



AKAZ - Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu  
u Federaciji Bosne i Hercegovine

# Metodološko uputstvo

za uspostavljanje, razvijanje i održavanje sistema  
poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga  
u zdravstvenim ustanovama u Federaciji Bosne i  
Hercegovine

januar / siječanj 2007.

**Copyright © 2007 AKAZ**

Sadržaj dokumenta predstavlja vlasništvo AKAZ-a (Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH). Namjenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, ali samo u originalnom obliku, bez ikakvih izmjena, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava AKAZ-a, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.

# I Uvod

Ovo uputstvo sadrži preporuke kantonalnim ministarstvima zdravstva i zdravstvenim ustanovama radi zakonske regulacije poboljšanja sigurnosti i kvaliteta u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, uključujući i privatni sektor. Uputstvo se temelji na **Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu** ("Službene novine Federacije BiH", broj 59/05, Članovi 9. i 19.). [U daljnjem tekstu: Zakon] i **Politike kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine**, Federalno ministarstvo zdravstva, juli 2003. god. [U daljnjem tekstu: Politika], te na temelju tehničkih dokumenata koji su proizvedeni kroz projekte u zdravstvu (vidi **Prilog A**).

*Svrha* ovog uputstva je da se opštim aktima zdravstvenih ustanova na teritoriju vašeg kantona, odnosno u vašoj zdravstvenoj ustanovi reguliše i ostvari poboljšanje sljedećih segmenata:

- učinkovito korištenje ljudskih, finansijskih i materijalnih resursa u zdravstvenoj ustanovi;
- klinička zaštita i sigurnost, što obuhvata dijagnostičke procedure i procedure tretmana pacijenata;
- profesionalna obuka i kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika;
- koordinacija pružanja zdravstvenih usluga;
- jačanje uloge pacijenata i poštivanje njihovih prava.

*Cilj* ovog uputstva je:

- da se na temelju federalne Politike, Izjave radne grupe 1 - *Vrijednosti, učesnici u procesu, definicije i opseg kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti* (EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini, septembar 2005. god.) i Zakona, u svakoj zdravstvenoj ustanovi izgradi **unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta** koji će se trajno održavati i unapređivati;
- da se na temelju izgrađenog unutrašnjeg sistema kvaliteta i implementiranih profesionalnih standarda, **ocijeni zdravstvena ustanova** na dobrovoljnoj osnovi i **predloži za akreditaciju** – ukoliko se pridržava akreditacijskih standarda.

## II Akcija

### 1 Politika i legislativa

Usvajanjem Politike (juli 2003.), donošenjem Zakona (oktobar 2005.), i Odlukom o početku rada Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH ("Službene novine Federacije BiH", broj 68/05) [U daljnjem tekstu: AKAZ], Vlada Federacije BiH je obavezala sve relevantne aktere u zdravstvu, a Zakon sva ministarstva zdravstva da organiziraju i sve javne i privatne zdravstvene ustanove da uvedu sisteme poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. U tom smislu, AKAZ je nadležni organ za obavljanje stručnih i s njima povezanih upravnih poslova u vezi s poboljšanjem kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite i ovlašten je da provodi akreditaciju u zdravstvu.

Prema dokumentu Politike (preporuke 1.1 – 1.3; 3; 4.1, 4.2; 14) i u skladu sa Zakonom (Član 3, stav 2. i Član 19.), **kantonalna ministarstva zdravstva** treba da razviju sveobuhvatnu strategiju za dokumentiranje vrijednosti kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih ustanova za koje su nadležna, utvrde prioritete, ciljeve i metode za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti, finansijske stimulacije za akreditirane zdravstvene ustanove, da definiraju okvirni plan za poboljšanje zdravstvene zaštite na nivou kantona i mehanizme za evaluaciju učinjenog i za izvještavanja o rezultatima.

Zdravstvene ustanove, sa svoje strane, treba da imaju zvanično usvojene strategije kvaliteta i upravljanja rizikom u pisanoj formi u kojoj su jasno navedene odgovornosti direktora, menadžmenta i zdravstvenih radnika i saradnika u vezi sa svim pitanjima kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i mehanizmi za osiguranje i poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga i sigurnosti pacijenata.

Prema Zakonu (Član 9.), zdravstvene ustanove su dužne izraditi **opšti akt** koji se odnosi na osiguranje i poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga i sigurnosti pacijenata, kako je to dato okvirno u Uvodu – *Svrha* ovog uputstva.

Sve daljnje preporuke iz ovog uputstva treba da budu osnova za izradu opšteg akta zdravstvene ustanove kojim se uređuju sva pitanja iz oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

## 2 Organizacija

**Sve osoblje je odgovorno za kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga**, a učinkovita **koordinacija** potrebna je unutar i između medicinskih odjela, odnosno službi, i odjela/službi za podršku – na lokalnom, kantonalnom i federalnom nivou i između profesionalnih disciplina.

Na temelju Zakona, svaka zdravstvena ustanova dužna je osnovati **komisiju** (povjerenstvo) za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i imenovati **koordinatora za kvalitet**. Opštim aktom, u skladu sa Zakonom (Član 10.), zdravstvene ustanove treba da regulišu sva pitanja imenovanja, nadležnosti i načina rada komisije, uključujući i imenovanje najmanje **dva unutrašnja ocjenjivača**, što ovisi o veličini i strukturi zdravstvene ustanove (vidjeti standarde za bolnice: 3.17 i dom zdravlja: 1G.321). Sastav komisije treba da je multidisciplinarnan s ciljem zajedničkog doprinosa razvoju i implementaciji programa poboljšanja kvaliteta. Bitno je uspostaviti jedan **formalni mehanizam** u cijeloj ustanovi za sistematično usvajanje, mjerenje i poboljšanje kliničke prakse i organizacije rada kroz kliničke i menadžerske standarde.

Također, prema Članu 9. Zakona, zdravstvene ustanove dužne su osnovati i **druge komisije** (odbore, povjerenstva), timove i grupe, kao što su: *komisija za sigurnost* (standardi 12.4 i 2A.16); *komisija za ocjenu nepovoljnih događaja*, odnosno za *upravljanje rizikom* (standardi 11.12 i 1G.338); *komisija za bezbjednost objekta doma zdravlja* (standard 2C.47); komisija za *osiguranje zdravih radnih mjesta* u bolnici (standard 5.95); grupa za *upravljanje informacijama* u bolnici (standard 6.1); tim za *kontrolu infekcije* (standard 14.2, 2E.90); komisija za *upravljanje bolničkim otpadom* (standard 16.2); komisija za *zdravstvenu dokumentaciju* (standardi 26.54, 4A.30); *komisija za lijekove* (standardi 34.7, 3B.45); odbor za ocjenu *izlaganja medicinskom zračenju* (standardi 33.1, 4I.218); odbor za *poboljšanje kvaliteta transfuzijske jedinice* (standard 46.63); *odbor za malignome* (standard 47.1); grupa za *hemoterapiju* (standard 47.4); grupa za *palijativnu zaštitu* (standard 48.10), itd. Pritom, postojeće komisije u zdravstvenim ustanovama mogu preuzeti jedan dio poslova koji je u njihovoj nadležnosti a tiče se poboljšanja kvaliteta, na primjer, komisija za kontrolu infekcije, komisija za lijekove, komisija za edukaciju i sl., čime bi se osigurala šira baza za redovnu kliničku reviziju unutar ustanove. Pojedinačni odjeli i specijalnosti trebaju definisati i voditi **dokumentaciju** o broju i programu sastanaka i prisustvu osoblja, što treba da predstavlja njihov doprinos kontinuiranom poboljšanju kvaliteta i profesionalnom usavršavanju.

Za rad stručnih vijeća (kolegija) mogu se primijeniti standardi 28.28 – 28.37 koji se odnose na timski rad u bolnicama i standardi 1C.153 – 1C.170 koji se odnose na timski rad i koordinaciju u domu zdravlja.

Osnivanje stalnih multidisciplinarnih timova (grupa) također je regulisano akreditacijskim standardima; riječ je uglavnom o timovima koji zahtijevaju učešće osoblja iz

različitih organizacionih jedinica. Procedurama, odnosno opštim aktom, zdravstvena ustanova treba definisati stalni sastav multidisciplinarnih timova, privremeno članstvo po potrebi, njihov djelokrug, dokumentiranje rada, kvartalno izvještavanje prema menadžmentu o učešću osoblja i učinkovitosti implementiranih aktivnosti u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti.

Na temelju dosadašnjeg iskustva preporučuju se da koordinator kvaliteta bude liječnik koji pokazuje interes za to i koji nije suviše radno opterećen, ili da se bira iz redova administracije (na primjer, pravnik). Svaka zdravstvena ustanova treba da odredi da li će to biti nova funkcija s punim ili nepunim radnim vremenom, u kombinaciji s drugim poslovima i zadacima, i da li je možda potrebno angažiranje profesionalca na poslovima koordinacije poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Ipak, zdravstvenim ustanovama, naročito onim većim, preporučuje se da otvore radno mjesto za koordinatora kvaliteta, s punim radnim vremenom.

Također se preporučuje da veće zdravstvene organizacije, na primjer, klinički centri, veće bolnice i domovi zdravlja, tamo gdje je to moguće, osnuju posebnu **radnu jedinicu za kvalitet**. Kada se pogleda praksa zapadnoeuropskih država, SAD, Australije i drugih razvijenih zemalja, uočljivo je da je obavljanje poslova uspostave sistema kvaliteta i njegovog praćenja povjereno posebno organiziranim službama. U ovim službama radi medicinsko i nemedicinsko osoblje koje je educirano za ovu vrstu posla. Takve službe zapošljavaju veći broj stručnih osoba, pa na primjer, veće bolnice sa 4-5 hiljada zaposlenih angažiraju između 50 i 80 osoba na poslovima kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite. *Naša iskustva pokazuju da u većoj zdravstvenoj ustanovi samo profesionalna služba može zadovoljiti zahtjeve postavljene akreditacijskim standardima*, odnosno zahtjeve vezane za uspostavu sistema poboljšanja kvaliteta. Što se tiče stručnih profila zaposlenih, treba angažirati liječnike, medicinske sestre/tehničare, pravnike, ekonomiste i administrativne radnike. Ako zdravstvena ustanova ne može pronaći liječnike koji su spremni odustati od medicinske karijere, a koji moraju posjedovati potrebne komunikacijske vještine, organizacijske sposobnosti, stručnost i autoritet, problem se može riješiti angažiranjem liječnika koji su pred mirovinom ili penzionisanih liječnika, profesora i dugogodišnjih rukovodilaca u zdravstvenoj ustanovi.

Opštim aktom treba predvidjeti **opise poslova i radnih zadataka** koordinatora kvaliteta, članova komisije i unutrašnjih ocjenjivača (vidjeti **Prilog B**).

Nadležnosti stalnih timova, odnosno timova imenovanih za mandatni period definišu **akreditacijski standardi** za domove zdravlja i bolnice, na primjer komisija za osiguranje zdravih radnih mjesta (standardi 1G.321 i 3.17) ili komisija za upravljanje bolničkim otpadom (standard 16.2), itd.

Općim aktom također treba propisati **obaveznost edukacije i obuke** za menadžment zdravstvene ustanove, koordinatora kvaliteta, članove komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i unutrašnje ocjenjivače. AKAZ će posebnim dopisom informirati zdravstvene ustanove o opcijama edukacije i obuke po profilima zdravstvenih radnika i saradnika, po tematskim cjelinama i o cijenama ovih usluga (Vidi dokument: Paketi proizvoda i usluga AKAZ-a za ministarstva zdravstva, zdravstvene ustanove, zavode za javno zdravstvo i zavode zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH).

### 3 Metode rada

Svaka zdravstvena ustanova treba da utvrdi i analizira **odgovornost** imenovanih osoba i osoblja u cjelini, te učinkovitost i koordinaciju postojećih lokalnih aktivnosti na poboljšanje sigurnosti i kvaliteta. Budući da se radi o potpuno novim aktivnostima unutar zdravstvene ustanove, preporučuje se sklapanje ugovora s AKAZ-om radi pomoći u procesima poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga (facilitacija).

#### 3.1 Uloga menadžmenta

- U okviru ukupne strategije, menadžment treba da definiše **misiju organizacije** (Čime se ustanova bavi, koje usluge nudi korisnicima? šta je cilj organizacije?), **vrijednosti organizacije** (Za šta se ustanova zalaže?) i **viziju organizacije** (Kako će ustanova izgledati, na primjer, kroz pet godina?).
- U okviru stvaranja **ambijenta** (kulture) za unapređenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, **strategija poboljšanja kvaliteta** temeljni je dokument u kojem zdravstvena ustanova prepoznaje značaj kvaliteta za postizanje organizacijskih ciljeva (Vidjeti: Priručnik za menadžere – Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt *Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini*, mart 2006. god.). U okviru ove strategije ili kao poseban dokument, zdravstvena ustanova treba da izgradi i **strategiju upravljanja kliničkim i nekliničkim rizicima**.
- Na temelju strategije i konsultacija između odjela/sluzbi pravi se **godišnji plan** i razvija **dokumentirani, stalni, usaglašen i sveobuhvatan godišnji program** svih aktivnosti radi postizanja ciljeva iz strategije koji obuhvata pacijente, kliničke i menadžerske pristupe poboljšanju kvaliteta i aktivno uključuje sve članove osoblja, a posebno liječnike i medicinske sestre. Svaka aktivnost treba da je povezana s važećim odobrenim akreditacijskim standardima i kriterijima, i da je ispunjenost standarda/kriterija pouzdano izmjerena ili praćena dokumentiranim dokazima o poduzetim akcijama koje vode ka poboljšanju. Konkretni program za odgovarajuću kalendarsku godinu treba da ima jasne ciljeve, predviđene resurse za ostvarivanje tih ciljeva, mehanizme za praćenje realizacije i definisane načine izvještavanja. Direktor i menadžment ustanove u svakom trenutku treba da budu obaviješteni o realizaciji godišnjeg programa putem **redovnih izvještaja** o učinkovitosti aktivnosti na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti i o aktivnom sudjelovanju osoblja.
- **Samoocjena** zdravstvene ustanove na temelju akreditacijskih standarda prvi je korak u sagledavanju gdje se ustanova kao cjelina nalazi u odnosu na optimalne organizacijske i kliničke standarde i koje radne procese treba da unaprijedi. Strateško planiranje, samoocjena i akciono planiranje zahtijevaju određen nivo edukacije i obuke menadžmenta i imenovanog osoblja.
- Menadžment ima značajnu ulogu u **standardizaciji radnih procesa** kroz izradu i **odobravanja organizacionih i kliničkih politika i procedura** (Za detalje vidjeti citirani Priručnik za menadžere).
- Menadžment je odgovoran i za **organizaciju prikupljanja podataka o izvršenju ustanove, odnosno osoblja**, prema različitim organizacijskim i kliničkim obilježjima, u skladu s ciljevima kvaliteta iz strategije koji se prevode u **mjerljive indikatore** (Vidjeti: Politika – preporuke 5.5, 10.3 i Priručnik za menadžere). AKAZ će zajedno sa zdravstvenim ustanovama i zavodima zdravstvenog osiguranja definisati **minimalni federalni skup ključnih indikatora efikasnosti** na temelju kojih će se moći porediti izvršenje zdravstvenih ustanova u okviru primarne i bolničke zaštite. Naime, zdravstvene ustanove moraju biti sposobne da mjere same sebe i da jasno pokažu da su to uradile, a menadžment zdravstvenih ustanova odgovoran je za osiguranje pravovremenih informacija o **institucionalnim**

**varijacijama u troškovima i korištenju materijala, te varijacija u kliničkim intervencijama** radi multidisciplinarnе analize odgovarajućег korištenja resursa u smislu pravovremenosti i isplativosti (Politika – preporuka 10.2). Uobičajeni proaktivni mehanizmi obuhvataju samoocjenu ustanove prema standardima i kriterijima i rutinsko praćenje ograničenog broja indikatora s naglaskom na načine kako se koriste resursi. Ovi indikatori mogu se naći u okviru standarda ili iz njih izvesti, na primjer, (i) **kliničke aktivnosti**: upućivanje specijalistima; akutni prijemi u bolnicu; dijagnostičke procedure; propisivanje lijekova; smrtni ishodi u bolnici unutar 30 dana od prijema; hitni ponovni prijem u bolnicu zbog istog stanja unutar 28 dana od otpusta iz bolnice; operacije van radnog vremena; dnevni slučajevi kao procenat svih planiranih hirurških procedura; perioperativna smrtnost, stope izdavanja uputnica lokalno i u druge ustanove; propisivanje i korištenje antibiotika; iskorištenost operacionih sala; apotekarsko snabdijevanje i korištenje zaliha; stope iskorištenosti lijekova; pripremanje hrane u bolničkoj kuhinji i troškovi po jedinici hrane; i (ii) **nedostaci** (komplikacije, greške, kašnjenja i ponavljanje rada), kao, na primjer, stope dekubitusa; padovi starijih osoba; učestalost tehnički neispravnih rtg. snimaka; broj zagubljenih laboratorijskih nalaza; broj otkazanih operacija i razlozi za otkazivanje, razlozi za ponovna rtg. snimanja; kao i (iii) **rutinsko praćenje žalbi** i (iv) **izvještaja o incidentima** koji su se desili i koji su izbjegnuti u posljednjem trenutku. Menadžment i stručna vijeća zdravstvenih ustanova treba da osiguraju primjenu mjera **racionalizacije** kroz učinkovitu raspodjelu i korištenje resursa u skladu s dogovorenim politikama kako bi se izbjeglo nepotrebno trošenje vještina, vremena, materijala i novca (Vidi citirani dokument Izjava radne grupe 1 - Vrijednosti, učesnici u procesu, definicije i opseg kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti, WHO, septembar 2005.).

- Menadžment zdravstvenih ustanova u skladu sa Članom 9. Zakona treba da osigura **stimulacije** na plaću i druge stimulacije (na primjer, pohvale, slobodni dani, plaćeni odlasci na konferencije, itd.) za sve zaposlenike koji predano rade na unapređenju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.
- Svaki od članova top menadžmenta odgovoran je za koordinaciju rada na definisanju i planiranju **izrade politika i procedura** utvrđenih akreditacijskim standardima za zdravstvene ustanove za područje rada za koje je odgovoran, na primjer, pomoćnik direktora za ekonomsko-fnansijske poslove za procedure iz oblasti računovodstva i finansija, ali i marketinga ako ne postoji druga osoba; glavna sestra ustanove za procedure koje se odnose na njegu bolesnika; medicinski direktor za procedure tretmana, itd.
- Iskustva pokazuju da su **za ne/uspjeh kritični**: nedovoljna podrška generalnog direktora ustanove i menadžmenta, nedostatak vremena i stimulacija, nedovoljno motivirano osoblje, slabo planiranje i upravljanje projektom (ko? kada i u kojem roku? gdje? s kojim resursima?), propuštanje da se osobe formalno imenuju i neprihvatanje odgovornosti u situaciji kad ne postoje sankcije.

U skladu s lokalnim prioritetima, aktivnosti na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga treba da obuhvate sljedeće:

### 3.2 Fokus na pacijente

- Svaka zdravstvena ustanova treba osigurati široko korištenje metoda poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u čijem je središtu pacijent (Vidjeti: Član 15. Zakona i Politika, preporuka 12). To se odnosi na:
  - Mehanizme za dobijanje informacija od pacijenata o njihovom mišljenju u vezi s kvalitetom pruženih usluga (redovno **anketiranje pacijenata**, odnosno korisnika zdravstvene zaštite, o iskustvu i zadovoljstvu zdravstvenim uslugama).

- Sveobuhvatan **sistem žalbi pacijenata** na temelju kojeg se mogu pratiti trendovi i poduzimati akcije kad je to neophodno. Ove informacije treba da budu pristupačne odjelima i timovima; one se razmatraju na redovnim sastancima u zdravstvenim ustanovama, pregledaju skupa s drugim izvorima informacija, razmatraju, utvrđuju se oblasti za poboljšanja i konsenzualno dogovaraju aktivnosti koje treba poduzeti. Zdravstvene ustanove trebalo bi da daju dokaze kojim se potvrđuje smanjen rizik kao rezultat žalbi pacijenta i radnji koje su poduzete kao rezultat tih žalbi (Vidjeti: Politika – preporuka 10.4 i poglavlje 2.6 *Kako smanjiti broj žalbi i parnica?* u Priručniku za menadžere).
- **Proaktivno upravljanje kliničkim i nekliničkim rizicima** u zdravstvenoj ustanovi na temelju zahtjeva iz standarda/kriterija o postojanju dokumentiranih procedure o praćenju i kontroli potencijalnog rizika za pacijente, javnost i osoblje usljed kliničke opasnosti i opasnosti iz okoline, kao što su infekcija, radijacija, medikacija, transfuzija i štetne hemikalije. Objekti i oprema moraju zadovoljavati zahtjeve sigurnosti, uključujući i preventivno održavanje i zamjenu dotrajalih dijelova; mjerna oprema mora se redovno kalibrirati, itd. U tom smislu, zdravstvene ustanove moraju osnovati odgovarajuća tijela koja procjenjuju i prioritiziraju rizike na nivou svake organizacione jedinice.
- **Sistem otvorenog prijavljivanja, izvještavanja i ispitivanja kliničkih i nekliničkih incidenata** (uključujući nepovoljne događaje ili incidente koji su zamalo izbjegnuti) za sve medicinske specijalnosti i službe za kliničku podršku (AKAZ će posebnom odlukom utvrditi koji incidenti i nepovoljni događaji u zdravstvenoj ustanovi podliježu obaveznom prijavljivanju; Član 12, stav 2. Zakona; vidjeti i Politika – preporuka 10.5).
- Sistematičan pregled unutrašnjih i vanjskih **komunikacija, kontinuitet zaštite** i vođenje **dokumentacije** o pacijentima. Akreditacijski standardi otvaraju pitanja formalnih i neformalnih komunikacija i koordinacije unutar zdravstvene ustanove i s okruženjem radi osiguranja kontinuiteta zaštite kao važne dimenzije kvaliteta. Standardi također pred ustanovu mogu postaviti pitanje preoblikovanja postojeće medicinske dokumentacije i/ili uvođenje novih obrazaca i načina upisivanja podataka.
- **Partnerstvo s pacijentima** kroz osiguranje mogućnosti izbora, informiranje o zdravstvenim službama, uslugama i opcijama tretmana; aktivno uključivanje pacijenata u kliničko odlučivanje; uključivanje predstavnika pacijenata u organe, forume i komisije zdravstvene ustanove; i kao saradnike u kreiranju i testiranju standarda i kriterija kvaliteta koji ih se direktno tiču i u planiranje vlastitih usluga i razvoj zdravstvenih službi (Vidjeti Član 15. Zakona).
- **Poštivanje prava pacijenta** na temelju jasno formulisane **povelje** o pravima pacijenta u svakoj zdravstvenoj ustanovi primarne i bolničke zdravstvene zaštite (Vidjeti Član 11. Zakona i Politika – preporuka 12.2). Institucionalne povelje treba izvesti iz prijedloga za jednu sveobuhvatnu povelju o pravima pacijenata na federalnom nivou, koju je na nivou Bosne i Hercegovine ministarstvima na usvajanje ponudila radna grupa u okviru EU/WHO projekta *Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini*, mart 2006. god., a na temelju Europske povelje o pravima pacijenata, Rim, novembar 2002. god.). Naročito se moraju poštivati prava pacijenata na dostojanstvo, povjerljivost, informacije, učinkovite komunikacije i informirane izbore. Na primjer, kad god se radi o invazivnim procedurama, operacijama i intimnim pregledima, potreban je informirani pristanak pacijenta ili porodice i potpisivanje odgovarajućeg obrasca.

### 3.3 Klinička revizija

- Svaka zdravstvena ustanova i svi zdravstveni radnici obavezni su učestvovati u sistematičnoj, dokumentiranoj provjeri kvaliteta kliničke prakse i postignutih rezultata u odnosu na standarde koji se zasnivaju na dokazima (uglavnom kliničke vodilje) s odgovarajućim organizacijskim promjenama i pokazanim poboljšanjem.

Ovdje ističemo da je **klinička revizija obavezna** (Vidjeti Član 14. Zakona i Politika – preporuka 11) i da kao takva treba biti dijelom ugovorne obaveze svih zdravstvenih radnika kod zapošljavanja, licenciranja i obnavljanja licence, što će se regulisati zajedno sa strukovnim komorama (Uporedi Član 18. Zakona i preporuke pod tačkom 3.4).

- Širokim uvođenjem kliničke revizije, koja je profesionalno regulisana akreditacijskim standardima, zdravstvena ustanova u opštem aktu treba reafirmirati svoje obaveze iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti a tiču se **stručnog nadzora**, kao unutrašnjeg nadzora nad stručnim radom osoblja od strane rukovodnog osoblja (šefovi organizacionih jedinica). Pritom su šefovi organizacionih jedinica u obavezi da se sve aktivnosti u zdravstvenoj ustanovi provode u skladu sa zakonskim i podzakonskim propisima, odnosno organizacionim i stručnim politikama, procedurama, protokolima i vodiljama i svim propisanim i dogovorenim aktivnostima u vezi s unapređenjem kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Također treba regulisati stručni nadzor novozaposlenih medicinskih radnika, medicinskih radnika na školovanju, i na specijalizaciji, ako to do sada nije bilo regulisano.
- Usvajanje tehnike kvalitativne i kvantitativne (statističke) analize uzoraka prakse, što je u biti klinička revizija ('audit') u odnosu na standarde/kriterije i kliničke vodilje zahtijeva odgovarajuću obuku liječnika i sestara, koja se može izvoditi u AKAZ-u.
- **Medicina zasnovana na dokazima** (*Evidence-based medicine*) postala je samo središte kvaliteta u kliničkoj praksi. Usvajanje ovih znanja omogućuje institucionalni razvoj kliničkih vodilja. AKAZ će također organizirati edukaciju i obuku iz medicine zasnovane na dokazima, razvoja i adaptacije kliničkih vodilja, prema interesima zdravstvenih ustanova. Međutim, naša iskustva pokazuju da je to često pretežak zadatak za osoblje zdravstvenih ustanova, pa će AKAZ u narednom periodu predložiti jedinstven **federalni program** za razvoj i adaptaciju kliničkih vodilja.

### 3.4 Upravljanje ljudskim resursima

- Svaka zdravstvena ustanova treba da ima dokumentirane i učinkovite procedure za **provjeru znanja, stručnosti i obuke pojedinaca** prije zapošljavanja i da pregleda i ponovo ocijeni potrebe za kontinuiranim profesionalnim usavršavanjem. Učinkovit proces provjere znanja i stručnosti, prema Politici – preporuka 10.6 i akreditacijskim standardima, zahtijeva:
  - učinkovitu organizaciju i odgovornost medicinskog osoblja;
  - dogovorena i napisana pravila kojima se definiraju kliničke i organizacijske obaveze medicinskog osoblja i uvjeti njihovog radnog mjesta;
  - potpunu, tačnu i ažurnu evidenciju medicinskog osoblja ponaosob (npr. produženje licence, osiguranje od odgovornosti; obuka u toku i kontinuirana profesionalna edukacija; nivo kliničke aktivnosti; početna aplikacija i kasniji rezultati ocjenjivanja);
  - dokumentirane i sistematske procedure radi pregleda sveg medicinskog osoblja, neovisno o tome da li su plaćeni za svoj rad, svake tri godine i u vezi s tim preporuke nadležnom organu.
- Pitanja provjere znanja, stručnosti i obuke pojedinaca treba predvidjeti opštim aktom ustanove, ali izgradnja ovakvog sistema zahtijeva odgovarajuću reviziju odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti koje se tiču profesionalnih komora (na primjer, susretno planiranje komora i zdravstvenih ustanova).
- **Zadržavanje osoblja** koje je pouzdano i posjeduje provjerene vještine od ključnog je značaja za uspostavljanje odgovarajućeg nivoa radne snage. S tim u vezi, **čuvanje zdravlja, sigurnosti i dobrobiti osoblja** treba da bude jasan cilj poboljšanja kvaliteta. Metodi koji pokrivaju ovu tematiku navode se u akreditacijskim

standardima (na primjer, anketiranje osoblja, rješavanje žalbi osoblja, izlazni intervju kod napuštanja organizacije, imunizacija osoblja i druge preventivne mjere na visokorizičnim radnim mjestima, itd.), a mogu se naći i u Politici – preporuka 10.7 i u Priručniku za menadžere (rutinski indikatori oboljevanja osoblja, apsentizma i fluktuacije radne snage; revizija sigurnosnih mjera).

### III Akreditacija

- Prema Zakonu, sudjelovanje u neovisnoj vanjskoj akreditaciji zdravstvene ustanove u odnosu na objavljene standarde, **nije obavezno** (Član 6.). Međutim, zdravstvena ustanova koja je utrošila i mnogo vremena i mnogo truda u podizanje sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti svojih usluga (Član 2.), obično neće propustiti priliku da i na formalan način bude potvrđen njen nivo kvaliteta od strane neovisne agencije, posredstvom kolegijalne vanjske ocjene.
- Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja spremni su da u ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga ugrade i kriterije kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga čija ispunjenost će se stimulatивно finansirati. To podrazumijeva kako finansijsku pomoć u podizanju sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama (kao pripreme za akreditaciju), tako i finansijsko nagrađivanje akreditiranih zdravstvenih ustanova, timova obiteljske/porodične medicine i privatnih praksi.
- Općim aktom zdravstvena ustanova reguliše **pitanja aplikacije za akreditaciju a na temelju prethodne samoocjene** (uz zahtjev, ustanova daje osnovne administrativne podatke i prilaže kopiju rješenja o ispunjenosti uslova prostora, opreme i kadra za obavljanje registrirane djelatnosti u smislu Člana 44. Zakona o zdravstvenoj zaštiti).
- Aplikant s AKAZ-om potpisuje ugovor o postupku akreditacije kojim se precizno određuju prava, dužnosti i obaveze oba potpisnika. Svi detalji regulirat će se Pravilnikom o postupku akreditacije zdravstvenih ustanova i timova obiteljske/porodične medicine u Federaciji BiH kad bude usvojen i objavljen u Službenim novinama Federacije BiH.

### IV Resursi za kvalitet

Resursi obuhvataju ljude, uključujući njihovu edukaciju i obuku za unapređenje kvaliteta; infrastrukturu (prostor, oprema, materijali); radno okruženje, podatke, informacije, informacijske sisteme i tehnologije; raspoloživo vrijeme za rad na unapređenju kvaliteta i sigurnosti usluga; snabdjevače i partnere zdravstvene ustanove; prirodne i finansijske resurse (Vidjeti: Politika – preporuka 14).

#### 1 Obuka

Potreban je definiran institucionalni program za obuku menadžera, kliničara i osoblja za tehničku podršku iz metoda mjerenja i poboljšanja sigurnosti i kvaliteta i menadžmenta promjena (Vidjeti: Član 13 Zakona i Politika – preporuka 11.3).

#### 2 Vrijeme

U sklopu organizacije rada treba osigurati da osoblje ima dovoljno vremena za pregled i poboljšanje svog rada. Mogućnosti za ovo su da se poveća broj postojećih sastanaka (npr. kliničke prezentacije) na kojima će se vršiti detaljnije analize i koji će biti fokusirani na pitanja koja imaju veći učinak (na primjer kliničke revizije u smislu obima, rizika, troškova) ili gdje postoje velike varijacije u praksi. Poboljšanje treba biti dio izrade i evaluacije programa specijalističke obuke i kontinuirane edukacije.

Vrijeme potrebno za poboljšanje kvaliteta i lično usavršavanje treba biti jasno definirano u planovima rada koji su usaglašeni na lokalnom nivou. Preporučuje se da to izdvojeno vrijeme iznosi **barem 5 posto od ukupnog radnog vremena** i to treba jasno navesti u opštem aktu zdravstvene ustanove.

### 3 Podaci

Intervali, forma i obim rutinskih statističkih podataka (o resursima, aktivnostima i rezultatima) koji su dostupni za mjerenje izvršenja trebaju biti definirani između menadžera i kliničara na lokalnom nivou. Minimalni referentni podaci za kliničku reviziju obuhvataju tačne, pravovremene i kompletne liste dijagnoza (primarnih i sekundarnih), glavne procedure (kao što su pretrage ili operacije) i smrtne slučajeve. Šefovi odjela trebaju osigurati da se u dokumentaciju tačno i odmah unesu dijagnoze, komplikacije, procedure i tretmani za obuhvat kliničkih podataka.

### 4 Informacije

Menadžeri trebaju osigurati da osoblje ima stalan pristup rezultatima projekata završenih u zdravstvenoj ustanovi, objavljenoj literaturi i neobjavljenim informacijama o standardima najbolje prakse i učinkovitim metodama mjerenja i poboljšanja kliničkog i organizacijskog izvršenja. Tu spada pristup kantonalnim i federalnim specijaliziranim bibliotekama i resursnim centrima i osiguran pristup Internetu. AKAZ može ponuditi zdravstvenim ustanovama i pojedincima odgovarajuću literaturu i izvore informacija.

### 5 Tehnička podrška

Kliničkom osoblju treba biti na raspolaganju tehnička i administrativna pomoć kada izuzimaju dokumentaciju (zdravstvene kartone, istorije bolesti) ili prave izvode iz dokumentacije, za prikupljanje podataka, izradu tabela i prezentaciju podataka koji su potrebni za usaglašeni program kliničke revizije i indikatora. Za ovu vrstu poslova mogu se obučiti medicinske sestre i tehničari ili administrativni radnici, i to treba jasno navesti u opštem aktu ustanove.

### 6 Budžet

Lokalni menadžeri treba da osiguraju dovoljno finansijskih i drugih resursa za podršku dogovorenog godišnjeg programa poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Direktori institucija treba da utvrde **direktne troškove** programa za poboljšanje sigurnosti i kvaliteta, uključujući osiguranje podataka, informacije, tehničku i administrativnu pomoć i obuku (Vidjeti III Akreditacija, tačka 2).

### 7 Izvještavanje

Dokumentiran godišnji **pregled programa poboljšanja kvaliteta** osigurava kontinuiranu adekvatnost i učinkovitost. Preporučuje se da se ovi izvještaji dostavljaju kantonalnim ministarstvima kao mjerilo unutrašnjeg upravljanja izvršenjem institucije i da budu dostupni Federalnom ministarstvu, AKAZ-u i javnosti. Izvještaji treba da sadrže sljedeće:

- finansijski izvještaj o prihodu i rashodima, i kapitalu;
- izvještaj o aktivnostima, uključujući analize podataka o izvršenju koji su korišteni za mjerenje; pitanja i usluge koji su analizirani; sudjelovanje osoblja; uključenost osoblja u postojeću edukaciju; prijedloge za poboljšanje i dokaz o željenom učinku;
- predloženi program za sljedeću godinu koji treba biti dio godišnjeg izvještaja o sigurnosti i poboljšanju kvaliteta;
- ovaj program treba da je dostupan javnosti.

AKAZ će izraditi strukturirani obrazac za izvještavanje i pregled programa poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

## V Rezime koraka koje poduzima zdravstvena ustanova i okvirni sadržaj aktivnosti

Koraci koje zdravstvene ustanove moraju poduzeti i sadržaj aktivnosti su sljedeći:

### Pokretanje projekta

1. Pribaviti sve navedene relevantne *strateške, pravne i tehničke dokumente* koji se odnose na sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u zdravstvenim ustanovama Federacije BiH (Spisak dokumenata nalazi se u Prilogu A).
2. Pribaviti *akreditacijske standarde* (domovi zdravlja, bolnice, timovi obiteljske/porodične medicine).
3. Koristiti *dokumente* navedene pod gornjim tačkama 1. i 2. i ovo uputstvo radi izrade opšteg akta (pravilnika) koji se odnosi na osiguranje i poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga i sigurnosti pacijenata.
4. Pravilnikom je definisano da je menadžment opredijeljen za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga kroz jasne strategije za dokumentiranje institucionalnih vrijednosti kvaliteta i sigurnosti i upravljanje rizikom; pravilnikom se predviđaju definisanje okvirnog plana za poboljšanja u zdravstvenoj ustanovi; pravilnikom je definisano radno vrijeme zaposlenih koje se obavezno odvaja za rad na kvalitetu, kao i neophodni podaci i informacije uz odgovarajuće informacijske tehnologije i tehničku podršku.
5. Pravilnikom je definisano osnivanje odgovarajućih struktura, opisi poslova i radnih zadataka koordinatora kvaliteta, članova komisije i unutrašnjih ocjenjivača.
6. Usvojiti *pravilnik* o poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.
7. Kontaktirati AKAZ radi *planiranja edukacije i obuke* menadžmenta, koordinatora kvaliteta, članova komisije i unutrašnjih ocjenjivača.
8. Sklopiti *ugovor* s AKAZ-om radi angažmana facilitatora (zdravstvenog radnika s iskustvom u podizanju sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti, što je jedna forma internog, dugoročnog projekta u kojem svi učestvuju).
9. Ozvaničiti *početak projekta* (najbolje uz medijsku promociju radi javne obaveze), dogovoriti plan projekta, distribuirati akreditacijske standarde na sve nivoe ustanove radi samoocjene, dogovoriti načine obavještanja o napretku projekta unutar i van ustanove.

### Edukacija i obuka

10. U AKAZ-u se organizira edukacija i obuka iz sistema kvaliteta, strateškog planiranja, akreditacijskih standarda, upravljanja projektom, postupka distribucije standarda, samoocjene, unutrašnje ocjene, metoda poboljšanja kvaliteta i formulisanja i pisanja politika i procedura koji se traže standardima.
11. U AKAZ-u se organizira edukacija iz *kliničke revizije*; ustanova dobiva zadatak da provede kliničku reviziju za 3 – 5 kliničkih tema u intervalima po 6 mjeseci (osnovna ocjena rada i ponovna ocjena nakon intervencija unapređenja).
12. U AKAZ-u se organizira edukacija iz *medicine zasnovane na dokazima i adaptacije kliničkih vodilja*. Medicinsko osoblje provodi kliničku reviziju na temelju već razvijenih kliničkih vodilja (1 – 2 teme) i/ili učestvuje u adaptaciji inozemnih kliničkih vodilja kroz organizacijske strukture AKAZ-a.
13. U AKAZ-u se organizira edukacija i obuka iz *anketiranja pacijenata o njihovom zadovoljstvu i iskustvu uslugama*, organiziranju sistema žalbi i radionica o *implementaciji prava pacijenata*. Zdravstvena ustanova dobiva zadatak da razvije/dobije/primijeni anketni upitnik za pacijente i povelju o pravima pacijenata na institucionalnom nivou; ustanova razvija sveobuhvatan sistem žalbi pacijenata; započinje se s praćenjem poštivanja prava pacijenata, kategoriziranjem i praćenjem žalbi (ako ih ima u dovoljnom broju) i provodi se anketiranje pacijenata o zadovoljstvu uslugama.

14. U AKAZ-u se organizira edukacija i obuka iz definisanja *indikatora izvršenja*. Zdravstvena ustanova dobiva zadatak da razvije barem 3 indikatora izvršenja prema lokalnim prioritetima; optimalno 5, koje će pratiti i analizirati u narednom jednogodišnjem periodu.
15. U AKAZ-u se organizira edukacija i obuka iz *upravljanja rizikom i prijavljivanja incidenata*. Zdravstvena ustanova dobiva zadatak da započne s prijavljivanjem nepovoljnih događaja na temelju adaptiranog obrasca za prijavljivanje incidenata.
16. U AKAZ-u se organizira edukacija i obuka o *vanjskim mehanizmima ocjene zdravstvenih ustanova s posebnim fokusom na akreditaciju*.

### **Izvedba projekta (fazno ili paralelno s obukom)**

17. Zdravstvena ustanova (svi zaposleni) započinju aktivnosti u projektu radi samoocjene:
  - a. svaki odjel i služba ocjenjuju se u odnosu na njima primjerene standarde;
  - b. zadužene su osobe za pisanje politike kvaliteta i sigurnosti;
  - c. napravljen je akcioni plan u skladu s prioritetima;
  - d. zadužene su osobe i timovi, podijeljeni zadaci i određeni rokovi;
  - e. uočeni nedostaci su popisani;
  - f. popisane su aktivnosti i zadaci koji će se provoditi uz podršku facilitatora AKAZ-a;
  - g. prišlo se implementaciji promjena prema prioritetima;
  - h. koordinator organizira sastanke komisije, odnosno projektne grupe najmanje jednom sedmično radi monitoringa i evaluacije učinjenog i o tome podnosi izvještaj direktoru, odnosno menadžmentu ili stručnom vijeću (stalni zadatak);
  - i. koordinator kontaktira facilitatora i obrnuto ili AKAZ da bi pribavio dokumente iz mreže (stalni zadatak).

### **Dinamika projekta (jedna do dvije godine, ovisno o veličini ustanove)**

18. Razvijene su politike i procedure za upravljanje ljudskim resursima (prema akreditacijskim standardima).
19. Obradeni su podaci za teme kliničke revizije i pristupilo se odgovarajućim poboljšanjima
20. Obradeni su podaci za indikatore izvršenja (npr. stopa nozokomijalnih infekcija)
21. Analizira se implementacija razvijenih ili usvojenih vodilja za kliničku praksu.
22. Razvijaju su nove, prethodno nedostajuće politike i procedure.
23. Analizirani su prikupljeni podaci o nepovoljnim događajima i pristupilo se proaktivnim mjerama.
24. Analizirani su prikupljeni podaci anketnih upitnika za pacijente i pristupilo se odgovarajućim promjenama.
25. Povelja o pravima pacijenata je vidno istaknuta u prostorima ustanove i sumirani su rezultati nakon žalbi pacijenata.
26. Implementirani su svi zaključci menadžmenta ustanove.
27. Napravljen je plan unutrašnjeg pregleda ustanove i pilotirani su dva odjela (jedan hirurški i jedan nehirurški; u domu zdravlja dvije službe po izboru) kao preliminarna vježba unutrašnje ocjene s planski obilaskom zdravstvene ustanove i demonstriranje poboljšanja na ocjenjenim odjelima/službama i nasumični obilazak nekoliko odjela/službi koji nisu bili planirani za unutrašnju ocjenu - radi kontrole.
28. Utvrđeni su nedostaci i revidiran akcioni plan.
29. Po istoj metodologiji učinjeni su:
  - a. *kliničke revizije* na zadate kriterije i pokazano je poboljšanje u praksi;
  - b. prikupljeni su podaci za *indikator*e, obrađeni i analizirani i pokazano je poboljšanje u praksi;
  - c. analizirana je *stopa primjene kliničkih vodilja* po različitim odjelima i stopa pridržavanja;

- d. razvijene su sve standardima zahtijevane *politike i procedure* ili su nedostajuće dobivene razmjenom s drugim ustanovama;
  - e. ponovo su analizirani upitnici *anketiranja pacijenata* i upoređeni s prvim nalazom;
  - f. analizirana je stopa blagovremeno riješenih *žalbi pacijenata*;
  - g. analizirano je *prijavlivanje nepovoljnih događaja* i sve mjere koje su s tim u vezi poduzete;
  - h. *anketirano je osoblje* na reprezentativnom uzorku o poznavanju politika, standarda, kriterija, procedura i poduzetih mjera.
30. Unutrašnji ocjenjivači su uradili završnu ocjenu vlastite ustanove.
31. Utvrđen je akcioni plana za ispravljanje nedostataka do vanjskog kolegijalnog pregleda.
32. Priprema ustanove za vanjski pregled koja iziskuje novi angažman facilitatora (ako zdravstvena ustanova želi da aplicira za akreditaciju).

## Prilog A: Lista generičkih i tehničkih dokumenata

1. Osnovne informacije za nacionalne politike kvaliteta zdravstvenih sistema, WHO 2002.
2. ISQua međunarodni principi za standarde u zdravstvu, ISQua 2003.
3. WHO: Kako mjeriti i nadzirati učinak bolnica? August 2003.
4. Kratka procjena regulacije i organizacije kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji BiH, maj 2003.
5. EU/WHO podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH: Akreditacija i osiguranje kvaliteta, Izjave radne grupe 1 o *vrijednostima, ključnim akterima, definicijama i obimu kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti* i Izjava radne grupe 2 o *odnosu između kvaliteta, sigurnosti, efikasnosti i finansiranja zdravstvene zaštite*, septembar 2005.
6. EU/WHO podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH: Akreditacija i osiguranje kvaliteta, Izjave radne grupe – *prava pacijenata*, mart 2006.
7. EU/WHO podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH: Akreditacija i osiguranje kvaliteta, *Mehanizmi licenciranja zdravstvenih institucija u BiH*, septembar 2006.
8. EU/WHO podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH: Akreditacija i osiguranje kvaliteta. *Priručnik za menadžere: unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija*, april 2006.
9. Savjet Europe, Komitet ministara: Preporuka Rec(2006)7 Komiteta ministara zemljama članicama o *menadžmentu sigurnosti pacijenta i prevenciji nepovoljnih događaja u zdravstvenoj zaštiti*, maj 2006.
10. Obuka iz oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite, januar 2005.
11. Priručnik za koordinate kvaliteta
12. Uputstvo za unutrašnje ocjenjivače
13. Priručnik za vanjske ocjenjivače
14. Uputstvo za distribuciju i usaglašavanje standarda
15. Tablica za planiranje projekta u zdravstvenoj ustanovi
16. Obrazac za opis profila doma zdravlja
17. Obrazac za opis profila bolnice
18. Aplikacija za oslobađanje od standarda
19. Obrazac za osnovnu samoocjenu ustanove
20. Strukturirani izvještaj facilitatora o obavljenoj posjeti zdravstvenoj ustanovi
21. Uputstvo za pisanje procedura
22. Uputstvo za izvještavanje tima za kliničku reviziju
23. Sistemi žalbi u zdravstvenim ustanovama
24. Klinička revizija zdravstvene dokumentacije
25. Primjer jednostavnog anketnog upitnika za ambulantne pacijente
26. Priručnik za unutrašnje ocjenjivače
27. Obrazac za ocjenu zdravstvene ustanove prije akreditacijskog pregleda
28. Metode poboljšanja kvaliteta za davaoce usluga, maj 2003.
29. Priručnik za razvoj, implementaciju i evaluaciju vodilja za kliničku praksu
30. AGREE instrument
31. Principi upravljanja rizikom, juni 2003.
32. UKC Tuzla: Priručnik za incidentne situacije, april 2004.
33. Povjerljivi obrazac za izvještavanje o nepovoljnim događajima
34. Procedura za odabir vanjskih ocjenjivača u akreditacijskom programu
35. Upitnik za zdravstvene ustanove za evaluaciju akreditacijskog programa
36. Anketni upitnik za zdravstvene ustanove u vezi sa vanjskim ocjenjivačima
37. Procedura AKAZ-a za odabir vanjskih ocjenjivača u akreditacijskom programu
38. Procedura AKAZ-a za pisanje finalnog izvještaja nakon vanjskog pregleda zdravstvene ustanove i korisni savjeti za vanjske ocjenjivače, decembar 2005.

## Prilog B: Opisi poslova za koordinatora kvaliteta, članove komisije i unutrašnje ocjenjivače

### KOORDINATOR KVALITETA

**Uloga koordinatora kvaliteta, uz podršku komisije, jest rad na podizanju unutrašnjeg sistema kvaliteta u ustanovi, svakodnevni menadžment programa akreditacije AKAZ-a unutar ustanove i održavanje veza s AKAZ-om.**

#### Lične kvalifikacije

##### Znanje

Koordinator kvaliteta mora poznavati strukturu i procese doma zdravlja ili bolnice i imati iskustvo iz menadžmenta projekta.

##### Vještine

- dobre pismene i usmene komunikacije (jake vještine komuniciranja i javnog govora);
- dobar organizator / menadžer vremena;
- radi efektivno i ispunjava rokove;
- sposoban da delegira zadatke;
- sposoban da vrši uticaj;
- sposoban da vodi, motivira i razvija timski rad;
- poznavanje rada na računaru

#### Neophodna podrška u ustanovi

Dostavljanje izvještaja menadžmentu, obično direktoru zdravstvene ustanove od presudnog je značaja. Ovim se osigurava kredibilitet procesa poboljšanja kvaliteta i pomaže koordinatoru da u akciju uključi i druge. Podrška menadžmenta osigurava njegovo aktivno uključivanje i posvećenost menadžmenta procesu.

Administrativna/sekretarska podrška je osnovna za rad na računaru, fotokopiranje i distribuiranju dokumenata u organizaciji.

Vrijeme rada koordinatora kvaliteta mora se odrediti kao podrška procesu.

#### Opis uloge

##### Koordinator kvaliteta

- razvija, vodi i vrši monitoring procesa poboljšanja kvaliteta i sigurnosti;
- povećava svijest o programu akreditacije AKAZ-a u cijeloj ustanovi;
- daje preporuke, podršku i objašnjenja za standarde i procese;
- šampion je procesa i uspješno motivira ljude;
- koordinira rad u cijeloj ustanovi i s drugim ustanovama i rukovodi komisijom;
- promovira umrežavanje i razmjenu ideja i dokumenata;
- veza je između zdravstvene ustanove i AKAZ-a;
- priprema osoblje za vanjski pregled i informira osoblje o procesu pregleda i akreditacije.

#### Glavne aktivnosti

**Saradnja s facilitatorom** kojeg je imenovala Agencija i koji je izvor informacija, vodič i potpora tokom procesa poboljšanja kvaliteta i sigurnosti usluga, odnosno programa akreditacije AKAZ-a.

Rad s **članovima komisije** koji će pomagati određene poslove u procesu.

Razvoj **projektnog plana**, identificiranje glavnih aktivnosti i datuma, zajedno sa facilitatorom.

Organizacija **službenog početka** programa unutar zdravstvene ustanove.

Organizacija **distribucije standarda** tako da svaki odjel/sluzba dobije odgovarajuće standarde, uradi početnu ocjenu i razvije **akcioni plan**.

**Komuniciranje** sa što je moguće više osoblja o implikacijama i koristima procesa poboljšanja kvaliteta i sigurnosti i programa akreditacije.

Planiranje i upravljanje **unutrašnjim pregledom i ocjenom postignuća**.

Priprema **vremenskog plana pregleda** za tim vanjskih ocjenjivača zajedno s facilitatorom. Upravljanje prikupljanjem i kopiranjem **dokumentacije koju treba pripremiti prije pregleda**, uključujući profil organizacije i formulare za ocjenu prije pregleda, i slanje ove dokumentacije AKAZ-u.

Slaganje dokumentacije potrebne za **pregled dokumentacije**.

**Organiziranje unutrašnjeg i vanjskog pregleda** zdravstvene ustanove.

**Planiranje povratnih informacija** o nalazima unutrašnjeg pregleda, distribuiranje izvještaja o pregledu i praćenje kako se provode preporuke date u izvještaju (zajedno s članovima komisije). Pomoć u **implementaciji akcionih planova** i kontinuirano poboljšanje kvaliteta poslije vanjskog pregleda.

## ČLANOVI KOMISIJE

**Komisija ili projektni tim koji imenuje direktor na prijedlog koordinatora kvaliteta ima sveukupnu odgovornost za upravljanje procesom poboljšanja kvaliteta i sigurnosti, odnosno programom akreditacije AKAZ-a.**

### Opća odgovornost

Komisija ili projektni tim je odgovorna za osiguranje maksimalne koristi iz procesa poboljšanja kvaliteta i vanjskog pregleda ustanove. Pet glavnih odgovornosti komisije, odnosno projektnog tima su:

1. **Komunikacija i edukacija** o programu akreditacije u ustanovi.
2. **Praćenje napredovanja** s ciljem postizanja standarda programa akreditacije i koordinacija ove aktivnosti.
3. **Priprema** za unutrašnji i vanjski pregled zdravstvene ustanove.
4. **Pomoć u daljnjem radu** s ciljem ispunjenja standarda nakon prijema izvještaja o vanjskom pregledu.
5. **Podrška** koordinatoru kvaliteta.

### Članovi komisije ili projektnog tima

Komisija treba da se sastoji od šefova odjela/sluzbi i predstavnika različitih nivoa kliničkih i nekliničkih službi iz cijele zdravstvene ustanove, koji će promovirati uključivanje osoblja svih odjela i nivoa u program. Pojedinačni članovi komisije, odnosno projektnog tima obično preuzimaju odgovornost za rad u određenim oblastima u ustanovi vezano za procese.

### Članovi komisije i koordinator kvaliteta

Važno je da komisija, odnosno projektni tim radi u bliskoj saradnji s koordinatorom kvaliteta iz sljedećih razloga:

- Šefovi u komisiji (projektnom timu) mogu pomoći koordinatoru kvaliteta da osoblje radi na odgovarajući način radi ostvarenja napretka u postizanju standarda.
- Posao koji treba uraditi je veliki i može se bolje uraditi ako više ljudi preuzme odgovornosti u određenim oblastima.
- Koordinator kvaliteta nije odgovoran za ukupan rad; njegova uloga je da pomogne proces uz podršku članova komisije, odnosno projektnog tima.
- Pored rješavanja problema na nivou pojedinačnog odjela/sluzbe, članovi mogu imati korisnu ulogu u rješavanju širih pitanja u organizaciji.

## UNUTRAŠNJI OCJENJIVAČI

**Unutrašnji pregled može pomoći u ocjeni nivoa ispunjenja standarda organizacije u programu akreditacije i fokusira se na akciono planiranje. Osoblju će pokazati kako izgleda posjeta ocjenjivača AKAZ-a i pomoći da bolje razumiju koristi koje će se dobiti procesom vanjskog pregleda od strane AKAZ-a.**

Koordinator kvaliteta i članovi komisije su odgovorni za organiziranje unutrašnjeg pregleda. U osnovi, pregled je **unutrašnja verzija vanjskog pregleda AKAZ-a** i obično se uradi tri do šest mjeseci prije vanjskog pregleda. Facilitatori mogu pomoći u pripremi za unutrašnji pregled i obučiti osoblje za unutrašnji pregled u DZ/bolnici/jedinici.

### Potencijalni unutrašnji ocjenjivači

Članovi komisije, odnosno projektnog tima obično rade kao unutrašnji ocjenjivači, ukoliko u organizaciji nisu posebno obučeni unutrašnji i/ili vanjski ocjenjivači u AKAZ-u. Korisno je napraviti dvojne aranžmane s drugom zdravstvenom ustanovom da bi se timovi za unutrašnji pregled mogli razmjenjivati.

### Uloga unutrašnjeg ocjenjivača

Za svaki intervju, ocjenjivač treba da uradi sljedeće:

- Unaprijed pregleda dokumentaciju koja se priprema prije pregleda da bi napravio plan intervjua i odredio pitanja o kojim treba diskutirati.
- Zajedno sa šefom odjela/sluzbe, kroz otvorena pitanja, utvrditi kako odjel/sluzba ispunjava standarde.
- Osigurava pregled glavnih pitanja s osobljem u okviru standarda operativnog menadžmenta i puta pacijenta za vrijeme posjete odjelima i za vrijeme intervjua.
- Obilazi odjele radi pregleda prostora i oprema, posmatra radnu praksu, zaštitu pacijenata i pitanja zdravlja i sigurnosti.
- Razgovara s osobljem o općim pitanjima, kao što su: uvođenje u rad, obuka, procedure zaštite od požara, rješavanje žalbi pacijenata, itd.

### Rezultati unutrašnjeg pregleda

Iako unutrašnji ocjenjivači treba da daju povratne informacije direktno osoblju poslije intervjua, potrebno je definirati formalan metod davanja povratnih informacija. Ovo je istovremeno mogućnost da se napravi snimak organizacije u pogledu ispunjenja standarda i relativne spremnosti za vanjski pregled. Tim za unutrašnji pregled treba diskutirati o svim nalazima kako bi se osiguralo da su svi standardi pregledani.

Metod davanja povratnih informacija može biti različit. Na primjer, to može biti kratak pismeni izvještaj za svaku oblast i opći pregled cijele ustanove. Isto tako, povratne informacije mogu se davati usmeno na sastanku sa šefovima odjela. Metod koji se odabere treba biti kratak, a njegov rezultat buduće akciono planiranje. Mogu se definirati lokalni akcioni planovi s rokovima implementacije. Članovi komisije, odnosno projektni tim mogu, ukoliko to smatraju potrebnim, organizirati sastanak na kojem će se analizirati rezultati i odrediti sveukupni akcioni plan u vezi sa pripremom za vanjski pregled koji će obaviti AKAZ.

## **Prilog C. Rječnik (Vidjeti i definicije date u Zakonu, član 4.)**

### **Akreditacija (Vidi i *Certifikacija*)**

Proces samoocjene i vanjskog kolegijalnog pregleda koje koriste zdravstvene ustanove da pouzdano procijene nivo izvršenja u odnosu na uspostavljene standarde i da poduzmu aktivnosti na kontinuiranom poboljšanje svojih usluga.

### **Akreditacijski standardi (Vidi i *Standard*)**

Skup izjava kojima se definiraju očekivanja ili zahtjevi kao uvjet za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite ili usluga.

### **Anketiranje pacijenata (Vidi: i *Zadovoljstvo pacijenta*)**

Sredstvo koje se koristi za redovnu ocjenu zadovoljstva pacijenta, koje prvenstveno obuhvata uslove prijema i boravka u bolnici.

### **Audit, (Vidi: *Klinička revizija*)**

### **Benchmarking**

Proces osiguranja kvaliteta kojim organizacija postavlja ciljeve i mjeri svoje izvršenje u usporedbi sa proizvodima, uslugama, ili praksama drugih organizacija koje se priznate kao vodeće u datoj oblasti.

### **Certifikacija**

Procedura vanjske ocjene sistema kvaliteta u pogledu ISO standarda koju obavljaju nemedicinski profesionalci, tzv. *ISO auditori*, čime se osigurava da jedan proizvod ili usluga zadovoljavaju specifične zahtjeve. Nije preduvjet za akreditaciju, ali je poželjna za medicinske laboratorije, radiološke odjele, praonicu, bolničku kuhinju, sterilizaciju i druge organizacijske jedinice koje imaju stroge procedure izvršenja radnih zadataka. Podrazumijeva i priznanje zdravstvenim profesionalcima koje se daje za specijalizirana znanja i vještine stečene neformalnom edukacijom.

### **Dokazi**

Podaci i informacije koji se koriste za donošenje odluka. Mogu se izvesti iz istraživanja, eksperimentalnog učenja, indikatora i evaluacija.

### **Indikatori**

Mjerljive varijable (ili karakteristike) koje se mogu koristiti za određivanje stupnja pridržavanja standarda ili postizanje cilja kvaliteta. Na primjer, postoperativna stopa infekcije kao indikator pridržavanja propisa aseptične hirurške tehnike.

### **Indikator izvršenja**

Mjera kojom se kvantificira nivo izvršenja (npr. učinkovitost i efikasnost ) određenog vida pružanja zdravstvenih usluga što omogućuje upoređivanje između davaoca usluga, načina pružanja usluga, ili ocjenu i jednog i drugog.

### **Klinička revizija, *audit***

Sistematski pregled prakse u odnosu na specifične standarde kroz uzastopne cikluse evaluacije i mjerenja.

### **Kliničke vodilje (*clinical practice guidelines*)**

Sistematski razvijene izjave, dizajnirane da pomogne doktorima i pacijentima u odlučivanju o odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti u specifičnim kliničkim okolnostima. V. i *Dokazi* i *Medicina zasnovana na dokazima*.

### **Klinički rizik**

Rizici koji se javljaju pri pružanju zdravstvene zaštite.

### **Kolegijalni pregled (*peer review*)**

Proces kojim se evaluira izvršenje organizacije, grupe ili pojedinca od strane članova slične organizacije ili osoba iste profesije, strukovne discipline i statusa kao što su i oni koji pružaju usluge.

### **Kriterij**

Detaljan opis zahtjeva koji se traže radi ispunjenja standarda. *Esencijalni kriteriji* su oni koje treba obavezno ispuniti bez obzira na vrstu usluge.

## **Kultura organizacije**

Humana dimenzija, dimenzija odnosa, način na koji su stvari uređene tokom obavljanja radnih aktivnosti (na primjer, odgovarajuće i neodgovarajuće ponašanje u timu, saradnja osoblja, načini reagiranja na nepovoljne događaje i sl.). *Organizacijska kultura* je najvažniji faktor koji određuje da li je organizacija sposobna da se mijenja, adaptira, uči i inovira. Organizacijska kultura koja vodi modernizaciji i unapređenju usluga i kvalitetu podrazumijeva: usmjerenost na pacijenta; vjerovanje u ljudske potencijale; stalnu podršku osoblju; stimuliranje učenja; učinkovit timski rad; dobre komunikacije i međuljudske odnose; i iskrenost i povjerenje. Uži termini: *kultura kvaliteta* i *kultura sigurnosti*.

## **Kvalitet**

Sveukupne odlike i karakteristike proizvoda ili usluge koje se odnose na sposobnost zadovoljenja definiranih ili mogućih potreba. Također, stupanj u kojem stvarno izvršenje ispunjava prethodno definirane standarde. Kvalitet se često opisuje tako da ima tri dimenzije: kvalitet *ulaznih resursa*; kvalitet *proces*a pružanja usluga (korištenje odgovarajućih procedura za dato stanje); i kvalitet *ishoda* pružene usluge (stvarno poboljšanje stanja ili smanjenje štetnih efekata).

## **Kvalitet zdravstvenih usluga**

Spoj tehničkih standarda davaoca usluga i očekivanja korisnika.

## **Kvalitetna zdravstvena zaštita**

Dosegnuti stupanj izvrsnosti pri kojem zdravstvene usluge za osobe, grupu osoba i populaciju povećavaju vjerovatnoću željenih zdravstvenih ishoda u skladu sa tekućim profesionalnim znanjem.

## **Medicina zasnovana na dokazima (*evidence-based medicine*)**

Proces sistematskog pronalaženja, procjene i korištenja rezultata naučnih istraživanja kao osnove za kliničke odluke.

## **Medicinska greška (Vidi i *Rizik, Upravljanje rizikom i Upozoravajući događaj*)**

Neuspjeh da se planirana aktivnost završi kako se to namjeravalo (greška izvršenja, izvođenja) ili korištenje pogrešnog plana da se postigne cilj (greška planiranja) ili propust da se nešto učini (greška propuštanja).

## **Misija organizacije**

Kratak opis osnovnih vrijednosti organizacije, opis posla koji organizacija obavlja, uključujući svrhu i ciljeve organizacije i njene klijente, vodeći računa o kvalitetu usluga koje im pruža. *Izjava o misiji* je ključno mjesto za početak planiranja i upravljanja promjenama.

## **Multidisciplinarni tim**

Grupa ljudi različitih medicinskih i nemedicinskih disciplina koji rade zajedno da bi mogli pružiti zdravstvenu zaštitu pacijentima s posebnim oboljenjima.

## **Nepovoljni, neželjeni događaj (*adverse event*)**

Povreda koju uzrokuje medicinski tretman a ne osnovno stanje pacijenta. Nepovoljan događaj koji se može pripisati *medicinskoj grešci* je nepovoljni događaj koji se može spriječiti. Nepovoljan događaj *uslijed nemara* predstavlja nepovoljan događaj koji se može spriječiti a zadovoljava zakonske kriterije koji se koriste u određivanju nesavjesnog liječenja (nemar, nehat), tj. da li je pružena usluga zadovoljila onaj standard zaštite koji se opravdano očekuje od prosječnog liječnika koji je osposobljen da pruži tu vrstu medicinske usluge, odnosno zaštite.

## **Ocjena kvaliteta (*quality assessment*)**

Planirano i sistematično prikupljanje i analiza podataka o uslugama tj. resursima, procesima i ishodima zdravstvene zaštite.

## **Ocjenjivač kvaliteta (*surveyor*)**

Osoba koja je registrirana da obavlja proceduru akreditacije (ili vanjsku ocjenu kvaliteta) jedne zdravstvene ustanove.

## **Odgovornost (*accountability*)**

Dužnost jedne strane da pruža opravdanje i da se smatra odgovornom za svoje akcije prema drugoj interesnoj strani. Ne može se prenijeti na drugu osobu i mora biti transparentna.

## **Politika (*policy*)**

Operativna izjava o namjeri cijele ustanove u datoj situaciji u pogledu organizacijskog pristupa nekom pitanju, npr. zaštita od požara, otpuštanja pacijenata.

## **Plan (Vidi i *Program*)**

Operativno sredstvo kojim se opisuju serije koraka koje treba obaviti ili ciljevi koje treba postići. *Plan rada*: za postizanje specifičnog cilja, npr. godišnji plan obuke i usavršavanja.

## **Povelja o pravima pacijenata**

Ugovor između davaoca usluga i pacijenata kojim se reguliše partnerski odnos suodlučivanja.

## **Prava pacijenta**

Paket prava, privilegija, odgovornosti i dužnosti kroz koje pojedinci traže i primaju usluge zdravstvene zaštite.

## **Pregled korištenja (*utilization review*)**

Ocjena potreba, adekvatnosti i efikasnosti korištenja usluga zdravstvene zaštite i procedura, na primjer, pregled adekvatnosti prijema u bolnicu, propisanih i pruženih dijagnostičkih i drugih usluga, propisanih lijekova, dužine boravka, praksa premještanja i otpuštanja iz bolnice, itd.

## **Prioritizacija**

Primjena eksplicitnog skupa kriterija kojim se definira redoslijed po kojem će se rješavati svaka grupa problema.

## **Procedure**

Koraci (radni procesi) koji se poduzimaju na ispunjenju politike. Većina procedura pravi se na nivou odjela/službe. Kliničke procedure treba razvijati na bazi dokaza.

## **Program**

Planirani i organizirani skup aktivnosti ili tema s jednim ili više ciljeva, s jednom ili više aktivnosti koje su usmjerene na postizanje specifičnih ciljeva.

## **Protokol**

Opis tehnika koje će se primjenjivati i/ili instrukcija koje treba pratiti.

## **Provjera znanja, stručnosti i obuke pojedinaca (*Credentialing*)**

Proces procjene ili potvrde znanja, vještina i stručnosti pojedinca i njihova usklađenost sa specifičnim zahtjevima, na primjer iz akreditacijskih standarda.

## **Rizik**

Veća ili manja vjerovatnoća da će neko ili nešto biti oštećeni zbog neželjenog događaja ili incidenta. Rizici se mjere kao vjerovatnoća pojave nekog događaja i u pogledu njihovih štetnih posljedica. *Procjena rizika* je sistematski proces utvrđivanja rizika i evaluacije njegove potencijalne vjerovatnoće i posljedica.

## **Standard**

Normativ koji regulira skup pravila, normi i zahtjeva, odnosno specifikacija izvršenja koja – ako se ispuni – može voditi do najvišeg mogućeg stupnja kvaliteta u sistemu. *Generički standardi* primjenjuju se za sva odjeljenja/službe zdravstvene ustanove i za sve vrste usluga.

## **Strategija**

Dokument kojim se uspostavlja vizija i okvir za postizanje ciljeva organizacije. Često uključuje dugoročni plan (2 – 5 godina), za široku oblast rada (npr. humani resursi, upravljanje rizikom), navodi aktivnosti, inicijative i kontrolne tačke u vremenu na temelju kojih se prati ostvarenje strateških ciljeva.

## **Stručnost**

Garancija da su znanje i vještine pojedinca prikladni za usluge koje se pružaju i potvrda da se nivou znanja i vještina redovno evaluiraju.

## **Upozoravajući događaj (*sentinel event*)**

Ozbiljan, obično neželjeni i rijedak događaj koji zahtijeva detaljno istraživanje uzroka kada se pojavi (na primjer, smrt porođilje). Upozoravajući događaji često se koriste za monitoring kvaliteta i općenito ukazuju na slab kvalitet zaštite.

## **Upravljanje rizikom**

Proaktivni, kontinuirani proces sistematskog utvrđivanja, evaluacije, prevencije i reduciranja rizika.

## **Vizija organizacije**

Izjava o *slici budućnosti* neke organizacije kao vodilje za upravljanje i rukovođenje, ponašanje osoblja i procese odlučivanja u skladu sa strateškim smjernicama i ciljevima organizacije.

## **Vrijednosti organizacije**

Uvjerenja, načini ponašanja osoblja, načini obavljanja poslova i svakodnevni rituali koji vladaju u organizaciji.

## **Zadovoljstvo pacijenta**

Mjerenje ishoda zaštite koje se dobija kroz izvještaje ili ocjene pacijenata o uslugama primljenim u domu zdravlja, bolnici, ili kod bilo kojeg liječnika ili davaoca zdravstvene zaštite.

## **Žalba korisnika zaštite**

Izraz nezadovoljstva pacijenta ili njegovatelja koji od ustanove zahtijeva odgovor. Mogu biti *formalne* i *neformalne*. *Sistem žalbi* uključuje pisane politike i procedure žalbi, uputstva korisnicima za davanje komentara, sugestija, podnošenje žalbi i parničenje; vodič za pacijente o pravu na potpunu istragu; kliničku reviziju žalbi, edukaciju medicinskog i administrativnog osoblja za postupanje po žalbama; razmatranje žalbi na sastancima odjela, službi i timova; informacijski sistem za žalbe koji je uvezan sa indikatorima upravljanja rizikom; periodično izvještavanje o žalbama i aktivnostima u njihovom rješavanju.

## **Kontakti**

**AKAZ - Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH**

ul. Dr. Mustafe Pintola 1, 71000 Sarajevo,

Telefoni: +387 33 771-870

Fax: +387 33 771-880

Službeni e-mail: [akaz@akaz.ba](mailto:akaz@akaz.ba)

Web stranice : [www.akaz.ba](http://www.akaz.ba)