците. Тимот во ординацијата потребно е да го утврди пушачкиот статус и дали се изложени на пасивно пушење, како и зависноста од алкохол и од други супстанции кај бремените жени што е можно порано во бременоста, како и при секоја антенатална посета во ординацијата. При висока преваленца, потребно е да се иницира тестирање и советување за ХИВ, хепатит Б и Ц. Ризиците за сите полово преносливи болести се дискутираат со бремената жена. Се препорачува дневен внес на суплементи според актуелната здравствена состојба и препораката се дискутира со бремената жена. Се следи календарот на неопходни прегледи кај матичниот гинеколог во согласност со усвоеното Клиничко упатство и рано се идентификуваат сите евентуални ризици кај бремените жени, со цел успешно завршување на бременоста. Се препорачува следење на бременоста и соодветно упатување во согласност со Клиничкото упатство за скрининг на ризични состојби во бременоста.

Стандард 9.0. Се преземаат мерки по однос на антенаталната грижа на пациентите во текот на бременоста, заради позитивно искуство и исход од бременоста.

Критериум 9.1. Се спроведува советување по однос на здрава исхрана и физичка активност во текот на бременоста, заради зачувување на здравјето и превенција на зголемување на прекумерна тежина кај трудниците.

Критериум 9.2. Тимот во ординацијата потребно е да го утврди пушачкиот статус кај бремените жени, како и да утврди дали се изложени на пасивно пушење што е можно порано во бременоста, како и при секоја антенатална посета во ординацијата.

Критериум 9.3. Тимот во ординацијата потребно е да ја утврди зависноста од алкохол и од други супстанции кај бремените жени што е можно порано во бременоста, како и при секоја антенатална посета во ординацијата.

Критериум 9.4. При висока преваленца, потребно е да се иницира тестирање и советување за ХИВ, хепатит Б и Ц.

Критериум 9.5. Со бремената жена се дискутираат ризиците за сите полово преносливи болести.

Критериум 9.6. Се препорачува дневен внес на суплементи според актуелната здравствена состојба и препораката се дискутира со бремената жена.

Критериум 9.7. Се следи календарот на неопходни прегледи кај матичниот гинеколог во согласност со усвоеното Клиничко упатство.

Критериум 9.8. Во согласност со актуелното Клиничко упатство, кај бремените жени рано се идентификуваат сите евентуални ризици, со цел успешно завршување на бременоста.

Критериум 9.9. Се препорачува следење на бременоста и соодветно упатување во согласност со Клиничкото упатство за скрининг на ризични состојби во бременоста.

Упатство:

Постојат документирани процедури за упатување на пациентот во други здравствени установи. Тимот на ординацијата на избран примерок од пациентите врши клиничка ревизија и ја проверува соодветноста, ефективноста и ефикасноста на пребарување и упатување на специјалисти на нивните пациенти најмалку еднаш годишно, по што се преземаат активности за подобрување на тековните практики. Тимот на ординацијата врши клиничка ревизија на медицинските испитувања и упатувања до специјалисти преку пресметување на соодветни индикатори.

Стандард 10.0. Доколку е потребно, пациентот се упатува во друга здравствена установа.

Критериум 10.1. Постојат документирани процедури за упатување на пациентот во други здравствени установи.

Критериум 10.2. Тимот на ординацијата на избран примерок од пациентите врши клиничка ревизија и ја проверува соодветноста, ефективноста и ефикасноста на пребарување и упатување на специјалисти на нивните пациенти најмалку еднаш годишно, по што се преземаат активности за подобрување на тековните практики.

Критериум 10.3. Тимот на ординацијата врши клиничка ревизија на медицинските испитувања и упатувања до специјалисти преку пресметување на соодветни индикатори.

Индикатор: Број и процент на упатени пациенти до специјалист при прв преглед.

Индикатор: Број и процент на упатени пациенти за лабораториски испитувања при прв преглед за работна дијагноза.

Упатство:

Избраниот лекар препишува лекови ефективно и економично и во согласност со медицината, базирана на докази, а на пациентот му се даваат информации за препишаните лекови. Тимот на ординацијата презема мерки, со цел да се спречи неовластен пристап до лекови и

други материјали што се наоѓаат во ординацијата и тоа е регулирано со соодветна процедура. Сите лекови што му се препишуваат на пациентот за време на посетата се внесуваат во здравствената евиденција. Тимот на ординацијата има лекови и опрема за третман на анафилактичен шок и други итни случаи, што стојат на лесно достапно место за тимот. Тимот на ординацијата редовно ги пријавува несаканите реакции од лековите и медицинските средства и за тоа има пишана процедура.

Стандард 11.0. Избраниот доктор ефективно и економично препишува лекови и на пациентите им дава информации за правилна употреба на лековите.

Критериум 11.1. Избраниот лекар препишува лекови ефективно и економично и во согласност со медицината, базирана на докази.

Критериум 11.2. На пациентот му се даваат информации за препишаните лекови, начинот на земање на лековите, користа од нивната употреба и несаканите ефекти од нив.

Критериум 11.3. Тимот на ординацијата презема мерки, со цел да се спречи неовластен пристап до лекови и други материјали што се наоѓаат во ординацијата и тоа е регулирано со соодветна процедура.

Критериум 11.4. Во здравствената евиденција се внесуваат сите лекови што му се препишуваат на пациентот за време на посетата.

***Критериум 11.5.** Тимот на ординацијата има лекови и опрема за третман на анафилактичен шок и други итни случаи, што стојат на лесно достапно место за тимот.

Критериум 11.6. Тимот на ординацијата редовно ги пријавува несаканите реакции од лековите и од медицинските средства и за тоа има пишана процедура.

ПРИЛОГ 1

Претставници на институциите што дадоа придонес во дефинирањето и подготовката на првата печатена верзија на стандардите за акредитација на ординациите од примарно ниво (општа/семејна медицина, педијатрија и гинекологија и акушерство.

Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи (АКАЗУМ)

Лирим Исахи

д-р Загорка Батункова

м-р Тања Дарковска Крстик

Маја Катранушеска

м-р Тодор Шапов

Работна група за развој на стандарди за развој на стандардите за акредитација на ординациите од примарно ниво (општа/семејна медицина, педијатрија и гинекологија и акушерство)

Лирим Исахи-АКАЗУМ

Загорка Батункова- АКАЗУМ

Маја Катранушеска- АКАЗУМ

Дејан Николовски- Министерство за здравство

Тања Божинова- Фонд за здравствено осигурување на Северна Македонија

Љубомир Стефановски- Здружение на приватни лекари на Република Северна Македонија

Елизабета Зисовска-Интердисциплинарно здружение на лекари за добра клиничка пракса

Висар Абдулаи-Приватна здравствена установа по општа медицина.

Надворешни оценувачи кои учествуваа во пилотирање на стандардите за акредитација на ординациите од примарно ниво (општа/семејна медицина, педијатрија и гинекологија и акушерство)

д-р Елизабета Зисовска

Едита Исахи

д-р сци. Билјана Петреска-Зовиќ

Горданка Бешлиовска

Флора Сулејмани

Користена литература

- National Standards for Safer Better Healthcare – (Health Information and Quality Authority) - (2012)
- Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards 4th Edition Version 1.2.-ISQ-ua (2015)
- Standards for general practices (4th edition)-RACGP (Australian College of General Practitioners) (2013)
- Quality Management in Primary Care-European Practice Assessment (2004)
- STANDARDI ZA TIMOVE PORODIČNE / OBITELJSKE MEDICINE AKAZ, oktobra 2014.
- Стандарди за акредитација на здравствени установи -АКАЗУМ (2014)

Република Северна Македонија
Агенција за квалитет и акредитација
на здравствени установи



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



STANDARDE PËR AKREDITIMIN E ORDINANCAVE TË NIVELIT PRIMAR (MJEKËSI E PËRGJITHSHME / FAMILJARE, GJINEKOLOGJI / OBSTETRIKË DHE PEDIATRI)

Shkup, 2021
AGJENCIA E CILËSISË DHE AKREDITIMIT
TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

AGJENCIA E CILËSISË DHE AKREDITIMIT TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Autorë:

Lirim Isahi

Dr. Zagorka Batunkova

Përktheu:

Elif Poshka

Redaktor gjuhësor:

Ismet Osmani- Moment mal DOO Skopje.

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 nivelit optimal të standardeve të paracaktuara për punën e institucioneve shëndetësore në një fushë të caktuar të kujdesit shëndetësor pra, në degën e mjekësisë.

- Ekzistojnë disa qëllime të akreditimit, ndër të cilat më të rëndësishmet janë:
- Përmirësimi i vazhdueshëm i 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 Cilësi dhe Akreditimin e Institucioneve Shëndetësore.

Agjencia për Cilësi 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 bën regjistrimin e tyre.

Në procesin e akreditimit bëhet 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 bëhen vizita të rregullta dhe të jashtëzakonshme (monitoring) me qëllim të monitorimit të 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 kritereve që përcaktojnë atë cilësi. Cilësia e kujdesit shëndetësor përbëhet nga lloje të ndryshme të aktiviteteve të cilët mund të ndahen në tre komponentë të ndërlidhur:

- 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 përfshinë 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 dhënien 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 janë ndryshuar në mënyrë kronologjike 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 për 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 ofrues të drejtpërdrejtë të shërbimeve shëndetësore janë të vetmit përgjegjës për cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar, zëvendësohen me një qasje të re që njeh rëndësinë e organizatës si një e tërë, dhe në veçanti rolin e menaxhimit, si dhe procesin e përgjithshëm të punës 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 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, praktikën e përditshme të miratuar të institucioneve shëndetësore:

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

Për të arritur dhe realizuar secilin nga parimet e PVC-së është e nevojshme të përcaktohn 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 udhëheqjes së institucioneve shëndetësore është të përcaktojë 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, po 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. Procesi i marrjes së vendimeve përfshinë: 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 aktivitesh 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 TË NIVELIT PRIMAR (MJEKËSI E PËRGJITHSHME/ FAMILJARE, GJINEKOLOGJI/ OBSTETRIKË DHE PEDIATRI)

Nisma për zhvillimin dhe përgatitjen e standardeve për akreditimin e praktikave të kujdesit primar shëndetësor u imponua nga nevoja për të siguruar përfshirjen e gjithanshme të të gjitha llojeve të objekteve shëndetësore në procesin e akreditimit.

Procesi i zhvillimit të këtyre standardeve të akreditimit u zhvillua në përputhje me Rregulloren e miratuar për mënyrën e zhvillimit dhe prodhimit të standardeve të akreditimit, e cila përshkruan metodologjinë që Agjencia zbaton në procesin e prodhimit të të gjitha grupeve të standardeve të akreditimit.

Sipas metodologjisë së lartpërmendur, procesi i zhvillimit dhe përgatitjes së standardeve për akreditimin e Ordinancave të kujdesit parësor shëndetësor u zhvillua shpejt në bazë të një plani operativ të miratuar më parë, në të cilin u përcaktuan pesë faza ose hapa përmes të cilave u krye procesi:

- Përcaktimi i një versioni pune 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 gjetjeve nga testimi i standardeve;
- Procesi i miratimit të standardeve nga Qeveria e RMV.

Standardet për akreditimin e Ordinancave të kujdesit primar shëndetësor janë hartuar në një mënyrë metodologjike të shëndoshë, sipas kriterëve që mundësojnë zbatimin e suksesshëm në ordinancat e mbarë vendit.

Procesi i zhvillimit dhe përshtatjes në nivel kombëtar udhëhiqet nga rekomandimet dhe parimet e institucioneve dhe shoqatave ndërkombëtare për akreditim, siç është Shoqata Ndërkombëtare për Akreditim - ISQUA. Duhet theksuar se Agjencia e Cilësisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore të Republikës së Maqedonisë së Veriut është anëtare e kësaj shoqate ndërkombëtare - ISQUA.

Standardet për akreditimin e Ordinancave të kujdesit primar shëndetësor janë zhvilluar bazuar në standardet e pranuar përgjithësisht në botë dhe është përdorur literatura e mëposhtme:

- National Standards for Safer Better Healthcare – (Health Information and Quality Authority) -(2012)
- Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards 4th Edition Version 1.2.-ISQ-ua (2015)
- Standards for general practices (4th edition)-RACGP (Australian College of General Practitioners) (2013)
- Quality Management in Primary Care-European Practice Assessment (2004)
- STANDARDI ZA TIMOVE PORODIČNE / OBITELJSKE MEDICINE AKAZ, oktobra 2014.
- Standardet për akreditimin e objekteve shëndetësore - ACAISH (2014)

Procesi i zhvillimit dhe përshtatjes së këtyre standardeve përfshinte shqyrtimin e tyre në nivele të ndryshme, duke përfshirë të gjitha strukturat dhe individët përkatës si një grup pune profesional i krijuar nga Agjencia me përfaqësues nga Ministria e Shëndetësisë, Fondi i Sigurimeve Shëndetësore, Inspektorati Shtetëror Sanitar dhe Shëndetësor dhe shoqatat profesionale të mjekëve.

Standardet për akreditimin e Ordinancave të kujdesit primar shëndetësor janë pilotuar në pesë institucione shëndetësore, përkatësisht ISHP Re-Vita- Shkup, ISHP Haxhiq- Shkup, ISHP Dr. Rusanka Krstevska- Shkup, ISHP Dr. Mitka Trençeva- Shkup dhe ISHP Dr. Svetlana Smugreska- Shkup.

Pas pilotimit të tyre, grupi i punës përcaktoi versionin përfundimtar të standardeve. Në seancën e 130-të të mbajtur më 28 dhjetor 2021, Qeveria e Republikës së Maqedonisë së Veriut mori vendim për miratimin e standardeve për akreditimin e praktikave të kujdesit primar shëndetësor dhe teksti i standardeve u publikua në Gazetën Zyrtare të Republikës së Maqedonisë së Veriut me numër 20/2021 të 28 janarit 2021.

Ky dokument synon të përcaktojë standardet në institucionet shëndetësore që funksionojnë sipas parimit të mjekut të përzgjedhur, pra për zyrat e praktikës së përgjithshme, pediatër familjarë dhe gjinekologë të familjes.

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 VLERËSIMIT TË 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 duke filluar nga 1 deri në 5, varësisht nga përputhshmëria 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 të njohura, - niveli i rrezikut është zvogëluar ose eliminuar plotësisht, - ka prova për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë.

Vlerësimi 5. Zbaton në mënyrë 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.

STANDARDE PËR AKREDITIMIN E ORDINANCAVE TË NIVELIT PRIMAR (MJEKËSIA E PËRGJITHSHME/ FAMILJARE, PEDIATRIA, GJINEKOLOGJIA DHE OBSTETRIKA)

KAPITULLI I – ORGANIZIMI I PUNËS SË INSTITUCIONIT SHTETËROR

Kushtet e punës së institucionit shëndetësor

Udhëzim:

Institucioni shëndetësor duhet të ketë qasje të përshtatshme fizike në dhomat e klinikës, duke përfshirë qasje fizike në të paktën një dhomë të klinikës për personat me aftësi të kufizuara, ndërsa aty ku qasja fizike është e kufizuar, ekipi duhet të organizojë vizita në shtëpi për pacientët me aftësi të kufizuara. Gjithashtu, duhet të ketë një hapësirë parkimi në afërsi të zyrës mjekësore, e cila do të jetë e përshtatshme për pacientët.

Standardi 1.0. Shërbimet e ekipit janë fizikisht të disponueshme për të gjithë pacientët, duke përfshirë edhe personat me aftësi të kufizuara.

Kriteri 1.1. Siguron qasje të përshtatshme fizike në dhomat e mjekësisë, duke përfshirë qasje fizike në të paktën një dhomë të mjekësisë për personat me aftësi të kufizuara. Aty ku qasja fizike është e kufizuar, ekipi organizon vizita në shtëpi për pacientët me aftësi të kufizuara.

Kriteri 1.2. Në afërsi të ordinancës është vendosur një vend parkimi për pacientët.

Udhëzim:

Ekipi në një institucion shëndetësor duhet të ketë të paktën një dhomë të caktuar për konsultime/kontrollime, një dhomë për ndërhyrje dhe një dhomë tjetër të veçantë për nevojat e stafit. Çdo dhomë duhet të përmbushë kushtet e duhura si komoditetin, privatësinë dhe sigurinë e pacientëve, personave me aftësi të kufizuara dhe të punonjësve. Dhoma e pritjes duhet të ketë një madhësi të përshtatshme, të ketë të paktën pesë karrige, të ketë një vend të caktuar për personat me aftësi të kufizuara fizike, të sigurojë tualete të ndara për pacientët dhe stafin. Pirja e duhanit është rreptësisht e ndaluar në të gjithë institucionin.

Standardi 2.0. Ekipi punon në hapësira të përshtatshme për punë. Procedurat që sigurojnë shëndetin, sigurinë, privatësinë dhe komoditetin e pacientëve dhe të punonjësve zbatohen dhe respektohen.

Kriteri 2.1. Ekipi ka të paktën një dhomë të caktuar për konsultime, një dhomë për ndërhyrje dhe një dhomë tjetër të veçantë për nevojat e stafit.

Kriteri 2.2. Dhomat e konsultimit dhe ndërhyrjes duhet të përmbushin kushtet e duhura që sigurojnë rehatinë, privatësinë dhe sigurinë e pacientëve, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara, si dhe kushtet e duhura të punës së punonjësve.

Kriteri 2.3. Në spital ka një dhomë pritjeje me madhësi të përshtatshme për të pranuar pacientët e planifikuar dhe shoqëruesit e tyre.

Kriteri 2.4. Në dhomën e pritjes ka të paktën pesë karrige, ku së paku njëra është e shënuar si e favorshme për përdorim nga të moshuarit, gratë shtatzëna ose personat me aftësi të kufizuara.

Kriteri 2.5. Në dhomën e pritjes ka një vend të shënuar për një person me aftësi të kufizuara fizike që është një përdorues i karrocës.

Kriteri 2.6. Ordinanca ka hapësira të disponueshme me tualete të veçanta për pacientët dhe stafin.

Kriteri 2.7. Pirja e duhanit është e ndaluar në të gjithë institucionin, ku ka edhe shënime të përshtatshme në të gjitha dhomat, duke përfshirë edhe hyrjen në institucion.

Udhëzim:

Spitali duhet të ketë një komplet për operacione të vogla, një set reanimacioni (mjekë të mjekësisë familjare, mjekë të përgjithshëm), si dhe një çantë mjekësore. Çanta mjekësore përmban një stetoskop, otoskop, oftalmoskop, një pajisje për matjen e presionit të gjakut, pajisje për ruajtjen e kalueshmërisë të rrugëve të frymëmarrjes, ilaçe emergjente, shiringa dhe gjilpëra të madhësive të ndryshme, termometër, fasha dhe materiale të tjera.

Standardi 3.0. Ordinanca ka pajisjet e nevojshme mjekësore për të ofruar kujdes shëndetësor parësor gjithëpërfshirës.

Kriteri 3.1. Ordinanca ka një komplet për kirurgji të vogla, një set për reanimacion (mjekë të mjekësisë familjare, mjekë të përgjithshëm), si dhe një çantë mjekësore.

Kriteri 3.2. Çanta mjekësore përmban stetoskop, otoskop, oftalmoskop, pajisje për matjen e presionit të gjakut, pajisje për ruajtjen e kalueshmërisë së rrugëve të frymëmarrjes, ilaçe emergjente, shiringa dhe gjilpëra të madhësive të ndryshme, termometër, fasha dhe materiale të tjera.

MENAXHIMI DHE ADMINISTRIMI I INSTITUCIONIT SHËNDETËSOR

Udhëzim:

Menaxhimi dhe administrimi i institucionit shëndetësor rregullohen me aktet e institucionit shëndetësor. Në Statutin e institucioneve shëndetësore janë rregulluar organizimi dhe ofrimi i kujdesit shëndetësor, mënyra e përdorimit dhe mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore, mënyra e pranimit të pacientëve, mënyra e përdorimit të rrobave të punës të punonjësve shëndetësorë dhe të tjerë.

Standardi 4.0. Mënyra e drejtimit dhe administrimit të institucionit shëndetësor përcaktohet me dokumentacion përkatës.

Kriteri 4.1. Menaxhimi dhe administrimi i institucionit shëndetësor rregullohen me aktet e institucionit shëndetësor.

Kriteri 4.2. Në Statutin e institucioneve shëndetësore janë rregulluar organizimi dhe ofrimi i kujdesit shëndetësor, mënyra e përdorimit dhe mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore, mënyra e pranimit të pacientëve, mënyra e përdorimit të rrobave të punës të punonjësve shëndetësorë dhe të tjerë.

PËRMIRËSIMI I VAZHDUESHËM I CILËSISË NË INSTITUCIONIN SHËNDETËSOR

Udhëzim:

Ekipi i një institucioni shëndetësor duhet të ketë një sistem cilësie që siguron cilësinë e shërbimeve shëndetësore, promovimin e përmirësimit të cilësisë dhe rritjen e sigurisë së pacientëve. Gjithashtu, ekipi duhet të ketë një procedurë të përcaktuar paraprakisht, të kryejë dy herë në vit vetëm vlerësimin e punës së tij, duke shqyrtuar rezultatet e trajtimeve shëndetësore/ kontrollimin e aktiviteteve profesionale në lidhje me standardet e përshkruara, si dhe të gjitha paraqitjet, ankesat dhe sugjerimet e pacientëve. Institucioni shëndetësor duhet të përdorë metodat dhe instrumentet e miratuara në nivel kombëtar për të përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor.

Standardi 5.0. Ekipi i institucioneve shëndetësore zbaton masa për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve shëndetësore.

Kriteri 5.1. Ekipi i institucionit shëndetësor ka krijuar një sistem cilësie që siguron cilësinë e shërbimeve shëndetësore, promovimin e përmirësimit të cilësisë dhe rritjen e sigurisë së pacientëve.

Kriteri 5.2. Ekipi i institucionit shëndetësor, sipas një procedure të përcaktuar paraprakisht, kryen dy herë në vit vetë-vlerësimin e punës së tij, duke shqyrtuar rezultatet e trajtimeve shëndetësore/ kontrollimin e aktiviteteve profesionale në lidhje me standardet e përkruara, si dhe të gjitha sugjerimet, ankesat dhe sugjerimet e pacientëve.

Kriteri 5.3. Institucioni shëndetësor përdor metodat dhe instrumentet e miratuara në nivel kombëtar për të përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor.

Udhëzim:

Në institucionin shëndetësor duhet të përcaktohen politikat dhe procedurat për punën e vetë institucionit. Kjo duhet të përfshijë një listë të procedurave standarde operative (në vijim „procedurat“) të miratuara nga organi ose personi i autorizuar.

<p>Standardi 6.0. Institucioni shëndetësor plotëson detyrimet dhe përgjegjësitë ligjore dhe profesionale në favor të pacientëve, në bazë të procedurave të përcaktuara paraprakisht.</p>

Kriteri 6.1. Përcaktohen rregullat dhe procedurat e funksionimit të organizatës.

Kriteri 6.2. Ekziston një listë e procedurave standarde operative (në vijim „procedurat“) të miratuara nga organi ose personi i autorizuar.

BURIMET NJERËZORE

Udhëzim:

Në një institucion shëndetësor ekziston të paktën një ekip i përbërë nga një mjek dhe një infermiere / teknik. Të gjithë anëtarët e ekipit duhet të kenë licencën dhe certifikatën përkatëse të vlefshme për provimin e dhënë profesional, të kenë kaluar trajnimin e duhur, të kenë kualifikime dhe të ruajnë dhe përmirësojnë vazhdimisht ekspertizën e tyre në fushën e punës së tyre dhe të kenë trajnime për hyrjen në praktikën e punës të personave që janë të punësuar në një institucion shëndetësor. Anëtarët e ekipit të një institucioni shëndetësor duhet të kenë qasje në procedurat e mjekësisë që kanë të bëjnë me menaxhimin e burimeve njerëzore.

<p>Standardi 7.0. Në kuadër të institucionit shëndetësor ekziston një ekip profesional që ofron shërbime shëndetësore.</p>

Kriteri 7.1. Në një institucion shëndetësor ekziston të paktën një ekip i përbërë nga një mjek dhe një infermiere / teknik.

Kriteri 7.2. Të gjithë anëtarët e ekipit të institucionit shëndetësor kanë një licencë të vlefshme dhe një certifikatë të kalimit të provimit profesional.

Kriteri 7.3. Të gjithë anëtarët e ekipit shëndetësor kanë kaluar trajnimin e duhur, kanë kualifikime dhe vazhdimisht ruajnë dhe përmirësojnë ekspertizën e tyre në fushën e punës së tyre.

Kriteri 7.4. Ekziston një trajnim për futjen në praktikën e punës së personave që themelojnë një marrëdhënie pune në një institucion shëndetësor, dhe përmes saj kalohet në bazë të një procedure të përcaktuar paraprakisht.

Kriteri 7.5. Anëtarët e ekipit të një institucioni shëndetësor kanë qasje në procedurat e ordinancës që kanë të bëjnë me menaxhimin e burimeve njerëzore.

DISPONUESHMËRIA E SHËRBIMEVE

Udhëzim:

Institucioni shëndetësor duhet të ofrojë kujdes shëndetësor sipas parimeve më të larta profesionale dhe etike. Vizitat në institucionet shëndetësore duhet të planifikohen sipas afatit të lirë. Institucioni shëndetësor ka një sistem fleksibël të planifikimit të ekzaminimeve për të përmbushur nevojat e pacientëve. Gjithashtu, pacientët mund të flasin me mjekun ose infermierët përmes telefonit dhe të marrin këshilla të përshtatshme vetëm nëse mjeku vlerëson se kjo është klinikisht e sigurt dhe se ekzaminimi fizik nuk është i nevojshëm, për të cilin ekziston një procedurë e përshtatshme. Anëtarët e ekipit të një institucioni shëndetësor janë të detyruar të përdorin udhëzime klinike dhe udhëzime për kushtet që trajtojnë, duke zbatuar rekomandimet në praktikë. Ekipi i institucionit shëndetësor gjithashtu kryen vizita në shtëpi sipas indikacioneve mjekësore për të cilat kryen një regjistrim të përshtatshëm në të cilin përfshihen të gjitha rekomandimet (mjekësore dhe jo-mjekësore), të përshtatshme për gjendjen e dhënë shëndetësore.

<p>Standardi 8.0. Të gjithë pacientët marrin këshilla shëndetësore dhe kujdes shëndetësor të përshtatshëm, duke respektuar parimet e barazisë në çdo bazë.</p>

Kriteri 8.1. Institucioni shëndetësor ofron kujdes shëndetësor sipas parimeve më të larta profesionale dhe etike.

Kriteri 8.2. Për kushtet shëndetësore që nuk janë urgjente, vizitat në një institucion shëndetësor zakonisht caktohen sipas një afati të lirë.

Kriteri 8.3. Institucioni shëndetësor ka një sistem fleksibël të planifikimit të ekzaminimeve për të përmbushur nevojat e pacientëve që kanë nevojë për konsultime më të gjata.

Kriteri 8.4. Pacientët mund të flasin me mjekun ose infermierët përmes telefonit dhe të marrin këshilla të përshtatshme vetëm nëse mjeku vlerëson se kjo është klinikisht e sigurt dhe se ekzaminimi fizik nuk është i nevojshëm, për të cilin ekziston një procedurë e përshtatshme.

- Kriteri 8.5.** Rezultatet e këshillave telefonike duhet të regjistrohen në mënyrë të përshtatshme.
- Kriteri 8.6.** Anëtarët e ekipit të një institucioni shëndetësor përdorin udhëzime klinike dhe udhëzime për kushtet që trajtojnë, duke zbatuar rekomandimet në praktikë.
- Kriteri 8.7.** Ekipi i institucionit shëndetësor kryen vizita në shtëpi sipas indikacioneve mjekësore për të cilat kryen regjistrime të përshtatshme dhe për këtë ka një procedurë operationale.
- Kriteri 8.8.** Në regjistrin e vizitave në shtëpi përfshihen të gjitha rekomandimet (mjekësore dhe jomjekësore), të përshtatshme për gjendjen e dhënë shëndetësore.
- Kriteri 8.9.** Pacientët që janë hequr nga regjistri i një institucioni shëndetësor, u jepet një shpjegim me shkrim për arsyet e heqjes (nëse heqja është bërë me kërkesë të mjekut) dhe u jepet informacion se si mund të gjejnë një institucion tjetër shëndetësor.

KAPITULLI II - MENAXHIMI I INFORMACIONIT

Udhëzim:

Në përmbajtjen e dosjeve mjekësore duhet të përfshihen të gjitha të dhënat relevante (të dhënat personale dhe mjekësore të pacientit) nga ekzaminimi dhe trajtimi i pacientit. Nëse është e nevojshme dhe në bazë të rregullt (dinamika është përcaktuar më parë me një dokument) kryhet një kontroll i brendshëm i dokumentacionit shëndetësor dhe ai duhet të mbahet në përputhje me Ligjin për të dhënat shëndetësore.

Standardi 1.0. Përmbajtja e dokumentacionit shëndetësor është bërë në përputhje me rregullat ligjore dhe udhëzimet e Ministrisë së Shëndetësisë të Republikës së Maqedonisë.

Kriteri 1.1. Dokumentacioni duhet të përfshijë të gjitha të dhënat relevante (të dhënat personale dhe mjekësore të pacientit) nga ekzaminimi dhe trajtimi i pacientit.

Kriteri 1.2. Kontrolli i brendshëm i dokumentacionit shëndetësor kryhet sipas nevojës dhe në bazë të rregullt (dinamika është përcaktuar më parë me një dokument), me qëllim që ai të mbahet në përputhje me Ligjin për Regjistrimet e Shëndetësisë.

Udhëzim:

Çdo kontakt i pacientit me mjekun duhet të regjistrohet në dosjet mjekësore dhe/ose në formë elektronike, duke përfshirë konsultime, vizita në shtëpi, telefon dhe këshilla të tjera dhe sigurimin e mbrojtjes pas orarit të punës. Të dhënat në dosjen mjekësore duhet të jenë të plota, të sakta dhe të lexueshme. Regjistrimi shëndetësor i pacientit ose regjistrimi elektronik duhet të përmbajë informacionin e nevojshëm për identifikimin e pacientit dhe për të dokumentuar vlerësimin e gjendjes, trajtimit, progresit dhe rezultatet e shërbimit shëndetësor të ofruar që është përcaktuar me procedurë. Ka një vend të saktë në dosjen mjekësore që është i destinuar për të regjistruar alergjitë e ushqimit dhe ilaçeve, reaksionet anësore të ilaçeve dhe të dhëna të tjera që kanë lidhje të ngushtë me shëndetin. Në të dhënat mjekësore të pacientëve janë të shënuara qartë të gjitha indikacionet për terapi kronike dhe ekziston një listë e përditësuar dhe e saktë e ilaçeve që pacienti po merr aktualisht. Të dhënat, shkronjat dhe rezultatet e kërkimit janë të renditura kronologjikisht ose janë në dispozicion në formë elektronike në mënyrë kronologjike. Medikamentet e përshkruara (me recetë) që pacienti aktualisht merr janë të radhitura qartë në dosjen mjekësore dhe kjo listë është në dispozicion për mjekun në çdo konsultim. Gjithashtu, dosja e shëndetit përmban një rishikim të shkurtër të përditësuar të informacionit mjekësor për të gjitha problemet e rëndësishme dhe të përhershme.

Standardi 2.0. Në institucion mbahen dokumente të përshtatshme për gjendjen shëndetësore, sëmundjen dhe trajtimet e kryera të pacientëve / histori, diagnozë, prognozë, trajtim, të gjitha referencat për institucionet e tjera shëndetësore dhe të gjitha dokumentet e tjera për realizimin e të drejtave nga sigurimi shëndetësor, pensioni dhe invaliditeti në formë të shkruar dhe / ose në formë elektronike.

Kriteri 2.1. Çdo kontakt i pacientit me mjekun regjistrohet në dosjet mjekësore dhe/ose në formë elektronike, duke përfshirë konsultimet, vizitat në shtëpi, telefonin dhe këshilla të tjera dhe sigurimin e mbrojtjes pas orarit të punës.

Kriteri 2.2. Hyrja e të dhënave në dosjen mjekësore është e plotë, e saktë dhe e lexueshme.

Kriteri 2.3. Regjistrimi shëndetësor i pacientit ose regjistrimi elektronik përmban informacionin e nevojshëm për identifikimin e pacientit dhe për të dokumentuar vlerësimin e gjendjes, trajtimin, progresin dhe rezultatet e shërbimit shëndetësor të ofruar sipas procedurës.

Kriteri 2.4. Ka një vend të shënuar në dosjen mjekësore për regjistrimin e alergjive të ushqimit dhe ilaçeve, reaksioneve anësore të ilaçeve si dhe të dhëna të tjera që kanë lidhje të ngushtë me shëndetin. Këto pjesë janë plotësisht të mbushura.

Kriteri 2.5. Në të dhënat mjekësore të pacientëve janë treguar qartë indikacionet për terapi kronike dhe ekziston një listë e përditësuar dhe e saktë e barnave që pacienti aktualisht merr.

Kriteri 2.6. Të dhënat, shkronjat dhe rezultatet e kërkimit janë të renditura në mënyrë kronologjike ose janë në dispozicion në formë elektronike në mënyrë kronologjike.

Kriteri 2.7. Medikamentet e përshkruara (me recetë) që pacienti aktualisht merr janë të radhitura qartë në dosjen mjekësore dhe kjo listë është në dispozicion për mjekun në çdo konsultim.

Kriteri 2.8. Regjistrimi shëndetësor përmban një përmbledhje të shkurtër të përditësuar të informacionit mjekësor për të gjitha problemet e rëndësishme dhe të qëndrueshme.

Udhëzim:

Në institucionet shëndetësore regjistrimet shëndetësore dhe përpunimi i tyre mbahen në formë elektronike dhe në formë letre. Ekipi i institucionit ka nevojë për të pasur një politikë të ndërtuar të mbajtjes së të dhënave mbi parimet e cilësisë, efikasitetit, efikasitetit dhe ekonomisë. Ekipi i institucionit përpunon të dhënat mjekësore në përputhje me rregulloren e mbrojtjes së të dhënave personale.

Standardi 3.0. Institucioni ka krijuar një sistem të informacionit shëndetësor, me mundësinë e kopjimit dhe mbrojtjes e informacionit konfidencial të të dhënave të pacientit.

Kriteri 3.1. Regjistrimet shëndetësore dhe përpunimi i tyre në institucion mbahen në formë elektronike dhe në formë letre.

Kriteri 3.2. Ekipi i institucionit ka një politikë të ruajtjes së të dhënave mbi parimet e cilësisë, efektivitetit, efikasitetit dhe ekonomisë.

Kriteri 3.3. Ekipi i institucionit përpunon të dhënat mjekësore në përputhje me rregulloren e mbrojtjes së të dhënave personale.

REGJISTRIMI/ MBLEDHJA E TË DHËNAVE

Udhëzim:

Ekipi i institucionit duhet të raportojë rregullisht pacientët me sëmundje infektive, sipas rregullave të fushës së kujdesit shëndetësor. Ekipi gjithashtu raporton rregullisht pacientët me sëmundje jo infektive për të cilat ekzistojnë regjistrime sipas ligjit të kujdesit shëndetësor.

Standardi 4.0. Ekipi i institucionit raporton rregullisht sëmundjet për të cilat ekziston një detyrim ligjor.

Kriteri 4.1. Ekipi i institucionit raporton rregullisht pacientët me sëmundje infektive, sipas rregullave të fushës së kujdesit shëndetësor.

Kriteri 4.2. Ekipi raporton rregullisht pacientët me sëmundje jo infektive për të cilat ekzistojnë regjistrime sipas ligjit të kujdesit shëndetësor.

Udhëzim:

Ekipi duhet të ketë një Plan të qartë të aktiviteteve për realizimin e qëllimeve sipas marrëveshjes së nënshkruar me FSSHM-in dhe të dhënat për qëllimet e realizuara gjatë vitit të fundit duhet të jenë të arritshme dhe të mundshme për t'u parë gjatë kontrollit të brendshëm dhe gjatë çdo kontrolli/vlerësimi tjetër të jashtëm të parashikuar ligjërisht.

Standardi 5.0. Ordinancat që kanë nënshkruar një kontratë me FSSHM kanë të dhëna të lehta për realizimin e qëllimeve në përputhje me atë kontratë.

Kriteri 5.1. Ekipi ka një plan të qartë të aktiviteteve për realizimin e objektivave sipas marrëveshjes së nënshkruar me FSSHM.

Kriteri 5.2. Të dhënat për qëllimet e realizuara gjatë vitit të fundit janë lehtësisht të disponueshme dhe mund të merren në shqyrtim gjatë kontrollit të brendshëm dhe gjatë çdo kontrolli/vlerësimi të jashtëm të parashikuar ligjërisht.

KAPITULLI III – KUJDESI SHËNDETËSOR I SIGURT

Udhëzim:

Mbeturinat në institucionet shëndetësore janë përzgjedhur dhe ruajtur në mënyrë të përshtatshme dhe për këtë ka procedura të shkruara. Ekipi i institucionit shëndetësor heq në mënyrë të sigurt të gjitha sendet e mprehta të përdorura për të cilat ekziston një procedurë e shkruar. Gjithashtu, është e nevojshme që të ekzistojnë procedura për përdorimin dhe heqjen e sendeve të një përdorimi, pas përdorimit të tyre. Secili nga ekipi i një institucioni shëndetësor duhet të ketë kaluar trajnimin dhe të ketë qasje në të gjitha politikat dhe procedurat e dokumentuara për kontrollin e infeksioneve dhe t'i zbatojë ato në praktikë.

Standardi 1.0. Ekipi i institucionit shëndetësor punon dhe i përmbahet politikave dhe procedurave të dokumentuara për sigurinë e pacientëve dhe punonjësve.

Kriteri 1.1. Mbeturinat përzgjidhen dhe ruhen në mënyrë të duhur në institucionin shëndetësor dhe për këtë ka procedura të shkruara.

Kriteri 1.2. Ekipi i institucionit shëndetësor heq në mënyrë të sigurt objektet e mprehta të përdorura për të cilat ekziston një procedurë e shkruar.

Kriteri 1.3. Ekzistojnë procedura për përdorimin dhe heqjen e sendeve të përdorura një herë, pas përdorimit të tyre.

Kriteri 1.4. Ekipi i institucionit shëndetësor ka një sistem të regjistrimit dhe inspektimit të përshtatshëm, kalibrimit, mirëmbajtjes së pajisjeve, duke përfshirë: procedurën e përshtatshme, personin përgjegjës të caktuar; regjistrimin e qartë dhe njoftimin e riparimeve.

Kriteri 1.5. Ekipi i institucionit shëndetësor ka kaluar trajnimin dhe ka qasje në të gjitha politikat dhe procedurat e dokumentuara për kontrollin e infeksioneve dhe i zbaton ato në praktikë.

Udhëzim:

Punonjësit e një institucioni shëndetësor duhet të jenë të njohur me përkufizimin e ngjarjeve të padëshiruara, për të cilat ekziston një procedurë e shkruar për të vepruar në rast të një ngjarjeje të padëshiruar. Gjithashtu të gjithë punonjësit duhet të jenë të njohur me procedurën e regjistrimit të ngjarjeve të padëshiruara dhe në rast të çdo ngjarjeje të padëshiruar duhet të shqyrtohen shkaqet e shfaqjes së saj dhe të ndërmerren të gjitha masat e nevojshme për të eliminuar të njëjtën.

***Standardi 2.0.** Ekziston një proces përmes të cilit identifikohen, vlerësohen dhe zgjidhen ngjarjet e padëshiruara.

***Kriteri 2.1.** Punonjësit e institucionit shëndetësor janë të njohur me përkufizimin e ngjarjeve të padëshiruara

***Kriteri 2.2.** Ekziston një procedurë e shkruar se si të veprohet në rast të një ngjarjeje të padëshiruar.

***Kriteri 2.3.** Punonjësit e institucionit shëndetësor janë të njohur me procedurën e regjistrimit të ngjarjeve të padëshiruara.

***Kriteri 2.4.** Në rast se ndodh një ngjarje e padëshiruar, shqyrtohet shkaku i ngjarjes.

***Kriteri 2.5.** Ndërmerren veprime për eliminimin e shkaqeve që çuan në ngjarjet e padëshiruara.

Udhëzim:

Në një institucion shëndetësor duhet të ketë procedura për ruajtjen e higjienës së dysHEMEVE, mureve dhe sipërfaqeve të tjera, procedurat për pastrimin dhe dezinfektimin e pajisjeve mjekësore dhe procedurat për pastrimin, ruajtjen dhe mirëmbajtjen e higjienës. Gjithashtu duhet të ketë një orar për pastrimin e përgjithshëm dhe mirëmbajtjen e përditshme të higjienës.

Standardi 3.0. Në institucionet shëndetësore ekzistojnë procedura të përcaktuara për ruajtjen e higjienës.

Kriteri 3.1. Ekzistojnë procedura për ruajtjen e higjienës në dysHEME, mure dhe sipërfaqe të tjera.

Kriteri 3.2. Ekzistojnë procedura për pastrimin dhe dezinfektimin e pajisjeve mjekësore.

Kriteri 3.3. Ekziston një orar për pastrimin e përgjithshëm dhe mirëmbajtjen e higjienës së përditshme.

Kriteri 3.4. Ekzistojnë procedura për pastrimin, ruajtjen dhe mirëmbajtjen e pajisjeve të pastrimit.

Udhëzim:

Në institucionet shëndetësore duhet të ekzistojnë procedura të përcaktuara për mbajtjen e higjienës së duarve që përfshijnë dezinfektimin e duarve, larjen e duarve dhe përdorimin e dorezave të vetme mjekësore. Punonjësit duhet të respektojnë procedurat e përcaktuara për larjen dhe dezinfektimin e duarve dhe produktet e higjienës së duarve dhe të jenë në dispozicion për përdorim nga punonjësit, pacientët dhe vizitorët. Informacioni për menaxhimin e duhur të higjienës së duarve duhet të jetë në dispozicion publikisht dhe i dukshëm për punonjësit, pacientët dhe vizitorët e institucioneve shëndetësore.

Standardi 4.0. Ekzistojnë procedura të përcaktuara për mbajtjen e higjienës së duarve.

Kriteri 4.1. Higjiena e duarve përfshin dezinfektimin e duarve, larjen e duarve dhe përdorimin e dorezave mjekësore të vetme.

Kriteri 4.2. Punëtorët duhet t'i respektojnë procedurat e përcaktuara për larjen dhe dezinfektimin e duarve.

Kriteri 4.3. Produktet e higjienës së duarve janë në dispozicion për përdorim nga stafi, pacientët dhe vizitorët.

Kriteri 4.4. Informacioni për menaxhimin e duhur të higjienës së duarve duhet të jetë në dispozicion publikisht dhe i dukshëm për punonjësit, pacientët dhe vizitorët.

Udhëzim:

Duhet të ekzistojë një Program për Mbrojtjen e Shëndetit dhe Mbrojtjen e Punëtorëve që është miratuar nga një institucion i licencuar për këtë. Është gjithashtu e nevojshme të zbatohet një program trajnimi në fushën e mbrojtjes së shëndetit dhe mbrojtjes në punë të punonjësve nga një institucion i autorizuar. Ekipi i institucionit shëndetësor duhet të kryejë kontrolle të rregullta sanitare dhe sistematike shëndetësore.

<p>Standardi 5.0. Respektohen të gjitha rregullat ligjore për ruajtjen e shëndetit dhe mbrojtjen e punonjësve në punë.</p>

Kriteri 5.1. Ekziston një program për mbrojtjen e shëndetit dhe mbrojtjen e punëtorëve në punë. Ky program është miratuar nga një institucion i licencuar për këtë.

Kriteri 5.2. Programi i trajnimit në fushën e kujdesit shëndetësor dhe mbrojtjes në punë të punonjësve është zbatuar nga një institucion i autorizuar.

Kriteri 5.3. Programi i trajnimit në fushën e kujdesit shëndetësor dhe mbrojtjes në punë të punonjësve është zbatuar nga një institucion i autorizuar.

Sterilizimi

Udhëzim:

Në një institucion mjekësor duhet të ketë në dispozicion pajisje të veçanta/ pajisje sterilizimi që duhet të validohet rregullisht. Të gjitha fazat e procesit të dezinfektimit dhe sterilizimit duhet të dokumentohen dhe me linja të qarta të përgjegjësive. Personat që janë të përfshirë në procesin e dezinfektimit/ sterilizimit duhet të kenë kaluar trajnimin për sigurinë dhe shëndetin në punë si dhe trajnimin për kontrollin e infeksioneve, të cilat janë specifike për pjesën e tyre të punës në kuadër të sterilizimit.

Standardi 6.0. Ekzistojnë pajisjet e nevojshme, dokumentacioni dhe personeli i trajnuar siç duhet për të siguruar një sistem efektiv dhe të sigurt të dezinfektimit dhe sterilizimit.

Kriteri 6.1. Ka në dispozicion pajisje/ aparatura të veçanta për sterilizim sipas nevojave.

Kriteri 6.2. Pajisjet e sterilizimit validohen rregullisht.

Kriteri 6.3. Ekzistojnë linja të dokumentuara dhe të qarta përgjegjësie për të gjitha fazat e procesit të dezinfektimit dhe sterilizimit.

Kriteri 6.4. Personat që janë të përfshirë në procesin e dezinfektimit/ sterilizimit duhet të kenë kaluar trajnimin për sigurinë dhe shëndetin në punë si dhe trajnimin për kontrollin e infeksioneve, të cilat janë specifike për pjesën e tyre të punës në kuadër të sterilizimit.

Udhëzim:

Artikujt që shfrytëzohen për vetëm një përdorim, pas shfrytëzimit të tyre, duhet të hiqen sipas një procedure të përcaktuar paraprakisht. Për këtë ekzistojnë procedurat e përgatitura për mbledhjen dhe paketimin e instrumenteve, procedurat që përcaktojnë dhe kontrollojnë të gjitha fazat e dekontaminimit, sterilizimit, tharjes dhe ripërdorimit të pajisjeve mjekësore dhe instrumenteve kirurgjikale që shërbejnë për përdorim të përsëritur, respektimin e parametrave të tilla si koha dhe temperatura e ciklit të sterilizimit, procedurat për kontrollin e materialit steril të paketuar në lidhje me përmbajtjen e paketimit sipas specifikimit, procedurat për verifikimin e materialeve sterile të paketimit në lidhje me pastërtinë e paketimit në lidhje me mënyrën dhe periudhën e verifikimit dhe procedurat për verifikimin e funksionalitetit të të gjitha aparateve të përfshira në procesin e sterilizimit.

Standardi 7.0. Procesi i punës është i dokumentuar në mënyrë të përshtatshme dhe ekzistojnë procedura të shkruara për të gjitha fazat e procesit të mbledhjes, dezinfektimit dhe sterilizimit.

Kriteri 7.1. Artikujt që janë të destinuara për përdorim të vetëm pas shfrytëzimit të tyre, asgjësohen sipas procedurave të përcaktuara paraprakisht.

Kriteri 7.2. Ekzistojnë procedura për mbledhjen dhe paketimin e mjeteve.

Kriteri 7.3. Ekzistojnë procedurat që përcaktojnë dhe kontrollojnë të gjitha fazat e dezinfektimit, sterilizimit, tharjes dhe ripërdorimit të pajisjeve mjekësore dhe instrumenteve kirurgjikale që shërbejnë për përdorim të përsëritur.

Kriteri 7.4. Parametrat si koha dhe temperatura e ciklit të sterilizimit respektohen. Ndiqen udhëzimet e prodhuesit për instrumentet dhe materialet që sterilizohen.

Kriteri 7.5. Ekzistojnë procedura për kontrollin e materialit steril të paketimit në lidhje me përmbajtjen e paketimit sipas specifikimit.

Kriteri 7.6. Ekzistojnë procedura për kontrollin e materialit të ambalazhuar steril për sigurinë e ambalazhit për sa i përket mënyrës dhe periudhës së kontrollit.

Kriteri 7.7. Ekzistojnë procedura për të kontrolluar funksionalitetin e të gjitha aparateve të përfshira në procesin e sterilizimit.

Udhëzim:

Mjetet e pastrimit (detergjentët) në një institucion mjekësor përdoren në përputhje me të dhënat e specifikimeve të tyre teknike të sigurisë dhe për ta është e nevojshme të ketë një hapësirë të shënuar brenda një institucioni për pastrimin e instrumenteve mjekësore, dezinfektimin dhe sterilizimin e tyre. Pjesa për ruajtjen dhe menaxhimin e materialeve të papastra duhet të jetë e ndarë në mënyrë të qartë në hapësirën e institucionit shëndetësor dhe në të nuk duhet të ketë sende të tjera përveç mjeteve të higjienës dhe materialit që sterilizohet.

<p>Standardi 8.0. Në ordinancë ekzistojnë kushte të sigurta dhe mjedise për të kryer procesin e dezinfektimit dhe sterilizimit.</p>
--

Kriteri 8.1. Produktet e pastrimit (detergjentët) përdoren në përputhje me specifikimet e tyre teknike të sigurisë.

Kriteri 8.2. Ekziston një hapësirë e shënuar brenda institucionit për pastrimin e instrumenteve mjekësore, dezinfektimin dhe sterilizimin e tyre.

Kriteri 8.3. Pjesa për ruajtjen dhe menaxhimin e materialeve të papastra është e ndarë në mënyrë të qartë dhe në të nuk ka sende të tjera përveç mjeteve të higjienës dhe materialit që sterilizohet.

KAPITULLI IV - PROMOVIMI I SHËNDETIT DHE PARANDALIMI I SËMUNDJEVE

TË DHËNA DHE INFORMACIONE MBI STILIN E JETESËS DHE FAKTORËT E RREZIKUT

Udhëzim:

Ekipi i institucionit shëndetësor mbledh të dhëna për faktorët që paraqesin rrezik për shëndetin e pacientëve dhe të dhëna të matshme klinike që janë të rëndësishme për planifikimin e veprimeve parandaluese. Ekipi i institucioneve shëndetësore një herë në vit kryen një rishikim të plotë të të dhënave të regjistruara në dosjet shëndetësore të pacientit, kryen zbulimin e hershëm dhe monitorimin e çrregullimeve të zhvillimit dhe të tjera që ndikojnë në rritjen e hershme dhe zhvillimin e fëmijëve dhe zbatojnë masa për zbulimin e hershëm të sëmundjeve tek pacientët që i përkasin grupeve të rrezikut. Pacientët kanë qasje në informacionin e nevojshëm në formë të shkruar, duke lejuar përdorimin e të verbërve dhe të shurdhërve për kushtet dhe sëmundjet më të zakonshme akute dhe kronike. Ekipi i institucionit shëndetësor shpërndan materiale për aktivitete promovuese - parandaluese dhe bashkëpunon ngushtë me subjektet që ofrojnë programe për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve.

Standardi 1.0. Ekipi i institucionit shëndetësor përcakton nevojat shëndetësore të pacientëve, bashkëpunon me institucionet e tjera dhe komunitetin lokal për promovimin e shëndetit dhe ofron shërbime të përshtatshme shëndetësore parandaluese.

Kriteri 1.1. Ekipi i institucionit shëndetësor mbledh të dhëna për faktorët që paraqesin rrezik për shëndetin e pacientëve, duke përfshirë të dhëna të rëndësishme nga historia personale, familjare dhe sociale, si dhe analizat e zakoneve të shëndetshme të jetesës (ushqimi, aktiviteti fizik, gjendjet e varësisë nga duhani, alkooli, substancat psikoaktive).

Kriteri 1.2. Ekipi i institucionit shëndetësor mbledh rregullisht të dhëna të matshme klinike që janë të rëndësishme për planifikimin e aktiviteteve parandaluese, të paktën një herë në pesë vjet. *Kjo kryhet për ekzaminime parandaluese dhe nuk zbatohet për pacientët me sëmundje të regjistruar.*

Kriteri 1.3. Ekipi i institucionit shëndetësor një herë në vit kryen një audit të plotë të të dhënave të regjistruara në të dhënat shëndetësore të pacientit.

Kriteri 1.4. Ekipi i institucionit shëndetësor bën zbulimin e hershëm dhe monitorimin e çrregullimeve të zhvillimit dhe çrregullimeve të tjera që ndikojnë në rritjen dhe zhvillimin e hershëm të fëmijëve.

Kriteri 1.5. Ekipi i institucionit shëndetësor zbaton masa për zbulimin e hershëm të sëmundjeve tek pacientët që i përkasin grupeve të rrezikut.

Kriteri 1.6. Pacientët kanë qasje në informacionin e nevojshëm në formë të shkruar, me përdorim të mundësuar nga personat e verbër dhe të shurdhër për gjendjet dhe sëmundjet më të zakonshme akute dhe kronike.

Kriteri 1.7. Ekipi i institucionit shëndetësor shpërndan materiale për aktivitete promovimi-parandalimi dhe bashkëpunon ngushtë me subjektet që ofrojnë programe për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve.

Udhëzim:

Ekipi i institucionit shëndetësor mban një regjistër të veçantë të ekzaminimeve parandaluese të kryera. Në institucionin shëndetësor ekziston një sistem elektronik për regjistrimin e aktiviteteve parandaluese dhe i njëjti përdoret për të kujtuar në kohë.

Standardi 2.0. Ekipi i institucionit shëndetësor përdor një sistem përkujtues për të mundësuar mbrojtjen sistematike parandaluese dhe zbulimin e hershëm të sëmundjeve.

Kriteri 2.1. Ekipi i institucionit shëndetësor mban një regjistër të veçantë të ekzaminimeve parandaluese të kryera.

Kriteri 2.2. Në institucionin shëndetësor ekziston një sistem elektronik për regjistrimin e aktiviteteve parandaluese dhe përdoret për përkujtime në kohë.

Udhëzim:

Ekipi i institucioneve shëndetësore jep këshilla të paktën një herë në vit për të siguruar kujdes aktiv parandalues për grupet e regjistruara të pacientëve me faktorë të identifikuar të rrezikut dhe sëmundjeve kronike dhe për shëndetin seksual dhe riprodhues.

Standardi 3.0. Ekipi i institucionit shëndetësor përdor metodat e këshillimit shëndetësor për të ofruar mbrojtje aktive parandaluese për pacientët me faktorë të identifikuar të rrezikut dhe sëmundje kronike.

Kriteri 3.1. Ekipi i institucioneve shëndetësore mban këshilla të paktën një herë në vit për grupet e regjistruara të pacientëve me faktorët e mëposhtëm të rrezikut:

- Tensioni i lartë i gjakut;
- Nivelet e larta të kolesterolit në gjak;
- Sëmundjet e veshkave;
- Obeziteti;
- pirja e duhanit;
- varësia nga alkooli dhe droga të paligjshme;
- faktorë të tjerë të rrezikut.

Kriteri 3.2. Ekipi i institucioneve shëndetësore mban këshilla të paktën një herë në vit për shëndetin seksual dhe riprodhues.

SHËRBIMET SHËNDETËSORE PARANDALUESE

Udhëzim:

Ekipi i institucionit shëndetësor mban një regjistër shëndetësor të informacionit të dhënë për ruajtjen dhe promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Të dhënat mjekësore regjistrojnë rregullisht presionin e gjakut të pacientëve të moshës 45 vjeç e lart dhe këshillojnë pacientët në rrezik se si të parandalojnë hipertensionin. Pacientët me histori familjare të hiperlipidemisë dhe sëmundjeve të veshkave dhe mbi moshën 18 vjeç ofrohen këshilla për ruajtjen e shëndetit dhe masa për parandalimin e sëmundjes. Në të dhënat shëndetësore të pacientit regjistrohen indeksi i masës trupore, vëllimi i belit dhe, nëse është e mundur, trashësia e indeve yndyrore nën lëkurë, gjendja e duhanit të pacientit, përdorimi i tepruar i alkoolit dhe drogave të tjera dhe këshilla për zvogëlimin e rrezikut dhe parandalimin e sëmundjeve. Për çdo faktor tjetër rreziku që është i pranishëm tek pacientët, këshillohen për zvogëlimin e rrezikut dhe parandalimin e sëmundjeve.

Standardi 4.0. Ekipi i institucionit shëndetësor i ofron pacientit masa parandaluese dhe informacione për ruajtjen dhe promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve.

Kriteri 4.1. Ekipi i institucionit shëndetësor mban një regjistër shëndetësor të informacionit të dhënë për ruajtjen dhe promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve.

Kriteri 4.2. Tensioni i gjakut është regjistruar rregullisht në të dhënat mjekësore të pacientëve që janë 45 vjeç dhe më të moshuar.

Kriteri 4.3. Pacientët e rrezikuar këshillohen se si të parandalojnë hipertensionin.

Kriteri 4.4. Pacientët me histori familjare të hiperlipidemisë dhe mbi moshën 18 vjeç duhet të këshillohen për ruajtjen e shëndetit dhe të ndërmarrin masa për parandalimin e saj.

- Kriteri 4.5.** Pacientëve me histori familjare të sëmundjeve të veshkave dhe të moshës mbi 18 vjeç u jepen këshilla për ruajtjen e shëndetit dhe zbatohen masa për parandalimin e sëmundjes.
- Kriteri 4.6.** Në regjistrin e shëndetit të pacientit regjistrohet indeksi i masës trupore, vëllimi i belit dhe, nëse është e mundur, trashësia e indeve yndyrore nën lëkurë.
- Kriteri 4.7.** Pacientëve me indeks të lartë të masës trupore u këshillohet për të reduktuar peshën e trupit.
- Kriteri 4.8.** Statusi i duhanpirjes së pacientit regjistrohet në kartelat shëndetësore.
- Kriteri 4.9.** Pacientët me statusin duhanpirës këshillohen se si të lënë duhanin.
- Kriteri 4.10.** Përdorimi i tepërt i alkoolit dhe drogave të tjera regjistrohet në kartelën shëndetësore të pacientit.
- Kriteri 4.11.** Pacientit që konsumon shumë alkool dhe droga të tjera i jepen këshilla se si të ndalojë dhe/ose referohet në institucionet përkatëse për problematikën e dhënë (qendrat e këshillimit).
- Kriteri 4.12.** Për çdo faktor tjetër rreziku që është i pranishëm tek pacientët, këshillohen për zvogëlimin e rrezikut dhe parandalimin e sëmundjeve.

IMUNIZIMI

Udhëzim:

Ekipi i institucionit shëndetësor u siguron pacientëve informacione të regjistruara për rëndësinë dhe kalendarin e imunizimit/ vaksinimit, shpërndan rregullisht materiale informative dhe mban dosje shëndetësore për imunizimin/ vaksinimin e kryer të fëmijëve dhe të moshuarve.

Standardi 5.0. Ekipi i institucionit shëndetësor ofron informacione për imunizimin/ vaksinimin.

- Kriteri 5.1.** Ekipi i institucionit shëndetësor siguron informacione të regjistruara për pacientët në lidhje me rëndësinë dhe kalendarin e imunizimit/ vaksinimit dhe shpërndan rregullisht materiale informative.
- Kriteri 5.2.** Pacientët mbi moshën 65 vjeç ose me histori të sëmundjeve kronike këshillohen për rëndësinë e imunizimit / vaksinimit kundër gripit dhe sëmundjeve të tjera akute infektive për të cilat ekziston vaksina.

Kriteri 5.3. Ekipi i institucionit shëndetësor përmes procedurës me shkrim ka vendosur mënyrën e regjistrimit në kartelat shëndetësore për imunizimin/ vaksinimin e kryer të fëmijëve dhe të moshuarve.

PARANDALIMI I KANCERIT

Udhëzim:

Ekipi i institucioneve shëndetësore përdor udhëzimet klinike / shtigjet për parandalimin e kancerit të zhvilluara në përputhje me mjekësinë e bazuar në dëshmi. Pacientët këshillohen për vetë-shqyrtim dhe ekzaminim dhe grupet e rrezikut drejtohen për shqyrtim. Ekipi i institucionit shëndetësor ka krijuar një mënyrë për të regjistruar skanimin e kryer.

Standardi 6.0. Ekipi i institucionit shëndetësor i siguron pacientit masa parandaluese dhe informacione për parandalimin e kancerit.

Kriteri 6.1. Ekipi i institucioneve shëndetësore ka në dispozicion dhe përdor udhëzime klinike / shtigje për parandalimin e kancerit të zhvilluara në përputhje me mjekësinë e bazuar në dëshmi.

Kriteri 6.2. Pacientët këshillohen për vetë-shqyrtim dhe ekzaminim.

Kriteri 6.3. Grupet e rrezikut referohen për shqyrtim.

Kriteri 6.4. Ekipi i institucionit shëndetësor ka krijuar një mënyrë për regjistrimin e ekzaminimit të kryer.

KAPITULLI V

FOKUSIMI I PACIENTËVE

Udhëzim:

Punonjësit e ordinancës informojnë pacientin për mundësitë e trajtimit, kujdesin e ofruar dhe shërbimet e tjera, duke respektuar vendimin dhe zgjedhjen e tij. Për procedurat për të cilat është e nevojshme, ordinanca siguron pëlqimin e informuar. Në rast se pacienti refuzon trajtimin ose procedurën e rekomanduar, mjeku e informon pacientin për të gjitha pasojat e mundshme të një vendimi të tillë dhe i ofron pacientit vazhdimin e trajtimit duke e zhvendosur pacientin në një institucion tjetër. Në ordinancë ka një procedurë për pranimin, shqyrtimin dhe zgjidhjen e vërejtjeve dhe ankesave nga pacientët në mënyrë korrekte dhe në kohë. Në bazë të kërkesës së pacientit, ordinanca mundëson kontrollin e dokumentacionit të tij mjekësor. Nëse pacienti ndryshon mjekun, mjeku është i detyruar t'i dorëzojë mjekut të ri të zgjedhur të gjitha dokumentet ekzistuese mjekësore pacientit.

Standardi 1.0. Punonjësit e ordinancës ofrojnë shërbime shëndetësore dhe të tjera duke respektuar të drejtat e pacientëve.

Kriteri 1.1. Pacienti informohet për mundësitë e trajtimit, kujdesin e ofruar dhe shërbimet e tjera, duke respektuar vendimi dhe zgjedhja e tij.

Kriteri 1.2. Për procedurat për të cilat është e nevojshme, ordinanca siguron pëlqimin e informuar.

Kriteri 1.3. Në rast se pacienti refuzon trajtimin ose procedurën e këshilluar, mjeku e informon pacientin për të gjitha pasojat e mundshme të një vendimi të tillë dhe i ofron pacientit vazhdimin e trajtimit duke e zhvendosur pacientin në një institucion tjetër, për të cilin ekziston një raport me shkrim.

Kriteri 1.4. Në ordinancë ka një procedurë për pranimin, shqyrtimin dhe zgjidhjen e vërejtjeve dhe ankesave nga pacientët në mënyrë korrekte dhe në kohë.

Kriteri 1.5. Në bazë të kërkesës së pacientit, ordinanca mundëson kontrollin e dokumentacionit të tij mjekësor.

Kriteri 1.6. Nëse pacienti ndryshon mjekun për arsye objektive ose subjektive, sipas një procedure të përcaktuar mjeku është i detyruar t'i dorëzojë mjekut të ri të zgjedhur të gjitha dokumentet ekzistuese mjekësore të pacientit.

Udhëzim:

Organi i kujdesit shëndetësor në ofrimin e shërbimeve shëndetësore siguron kushte për privatësinë e pacientit, kryerjen diskrete dhe konfidenciale të ekzaminimeve, lejon praninë e palës së tretë të papunë në institucion gjatë ekzaminimit vetëm nëse pacienti ka dhënë pëlqimin e shprehur dhe siguron konfidencialitetin e të dhënave shëndetësore. Pacientët janë të angazhuar në projekte kërkimore vetëm me pëlqimin e tyre të qartë të nënshkruar pas shpjegimit verbal dhe me shkrim të studimit të propozuar.

Standardi 2.0. Kur ofron shërbime shëndetësore, ordinanca siguron privatësinë e pacientëve dhe konfidencialitetin e të dhënave.

Kriteri 2.1. Ordinanca siguron kushte për privatësinë e pacientit, duke lejuar një bisedë diskrete me mjekun dhe punonjësit e tjerë, si dhe kryerjen në mënyrë diskrete dhe konfidenciale të ekzaminimeve.

Kriteri 2.2. Ordinanca lejon praninë e një personi të tretë të papunë në institucion gjatë ekzaminimit, vetëm nëse pacienti jep pëlqimin e shprehur.

Kriteri 2.3. Ordinanca siguron fshehtësinë dhe sigurinë e të dhënave shëndetësore, për të cilat ekziston një procedurë.

Kriteri 2.4. Pacientët janë të angazhuar në projekte kërkimore vetëm me pëlqimin e tyre të qartë të nënshkruar pas shpjegimit verbal dhe me shkrim të studimit të propozuar. Pacientët kanë gjithmonë të drejtën për të tërhequr pëlqimin. Ky proces rregullohet nga Protokoli i Provave Klinike dhe në përputhje me procedurën.

Udhëzim:

Ekipi i ordinancës merr pjesë në trajnime për të përmirësuar aftësitë e komunikimit në marrëdhënien mjekësore mjek-pacient. Ekziston një procedurë për komunikimin e lajmeve të këqija për pacientin dhe/ose familjen e tij.

Standardi 3.0. Ekipi i ordinancës ka aftësi të mira komunikimi.

Kriteri 3.1. Ekipi i ordinancës merr pjesë në trajnime për të përmirësuar aftësitë e komunikimit në marrëdhënien mjekësore mjek-pacient.

Kriteri 3.2. Ekziston një procedurë për raportimin e lajmeve të këqija tek pacienti dhe/ ose familja e tij.

Udhëzim:

Ekipi i ordinancës të paktën një herë në vit kryen një pyetësor anonim të opinionit të pacientëve, analizon rezultatet e pyetësorëve dhe në bazë të analizave merr masat e duhura.

Standardi 4.0. Ekipi i ordinancës përdor një pyetësor për të vlerësuar kënaqësinë e përdoruesve të shërbimit.

Kriteri 4.1. Së paku një herë në vit, ekipi kryen një pyetësor anonim në lidhje me opinionin e pacientëve.

Kriteri 4.2. Ekipi i ordinancës analizon rezultatet e pyetësorëve dhe në bazë të analizave ndërmerr masat e duhura.

Indikator: Mostra përfaqësuese nuk duhet të jetë më pak se 2.5% e numrit të pacientëve në mjekun e zgjedhur ose 25 pacientë në kujdesin shëndetësor specialist këshillues.

PRANIMI DHE TRIAZHA

Udhëzim:

Në ordinancë ekzistojnë dhe zbatohen ecuritë dhe procedurat e përcaktuara për pranimin dhe triazhimin e pacientëve. Triazhi kryhet gjatë kontaktit të parë me pacientin në mënyrë që ai të kujdeset siç duhet. Pas pranimit, pacienti dhe/ ose shoqëruesi i tij informohen për veprimet/ masat që mund të ndërmerren në lidhje me gjendjen shëndetësore të pacientit. Ekzistojnë dhe zbatohen procedura të përcaktuara dhe procedura të shkruara për pranimin në raste urgjente.

Standardi 5.0. Procedura e konfirmuar e pranimit dhe trajtimit të pacientëve.

Kriteri 5.1. Ekzistojnë dhe zbatohen procedurat e përcaktuara dhe procedurat e shkruara për pranimin dhe triazhimin e pacientëve.

Kriteri 5.2. Triazhi kryhet gjatë kontaktit të parë në mënyrë që pacienti të kujdeset siç duhet.

Kriteri 5.3. Pas pranimit, pacienti dhe/ose shoqëruesi i tij informohen për veprimet/masat që mund të ndërmerren në lidhje me gjendjen shëndetësore të pacientit.

Kriteri 5.4. Ekzistojnë dhe zbatohen procedurat e përcaktuara dhe procedurat e shkruara për pranimin e rasteve urgjente.

Udhëzim:

Procedurat për trajtimin ose referimin e pacientit në nivele më të larta të kujdesit shëndetësor përcaktohen në bazë të gjendjes shëndetësore të pacientit në momentin e pranimit. Përcaktohet dhe evidentohet nevoja për referimin e analizave diagnostike (laboratorike, radiologjike etj.) dhe rezultatet regjistrohen në të dhënat shëndetësore të pacientit. Plani i trajtimit duhet të përcaktohet dhe të regjistrohet qartë në të dhënat shëndetësore të pacientit dhe të diskutohet me pacientin dhe/ose familjen e tij. Trajtimi bëhet në bazë të mjekësisë së bazuar në dëshmi dhe duke përdorur praktikën e mirë klinike, për të cilën ekzistojnë edhe procedura të shkruara. Anëtarët e ekipit mjekësor përdorin udhëzime klinike të bazuara në dëshmi për kushtet që trajtojnë, duke zbatuar rekomandimet në praktikë.

Standardi 6.0. Vlerësohet gjendja shëndetësore e pacientit.

Kriteri 6.1. Në bazë të gjendjes shëndetësore të pacientit, gjatë pranimit përcaktohet rendi i procedurave për trajtim ose referim në nivele më të larta të kujdesit shëndetësor.

Kriteri 6.2. Përcaktohet dhe regjistrohet nevoja për dërgimin e ekzaminimeve diagnostike (laboratorike, radiologjike, etj.) dhe rezultatet e tyre regjistrohen në të dhënat shëndetësore të pacientit.

Kriteri 6.3. Plani i trajtimit përcaktohet dhe regjistrohet qartë në të dhënat shëndetësore të pacientit.

Kriteri 6.4. Plani i trajtimit diskutohet me pacientin dhe/ose familjen e tij.

Kriteri 6.5. Trajtimi kryhet në bazë të mjekësisë së bazuar në dëshmi dhe duke përdorur praktikën e mirë klinike, për të cilën ekzistojnë edhe procedura të shkruara.

Kriteri 6.6. Anëtarët e ekipit të ordinancës përdorin udhëzime klinike të bazuara në dëshmi për kushtet që trajtojnë, duke zbatuar rekomandimet në praktikë.

Udhëzim:

Në regjistrin shëndetësor të pacientit, mjeku fut një përmbledhje të trajtimit që përfshin: datën e ekzaminimit, arsyen e vizitës, gjetjet e rëndësishme, të gjitha procedurat e kryera, diagnozën, terapinë mjekësore dhe llojet e tjera të trajtimit, referimet në institucione të tjera shëndetësore. Referimi i pacientit në një institucion tjetër shëndetësor bëhet në mënyrë të përshtatshme dhe për këtë ekziston një procedurë e shkruar.

Standardi 7.1. Ekziston një procedurë për përfundimin e vizitës tek mjeku / referimi në institucione të tjera shëndetësore.

Kriteri 7.1. Në regjistrin shëndetësor të pacientit, mjeku fut një përmbledhje të trajtimit që përfshin:

- data e ekzaminimit;
- arsyeja e vizitës;
- gjetjet e rëndësishme;
- të gjitha procedurat e kryera;
- diagnoza;
- terapi mjekësore dhe lloje të tjera të trajtimit;
- referime në institucione të tjera shëndetësore.

Kriteri 7.2. Referimi i pacientit në një institucion tjetër shëndetësor bëhet në mënyrë të përshtatshme dhe për këtë ekziston një procedurë e shkruar.

Udhëzim:

Ordinanca ka një regjistër të saktë të pacientëve dhe të ekzaminimeve parandaluese të pacientëve të shtruar në ordinancë. Ekipi i ordinancës nxjerr në pah dhe shpërndan materiale promocionale për zakone të shëndetshme jetese, masa për ruajtjen e shëndetit riprodhues dhe rekomandime për kontrollin e kësaj.

Standardi 8.0. Merren masa për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin seksual dhe riprodhues të popullsisë femërore.

Kriteri 8.1. Ordinanca ka një regjistër të saktë të pacientëve që janë të pranuar në klinikën e saj.

Kriteri 8.2. Ordinanca ka një regjistër të saktë të ekzaminimeve parandaluese të pacientëve të bashkangjitur në klinikën e saj.

Kriteri 8.3. Ekipi i ordinancës nxjerr në pah dhe shpërndan materiale promovuese për zakone të shëndetshme jetese, masa për ruajtjen e shëndetit riprodhues dhe rekomandime për kontrollin e tij.

Udhëzim:

Ordinanca ofron këshillime në lidhje me ushqimin e shëndetshëm dhe aktivitetin fizik gjatë shtatzënisë, për ruajtjen e shëndetit dhe parandalimin e mbipeshës tek gratë shtatzëna. Ekipi në ordinancë duhet të përcaktojë statusin e duhanpirjes dhe nëse ata janë të ekspozuar ndaj pirjes së duhanit pasiv, si dhe varësinë e alkoolit dhe substancave të tjera tek gratë shtatzëna sa më herët që të jetë e mundur gjatë shtatzënisë dhe gjatë çdo vizite antenatale në klinikë. Në rast të përhapjes së lartë, është e nevojshme të fillohet testimi dhe këshillimi për HIV, Hepatiti B dhe C. Rreziqet e të gjitha sëmundjeve seksualisht të transmetueshme diskutohen me gruan shtatzënë. Marrja e përditshme e suplementeve rekomandohet sipas gjendjes aktuale shëndetësore dhe rekomandimi diskutohet me gruan shtatzënë. Kalendarin e ekzaminimeve të nevojshme tek gjinekologu i familjes ndiqet në përputhje me udhëzimin klinik të miratuar dhe të gjitha rreziqet e mundshme të gratë shtatzëna identifikohen herët për të përfunduar me sukses shtatzëninë. Rekomandohet monitorimi i shtatzënisë dhe udhëzimi i duhur në përputhje me Udhëzimet Klinike për shqyrtimin e kushteve të rrezikshme në shtatzëni.

Standardi 9.0. Merren masa për kujdesin antenatal të pacienteve gjatë shtatzënisë, për një eksperiencë dhe rezultat pozitiv të shtatzënisë.

Kriteri 9.1. Ofrohen këshilla në lidhje me të ushqyerit e shëndetshëm dhe aktivitetin fizik gjatë shtatzënisë, për ruajtjen e shëndetit dhe parandalimin e mbipeshës tek gratë shtatzëna.

Kriteri 9.2. Ekipi në ordinancë duhet të përcaktojë statusin e duhanpirjes tek gratë shtatzëna dhe të përcaktojë nëse ato janë të ekspozuara ndaj duhanit pasiv sa më herët që të jetë e mundur gjatë shtatzënisë dhe gjatë çdo vizite para lindjes në spital.

Kriteri 9.3. Ekipi në ordinancë duhet të përcaktojë varësinë nga alkooli dhe substancat e tjera tek gratë shtatzëna sa më herët që të jetë e mundur gjatë shtatzënisë, si dhe në çdo vizitë antenatale në spital.

Kriteri 9.4. Në rast të prevalencës së lartë, është e nevojshme të fillohet testimi dhe këshillimi për HIV, Hepatitin B dhe C.

Kriteri 9.5. Rreziqet e të gjitha sëmundjeve seksualisht të transmetueshme diskutohen me gruan shtatzënë.

Kriteri 9.6. Marrja e përditshme e suplementeve rekomandohet sipas gjendjes aktuale shëndetësore dhe rekomandimi diskutohet me gruan shtatzënë.

Kriteri 9.7 Kalendar i ekzaminimeve të nevojshme tek gjinekologu amë ndiqet në përputhje me udhëzimin klinik të miratuar.

Kriteri 9.8. Sipas udhëzimeve aktuale klinike, tek gratë shtatzëna identifikohen herët të gjitha rreziqet e mundshme për të përfunduar me sukses shtatzëninë.

Kriteri 9.9. Rekomandohet monitorimi i shtatzënisë dhe referimi i duhur në përputhje me Udhëzimet Klinike për shqyrtimin e kushteve të rrezikshme në shtatzëni.

Udhëzim:

Ekzistojnë procedura të dokumentuara për referimin e pacientit në institucione të tjera shëndetësore. Ekipi i ordinancës për një mostër të zgjedhur të pacientëve kryen një rishikim klinik dhe verifikon përshtatshmërinë, efektivitetin dhe efikasitetin e kërkimit dhe referimit të specialistëve të pacientëve të tyre të paktën një herë në vit, pas së cilës janë ndërmarrë masa për të përmirësuar praktikatat aktuale. Ekipi i ordinancës bën rishikimin klinik të ekzaminimeve mjekësore dhe referime tek specialistët përmes llogaritjes së treguesve të përshtatshëm.

Standardi 10.0. Nëse është e nevojshme, pacienti dërgohet në një institucion tjetër shëndetësor.

Kriteri 10.1. Ekzistojnë procedura të dokumentuara për referimin e pacientit në institucione të tjera shëndetësore.

Kriteri 10.2. Ekipi i ordinancës për një mostër të zgjedhur të pacientëve bën rishikimin klinik dhe verifikon përshtatshmërinë, efektivitetin dhe efikasitetin e kërkimit dhe referimit të specialistëve të pacientëve të tyre të paktën një herë në vit, pas së cilës janë ndërmarrë masa për të përmirësuar praktikatat aktuale.

Kriteri 10.3. Ekipi i ordinancës bën rishikimin klinik të ekzaminimeve mjekësore dhe referimeve tek specialistët përmes llogaritjes së treguesve të përshtatshëm.

Indikator: Numri dhe përqindja e pacientëve të referuar në specialist gjatë ekzaminimit të parë.

Indikator: Numri dhe përqindja e pacientëve të referuar për ekzaminime laboratorike në analizën e parë për diagnozë profesionale.

Udhëzim:

Mjeku i përzgjedhur përshkruan ilaçe në mënyrë efikase dhe ekonomike dhe në përputhje me mjekësinë e bazuar në dëshmi, ndërsa pacientit i jepet informacioni për ilaçet e përshkruara. Ekipi i ordinancës merr masa për të parandaluar qasjen e paautorizuar në ilaçe dhe materiale të tjera që gjenden në ordinancë dhe kjo rregullohet me një procedurë të përshtatshme. Të gjitha medikamentet që i përshkruhen pacientit gjatë vizitës regjistrohen në dosjen mjekësore. Ekipi i ordinancës ka ilaçe dhe pajisje për trajtimin e shokut anafilaktik dhe emergjencave të tjera, të cilat qëndrojnë në një vend të arritshëm për ekipin. Ekipi i ordinancës raporton rregullisht reagimet e padëshiruara nga ilaçet dhe mjetet mjekësore dhe për këtë ka një procedurë të shkruar.

Standardi 11.0. Mjeku i përzgjedhur përshkruan në mënyrë efektive dhe ekonomike mjekimin dhe u jep pacientëve informacione për përdorimin e duhur të ilaçeve.

Kriteri 11.1. Mjeku i përzgjedhur përshkruan ilaçe në mënyrë efektive dhe ekonomike dhe në përputhje me mjekësinë e bazuar në dëshmi.

Kriteri 11.2. Pacientit i jepet informacion për ilaçet e përshkruara, mënyrën e marrjes së ilaçeve, përfitimet e përdorimit të tyre dhe efektet anësore të tyre.

Kriteri 11.3. Ekipi i ordinancës merr masa për të parandaluar qasjen e paautorizuar në ilaçe dhe materiale të tjera që gjenden në klinikë dhe kjo rregullohet me një procedurë të përshtatshme.

Kriteri 11.4. Të gjitha medikamentet që i janë përshkruar pacientit gjatë vizitës shkruhen në dosjen shëndetësore.

***Kriteri 11.5.** Ekipi i ordinancës ka ilaçe dhe pajisje për trajtimin e shokut anafilaksik dhe emergjencave të tjera, të cilat qëndrojnë në një vend të arritshëm për ekipin.

Kriteri 11.6. Ekipi i ordinancës raporton rregullisht reagimet e padëshiruara nga ilaçet dhe mjetet mjekësore dhe për këtë ka një procedurë të shkruar.

SHTOJCA 1

Përfaqësuesit e institucioneve që kanë kontribuar në përcaktimin dhe përgatitjen e botimit të parë të standardeve për akreditimin e spitaleve të nivelit primar (mjekësi e përgjithshme/ familjare, gjinekologji/ obstetrikë dhe pediatri).

Agjencia e Cilësisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (ACAISH)

Lirim Isahi

Dr. Zagorka Batunkova

Tanja Darkovska Krstiq

Maja Katranuseska

m-p Todor Shapov

Grupi punues për zhvillimin dhe hartimin e Standardeve për akreditimin e institucioneve të nivelit primar (mjekësi e përgjithshme/ familjare, gjinekologji/ obstetrikë dhe pediatri).

Lirim Isahi- ACAISH

Dr. Zagorka Batunkova- ACAISH

Maja Katranusheska- ACAISH

Dejan Nikollovski- Ministria e shëndetësisë

Tanja Bozhinova- Fondi për Sigurim Shëndetësor i Maqedonisë Veriore

Ljubomir Stefanovski- Shoqata e mjekëve privatë të Republikës së Maqedonisë së Veriut

Elizabeta Zisovska- Shoqata Ndërdisciplinore e Mjekëve për Praktikë të Mirë Klinike

Visar Abdullahi- Institucioni shëndetësor privat për mjekësi të përgjithshme.

Vlerësuesit e jashtëm që kanë marrë pjesë në pilotimin e Standardeve të akreditimit të ordinancave të nivelit primar (mjekësi e përgjithshme/ familjare, gjinekologji/ obstetrikë dhe pediatri).

Dr. Elizabeta Zisovska

Edita Isahi

Dr. sci Biljana Petreska-Zoviq

Gordanka Beshliovska

Flora Sulejmani

Literatura e shfrytëzuar

- National Standards for Safer Better Healthcare – (Health Information and Quality Authority) -(2012)
- Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards 4th Edition Version 1.2.-ISQ-ua (2015)
- Standards for general practices (4th edition)-RACGP (Australian College of General Practitioners) (2013)
- Quality Management in Primary Care-European Practice Assessment (2004)
- STANDARDI ZA TIMOVE PORODIČNE / OBITELJSKE MEDICINE AKAZ, oktobra 2014.
- Standardet për akreditimin e objekteve shëndetësore - ACAISH (2014)