



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

akreditacijski  
standardi za  
**dom  
zdravlja**

Revizija 2010.



# **AKREDITACIJSKI STANDARDI ZA DOM ZDRAVLJA**

Revizija 2010.

## **AKREDITACIJSKI STANDARDI ZA DOM ZDRAVLJA**

AKAZ – Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH  
adresa: Dr. Mustafe Pintola 1, 71000 Sarajevo, BiH  
tel.: 033 771-870, fax.: 033 771-880  
e-mail: [akaz@akaz.ba](mailto:akaz@akaz.ba)  
url: [www.akaz.ba](http://www.akaz.ba)

### **Copyright © 2010 AKAZ**

Ovaj dokument 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.

## PREGOVOR

U nastojanju da pruže doprinos unapređenju sigurnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite, zdravstveni profesionalci okupljeni u Udruženju za kvalitet i akreditaciju Federacije Bosne i Hercegovine (UKAZ), i koji su putem svojih predstavnika u radnim grupama prilagodili britanske standarde našim prilikama, mogu s neskrivenim ponosom izjaviti da po prvi put imamo naše standarde medicinske prakse, na temelju kojih ćemo graditi unutrašnje sisteme kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i preporučiti se za akreditaciju. Time ćemo na transparentan način pokazati javnosti, pacijentima, donosiocima političkih odluka i finansijerima zdravstvenog sektora da smo čvrsto opredjeljeni za sigurnost i kvalitet zdravstvenih usluga koje pružamo i da na tom osnovu želimo uspostaviti pravičnije finansiranje zdravstvenih ustanova i zdravstvenih profesionalaca. Osim toga, neki od standarda po prvi put tretiraju važna pitanja sigurnosti zdravstvenih profesionalaca na njihovim radnim mjestima i vode računa o ocjeni zadovoljstva ne samo pacijenata već i zdravstvenih radnika.

Poboljšanje kvaliteta u većini zemalja ima glavnu ulogu u reformi zdravstvenih sistema i pružanja zdravstvenih usluga. Sve zemlje suočavaju se s izazovima da u okviru raspoloživih resursa osiguraju jednak pristup, pravičnost, sigurnost i učešće pacijenata u odlučivanju, i da razvijaju vještine, tehnologiju i medicinu zasnovanu na dokazima.

Reforma u oblasti sigurnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite u FBiH imperativ je da se naša zemlja priključi zemljama Evropske unije. Reforma će biti postupna, ponegdje bolna i praćena s mnogo otpora, budući da zadire u sve segmente zdravstvenog sektora: u organizaciju, organizacijsku kulturu i kulturu sigurnosti i kvaliteta, funkcionisanje sistema i suradnju; u upravljanje i rukovođenje; u finansiranje zdravstvene zaštite i politiku stimulacija zdravstvenih ustanova i pojedinaca; u davanje većih prava i ovlasti pacijentima u odlučivanju, informiranju i izborima; u informacijske sisteme; u edukaciju, licenciranje i trajni profesionalni razvoj; u otvaranje prostora za nove mehanizme vanjske kontrole; u legislativu koja treba da podrži promjene, itd. Reforma u ovoj oblasti zahtijeva temeljitu izmjenu paradigme dosadašnjeg mišljenja i ponašanja svih aktera u zdravstvu.

U okviru projekta Osnovno zdravstvo, u komponenti Akreditacija i osiguranje kvaliteta, formulirana je Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u FBiH, koju je usvojila federalna Vlada, sa 17 eksplicitnih preporuka kao osnovom za razvoj operativnih planova na svim nivoima zdravstvenog sistema. Politikom se po prvi put u našem zdravstvu nastoje uvesti validni i mjerljivi standardi procesa i rezultata zdravstvene zaštite koje su razvili i koje razvijaju zdravstveni profesionalci, čime će se osigurati mogućnost ugovaranja između davalaca usluga i zavoda zdravstvenog osiguranja na potpuno novoj osnovi koja u obzir uzima i parametre kvaliteta. Osim toga, akreditacijski standardi služe da zdravstvene ustanove (domovi zdravlja, bolnice i timovi porodične medicine) izgrade unutrašnje sisteme kvaliteta, da se ocijene u odnosu na njih i potom poduzmu akcione planove na dostizanju standarda, neovisno o tome da li će aplicirati za akreditaciju ili ne. Stoga ove standarde treba, prije svega, smatrati sredstvom za osiguranje i poboljšanje kvaliteta i sigurnosti unutar odjela i službi zdravstvenih ustanova i timova porodične medicine. Akreditacijski standardi imaju i visoku edukacijsku vrijednost, budući da definiraju i

opisuju dobru i poželjnu praksu na koju se valja ugledati i koja se edukacijskim intervencijama na svim nivoima obrazovanja može širiti i afirmirati.

*Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu F BiH*, koji je usvojen krajem mjeseca jula 2005. godine, afirmirat će prava pacijenata u sistemu zdravstvene zaštite i definirat će uloge i odgovornosti svih učesnika u osiguranju i poboljšanju sigurnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite i održavanju programa akreditacije zdravstvenih ustanova. Ovaj zakon ujedno je osnivački akt AKAZ-a.

Glavni zadatak AKAZ-a jest razvoj i unapređenje standarda i ocjena zdravstvenih ustanova na temelju ispunjenosti propisanih standarda dobre prakse. U tom svjetlu, ovi standardi su neophodni svim akterima u zdravstvenom sistemu, imajući na umu smjernice Politike kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u FBiH i Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, koji regulira ovu materiju i menadžmentu zdravstvenih ustanova, zdravstvenim profesionalcima, finansijerima i drugima, nalaže obaveznost izgradnje unutrašnjih sistema kvaliteta, uz dobrovoljnost akreditacije. Kvalitet zdravstvenih usluga zavisi kako od menadžmenta, uspješne organizacije zdravstvenih ustanova, stimulativnog finansiranja ustanova od strane zavoda zdravstvenog osiguranja, tako i od pojedinaca (ljekara i medicinskih sestara/tehničara) koji se organiziraju u komore i svoja udruženja. Ovi aspekti kvaliteta su neodvojivi i svi su oni obuhvaćeni akreditacijskim standardima. Zato su ovi standardi obavezna materija kako za mnogobrojne zdravstvene i druge ustanove, tako i za sve ljekare i medicinske sestre.

Posebno treba imati u vidu da se po prvi put kod nas kroz standarde tretiraju pitanja upravljanja rizikom u zdravstvenim ustanovama, da se uvodi obaveznost prijavljivanja medicinskih grešaka, da se propisuje klinički audit (klinička revizija), da menadžment treba da definira inikatore izvedbe, da zdravstveni profesionalci treba da razviju vodilje za kliničku praksu, itd. Kroz standardizaciju se pravima pacijenta poklanja izuzetna pažnja (naprimjer, izgradnja sistema žalbi, obaveznost anketiranja zadovoljstva pacijenata zdravstvenim uslugama, obaveznost definisanja institucionalne povelje o pravima pacijenata, bolje informisanje, pravo na izbor, itd.). Iz standarda i kriterija deriviraju se određene polike, strategije, procedure i protokoli zdravstvenih ustanova, a kriteriji su mjerljivi, što, sa svoje strane, omogućava kvantificiranje učinka zdravstvenih ustanova i zdravstvenih profesionalaca, kao osnove za ugovaranje sa zavodima zdravstvenog osiguranja i temelja za stratešku kupovinu zdravstvenih usluga.

Imajući sve ovo u vidu, UKAZ preporučuje štampanje ovih knjiga standarda radi njihove široke diseminacije svim akterima u zdravstvu i svim zdravstvenim i parazdravstvenim profesionalcima koji rade na podizanju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Predsjednik UKAZ-a  
Dr Bakir Nakaš

## UVOD

Standardi su izjave očekivanja. Očekivanja treba da pomire interese zdravstvenih profesionalaca, zdravstvenog menadžmenta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pacijenata, zavoda zdravstvenog osiguranja, javnog zdravstva, donosioca političkih odluka i drugih. Standardi služe da se domovi zdravlja ocijene u odnosu na njih i potom poduzmu akcione planove na dostizanju standarda, neovisno o tome da li će aplicirati za akreditaciju ili ne. Stoga ove standarde treba smatrati sredstvom za osiguranje i poboljšanje kvaliteta i sigurnosti unutar službi doma zdravlja.

Ovi standardi su razvijeni tako što su britanski standardi *Health Quality Service* iz Londona prilagođeni našim prilikama kroz jednu radionicu održanu maja mjeseca 2003. godine, neke komentare na Forumu AKAZ sajta, naporan rad osoblja AKAZ-a i uz pomoć resursa na Internetu. Ne smatramo da je prilagođavanje potpuno uspjele, posebno kada je riječ o našem zdravstvenom zakonodavstvu, upravljačkoj i medicinskoj praksi. Neke standarde, na primjer, one za finansijski menadžment, treba da formuliraju finansijski stručnjaci iz domova zdravlja i direktori ustanova.

Na ovom mjestu treba navesti da zdravstveni profesionalci iz primarne zdravstvene zaštite nisu razvili standarde za sve funkcije jednog doma zdravlja, što se posebno odnosi na četvrti dio – Pružanje zdravstvene zaštite, budući da su britanski standardi više menadžerski i generički orijentirani. Da bi se popunila ta praznina, AKAZ je formulirao više standarda i kriterija iz petog dijela, što je poticaj za komentatore da prvo razmotre i komentiraju te prijedloge, a potom da daju svoje sugestije za popunu novim kriterijima koji će bolje reflektirati našu tekuću praksu. Komentatorima se ostavlja na volju da dopišu nove standarde i kriterije za koje smatraju da su neizostavno potrebni u svakom od dijelova ovog nacrtanog standarda. Ovo ne treba da čudi jer mi se nalazimo u fazi kada se prvo testira akreditacijski program čiju srž predstavljaju ovi standardi.

Posebno su razvijeni standardi za timove porodične/obiteljske medicine, tako da nekoliko kriterija pod standardom 5G – Služba porodične/obiteljske medicine tretira samo neka od pitanja. Kada razmotre standarde za tim porodične/obiteljske medicine, komentatori mogu sugerirati da se izvjesni važni standardi 'premjeste' ili ponove u standardima za dom zdravlja.

Prilagođavanje postojećih i razvoj novih standarda nije jednostavan posao. Pritom treba voditi računa da predloženi standardi i kriterija treba da budu dostižni za većinu domova zdravlja u Federaciji Bosne i Hercegovine, što znači da budu realistični i mjerljivi. Standardi i kriterija treba da budu i dovoljno elastični, tako što će voditi računa o uspješnim i manje uspješnim domovima zdravlja; standardi i kriterija treba da su prihvatljivi u mjeri koliko su konsenzualno dogovoreni, poštujući zakonske norme i etičke kodekse profesija; oni, također, treba da budu prilagodljivi u smislu izjava šta bi trebalo da bude, a ne na koji način to treba da bude, tako da standarde i kriterija treba tumačiti u skladu s lokalnim potrebama. Najzad, standardi i kriterija treba da budu primjenljivi na način na koji će se većina domova zdravlja samoocijeniti i ocijeniti na kolegijalnoj osnovi u svrhu dokaza da pružaju usluge standardnog kvaliteta, tj. kada odluče da apliciraju za akreditaciju.

Standardi dobre prakse za dom zdravlja podijeljeni su u šest dijelova: 1. Upravljanje i rukovođenje domom zdravlja (1A.1 – 1N.574); 2. Upravljanje rizikom (2A.1 – 2G.221); 3. Upravljanje kvalitetom (3A.1 – 3C.77); 4. Fokus na pacijenta (4A.1 – 4J.289); 5. Organizacija i pružanje zdravstvenih usluga (5A.1 – 5M.470); i 6. Tehničke službe (6A.1 – 6E.99). Unutar svakog dijela formulirani su izjave standarda koje opisuju poželjnu izvedbu koja se može ostvariti zadovoljavanjem brojnih kriterija. Radi lakše preglednosti, kriterija su okupljena pod nazivima određenih poglavlja. Na primjer:

## 1. Upravljanje i rukovođenje domom zdravlja

### 1A: Vrijednosti, misija i očekivanja

Dom zdravlja jasno navodi vrijednosti za koje se zalaže, misiju (svoju ulogu i svrhu), uloge vodstva i težnje koje treba ostvariti u skladu s državnim politikama i prioritetima.

#### Vrijednosti doma zdravlja

- 1A.1** Dom zdravlja ima dokument koji je dostupan javnosti i u kojem izražava svoje vrijednosti, misiju i viziju.
- Uputstvo: Dokument može sadržavati samo misiju doma zdravlja, ali mora biti javan, najbolje na oglasnoj ploči ili web sajtu ako ga dom zdravlja ima.*
- 1A.2** U stvaranju dokumenta koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju, učestvuju i predstavnici osnivača i predstavnici pacijenata/korisnika usluga doma zdravlja.
- 1A.3** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju daje okvir za etičke vrijednosti kojima se rukovodi dom zdravlja, naročito u pogledu tretmana pacijenata/korisnika usluga, marketinga i bilo kojeg sukoba interesa koji nije u najboljem interesu pacijenta.

Svaki od kriterija (1A.1...) ima svoj ponder (težinu) s ciljem da se utvrde oni koji su povezani s esencijalnom praksom i oni koji su povezani s najboljom praksom na koju dom zdravlja treba da se ugleda. Esencijalna kriterija podrazumijevaju zahtjeve koje pred dom zdravlja postavljaju legislativa, profesije ili ministarstva zdravstva; zatim prava pacijenata; potencijalni rizici za pacijente, korisnike i osoblje; i prihvaćeni napisani ili nepisani standardi dobre organizacijske i kliničke prakse. Kriterija kvalitetne prakse su ona koja idu dalje od osnovne dobre prakse i za svaki dom zdravlja predstavljaju istinski izazov za postizanje najvećeg stupnja kvaliteta. U ovoj fazi testiranja akreditacijskog programa, tek treba utvrditi koji su kriteriji esencijalni i može im se udovoljiti, koji su kriteriji esencijalni ali se iz raznih razloga još ne mogu ispuniti, i koji zadovoljeni kriteriji zaista predstavljaju kvalitetnu praksu koja ide iznad uobičajenih zahtjeva.

Tokom testiranja akreditacijskog programa mnogo očekujemo od Vaših povratnih informacija i komentara. Oni mogu biti kratki, na primjer, da izjava u standardu ili kriteriju nije odgovarajuća, u

kojem slučaju treba da predložite bolju izjavu standarda/kriterija; da izjava ne odgovara terminološki ili u nekom drugom pogledu. Možete, također, dopisati izjavu za novi kriterij ako mislite da ta izjava kompletnije opisuje dati standard ili čak dopisati novi standard koji po Vašem mišljenju nedostaje. Bilo bi dobro ako biste uporište za postojeće izjave standarda i kriterija mogli potkrijepiti odgovarajućim zakonskim propisima i navodima iz etičkog kodeksa ili nekog dokumenta koji regulira pravila Vaše struke.

Formuliranje standarda i kriterija je multidisciplinarni, konsenzualni i dugoročan proces. Važno je znati da su standardi živa materija koja se neprestano dopunjuje i mijenja. U jednom trenutku ipak treba podvući crtu i prihvatiti konsenzualno dogovorene standarde kao mjerila za ocjenu strukture, procesa i u nekim slučajevima ishoda zaštite, koja se pruža i odvija na nivou doma zdravlja. U tom smislu, AKAZ planira da objedini sve Vaše cijenjene komentare, sugestije i primjedbe i da formira više radnih grupa, koje će prije svega činiti predstavnici pilot organizacija, ali i predstavnici drugih organizacija primarne zdravstvene zaštite. Nakon što se razmotre svi korisni komentari, sugestije i primjedbe, ovaj nacrt standarda pretrpjet će određene izmjene i dopune i bit će ponuđen kao finalna verzija za akreditiranje domova zdravlja. Treba imati na umu da je vrijeme, iz razloga napregnutih rokova u izvedbi projekta, veoma kratko. Stoga Vas molimo da što prije pročitate ovaj nacrt standarda i date Vaše komentare. Osobito će se cijeliti komentari, sugestije i primjedbe koji će iz opravdanih razloga, po ocjeni radnih grupa, odnosno mreže pilot ustanova, biti ugrađeni u finalne izjave standarda i kriterija. Na taj ćemo način svi zajedno prilagoditi britansku tehnologiju našim prilikama i mogućnostima.

Pilot organizacije i oni domovi zdravlja koji pokazuju poseban interes imat će priliku da ocijene svoju postojeću praksu u odnosu na standarde i kriterije. To bi trebalo da bude jedan promišljajući proces, tako što će svi zaposleni u domu zdravlja ocijeniti ne samo da li imaju zahtijevane sisteme, mjere i procedure, već i da li rade dobro i kvalitetno u odnosu na te sisteme, mjere i procedure. Nekim kriterijima pridružena su uputstva koja treba da olakšaju proces samoocjene i označe mjere koje treba poduzeti s ciljem da se implementira taj kriterij.

Početna procjena potvrdit će postojeću dobru praksu, ali će utvrditi i one oblasti u kojima treba mnogo raditi da bi se zadovoljili zahtijevani kriteriji. Na temelju tog početnog nalaza, svaki dom zdravlja, koji učestvuje u testiranju ovih standarda, označit će svoje prioritete i postaviti realistične ciljeve koje treba ostvariti kroz razvoj akcionog plana. Sve osoblje doma zdravlja treba uključiti da bi se ispunila kriterija koja se odnose na posebna polja njihovog rada. Realizaciju poduzetog projekta treba pratiti da bi se utvrdile tačke najvećeg otpora ili poteškoće, a osoblje doma zdravlja kontinuirano informirati o napretku projekta. S vremena na vrijeme treba ocjenjivati napredak u odnosu na standarde i kriterije a rezultate progressa treba ugrađivati u naredne akcione planove s ciljem da se kontinuirano poboljšava kvalitet.

U tom procesu imat će pomoć facilitatora, menadžera, liječnika i medicinskih sestara/tehničara koji su obučeni da Vam pomognu u uvođenju unutrašnjeg sistema kvaliteta i da Vas pripreme za akreditaciju.

Nakon što su direktori/menadžeri domova zdravlja, liječnici i medicinske sestre završili obuku za ocjenjivače kvaliteta, koju je organizirao AKAZ zajedno sa stručnjacima iz Velike Britanije, formirat će se nekoliko timova ocjenjivača na pilot osnovi koji će poduzeti prvu, neovisnu i vanjsku ocjenu kvaliteta organizacija primarne zdravstvene zaštite koje dobrovoljno učestvuju u ovom projektu.

Pregled kvaliteta organizacije, funkcija i radnih procesa doma zdravlja uključit će preglede dokumentacije, provjeru pridržavanja standarda i sastavnih kriterija, serije planiranih intervjua s menadžmentom i osobljem doma zdravlja i posjete službama doma zdravlja.

Nakon pregleda, tročlani tim ocjenjivača kvaliteta dat će kratak usmeni izvještaj menadžmentu doma zdravlja, sumirajući ključne teme i opservacije. U razumnom roku, tim ocjenjivača će sastaviti pisani izvještaj koji će uključiti sveobuhvatnu ocjenu pridržavanja standarda i naglasiti dobru praksu. Izvještaj tima neovisnih ocjenjivača dat će i osnovu za razvoj novih akcionih planova doma zdravlja i praćenje progressa.

Na temelju testiranja akreditacijskog programa, utvrdit će se koji standardi i koji kriteriji treba da budu osnovom za akreditacijsko priznanje. Nakon toga, nalaze tima ocjenjivača, koji su sadržani u njihovom izvještaju, pregledat će Upravno vijeće ili Odbor za akreditaciju AKAZ-a da bi odredio da li je dom zdravlja podoban da primi akreditacijsko priznanje. Odbor za akreditaciju AKAZ-a bit će sastavljen od članova Upravnog odbora i Savjetodavnog vijeća Agencije koji predstavljaju sve značajnije aktere u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine. Da bi postigao punu akreditaciju, dom zdravlja mora pokazati i dokazati da se pridržava svih esencijalnih kriterija.

Daljnji razvoj standarda za primarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući i one za porodičnu/obiteljsku medicinu, odražavat će buduće promjene na nivou doma zdravlja, odnosno timova porodične / obiteljske medicine, tako što će AKAZ u suradnji sa zdravstvenim profesionalcima neprestano pregledati standarde i kriterije, vodeći posebno računa o tehnološkom napretku medicine i zdravstva, i u svjetlu nove legislative i smjernica ministarstava zdravstva. Stoga će se od svih zainteresiranih tražiti da komentiraju standarde i kriterija za primarnu zdravstvenu zaštitu kako bi se ovi mogli kontinuirano održavati ažurnima.

Želimo Vam puno uspjeha u komentiranju i primjeni ovih Vaših i naših zajedničkih standarda za primarnu zdravstvenu zaštitu, odnosno dom zdravlja. Kada se jednom budemo osvrnuli unatrag, znat ćemo da smo zajedničkim snagama uradili ogroman posao.

Hvala na suradnji!

Prim. dr Zoran Riđanović,  
*direktor AKAZ-a*

## REVIZIJA

U periodu od 2005. – 2010. godine akreditacijski standardi za domove zdravlja pretrpjeli su novu reviziju, tzv. revizija 2010, kao što ste vidijeli i na naslovnim stranama.

Osnovni koncept nije promjenjen, zadržan je isti način numeracije standarda/kriterija, ali su izmjenjeni brojevi radi dopisivanja i brisanja pojedinih kriterija.

Na ovoj stranici je prikaz svih izmjena koje su došle novom revizijom.

<b>Revizija 2010.</b>			
<b>Izmjenjeni kriterij</b>		<b>kriterij</b>	
<b>stari</b>	<b>novi</b>	<b>izbačeni</b>	<b>dodani</b>
<b>Prvi dio: Upravljanje i rukovođenje domom zdravlja</b>			
1B.73	1B.64	1B.51	1C.83 – 1C.85
1C.80	1C.63	1B.58	1D.205 – 1D.234
1C.94	1C.92	1B.59	1M.570
1C.95	1C.93	1B.60	
1C.99	1C.97	1B.61	
1C.112	1C.108	1B.62	
1C.113	1C.109	1B.64	
1C.118	1C.114	1B.65	
1C.120	1C.116	1B.66	
1C.154	1C.149	1B.74	
1C.155	1C.150	1C.79	
1G.314	1G.339	1C.84	
1K.450	1K.474	1C.87	
1L	1L	1C.102	
1L.478	1L.502	1C.106	
1L.479	1L.503	1C.121	
1L.481	1L.505	1L.407	
1L.488	1L.512	1N.531	
1L.489	1L.513		
1L.490	1L.514		
1L.492	1L.516		
1L.493	1L.517		
1L.510	1L.553		
Ukupno: 23		Ukupno: 18	Ukupno: 33

Izmjenjeni kriterij		kriterij	
stari	novi	izbačeni	dodani
<b>Drugi dio: Upravljanje rizikom</b>			
2C.54	2C.53	2B.29	
2C.61	2C.60	2D.83	
2D.82	2D.82	2E.130	
2E.104	2E.102	2E.131	
2E.105	2E.103	2E.132	
2E.139	2E.134	2E.143	
2G.222	2G.214	2E.144	
		2E.146	
Ukupno: 7		Ukupno: 8	
<b>Treći dio: Upravljanje kvalitetom</b>			
3B.44	3B.42	3A.30	
3B.54	3B.52	3A.31	
3C	3C		
Ukupno: 3		Ukupno: 2	
<b>Četvrti dio: Fokus na pacijenta</b>			
4B.40	4B.40		
4B.63	4B.63		
4E.96	4E.96		
4E.101	4E.101		
4G.141	4G.141		
4I.192	4I.192		
4I.210	4I.210		
4I.238	4I.238		
			4J.288
			4J.289
Ukupno: 8			Ukupno: 2
<b>Peti dio: Organizacija i pružanje zdravstvenih usluga</b>			
5F.231	5F.231		
5F.232	5F.232		
5M.460	5M.460		
Ukupno: 3			
<b>Šesti dio: Tehničke službe</b>			
6A	6A		
6A.1	6A.1		
6B.34	6B.34		
6E.95	6E.94	6E.90	
Ukupno: 4		Ukupno: 1	
<b>Total: 48</b>		<b>Total: 29</b>	<b>Total: 35</b>

## PREGLED STANDARDA

### **I dio: Upravljanje i rukovođenje domom zdravlja (1A.1 – 1N.574)**

#### 1A.: Vrijednosti, misija i očekivanja

1A.1 – 1A.17 Vrijednosti doma zdravlja

#### 1B.: Rukovođenje i odgovornost menadžmenta

1B.18 – 1B.68 Organizacijska struktura, generalni direktor, menadžment, upravni i nadzorni odbor

#### 1C.: Upravljanje ljudskim resursima

1C.69 – 1C.74 Opće uređenje

1C.75 – 1C.82 Planiranje organizacione jedinice

1C.83 – 1C.85 Pregled rada organizacione jedinice

1C.86 – 1C.94 Pružanje jednakih mogućnosti

1C.95 – 1C.106 Zapošljavanje – regrutovanje i odabir novog kadra

1C.107 – 1C.119 Zapošljavanje – zasnivanje radnog odnosa

1C.120 – 1C.124 Orijehtacija i uvođenje u rad

1C.125 – 1C.147 Obuka i usavršavanje

1C.148 – 1C.165 Koordinacija službi i timski rad

1C.166 – 1C.175 Godišnja ocjena izvedbe / izvršenja osoblja

1C.176 – 1C.180 Međuljudski odnosi

1C.181 – 1C.182 Informacije o osoblju

1C.183 – 1C.189 Liječnička stručnost

1C.190 – 1C.204 Sestrinstvo

#### 1D.: Planiranje usluga i službe

1D.205 – 1D.215 Struktura i odgovornost menadžmenta

1D.216 – 1D.234 Timski rad

1D.235 – 1D.247 Strateško i godišnje planiranje usluga

1D.248 – 1D.258 Planiranje izvedbe

1D.259 – 1D.280 Dugoročni sporazumi o pružanju usluga

1D.281 – 1D.284 Jačanje partnerstva s drugim ustanovama

#### 1E.: Politike i procedure

1E.285 – 1E.294 Uređenje

#### 1F.: Upravljanje izvedbom

1F.295 – 1F.306 Uređenje

#### 1G.: Upravljanje kvalitetom na nivou doma zdravlja

1G.307 – 1G.358 Upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta

1G.359 – 1G.371 Upravljanje rizikom

- 1H.: Komunikacije s osobljem, pacijentima i drugim organizacijama
- 1H.372 – 1H.376 Opći dio
  - 1H.377 – 1H.379 Komunikacije s pacijentima/korisnicima usluga i njegovateljima
  - 1H.380 – 1H.383 Komunikacije s osobljem
  - 1H.384 – 1H.386 Komunikacije s drugim organizacijama
- 1I.: Upravljanje informacijama i informacijske tehnologije
- 1I.387 – 1I.409 Strategije
  - 1I.410 – 1I.419 Sigurnosna politika
  - 1I.420 – 1I.426 Lokalna mreža
  - 1I.427 – 1I.441 Povjerljivost i čuvanje informacija
  - 1I.442 – 1I.446 Poboljšanje kvaliteta
- 1J.: Finansijski menadžment
- 1J.447 – 1J.452 Finansijski sistemi
  - 1J.453 – 1J.456 Upravljanje budžetom
  - 1J.457 – 1J.458 Upravljanje imovinom
  - 1J.459 – 1J.461 Finansijska revizija
  - 1J.462 – 1J.464 Prikupljanje finansijskih sredstava
  - 1J.465 – 1J.466 Upravljanje dobrotvornim sredstvima
  - 1J.467 – 1J.468 Vrijednost za novac
- 1K.: Kupovina i prodaja roba i usluga
- 1K.469 – 1K.486 Ugovorni sporazumi
  - 1K.487 – 1K.495 Dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice
  - 1K.496 – 1K.501 Kupovina potrošnog materijala
- 1L.: Upravljanje nekretninama i objektima (zgrade, prostorije i oprema)
- 1L.502 – 1L.510 Opći dio
  - 1L.511 – 1L.518 Proces rada
  - 1L.519 – 1L.544 Ambijent za pacijente
  - 1L.545 – 1L.552 Ambijent za osoblje
  - 1L.553 - Održavanje
  - 1L.554 – 1L.564 Oprema
- 1M.: Žalbe
- 1M.565 – 1M.570 Kriteriji
- 1N.: Zadovoljstvo osoblja
- 1N.571 – 1N.574 Kriteriji

## **II dio - Upravljanje rizikom (2A.1 – 2G.221)**

- 2A.: Elementi strategije upravljanja rizikom
- 2A.1 – 2A.6 Nepovoljni događaji
  - 2A.7 – 2A.10 Postupanje s parnicama i zahtjevima za obeštećenjem
  - 2A.11 – 2A.12 Planovi za krizne situacije
  - 2A.13 – 2A.23 Sigurnost i zdravlje na radu
  - 2A.24 – 2A.26 Prva pomoć

- 2B.: Protupožarna zaštita
- 2B.27 – 2B.31 Opće odredbe
  - 2B.32 – 2B.35 Sistemi i oprema za protivpožarnu zaštitu
  - 2B.36 – 2B.43 Evakuacija
- 2C.: Bezbjednost
- 2C.44 – 2C.61 Kriteriji
- 2D.: Zdravo radno mjesto i zdravlje na radnom mjestu
- 2D.62 – 2D.73 Opće uređenje
  - 2D.74 – 2D.75 Zaštita na radu
  - 2D.76 – 2D.87 Služba medicine rada
- 2E.: Higijena i epidemiologija
- 2E.88 – 2E.97 Odgovornosti
  - 2E.98 – 2E.109 Proces rada: mjere i procedure
  - 2E.110 – 2E.112 Obuka osoblja
  - 2E.113 – 2E.118 Zdravstveno prosvjećivanje
  - 2E.119 – 2E.137 Mjere kontrole infekcije
  - 2E.138 Registri i zaštita okoliša
- 2F.: HIV i AIDS
- 2F.139 – 2F.147 Savjetovalište: osoblje i imenovanja
  - 2F.148 – 2F.172 Proces rada: mjere i procedure
  - 2F.173 – 2F.174 Prava pacijenata
  - 2F.175 – 2F.180 Prostorije i radni ambijent
  - 2F.181 – 2F.184 Praćenje HIV/AIDS programa i poboljšanje kvaliteta
- 2G.: Tretman tuberkuloze – pneumoftziološki dispanzer
- 2G.185 – 2G.188 Dispanzer: osoblje i imenovanja
  - 2G.189 – 2G.191 Edukacija
  - 2G.192 – 2G.198 Politike
  - 2G.199 – 2G.216 Proces rada: mjere i procedure
  - 2G.217 – 2G.219 Radno okruženje
  - 2G.220 – 2G.221 Praćenje realizacije antituberkuloznog programa

### **III dio - Sistem poboljšanja kvaliteta (3A.1 – 3C.77)**

- 3A.: Elementi sistema poboljšanja kvaliteta
- 3A.1 – 3A.10 Klinička revizija
  - 3A.11 – 3A.18 Implementiranje prakse zasnovane na dokazima
  - 3A.19 – 3A.23 Programi istraživanja i razvoja u domeni zdravstvenih usluga
  - 3A.24 – 3A.29 Upravljanje kliničkim i nekliničkim rizikom
  - 3A.30 - 3A.35 Kontinuirani profesionalni razvoj
- 3B: Upravljanje lijekovima
- 3B.36 – 3B.42 Finansijski rizici i racionalno propisivanje lijekova
  - 3B.43 – 3B.71 Dobra praksa
- 3C: Mišljenje osoblja o kvalitetu vlastitog rada
- 3C.72 – 3C.77 Osoblje – iskustvo

#### **IV dio - Fokus na pacijenta (4A.1 – 4J.289)**

##### 4A: Upravljanje procesima zaštite

- 4A.1 – 4A.21 Djelokrug rada doma zdravlja
- 4A.22 – 4A.24 Procesi za podršku pacijentima
- 4A.25 – 4A.30 Procesi koji podržavaju zdravstvene profesionalce
- 4A.31 – 4A.35 Procesi koji poboljšavaju pružanje usluga

##### 4B: Prava i odgovornosti pacijenata

- 4B.36 – 4B.62 Informiranje i prava pacijenata kroz usluge
- 4B.63 – 4B.72 Punovažni pristanak na medicinski tretman

##### 4C: Informacije za pacijente

- 4C.73 – 4C.77 Informacije o uslugama koje se pružaju u domu zdravlja
- 4C.78 – 4C.85 Kliničke informacije za pacijente/korisnike i njegovatelje

##### 4D: Odgovaranje na individualne potrebe pacijenta/korisnika

- 4D.86 – 4D.91 Kriteriji

##### 4E: Iskustvo i zadovoljstvo pacijenta (partnerstvo s pacijentima)

- 4E.92 – 4E.101 Kriteriji

##### 4F: Pristupačnost usluga za pacijente

- 4F.102 – 4F.103 Kriteriji

##### 4G: Dijagnostika i liječenje

- 4G.104 – 4G.127 Procjena pacijenta
- 4G.128 – 4G.135 Planiranje tretmana i njege
- 4G.136 – 4G.147 Provođenje njege i tretmana
- 4G.148 – 4G.150 Partnerstvo s njegovateljima

##### 4H: Upućivanje u druge službe i mjere nakon otpusta

- 4H.151 – 4H.158 Izdavanje uputnica
- 4H.159 – 4H.168 Bolnički tretman, mjere nakon otpusta pacijenta i uloga primarne zdravstvene zaštite
- 4H.169 – 1H.173 Transport pacijenata
- 4H.174 – 1H.176 Smrt pacijenta/korisnika

##### 4I: Dijagnostičke službe u funkciji ocjene pacijenta

- 4I.177 – 4I.187 Opći dio
- 4I.188 – 4I.216 Laboratorij
- 4I.217 – 4I.240 Ultrazvučna i radiološka dijagnostika

##### 4J: Sistemi i sadržaj zdravstvene dokumentacije

- 4J.241 – 4J.244 Zdravstveni kartoni
- 4J.245 – 4J.257 Lični podaci pacijenta/korisnika
- 4J.258 – 4J.270 Klinički podaci
- 4J.271 – 4J.275 Hirurške/invazivne procedure
- 4J.276 – 4J.289 Unos podataka

## **V dio - Organizacija i pružanje zdravstvenih usluga (5A.1 – 5M.470)**

### 5A: Promocija zdravlja i prevencija

5A.1 – 5A.8	Procjenjivanje potreba za zdravstvenom zaštitom
5A.9 – 5A.15	Planiranje radi unapređenja zdravlja
5A.16 – 5A.33	Unapređenje pružanja usluga primarne zdravstvene zaštite u zajednici
5A.34 – 5A.37	Imunizacija
5A.38	Porodična / obiteljska medicina

### 5B: Kontinuitet i integriranje zdravstvene zaštite

5B.39 – 5B.43	Kriteriji
---------------	-----------

### 5C: Tretman hroničnih oboljenja

5C.44 – 5C.59	Kriteriji
---------------	-----------

### 5D: Pedijatrijska služba

5D.60 – 5D.85	Kriteriji
---------------	-----------

### 5E: Stomatološka služba

5E.86 – 5E.90	Politike i strategije
5E.91 – 5E.106	Osoblje
5E.107 – 5E.110	Pristup službi i dostupnost službe
5E.111 – 5E.120	Kontrola infekcije
5E.121 – 5E.127	Spremnost za hitne situacije
5E.128 – 5E.135	Radijaciona sigurnost
5E.136 – 5E.137	Zaštita od žive
5E.138 – 5E.139	Hemikalije
5E.140 – 5E.148	Oprema i lijekovi
5E.149 – 5E.173	Medicinska evidencija i dokumentacija
5E.174 – 5E.185	Procesi
5E.186 – 5E.190	Poboljšanje kvaliteta

### 5F: Dispanzeri i savjetovališta za zaštitu majke i djeteta

5F.191 – 5F.237	Kriteriji
-----------------	-----------

### 5G: Služba porodične / obiteljske medicine

5G.238 – 5G.282	Kriteriji
-----------------	-----------

### 5H: Palijativna kućna njega

5H.283 – 5H.294	Kriteriji
-----------------	-----------

### 5I: Centar / služba za fizikalnu rehabilitaciju

5I.295 – 5I.314	Kriteriji
-----------------	-----------

### 5J: Manji hirurški zahvati

5J.315 – 5J.317	Kriteriji
-----------------	-----------

### 5K: Hitna služba

5K.318 – 5K.337	Kriteriji
-----------------	-----------

### 5L: Specijalističko-konsultativna djelatnost

5L.338 – 5L.348	Opći dio
5L.349 – 5L.369	Osoblje
5L.370 – 5L.380	Radni procesi
5L.381 – 5L.404	Radno okruženje: prostori, oprema, materijali

5M: Centar za mentalno zdravlje

5M.405 – 5M.411	Politike i strategije
5M.412 – 5M.421	Suradnja s drugim službama
5M.422 – 5M.427	Osoblje – imenovanja i obuka
5M.428 – 5M.457	Proces
5M.458 – 5M.460	Radno okruženje
5M.461 – 5M.470	Poboljšanje kvaliteta

**VI dio - Tehničke službe (6A.1 – 6E.99)**

6A: Odjel za održavanje infrastrukture objekta i servis medicinske opreme

6A.1 – 6A.11	Imenovanja i planiranje
6A.12 – 6A.16	Proces
6A.17 – 6A.27	Radni ambijent
6A.28 – 6A.32	Održavanje

6B: Tehničke službe: Služba prevoza i održavanja voznog parka

6B.33 – 6B.45	Imenovanja, osoblje i obuka
6B.46 – 6B.50	Proces
6B.51 – 6B.54	Sredstva
6B.55	Poboljšanje kvaliteta

6C: Tehničke službe: Praonica

6C.56 – 6C.67	Kriteriji
---------------	-----------

6D: Tehničke službe: Recepcija

6D.68 – 6D.70	Opći dio
6D.71 – 6D.74	Osoblje – razvoj i obuka
6D.75 – 6D.84	Proces
6D.85	Poboljšanje kvaliteta

6E: Tehničke službe: Služba za održavanje čistoće

6E.86	Opći dio
6E.87 – 6E.89	Osoblje – razvoj i obuka
6E.90 – 6E.94	Proces
6E.95 – 6E.98	Okruženje
6E.99	Poboljšanje kvaliteta

# SADRŽAJ

<b><u>Prvi dio: Upravljanje i rukovođenje domom zdravlja.....</u></b>	<b>19</b>
1A: Vrijednosti, misija i očekivanja .....	21
1B: Rukovođenje i odgovornost menadžmenta .....	23
1C: Upravljanje ljudskim resursima .....	27
1D: Planiranje usluga i službe .....	41
1E: Politike i procedure.....	49
1F: Upravljanje izvedbom .....	50
1G: Upravljanje kvalitetom na nivou doma zdravlja.....	51
1H: Komunikacije s osobljem, pacijentima i drugim organizacijama.....	57
1I: Upravljanje informacijama i informacijske tehnologije .....	59
1J: Finansijski menadžment .....	66
1K: Kupovina i prodaja roba i usluga .....	68
1L: Upravljanje nekretninama i objektima (zgrade, prostorije i oprema) .....	71
1M: Žalbe .....	76
1N: Zadovoljstvo osoblja.....	77
<b><u>Drugi dio: Upravljanje rizikom.....</u></b>	<b>79</b>
2A: Elementi sigurnosti.....	81
2B: Protupožarna zaštita.....	84
2C: Bezbjednost .....	86
2D: Zdravo radno mjesto i zdravlje na radnom mjestu .....	88
2E: Higijena i epidemiologija .....	91
2F: HIV i AIDS .....	95
2G: Tretman tuberkuloze – pneumoftiziološki dispanzer.....	100
<b><u>Treći dio: Sistem poboljšanja kvaliteta.....</u></b>	<b>103</b>
3A: Elementi sistema poboljšanja kvaliteta.....	105
3B: Upravljanje lijekovima .....	109
3C: Mišljenje osoblja o kvalitetu vlastitog rada .....	113
<b><u>Četvrti dio: Fokus na pacijenta.....</u></b>	<b>115</b>
4A: Upravljanje procesima zaštite .....	117
4B: Prava i odgovornosti pacijenata .....	120
4C: Informacije za pacijente .....	123
4D: Odgovaranje na individualne potrebe pacijenta/korisnika .....	125
4E: Iskustvo i zadovoljstvo pacijenta (partnerstvo s pacijentima) .....	126
4F: Pristupačnost usluga za pacijente.....	127
4G: Dijagnostika i liječenje.....	128
4H: Upućivanje u druge službe i mjere nakon otpusta.....	132
4I: Dijagnostičke službe u funkciji ocjene pacijenta.....	135
4J: Sistemi i sadržaj zdravstvene dokumentacije.....	141

<b>Peti dio: Organizacija i pružanje zdravstvenih usluga .....</b>	<b>147</b>
5A: Promocija zdravlja i prevencija .....	149
5B: Kontinuitet i integriranje zdravstvene zaštite .....	153
5C: Tretman hroničnih oboljenja .....	154
5D: Pedijatrijska služba .....	156
5E: Stomatološka služba.....	158
5F: Dispanzeri i savjetovališta za zaštitu majke i djeteta .....	167
5G: Služba porodične / obiteljske medicine.....	171
5H: Palijativna kućna njega .....	175
5I: Centar / služba za fizikalnu rehabilitaciju.....	176
5J: Manji hirurški zahvati.....	178
5K: Hitna služba.....	179
5L: Specijalističko-konsultativna djelatnost .....	181
5M: Centar za mentalno zdravlje .....	186
<b>Šesti dio: Tehničke službe.....</b>	<b>193</b>
6A: Odjel za održavanje infrastrukture objekta i servis medicinske opreme .....	195
6B: Služba prevoza i održavanja voznog parka.....	199
6C: Praonica .....	201
6D: Recepcija.....	202
6E: Služba za održavanje čistoće .....	204
<b>Reference .....</b>	<b>207</b>
<b>Opaska .....</b>	<b>208</b>

Prvi dio:

Upravljanje i  
rukovođenje  
domom zdravlja



## Standard 1A: Vrijednosti, misija i očekivanja

Dom zdravlja jasno navodi vrijednosti za koje se zalaže, misiju (svoju ulogu i svrhu), uloge vodstva i težnje koje treba ostvariti u skladu s nacionalnim/državnim politikama i prioritetima.

### Vrijednosti doma zdravlja

- 1A.1** Dom zdravlja ima dokument koji je dostupan javnosti i u kojem izražava svoje vrijednosti, misiju i viziju.  
*Uputstvo: Dokument može sadržavati samo misiju doma zdravlja, ali mora biti javan, najbolje na oglasnoj ploči ili web sajtu ako ga dom zdravlja ima.*
- 1A.2** U stvaranju dokumenta koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju, učestvuju i predstavnici osnivača i predstavnici pacijenata/korisnika usluga doma zdravlja.
- 1A.3** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju daje okvir za etičke vrijednosti kojima se rukovodi dom zdravlja, naročito u pogledu tretmana pacijenata/korisnika usluga, marketinga i bilo kojeg sukoba interesa koji nije u najboljem interesu pacijenta.
- 1A.4** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju naglašava opredjeljenost doma zdravlja za koncept obiteljske/porodične medicine.
- 1A.5** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju izražava opredjeljenje za zaštitu u kojoj će pacijent biti u središtu.
- 1A.6** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju zalaže se za promociju zdravlja i prevenciju bolesti i u tu svrhu ostvaruje punu saradnju sa lokalnim i regionalnim ustanovama.
- 1A.7** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju zalaže se za promociju zdravlja i prevenciju bolesti zaposlenih i osigurava zdrava radna mjesta.
- 1A.8** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju zalaže se za trajni profesionalni razvoj zaposlenog osoblja i stvara pretpostavke za stručno usavršavanje.
- 1A.9** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju zalaže se za dobre međuljudske odnose na radnom mjestu i ozbiljno razmatranje svih primjedbi, prigovora i žalbi zaposlenog osoblja u pogledu njihovih prava i statusa.
- 1A.10** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju treba da sadrži jasno opredjeljenje doma zdravlja za upravljanje kvalitetom.  
*Uputstvo: Osim zakonskih obaveza koje u tom pogledu treba da ispunji, dom zdravlja pokazuje čvrsto opredjeljenje za zadovoljavanje potreba i zahtjeva pacijenata/korisnika i njegovatelja.*

- 1A.11** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju treba da sadrži jasno opredjeljenje doma zdravlja za upravljanje rizikom.
- 1A.12** Menadžment doma zdravlja, odnosno stručni organi pokazuju privrženost pružanju kvalitetnih usluga kroz stručno i finansijsko planiranje i izvještavanje o postignutim rezultatima u oblasti upravljanja kvalitetom i rizikom.  
*Uputstvo: Privrženost kvalitetu ocjenjuje se na temelju statuta, pravilnika i godišnjih izvještaja nadzornog odbora, upravnog odbora, direktora, stručnih tijela a naročito stalnih komisija koje se formiraju u svrhu podrške upravljanju kvalitetom i rizikom.*
- 1A.13** Menadžment doma zdravlja, odnosno stručni organi pokazuju privrženost pružanju kvalitetnih usluga kroz osiguranje odgovarajuće obuke osoblja za kvalitet i sigurnost.  
*Uputstvo: Cijenit će se kvantitativno i kvalitativno učešće osoblja u organiziranoj obuci i edukaciji iz oblasti upravljanja kvalitetom i rizikom i unapređenja kvaliteta i sigurnosti.*
- 1A.14** Menadžment doma zdravlja vodi evidenciju o učešću osoblja u aktivnostima na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti.
- 1A.15** Menadžment doma zdravlja promovira, cijeni i podržava uspješan i naporan rad osoblja.
- 1A.16** Definirani su ovlaštenja, dužnosti, obaveze i odgovornosti pojedinaca i timova koji se redovno ažuriraju i diseminiraju na nivou doma zdravlja.
- 1A.17** Svi akteri obavještavaju se o ostvarenim rezultatima u odnosu na postavljene ciljeve barem jedanput godišnje.

## Standard 1B: Rukovođenje i odgovornost menadžmenta

Uspostavljeni su sistemi upravljanja i definirana je struktura menadžmenta koja omogućava domovima zdravlja da ostvare svoje težnje i ciljeve.

### Organizacijska struktura, generalni direktor, menadžment, upravni i nadzorni odbor

- 1B.18** Postoji datirana, dokumentirana organizacijska struktura doma zdravlja, koja se redovno obnavlja.  
*Uputstvo: U organizacijskoj strukturi specificirane su linije odgovornosti i uloge. Kada dođe do promjene u organizacijskoj strukturi, u organigramu se naprave izmjene.*
- 1B.19** Organizacijska struktura je stavljena na uvid svim članovima osoblja i pripadajućim službama.
- 1B.20** Uloge, dužnosti i odgovornosti generalnog direktora, članova menadžmenta, odnosno kolegija direktora i šefova organizacionih jedinica, te upravnog odbora i nadzornog odbora su dokumentirane.  
*Uputstvo: Uloge, funkcije i odgovornosti su definirane i dokumentirane u statutu doma zdravlja.*
- 1B.21** Uloge, dužnosti i odgovornosti predsjedavajućeg upravnog odbora i predsjedavajućeg nadzornog odbora su dokumentirane.
- 1B.22** Postoji datirana, dokumentirana procedura za izbor i imenovanje direktora doma zdravlja u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o radu i drugim normativnim aktima koji reguliraju ovu materiju.  
*Uputstvo: Upravni odbor u skladu sa statutom doma zdravlja utvrđuje uvjete za raspisivanje javnog natječaja za izbor i imenovanje direktora doma zdravlja.*
- 1B.23** Direktor doma zdravlja posjeduje kvalifikacije za menadžera ili je uključen u edukaciju čiji će rezultat biti takve kvalifikacije.
- 1B.24** Odgovornosti direktora podrazumijevaju da organizacija ispunjava zakonske uvjete u vezi s upravljanjem i pružanjem zdravstvene zaštite. Sve dužnosti i odgovornosti direktora popisane su u statutu.
- 1B.25** Direktor doma zdravlja je odgovoran za cjelokupan stručni rad na nivou doma zdravlja.
- 1B.26** Odgovornost je direktora doma zdravlja da formira komisiju za kvalitet i akreditaciju i imenuje koordinatore za kvalitet.

- 1B.27** Odgovornost direktora doma zdravlja podrazumijeva da je izbor i imenovanje drugog i trećeg nivoa menadžmenta provedeno u skladu sa statutom doma zdravlja i drugim normativnim aktima.
- 1B.28** Odgovornost direktora i ostalih članova menadžmenta doma zdravlja podrazumijeva ispunjavanje zakonskih obaveza u vezi sa realizacijom programa, planova i odluka upravnog odbora i pružanjem zdravstvene zaštite u skladu s usvojenim standardima.
- 1B.29** Postoji naimenovani zamjenik generalnog direktora, koji ga mijenja u njegovom/njezinom odsustvu.
- 1B.30** Postoji naimenovano rukovodstvo (menadžment) s dodijeljenim odgovornostima za sve aspekte doma zdravlja.
- 1B.31** Imenovani menadžeri odgovorni su za formuliranje misije, vizije, strateških i operativnih planova i politika doma zdravlja.
- 1B.32** Imenovani menadžeri predstavljaju savjetodavno vijeće generalnog direktora.
- 1B.33** Imenovani menadžeri trebalo bi da imaju bazičnu edukaciju iz poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga.
- 1B.34** Menadžment doma zdravlja redovno se sastaje a o tome svjedoče zapisnici sa sastanaka.
- 1B.35** Član menadžmenta, odgovoran za koordinaciju u oblasti kvaliteta, posjeduje kvalifikaciju za menadžera ili je obavio edukaciju iz oblasti menadžmenta ili je uključen u edukaciju čiji će rezultat biti takva kvalifikacija.
- 1B.36** Upravni odbor doma zdravlja je odgovoran za upravljanje svim aktivnostima u domu zdravlja u saglasnosti s njegovom misijom. U ovo je uključena i njegova odgovornost za kvalitet zdravstvenih usluga, uz obezbjeđenje primjene zakonskih propisa.
- 1B.37** Izbor i imenovanje članova upravnog odbora je u skladu s pozitivnim zakonskim propisima iz oblasti zdravstva i rada javnih ustanova.
- 1B.38** Upravni odbor donosi program i plan rada za period u kojem je imenovan od osnivača.
- 1B.39** Upravni odbor usvaja strateški plan razvoja doma zdravlja te operativne planove razvoja doma zdravlja za jednogodišnji period.

- 1B.40** Upravni odbor redovno, u skladu s planom rada, ali ne manje od dva puta godišnje, razmatra aktivnosti svih organizacionih jedinica doma zdravlja na unapređenju kvaliteta zdravstvenih usluga i o tome izvještava nadležne organe (osnivača i nadležno ministarstvo), te menadžment doma zdravlja o zaključcima i planiranim aktivnostima na poboljšanju kvaliteta zdravstvenih usluga koje se pružaju u domu zdravlja.
- 1B.41** Upravni odbor usvaja opće akte koji odražavaju njegove zakonske obaveze i odgovornosti u odnosima doma zdravlja s pacijentima i prema društvenoj zajednici, te provodi redovnu kontrolu i evaluaciju primjene navedenih akata.
- 1B.42** Upravni odbor doma zdravlja i imenovani menadžeri vode računa o tome da upravni odbor doma zdravlja održava redovne javne sastanke, te da se na sastanku vodi zapisnik.
- 1B.43** Upravni odbor doma zdravlja i imenovani menadžeri vode računa o tome da se ključna pitanja koja su rezultat sastanaka upravnog odbora, menadžmenta i nadzornog odbora prenesu osoblju.
- 1B.44** Upravni odbor doma zdravlja i imenovani menadžeri vode računa o tome da se savjeti medicinskog, sestrinskog i drugog kliničkog i nekliničkog osoblja i specijalistički savjeti traže sistematično u toku razvoja politika i procedura doma zdravlja.
- 1B.45** Upravni odbor doma zdravlja i imenovani menadžeri vode računa o tome da se usluge pružaju pravično.  
*Uputstvo: Usluge se pružaju bez obzira na rasu, kulturu, jezik, spol, onesposobljenje, seksualnu orijentaciju, godine i religijska uvjerenja.*
- 1B.46** Upravni odbor doma zdravlja i imenovani menadžeri vode računa o tome da se mišljenja i iskustva pacijenata/korisnika i ostalih u zajednici traže sistematično u toku razvoja politike doma zdravlja, te u vezi s predloženim promjenama i razvojem usluga.
- 1B.47** Upravni odbor objavljuje godišnji izvještaj i godišnji finansijski izvještaj koji su dostupni lokalnoj zajednici.
- 1B.48** Upravni odbor odobrava i nadzire izvedbu u domu zdravlja u odnosu na dokument o strateškom usmjerenju.
- 1B.49** Upravni odbor odobrava i nadzire izvedbu u domu zdravlja u odnosu na godišnji plan usluga.
- 1B.50** Upravni odbor odobrava i nadzire izvedbu u domu zdravlja u odnosu na lokalni program unapređenja zdravlja.

- 1B.51** Upravni odbor odobrava i nadzire izvedbu u domu zdravlja u odnosu na implementacijski plan primarne zdravstvene zaštite.
- 1B.52** Upravni odbor odobrava i nadzire izvedbu u domu zdravlja u odnosu na strategiju upravljanja rizikom i akcioni plan osiguranja kontrole.
- 1B.53** Postoji dokumentirani sistem praćenja rada upravnog odbora i menadžmenta bolnice te izvještavanja o radu osnivaču i nadležnom ministarstvu.
- 1B.54** Imenovana je sekretarica/sekretar upravnog odbora.
- 1B.55** Definirane su odgovornosti sekretarice/sekretara.
- 1B.56** Ako administrativne dužnosti, kao što su informacijske tehnologije, finansije, ljudski resursi i upravljanje nekretninama pruža neka druga organizacija, takvi sporazumi su dokumentirani.
- 1B.57** Dom zdravlja usvaja kodeks ponašanja koji se odnosi na sve zaposlene.
- 1B.58** Postoji datirana, dokumentirana politika koja zahtijeva da nemedicinsko i medicinsko osoblje doma zdravlja otkrije informacije upravnom odboru o bilo kakvim tekućim istragama od strane profesionalnih tijela, zdravstvenih vlasti ili policije.  
*Uputstvo: Ovo bi trebalo regulirati Kodeksom ponašanja, odgovornosti i otvorenosti u zdravstvenom sistemu.*
- 1B.59** Postoji spisak interesa članova upravnog odbora, izvršnog odbora i članova komisija s ciljem da se prevenira bilo koji sukob interesa.
- 1B.60** Spisak se sistematski pregleda.
- 1B.61** Spisak je otvoren za uvid javnosti.
- 1B.62** Postoji datirana, dokumentirana politika o prihvatanju/odbijanju poklona koja daje uputstvo osoblju šta se može, a šta ne može prihvatiti kao poklon, kao i procedure za prijavljivanje poklona.
- 1B.63** Postoji spisak poklona koje je primilo medicinsko i nemedicinsko osoblje i gostoprimstva koje im je ukazano.
- 1B.64** Internu reviziju provodi jedinica za internu reviziju u domu zdravlja ili nadležno ministarstvo finansija ako pravno lice ne ispunjava uslove za osnivanje jedinice.
- 1B.65** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura koja omogućava osoblju da izrazi svoju zabrinutost zbog loše uprave, kršenja kodeksa ponašanja i odgovornosti ili zabrinutosti etičke prirode.
- 1B.66** Imenovan je nadzorni odbor kao organ kontrole poslovanja doma zdravlja.
- 1B.67** Postoji dokumentirana struktura i opis djelatnosti nadzornog odbora.
- 1B.68** Postoji dokumentacija o radu nadzornog odbora.

## Standard 1C: Upravljanje ljudskim resursima

Postoje strategija i politika i procedure koje se odnose na osoblje, a koje omogućavaju domu zdravlja da dostigne svoje ciljeve i koje promoviraju etički pristup upravljanju osobljem.

### Opće uređenje

- 1C.69** Postoji datirana, dokumentirana strategija ljudskih resursa koja je u skladu sa legislativom, uvezana s poslovnim planom doma zdravlja i tako oblikovana da omogućuje radne uslove koji vode .
- 1C.70** Strategija o ljudskim resursima je u skladu s državnom strategijom upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu.
- 1C.71** Strategija o ljudskim resursima je u skladu s planom ministarstva zdravstva i implementacijskim programom ministarstva zdravstva.
- 1C.72** Strategija o ljudskim resursima je u skladu s potrebama za planiranje radne snage u domu zdravlja.
- 1C.73** Uspostavljeni su planovi za dostizanje standarda o unapređenju uvjeta rada na radnom mjestu.
- 1C.74** Uspostavljeni su sistemi za pregled izvedbe osoblja naspram standarda o unapređenju uvjeta rada na radnom mjestu.

### Planiranje organizacione jedinice

- 1C.75** Postoji plan rada organizacione jedinice, napisan za svaku finansijsku godinu i u skladu s poslovnim planom doma zdravlja.
- 1C.76** Sve osoblje u organizacionoj jedinici ima mogućnost da bude uključeno u izradu plana rada.  
*Uputstvo: Osoblje se može uključiti tako što će im se dostaviti nacrt dokumenta, zatim kroz diskusije na sastancima tima ili organizacione jedinice, gdje se ciljevi organizacione jedinice postavljaju na osnovu procesa individualnog pregleda izvršenja.*
- 1C.77** Plan organizacione jedinice sadrži pregled dosadašnjeg rada organizacione jedinice i uključuje sve planove za razvoj.  
*Uputstvo: Razvoj se, naprimjer, odnosi na promjene načina pružanja usluga, nove usluge koje će se pružati, rekonstrukciju nekretnina i kupovinu nove opreme.*

- 1C.78** Plan organizacione jedinice obuhvata mjerljive ciljeve koji su usklađeni s ciljevima doma zdravlja.  
*Uputstvo: Ciljevi su specifične i mjerljive izjave, kojima se definira način na koji se mogu postići kratkoročni ciljevi organizacione jedinice.*
- 1C.79** Plan organizacione jedinice obuhvata plan obuke i razvoja u skladu s potrebama osoblja.  
*Uputstvo: Plan obuke i profesionalnog usavršavanja osoblja bi trebalo da bude u skladu s planom razvoja organizacione jedinice i povezan s planovima razvoja osoblja.*
- 1C.80** Plan organizacione jedinice obuhvata dokumentirane ciljeve poboljšanja kvaliteta.  
*Uputstvo: Ciljevi poboljšanja kvaliteta bi trebalo da budu mjerljivi i mogu obuhvatiti, naprimjer, poboljšanje okruženja za pacijente ili osoblje, procese restrukturiranja procesa rada, kako bi bili efikasniji i učinkovitiji i poboljšanje korištenja resursa.*
- 1C.81** Plan organizacione jedinice je u skladu s drugim planovima koji se odnose na tu organizacionu jedinicu, a koji se prave unutar doma zdravlja.
- 1C.82** Povratne informacije i primjedbe od strane pacijenata/korisnika i drugih aktera koriste se kao informacije za izradu plana organizacione jedinice.  
*Uputstvo: Ukoliko je potrebno, u rad organizacione jedinice mogu se uključiti druge organizacione jedinice, korisnici usluga, osiguravatelji, ili porodični liječnici. Povratne informacije i komentari mogu se prikupljati iz prijedloga, upitnika o općem zadovoljstvu pacijenata i sažetaka žalbi, kao i specifičnih konsultacija o razvoju organizacione jedinice.*

### **Pregled rada organizacione jedinice**

- 1C.83** Vršiti se praćenje napretka u odnosu na ciljeve definirane planom.  
*Uputstvo: Trebalo bi da postoji proces kojim će se vršiti ocjena napretka, te slati izvještaji osoblju u organizacionoj jedinici o postignutom napretku. Izvještaj može biti u pisanoj formi ili se može usmeno prezentirati na sastanku osoblja. Ukoliko se o napretku izvještava usmeno, u zapisnik sa sastanka bi trebalo uključiti sažetak o napretku. Izvještaji o napretku svake organizacione jedinice bi trebalo da se dostavljaju menadžmentu, tako da se mogu prikupljati izvještaji iz cijelog doma zdravlja na jednom mjestu.*
- 1C.84** Organizaciona jedinica daje svoj doprinos izradi publikacija, kao što su bilteni, brošure i godišnji izvještaj.  
*Uputstvo: To se odnosi, naprimjer, na informacije o uslugama koje se pružaju, o broju osoba koje su koristile usluge organizacione jedinice, uspjehe organizacione jedinice, uspjehe pojedinačnog osoblja, te informacije o žalbama i načinu na koji su razriješene, na ciljeve za narednih 12 mjeseci i rezultate praćenja, evaluiranja i provjere kvaliteta.*

- 1C.85** Postoji datirana, dokumentirana politika o prihvatanju / odbijanju poklona koja daje uputstvo osoblju šta se može, a šta ne može prihvatiti kao poklon, kao i procedure za prijavljivanje poklona.
- Uputstvo: Članovi tima ne prihvataju neprikladne poklone, usluge ili gostoljubivost pacijenata, farmaceutske industrije ili drugih koji bi mogli utjecati ili bi se mogli protumačiti kao traženje utjecaja na politiku, ponašanje ili protekciju tima. Članovi tima slijede etički kodeks struke prema načelima dobre prakse i suzdržavaju se od primanja poklona koji bi se mogli protumačiti kao korupcija.*

### Pružanje jednakih mogućnosti

- 1C.86** Postoji datirana, dokumentirana politika o pružanju jednakih šansi, kao i o nediskriminaciji s kojom su upoznati svi zaposleni i svi akteri u zdravstvu.
- 1C.87** Jednake mogućnosti se pružaju svim akterima.
- Uputstvo: Akteri su, naprimjer, osoblje, pacijenti/korisnici i njegovatelji i pripadajuće službe.*
- 1C.88** Provodi se prikupljanje podataka i prati pružanje jednakih šansi.
- 1C.89** Poduzimaju se aktivnosti na temelju nalaza iz prikupljenih podataka i nalaza praćenja.
- 1C.90** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura upravljanja i smanjenja nivoa nasilja, nesretnih slučajeva na poslu i spriječenosti za rad.
- 1C.91** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura koja se odnosi na uznemiravanje osoblja od strane ostalih članova osoblja i/ili pacijenata/korisnika.
- Uputstvo: Ta politika može uključivati, naprimjer, pravo osoblja da od strane kolega i pacijenata/korisnika uvijek budu tretirani uljudno, dostojanstveno, nepristrasno i s poštovanjem, kao i pravo na to da se nasilničko ponašanje i/ili zloupotreba položaja tretira kao ozbiljno narušavanje kodeksa ponašanja, te da kao takvi podliježu disciplinskoj mjeri.*
- 1C.92** Postoji datirana, dokumentirana politika o zabrani svih oblika diskriminacije
- 1C.93** Slučajevi diskriminacije i mobbinga na radnom mjestu se prate i dokumentiraju.
- Uputstvo: To uključuje i uznemiravanje osoblja i uznemiravanje na etničkoj i rasnoj osnovi.*
- 1C.94** Provode se politike i procedure harmoniziranja zahtjeva radnog mjesta i porodičnih i drugih potreba zaposlenog, kad god je to moguće.
- Uputstvo: Te politike i procedure mogu uključivati, naprimjer: postojanje objekata za brigu o djeci, klubova u toku školskih raspusta, produženo odsustvo u slučaju porodičnih problema, fleksibilan rad u smjenama, godišnje ugovore na osnovu broja sati, rad u određenim vremenskim periodima, podjelu posla, odsustvo oca s posla i odsustvo u slučaju usvojenja. Organizacija bi trebalo da se prije implementiranja posavjetuje o tome koje vrste politike osoblje najviše cijeni.*

**Zapošljavanje – regrutovanje i odabir novog kadra**

- 1C.95** Postoji datirana, dokumentirana strategija humanih resursa koja je uvezana s poslovnim planom doma zdravlja i koja je tako oblikovana da omogućuje radne uvjete koji vode ka osiguranju dobrog zdravlja i dobre izvedbe svih zaposlenih. Strategija je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1C.96** Prije angažiranja novog osoblja provodi se analiza broja zaposlenih u odnosu na obim posla s ciljem popunjavanja upražnjenih radnih mjesta kvalificiranom radnom snagom.
- 1C.97** Postoje datirane, dokumentirane procedure odabira i zapošljavanja novog kadra.  
*Uputstvo: Takva procedura uključuje, naprimjer, detalje o vodičima za objavljivanje konkursa, opis posla/radnih obaveza i slično, opis profila tražene osobe, kriteriji za odabir, dobivanje preporuka, sistematski pregled i izdavanje dokumenta o zaposlenju. Isto bi trebalo da se odnosi i na angažiranje i odabir volontera.*
- 1C.98** Procedure zapošljavanja osoblja su u skladu s politikom pružanja jednakih mogućnosti.
- 1C.99** Sve epizode zapošljavanja osoblja započinju opisom posla ili uloge.
- 1C.100** Postoji evidencija koja pokazuje da su svi kandidati ocijenjeni u odnosu na dokument o specifikaciji profila osobe za određeno radno mjesto.
- 1C.101** Prije zapošljavanja vrši se provjera kojom se potvrđuju kvalifikacije i iskustvo osobe, kao i provjera ličnih preporuka od prijašnjih poslodavaca ili obrazovnih institucija.
- 1C.102** Svi članovi osoblja uključenog u proces odabira prolaze obuku koja se odnosi na primjenu kriterija za odabir.  
*Uputstvo: To su, naprimjer, tehnike intervjuiranja, pružanje jednakih šansi svim kandidatima i proces korištenja psihometrijskih testova.*
- 1C.103** Prije samog zapošljavanja osobe, provjerava se da li je osoba bila osuđivana.  
*Uputstvo: Potencijalne zaposlenike i dobrovoljce trebalo bi zamoliti da donesu potvrdu o nekažnjavanju (troškovi koji tom prilikom nastanu pokriva dom zdravlja u kojoj će se zaposliti).*
- 1C.104** Odluke u vezi s odabirom se prate da bi se osiguralo da ne postoji nikakva pristrasnost.
- 1C.105** Po prestanku zaposlenja osoba popunjava upitnik ili se intervjura u slučaju napuštanja radnog mjesta.

**1C.106** Informacije koje se prikupе u toku intervjuiranja/popunjavanja upitnika u slučaju napuštanja radnog mjesta služe za identificiranje problema i potreba za obukom i razvojem.

### Zapošljavanje – zasnivanje radnog odnosa

**1C.107** U domu zdravlja postoji opći akt, odnosno dokumenat koji utvrđuje kvalifikaciju, iskustvo i vještine koje treba da ispuni svaka osoba (kandidat) koji se zapošljava i kriterije za izbor.

*Uputstvo: Za svako radno mjesto utvrđuje se broj izvršilaca, stručna sprema, radno iskustvo u struci, stručno ili naučno zvanje i posebni uslovi. Uobičajeno se to regulira pravilnikom o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta sa detaljnim katalogom opisa poslova.*

**1C.108** Dom zdravlja određuje radna mjesta sa posebnim uslovima na osnovu nalaza instituta zaštite na radu ili druge nadležne institucije.

**1C.109** Svi zaposlenici sklapaju s poslodavcem ugovor o radu.

*Uputstvo: Riječ je o ugovoru o radu, a ne o radnom odnosu. Poslodavac je dužan ugovor o radu zaključiti sa zaposlenikom na dan početka rada. Ako to ne učini dužan mu je dati pismenu izjavu (u roku od 30 dana ako je riječ o radnom odnosu na određeno vrijeme, odnosno na dan početka rada ako je riječ o radnom odnosu na određeno vrijeme). Ako to ne učini, smatra se da je zasnovao radni odnos na neodređeno vrijeme.*

**1C.110** Broj zaposlenika utvrđuje se godišnjim programom rada doma zdravlja, a u skladu sa standardima i normativima zdravstvene zaštite, planom rada doma zdravlja i drugim propisima.

**1C.111** Evidentira se ocjena kandidata pri zapošljavanju u odnosu na utvrđenu kvalifikaciju, iskustvo i vještine.

**1C.112** Prije zapošljavanja se vrši provjera kvalifikacije, iskustva i vještina kandidata, kao i ličnih preporuka ranijih poslodavaca i obrazovnih institucija.

**1C.113** Svi zaposlenici imaju pristup pisanom dokumentu o radnim zadacima i uvjetima službe.

**1C.114** Zaposlenici se konsultuju u slučaju bilo kakve izmjene radnih zadataka i uslova zaposlenja. U toj situaciji zaposlenicima se nudi novi ugovor o radu.

**1C.115** Svi članovi osoblja imaju dokument o opisu posla kojim se reguliraju njihove dužnosti i odgovornosti.

**1C.116** Za svako radno mjesto postoji odgovarajući opis posla i odgovornosti zaposlenog.

- 1C.117** Opisi poslova uključuju odgovornosti izvršioca prema kontinuiranom vlastitom usavršavanju.
- 1C.118** Svi podaci o osoblju pisani rukom, kao i oni elektronski, u skladu su s trenutnim zakonima o zaštiti podataka.  
*Uputstvo: Zaposlenici se obavještavaju o svojim pravima na pristup informacijama koje o njima postoje.*
- 1C.119** Svi zaposlenici se informiraju o njihovim pravima da pristupe informacijama koje ih opisuju i koje se drže u njihovom personalnom dosijeu.

### **Orijentacija i uvođenje u rad**

- 1C.120** Postoji priručnik za osoblje koje se prima u službu.  
*Uputstvo: Priručnik može biti u pisanoj ili elektronskoj formi i postavljen na organizacijskom intranetu. Svi članovi osoblja trebalo bi da budu upoznati s najnovijim priručnikom.*
- 1C.121** Na nivou doma zdravlja vodi se zbirna i pojedinačna evidencija o prisustvu programu orijentacije i uvođenja u službu.  
*Uputstvo: Novozaposlenima se pruža inicijalna obuka na poslu i ocjenjuje njihova sposobnost da preuzmu neposredne odgovornosti.*
- 1C.122** Postoji pisana procedura upoznavanja novozaposlenog u domu zdravlja sa strukturama, službama i timovima unutar zdravstvene organizacije i unutar zdravstvenog sistema.
- 1C.123** Sve novo osoblje, uključujući i privremene zamjene, završava program orijentacije i uvođenja u službu u određenom vremenskom periodu.  
*Uputstvo: Program uvođenja u službu uključuje protivpožarnu zaštitu, zdravlje i sigurnost, povjerljivost informacija o pacijentima/korisnicima, izvještavanje o nesretnim slučajevima i nepovoljnim događajima, bezbjednost, kontrolu infekcija, zdravlje osoblja, uređenje u vezi s plaćama i pregled izvedbe. Program može uključivati i organizacijske ciljeve i vrijednosti, uključenost pacijenata/korisnika u biranje i donošenje odluka, te uvod u priručnik o osoblju i zaštiti kupaca. Svaki dom zdravlja definira vlastiti priručnik za osoblje – formu i sadržaj.*
- 1C.124** Sadržaj programa uvođenja u službu pregleda se jednom godišnje.

## Obuka i usavršavanje

- 1C.125** U domu zdravlja i pripadajućim službama postoji datiran i dokumentiran godišnji plan obuke i usavršavanja.
- Uputstvo: Plan obuke i usavršavanja uključuje, naprimjer, potrebe za obukom i usavršavanjem u domu zdravlja, koje su u vezi s lokalnim ciljevima službe. Plan odražava državne i lokalne prioritete (uključujući program unapređenja zdravlja i prioritete upravljanja kvalitetom), potrebe za obukom kao odgovor na planove profesionalnog usavršavanja prakse, planove ličnog i profesionalnog usavršavanja i učenja. Također uključuje i davanje dozvola zaposlenicima da idu na obuku, te pronalaženje zamjene koja će raditi za vrijeme njihovog odsustva.*
- 1C.126** Plan obuke i razvoja kadrova temelji se na stalnoj ocjeni svakog zaposlenika, u pogledu ponašanja u praksi, održavanja i poboljšanja znanja, stavova i vještina a u odnosu na njihove radne odgovornosti.
- 1C.127** Plan obuke i razvoja kadrova uključuje utvrđivanje resursa za obuku i usavršavanje.
- Uputstvo: Resursi se odnose na novac, objekte, opremu, ekspertizu, ljude i vrijeme. Dom zdravlja može imati budžet za obuku i razvoj centralno ili se budžet planira na nižem nivou.*
- 1C.128** Plan obuke i razvoja kadrova se ocjenjuje u odnosu na ostvarenje ciljeva doma zdravlja.
- Uputstvo: Plan obuke i razvoja kadrova uključen je u poslovni plan doma zdravlja i pregleda se na tri nivoa: individualnom, na nivou organizacione jedinice i na nivou doma zdravlja.*
- 1C.129** Svi članovi osoblja imaju priliku i obavezu da prođu obuku u skladu sa ciljevima razvojnog plana.
- 1C.130** Aktivnosti na obuci i usavršavanju se ocjenjuju naspram njihovog doprinosa dostizanju ciljeva doma zdravlja.
- 1C.131** Dom zdravlja osigurava da svaka pripadajuća služba ima plan profesionalnog usavršavanja vlastite prakse.
- 1C.132** Planovi profesionalnog usavršavanja za svaku praksu odražavaju ulogu pojedinca unutar doma zdravlja/organizacione jedinice.
- 1C.133** Planovi profesionalnog usavršavanja za svaku praksu odražavaju individualne potrebe.
- Uputstvo: Planovi pojedinačnog razvoja se dogovaraju s neposredno nadređenim.*
- 1C.134** Planovi profesionalnog usavršavanja za svaku praksu promovira kontinuirani profesionalni razvoj.

- 1C.135** Planovi profesionalnog usavršavanja za svaku praksu ističu potrebu za cjeloživotnim učenjem.
- 1C.136** Planovi profesionalnog usavršavanja za svaku praksu su u vezi sa strategijama profesionalnih i sindikalnih udruženja.
- 1C.137** Planovi profesionalnog usavršavanja za svaku praksu uključuju godišnji pregled izvedbe.  
*Uputstvo: Planove obuke i usavršavanja bi trebalo pratiti i ocjenjivati bar jednom godišnje.*
- 1C.138** Dom zdravlja osigurava da pripadajuće službe imaju planove obuke i usavršavanja za sve članove osoblja.
- 1C.139** Uređen je raspored osoblja kako bi se osiguralo da postoji zamjena za osobu koja će pohađati obuku.  
*Uputstvo: Vrijeme obuke se mora unaprijed dogovoriti da se na vrijeme obezbijedi zamjena. Organizacija bi trebalo da se usaglasi u vezi s obavještanjem, npr. tri sedmice ili mjesec dana prije termina obuke.*
- 1C.140** Svi članovi osoblja koji su u direktnom kontaktu s pacijentima/korisnicima prolaze obuku iz osnovnih tehnika reanimacije i o tome postoji evidencija. Dodatna obuka s novim informacijama održava se jednom godišnje.
- 1C.141** Osoblje uključeno u nošenje pacijenata/korisnika i premještanje i rukovanje opremom ili nekim težim teretom prolazi obuku, kao i doobuku jednom godišnje i o tome postoji evidencija.
- 1C.142** Svi članovi osoblja prolaze obuku o protivpožarnoj zaštiti jednom godišnje i o tome se vodi evidencija.  
*Uputstvo: Osoblje bi trebalo da prođe obuku o, naprimjer, uzbuni u slučaju požara, rukovanju protivpožarnom opremom i o tehnikama evakuacije. Obuku bi trebalo održavati često, u različito doba dana i noći, kako bi se osoblju dala mogućnost da obuci prisustvuju na različitim lokacijama.*
- 1C.143** Svi članovi osoblja prolaze obuku o zdravlju i sigurnosti na radnom mjestu jednom godišnje i o tome postoji evidencija.
- 1C.144** Vodi se evidencija o prisustvu svakoj obuci i dodatnoj obuci.
- 1C.145** Dom zdravlja saraduje sa sindikatima i obrazovnim ustanovama na omogućavanju stažiranja medicinskim sestrama, učenicima, studentima farmacije, osobama čija je profesija u vezi s medicinom i studentima medicinskog fakulteta.

- 1C.146** Ako dom zdravlja omogućava studentima stažiranje, postoji pismeni sporazum između doma zdravlja i obrazovne ustanove, koji detaljno navodi odgovornosti u vezi s nastavom/obukom, podučavanjem, nadgledanjem i ocjenjivanjem.
- 1C.147** Dom zdravlja prikuplja podatke o kompetenciji osoblja i trendovima da bi mogao odgovoriti na potrebe za učenjem i usavršavanjem zaposlenika.

### **Koordinacija službi i timski rad**

- 1C.148** U domu zdravlja pruža se koordinirana i integrirana zaštita, kako unutar jedne organizacione jedinice, tako i između organizacionih jedinica, odnosno službi i timova.
- 1C.149** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se uređuje koordinacija organizacionih jedinica doma zdravlja u pogledu radnog vremena, razmjene informacija, konsultacija, upućivanja i prebacivanja pacijenta u nadležnost drugim profesionalcima ili drugim službama/jednicama.
- 1C.150** Multidisciplinarni timovi su priznata forma rada unutar doma zdravlja.
- 1C.151** Postoje sistemi koji podržavaju multidisciplinarni timski rad kroz sastanke tima, komunikacijske protokole tima, kroz opis tima, opis članova tima, opis odgovornosti svakog od njih, kao i opis načina na koji se te odgovornosti odnose jedna na druge.
- 1C.152** Dom zdravlja utvrđuje nadležnost multidisciplinarnih timova za određene kliničke entitete i pacijente kojima se pružaju integrirane zdravstvene usluge.
- 1C.153** Dokumentirani su sastavi, odgovornosti i sporazumi rada pojedinih članova tima.  
*Uputstvo: Tim može biti na nivou službe ili jedinice ili može postojati više timova unutar službe/jedinice. Dogovori bi trebalo da budu dokumentirani u priručniku za osoblje, organizacijskoj shemi ili materijalu za uvođenje u rad u službi.*
- 1C.154** Svaki tim je svjestan postojanja ostalih timova (medicinskih, administrativnih ili službi za podršku) čiji je rad vezan za njihov, kao i informacija koje treba prenijeti drugim timovima i kontakt mjesta gdje oni rade.
- 1C.155** Sastanci pojedinih timova održavaju se u redovnim vremenskim intervalima.  
*Uputstvo: Ovisno o lokalnim uvjetima, sastanci se održavaju sedmično, svakih četrnaest dana ili mjesečno. Apsolutni minimum je da se sastanci tima održavaju svaka tri mjeseca.*

- 1C.156** Doprinos radu tima daju svi članovi tima.  
*Uputstvo: Sastanci tima održavaju se u vrijeme kada većina članova može biti prisutna. Na tim sastancima bi se trebalo razgovarati o radnim metodama tima, razvoju usluga i razvoju procedura. Preporučuje se svim članovima tima da predlože pitanja i teme za diskusiju. Prave se zabilježbe sa sastanaka koje se daju na uvid svim članovima tima.*
- 1C.157** Članovi tima provode kliničku reviziju u određenim vremenskim intervalima s obzirom na zdravstvene ishode integrirane zaštite.
- 1C.158** O učestalosti, mjestu i vremenu održavanja te trajanju sastanaka, članovi timova se međusobno dogovaraju, a sastanci se zakazuju u terminima najpribližijim preferiranom izboru većine.
- 1C.159** Sastanci timova održavaju se u vrijeme kada i osoblje koje radi u smjenama može učestvovati.
- 1C.160** Svi članovi tima obavještavaju se o datumu održavanja sastanka tima.
- 1C.161** Članovi osoblja aktivno učestvuju na sastancima o čemu svjedoče zapisnici.  
*Uputstvo: Pitanja o kojima se diskutira na sastancima tima mogu obuhvatati, npr. pitanja razvoja službe, postavljanje ciljeva službe i praćenje ostvarenja tih ciljeva, izmjene osoblja, obuku osoblja i ispitivanje incidentnih situacija.*
- 1C.162** Dnevni red sastanaka je takav da olakšava članovima tima diskusiju i donošenje odluka.
- 1C.163** Zapisnici sa sastanaka dostupni su članovima tima, bez obzira da li su prisustvovali sastanku.
- 1C.164** Komunikacija s članovima tima, osim na sastancima, omogućena je kroz sistem prenošenja informacija o održanim sastancima, kao što su knjige za komunikaciju, bilteni, elektronska pošta i formalni sistemi za primanje i preuzimanje poruka.
- 1C.165** Tim ima ažuriran popis telefonskih brojeva, brojeva mobilnih telefona, pejdžera, e-mail adresa i planova rada zaposlenika na drugim mjestima ili u drugim organizacijama.

### **Godišnja ocjena izvedbe / izvršenja osoblja**

- 1C.166** Postoji datiran, dokumentiran sistem godišnjeg pregleda izvedbe, koji se razvija i provodi uz pomoć linijskih menadžera.  
*Uputstvo: Metode ocjenjivanja osoblja mogu varirati. Npr., evaluacija od strane supervizora/menadžera, samoocjena i/ili podaci od strane suradnika na poslu.*

- 1C.167** Dom zdravlja imenuje liječnike i sestre za superviziju ocjene potreba za obukom i usavršavanjem koji ujedno ocjenjuju izvedbu svakog pojedinca u službi.
- 1C.168** Pregled izvedbe pojedinca zasniva se na opisu posla ili uloga zaposlenih.
- 1C.169** Utvrđene su potrebe za obukom i osnove plana za usavršavanje pojedinaca.
- 1C.170** Ocjena izvršenja svakog pojedinog člana osoblja identificira kvalitet izvršenja i oblasti koje je potrebno poboljšati.
- 1C.171** Ocjena izvršenja koristi se u svrhu utvrđivanja potrebe za obukom. Za svakog člana osoblja njihova ocjena izvršenja koristi se kao osnov ličnog plana razvoja.
- 1C.172** Kriteriji koji se koriste za evaluaciju ocjene dostupni su svem osoblju kao dio sistema ocjene izvršenja.
- 1C.173** Menadžeri i nadzornici, odgovorni za pregled izvedbe i ocjenu potreba za obukom, prolaze kroz obuku i dodatnu obuku da bi održali svoje znanje i vještine.
- 1C.174** Postoji datirana, dokumentirana politika o spriječenosti za rad (bolovanju).
- 1C.175** Menadžeri prolaze obuku iz primjene politike u vezi sa spriječenosti za rad.

### Međuljudski odnosi

- 1C.176** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure o sigurnosti zaposlenja, preraspodjeli osoblja i višku radne snage.  
*Uputstvo: Ove politike i procedure uključuju, naprimjer, priznavanje prava osoblju koje je premješteno drugom poslodavcu, načine na koje organizacija planira da upravlja smanjenjem radne snage, a da se finansijski troškovi i emotivno trošenje pojedinca svedu na minimum, zatim načine na koje se utvrđuju kriteriji za odabir osoblja, razmatranje alternativa obaveznom otpuštanju radnika, kao što su fleksibilnost zaposlenika, dobrovoljni višak osoblja i preraspodjele. Ove politike i procedure se prave u saradnji s osobljem.*
- 1C.177** Postoje datirani, dokumentirani komunikacijski kanali (procedure), koji su na raspolaganju osoblju u slučaju negodovanja, svađa ili žalbi.  
*Uputstvo: Procedure koje bi trebalo slijediti u slučaju negodovanja, svađa ili žalbi od strane osoblja treba da budu objavljene, naprimjer, u priručniku za osoblje, biltenu ili oglasnoj ploči za osoblje.*
- 1C.178** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure koje reguliraju odnose među zaposlenicima.  
*Uputstvo: One uključuju, naprimjer, disciplinski postupak, negodovanje, svađe, žalbe, uređenje evaluacije posla i dokumentirani sporazum o priznavanju izvršenja.*

- 1C.179** Postoje dokumentirani sporazumi za podršku osoblja za vrijeme velikih promjena unutar doma zdravlja i/ili u organizacionoj jedinici.
- Uputstvo: Aranžmani bi trebalo uključivati program akcija za pripremanje i pomoć osoblju za vrijeme trajanja perioda promjena, npr. kod uvođenja sistema kvaliteta u organizaciju; uvođenja računarskog sistema; ocjene postojećeg sistema komunikacija uz adaptaciju ako je potrebno; identifikaciju potrebne obuke za menadžera za upravljanje promjenama. Aranžmani bi trebali biti unaprijed pripremljeni i ocijenjeni u skladu sa stepenom učešća u velikim promjenama. Sporazumi mogu biti posebni dokumenti ili sadržani, uz jasnu identifikaciju, u strategiji humanih resursa.*
- 1C.180** Postoji sporazum o partnerstvu na radnom mjestu između doma zdravlja i predstavnika njegovih zaposlenika.
- Uputstvo: On može da se zasniva na jednom ili svim ovim principima: predanost uspjehu organizacije, predanost sigurnosti posla, fokus na kvalitet radnog vijeka, transparentnost (iskorištavanje talenta/ideja zaposlenika s ciljem povećanja učinkovitosti).*

### Informacije o osoblju

- 1C.181** Postoji sistem za prikupljanje, čuvanje i objedinjavanje podataka o osoblju u skladu sa zahtjevima zakonodavca i zahtjevima za planiranjem radne snage.
- 1C.182** Vodi se i prati evidencija o zaposlenicima.
- Uputstvo: Vodi se evidencija o odsustvima, bolovanju, penzionisanju po osnovu bolesti, otpuštanju po osnovu bolesti, fluktuaciji radne snage, stalnosti osoblja (jedna ili više godina službe), radnom vremenu, specijalnom odsustvu i etničkoj pripadnosti osoblja. Postoji potreba da se iz godine u godinu demonstrira poboljšanje po pitanju stope odsustvovanja, zatim poboljšanje po pitanju stope zadržavanja i napredak u odnosu na cilj da radna snaga bude sve reprezentativnija u zajednici u kojoj pruža usluge, na svim nivoima doma zdravlja.*

### Liječnička stručnost

- 1C.183** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja određuje uvjete za aplikaciju liječnika u dom zdravlja i evaluaciju njihove stručnosti a na temelju zakona, propisa i pravnih akata doma zdravlja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1C.184** Aplikacijski proces uključuje zahtjeve o pribavljanju pojedinosti o kvalifikacijama, sadašnjem poslu, relevantnom prethodnom iskustvu i aktivnostima na kontinuiranom profesionalnom razvoju.
- 1C.185** Postoji sistem za provjeru liječničke kompetencije. Sistem uključuje provjeru registracije u odgovarajućem profesionalnom tijelu, kvalifikacije, obuku i iskustvo liječnika za određenu vrstu posla i provjeru identiteta.

- 1C.186** Liječnička kompetencija podliježe reviziji u roku koji definira nadležno stručno tijelo.
- 1C.187** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se utvrđuju elementi za ograničavanje odgovornosti liječnika ili potpuno oduzimanje prava na obavljanje prakse. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1C.188** Postoji datirana, dokumentirana procedura o proširenju oblasti prakse kada liječnik namjerava da proširi svoje polje rada. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1C.189** Liječnici su po zakonu dužni redovno učestvovati u provjeri svoje prakse (klinički audit).

### Sestrinstvo

- 1C.190** Imenovan je rukovodilac sestrinske službe u domu zdravlja/jedinici (glavna sestra ili tehničar) koja je odgovorna tokom radnog vremena službe.
- 1C.191** Imenovana je glavna sestra za svaku organizacionu jedinicu. Svaka glavna sestra je odgovorna za sestrinsku praksu unutar jedinice za koju je imenovana tokom radnog vremena službe.
- 1C.192** Imenovane su odgovorne sestre timova. Svaka odgovorna sestra tima je odgovorna za sestrinsku praksu unutar tima za koji je imenovana tokom radnog vremena službe.
- 1C.193** Postoji datirana, dokumentirana sestrinska strategija koja odražava tekuća stručna uputstva. Strategija je razvijena u zadnje tri godine uz zalaganje svih sestara širom doma zdravlja/jedinice.  
*Uputstvo: Sestrinska strategija trebalo bi da se bazira na stručnim uputstvima i da bude osjetljiva na pacijentove/korisnikove potrebe, naročito osjetljivih grupa kao što su djeca, osobe s onesposobljenjem i stare osobe. Strategija bi trebalo pokrivati pitanja kako što su: razvoj sestrinstva, obuka na radnom mjestu i pitanja kvaliteta.*
- 1C.194** Sestrinski timovi se sastaju kako bi razvili dokumentirane procedure za implementaciju ciljeva i zadataka sestrinske službe.
- 1C.195** Svaka sestra ima potrebnu kvalifikaciju za poslove koje obavlja.  
*Uputstvo: To bi trebalo da bude kvalifikacija koja je je potrebna za rad sa određenom grupom pacijenata /korisnika.*
- 1C.196** Sestrinsko osoblje koje se vratilo u praksu nakon pet godina pauze ima imenovanog nastavnika.

- 1C.197** Osoblje koje se vratilo u praksu nakon pet godina pauze prolazi obuku za povratak u praksu.  
*Uputstvo: Obuka se sprovodi za osoblje koje je bilo u praksi manje od 100 dana ili 750 sati u prethodnih pet godina.*
- 1C.198** Sestrinsko osoblje koje je bilo na porodijskom odsustvu ili na dugotrajnom bolovanju prolazi dodatnu obuku.
- 1C.199** Kao dio tekuće edukacije i kontinuiranog profesionalnog razvoja, sestre imaju zaštićeno vrijeme za čitanja i usavršavanje.
- 1C.200** Sve sestrinsko osoblje ima mogućnost učešća u programu profesionalnog razvoja u skladu s ciljevima i zadacima doma zdravlja/jedinice.  
*Uputstvo: To bi moglo biti sadržano u individualnom planu razvoja dogovorenom kroz sistem ocjene izvršenja.*
- 1C.201** Obim profesionalnog rada koji obavljaju sestre, a posebno njihove uloge, definirani su i dokumentirani kroz standarde sestrinskog rada.  
*Uputstvo: To može uključivati pitanja koja se tiču sestrinske dijagnoze kao i algoritme zdravstvene njege. Sestra je član multidisciplinarnog tima, odgovorna za planiranje, upravljanje, sudjelovanje i evaluaciju sestrinske njege u području njene kompetencije.*
- 1C.202** Sestrinska evidencija vodi se za svakog pacijenta/korisnika koji iziskuje sestrinsku njegu.  
*Uputstvo: Evidencija bi trebalo da sadrži biografske podatke o pacijentu, podatke o procjeni pacijenta, sestrinsku dijagnozu, individualni plan njege pacijenta, podatke o pruženoj njezi, podatke o praćenju i evaluaciji njege.*
- 1C.203** Sestrinska praksa, uključujući i pridržavanje profesionalnih uputstava, redovno se prati i ocjenjuje.
- 1C.204** Profesionalna sestrinska praksa i sestrinska evidencija se provjeravaju i ocjenjuju.  
*Uputstvo: Profesionalna sestrinska praksa i sestrinska evidencija ocjenjuju se putem unutrašnje provjere kvaliteta (audit).*

## Standard 1D: Planiranje usluga i službe

Dom zdravlja ima dokumentirani plan razvoja službe koji je u skladu s federalnim i kantonalnim planovima i prioritetima za službe primarne zdravstvene zaštite.

### Struktura i odgovornosti menadžmenta

- 1D.205** Postoji datirana organizacijska shema postojeće strukture organizacione jedinice.  
*Uputstvo: U organizacijskoj shemi tačno su navedene postojeća radna mjesta osoblja i linije odgovornosti. Osoblje treba imati pristup organizacijskoj shemi i dobro poznavati organizacijsku strukturu organizacione jedinice. Zakon o radu (SNF 43/99, 32/00, 29/03), čl. 107 utvrđuje da organizacija koja ima više od 15 zaposlenika donosi opšti akt kojim se uređuju pitanja organizacije.  
Dom zdravlja u Pravilniku o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji treba da ima organizacijsku shemu.*
- 1D.206** Osoblje poznaje koje su odgovornosti šefova organizacionih jedinica, voditelja timova i njihove odgovornosti za sveukupno izvršenje i učinkovitost.
- 1D.207** Šef organizacione jedinice je odgovoran za sveukupni menadžment osoblja u organizacionoj jedinici.  
*Uputstvo: Ovo treba obuhvatiti, naprimjer, uključivanje u proces upošljavanja osoblja, disciplinske procedure i procedure žalbi osoblja, preglede raznolikosti vještina i reorganizaciju ili restrukturiranje jedinice.*
- 1D.208** Šef organizacione jedinice je odgovoran za razvoj i implementaciju operativnih politika, planova i procedura za postizanje ciljeva organizacione jedinice.
- 1D.209** Šef organizacione jedinice je odgovoran osigurati da profesionalci u službi rade u skladu s objavljenim kodeksom profesionalne prakse koji je u skladu s njihovom profesionalnom ulogom.
- 1D.210** Šef organizacione jedinice je odgovoran osigurati praćenje i evaluaciju kvaliteta usluga koje se pružaju kroz implementaciju ciljeva poboljšanja kvaliteta.
- 1D.211** Šef organizacione jedinice osigurava pregled izvršenja za sve osoblje u službi.
- 1D.212** Šef organizacione jedinice sudjeluje u izradi i praćenju budžeta organizacione jedinice.  
*Uputstvo: Standard/kriterij se odnosi samo na one organizacione jedinice koje imaju vlastiti budžet.*
- 1D.213** Šef organizacione jedinice pravi plan profesionalnog usavršavanja i obuke osoblja kao sastavni dio plana organizacione jedinice.  
*Uputstvo: Profesionalno usavršavanje i obuka osoblja mogu obuhvatiti obuku na radnom mjestu, mentorstvo i slanje osoblja na rad u drugu organizacionu jedinicu doma zdravlja.*

**1D.214** Odgovornosti šefa organizacione jedinice obuhvataju njegovo uključivanje u obuku i profesionalno usavršavanje osoblja kao trenera i mentora.

*Uputstvo: To uključuje i odgovornost na razvoju razumijevanja procesa učenja.*

**1D.215** Definirani su načini kako se određuje zamjenik odnosno preuzima odgovornost za organizacionu jedinicu u slučaju kada je šef/menadžer odsutan.

### **Timski rad**

**1D.216** Članovi tima privrženi su zajedničkom radu i uzajamno uvažavaju i drugačije poglede svakog od njih.

*Uputstvo: Timski rad razmatra većinu ovih aspekata. Na ovom mjestu iznose se vrijednosti tima za koje se ovaj zalaže, s naglaskom na zajednički rad i međusobno uvažavanje.*

**1D.217** Dokumentirani su zadaci i odgovornosti pojedinaca u timu/timovima organizacione jedinice.

*Uputstvo: Tim može biti na razini organizacione jedinice ili može postojati mnoštvo timova unutar organizacione jedinice. Dogovori timova se dokumentiraju u knjigu osoblja, organizacijski dijagram (organigram) ili u materijale za uvođenje u rad.*

**1D.218** Postoji učinkovit sistem komuniciranja između članova tima

*Uputstvo: Radi osiguranja učinkovite komunikacije između članova tima ili više timova ili prema nivou doma zdravlja, neophodna je datirana i dokumentirana procedura za primanje i prenošenje poruka te rješavanje pitanja koja su pokrenuta tim porukama. Kolegiji/Sastanci su uobičajeni način komuniciranja između članova tima, ali se komunikacije mogu ostvarivati i porukama koje se ostavljaju na pločama, zapisuju u za to određenim knjigama ('protokolima') ili putem elektronske pošte.*

**1D.219** Postoji dogovoreni mehanizam informiranja svih relevantnih članova tima.

**1D.220** Mehanizmi upućivanja i sistem povratnih informacija između članova tima su dogovoreni i učinkoviti.

*Uputstvo: Radi ostvarivanja zaštite pacijenta, članovi tima komuniciraju međusobno, s drugim timovima, specijalističkim službama na nivou doma zdravlja ili u bolnici i drugim ustanovama u zajednici. Međutim, ovdje upućivanje podrazumijeva razmjenu informacija između članova jednog tima. Te razmjene informacija o pacijentima i njihovim njegovateljima treba regulirati posebnim protokolom.*

- 1D.221** Liječnici, stručno i pridruženo osoblje imaju mogućnost čestih neformalnih kolegija/sastanaka, a redovni sastanci tima se održavaju radi diskusije o kliničkim pitanjima i politikama u vrijeme kada svi stručni i pridruženi članovi tima mogu prisustvovati i dati svoj doprinos.
- Uputstvo: Sastanci u ambulanti mogu biti formalni ili neformalni i mogu se održavati uz jutarnju kafu i u vrijeme pauze za ručak, a mogu biti posvećeni organizacijskim pitanjima ili kliničkoj praksi. Svrha kliničkih sastanaka jest razmjena iskustva u tretmanu pacijenata i smanjenje varijacija u praksi na temelju pridržavanja vodilja i protokola za kliničku praksu. Druga važna pitanja mogu biti: osoblje; planiranje; promjene u politikama, procedurama i protokolima; izmjene u ulogama i odgovornostima; potrebe za edukacijom i obukom, itd. Sastanke bi trebalo planirati kao redovne, osobito ako ambulanta ima više timova. Sve osoblje treba biti na vrijeme upoznato s temom sastanka radi kvalitetne pripreme. Preporučuje se da timovi imaju protokol, koji je napisan u sklopu priručnika za politike i procedure, kojim se regulira vođenje sastanaka, učestalost sastanaka, mjesečne teme za diskusiju, itd.*
- 1D.222** Sa kolegija/sastanaka se čuvaju zabilješke o donešenim odlukama i aktivnostima koje će se poduzeti, što je na raspolaganju svim članovima tima.
- 1D.223** Članovi tima mogu organizovati kolegij/sastanaku određenim, vremenski redovnim intervalima.
- Uputstvo: U ovisnosti o lokalnim uvjetima, kolegiji/sastanci se održavaju sedmično, svakih četrnaest dana ili mjesečno. Apsolutni minimum je da se kolegiji/sastanci tima održavaju svaka tri mjeseca. Izbjegavati sastanak ako se ista informacija može dati putem memo-a, emaila ili kratkog izvještaja.*
- 1D.224** Učestalost, mjesto, vremenski raspored i trajanje kolegija/sastanka u organizacionoj jedinici dogovaraju članovi tima, a kolegiji/sastanci se održavaju tako da odraze željene opcije, koliko je to moguće.
- 1D.225** Kolegij/sastanak članova tima se održava u vrijeme koje svim radnicima, uključujući i one u turnusima, omogućuje da budu prisutni.
- 1D.226** Svi članovi tima obavještavaju se o datumu održavanja kolegija/sastanka.
- 1D.227** Svi članovi tima aktivno se potiču da kandiduju pitanja za diskusiju.
- Uputstvo: Pitanja koja se razmatraju na sastancima tima mogu uključiti, naprimjer, pitanje razvoja tima ili organizacione jedinice, postavljanje ciljeva i praćenje aktivnosti na njihovom postizanju, zamjene osoblja, potrebe članova tima za obukom i profesionalnim usavršavanjem, postavljanje službenih pitanja o incidentima.*
- 1D.228** Pripremljeni i prethodno dostavljeni dnevni red za kolegij/sastanak olakšava doprinos članova tima otvorenoj diskusiji i odlučivanju.
- 1D.229** Zapisnici sa kolegija/sastanaka dostupni su članovima tima, bez obzira da li su prisustvovali sastanku.

**1D.230** Komunikacija između članova tima, osim na kolegiju/sastanku, omogućena je kroz sistem prenošenja informacija o održanim kolegijima/sastancima, knjigama primopredaje, biltenima, oglasnim pločama, elektronskom poštom i formalnim sistemima za primanje, preuzimanje i slanje poruka.

*Uputstvo: Vidi 1D.218.*

**1D.231** Tim ima ažuriran popis telefonskih brojeva, brojeva mobilnih telefona, pejdžera, e-mail adresa i vremenskih planova rada na drugim mjestima/u drugim organizacijama, ako to odgovara.

**1D.232** Tim tretira sve pacijente i osoblje na jednak način i ne postoji diskriminacija u odnosu na godine, rasu, spol, društveni sloj, stanje i druge faktore.

**1D.233** Svi članovi tima u stanju su doprinijeti razvoju tima, prakse i svog rada.

*Uputstvo: Sve osoblje tima je obučeno i kvalificirano za obavljanje svojih poslova i pojedinačno doprinosi učinkovitosti tima kao cjeline. Kontinuiranom edukacijom stalno daje doprinos razvoju tima, prakse i svog rada.*

**1D.234** Ako postoji 'zaštićeno vrijeme' za učenje koje osigurava dom zdravlja, tim prihvata mogućnost te ponude.

*Uputstvo: Menadžment doma zdravlja trebao bi osigurati da svaki član tima ima barem 5% radnog vremena koje je odvojeno za čitanje, učenje, kliničku reviziju i timske rasprave o kliničkim pitanjima.*

## **Strateško i godišnje planiranje usluga**

**1D.235** Dokument o strateškom usmjerenju doma zdravlja ili drugi ekvivalentan dokument identificira svrhu i ciljeve doma zdravlja.

**1D.236** Dokument o strateškom usmjerenju doma zdravlja je razvijen uz pomoć doprinosa svih ključnih aktera.

**1D.237** Dokument o strateškom usmjerenju doma zdravlja je u skladu s prioritetima i vodičem za planiranje ministarstva zdravstva.

**1D.238** Dokument o strateškom usmjerenju doma zdravlja je u skladu s planom ministarstva zdravstva i implementacijskim programom ministarstva zdravstva.

**1D.239** Poslovni plan doma zdravlja uključuje i godišnje ciljeve koji se mogu mjeriti.

*Uputstvo: Za svaki od ciljeva u planu navedeni su i koraci koji će dovesti do ispunjenja ciljeva, vremenski okvir i odgovorna osoba.*

**1D.240** Dom zdravlja pravi godišnji plan usluga u kojem su predstavljeni planovi za dostizanje ciljeva doma zdravlja.

- 1D.241** Dom zdravlja pravi godišnji plan usluga u kojem su predstavljeni planovi za dostizanje programa unapređenja zdravlja u zajednici.
- 1D.242** Dom zdravlja pravi godišnji plan usluga u kojem su predstavljene sveobuhvatne potrebe za razvojem i obučavanjem osoblja da bi se dostigli ciljevi doma zdravlja.
- 1D.243** Svi članovi osoblja su uključeni u proces planiranja i razvoja organizacije i imaju priliku da izlože svoje prijedloge i komentare o nacrtanim planovima razvoja.
- 1D.244** Prijedlozi osoblja se razmatraju i uključuju u nacrtno planove.
- 1D.245** Postoji zvanična povratna informacija prema osoblju o tome koji su prijedlozi uključeni u završne planove razvoja.
- 1D.246** Dokument o strateškom usmjerenju i godišnji plan usluga se široko objavljuju.  
*Uputstvo: To su, naprimjer, osoblje, pripadajuće službe i zdravstvene vlasti.*
- 1D.247** Poslovni plan doma zdravlja je mjerljiv a ostvarenje plana revidira menadžment doma zdravlja.

### Planiranje izvedbe

- 1D.248** Postoji datiran, dokumentiran plan izvedbe doma zdravlja koji odražava usluge i finansijske okvire.
- 1D.249** Plan izvedbe doma zdravlja odražava program unapređenja zdravlja.
- 1D.250** Plan izvedbe doma zdravlja odražava zajednički investicijski plan.
- 1D.251** Plan izvedbe doma zdravlja odražava prioritete plana ministarstva zdravstva i implementacijskog programa ministarstva zdravstva.
- 1D.252** Plan izvedbe doma zdravlja odražava nalaze ocjene lokalnih potreba i dogovorene prioritete.
- 1D.253** Plan izvedbe doma zdravlja se pravi u saradnji s odgovarajućim akterima, među kojima su i ostali domovi zdravlja i institucije koje pružaju usluge primarne zdravstvene zaštite.
- 1D.254** Plan izvršenja doma zdravlja se pravi u saradnji s kantonalnim ministarstvom zdravstva i zavodom za zdravstveno osiguranje.
- 1D.255** Plan izvedbe doma zdravlja se pravi u saradnji s lokalnim stanovništvom.

- 1D.256** Plan izvedbe doma zdravlja se pravi u saradnji s pacijentima/ korisnicima i njegovateljima.
- 1D.257** Plan izvedbe doma zdravlja se pravi u saradnji s dobrovoljnim organizacijama.
- 1D.258** Plan izvršenja doma zdravlja se pravi u saradnji s lokalnim vlastima.

### **Dugoročni sporazumi o pružanju usluga**

- 1D.259** Tamo gdje je dom zdravlja napravio dugoročne sporazume o pružanju zdravstvenih usluga, sporazumi su datirani, dokumentirani i predmet su pregleda u određenim vremenskim intervalima.
- 1D.260** Dugoročni sporazumi o pružanju zdravstvenih usluga utvrđuju kvalitet (klinički i neklinički), informacije o praćenju, troškove i obim aktivnosti.
- 1D.261** Dugoročni sporazumi o pružanju zdravstvenih usluga jasno definiraju i opisuju usluge koje će se pružati.
- 1D.262** Dugoročni sporazumi o pružanju zdravstvenih usluga zahtijevaju od davalaca da posjeduju odgovarajuće kvalifikacije i da demonstriraju kontinuirani profesionalni razvoj.
- 1D.263** Dugoročni sporazumi o pružanju zdravstvenih usluga uključuju protokole zdravstvene zaštite, koji opisuju različite odgovornosti osoblja u svim fazama, od upućivanja do perioda nakon otpuštanja.
- 1D.264** Dugoročni sporazumi o pružanju zdravstvenih usluga tačno navode zvanične linije komunikacija između doma zdravlja i davaoca usluga.
- 1D.265** Dugoročni sporazumi o pružanju zdravstvenih usluga obuhvataju i uređenje praćenja i pregleda stepena pridržavanja specifikacija.
- 1D.266** U sklopu dugoročnih sporazuma o pružanju zdravstvenih usluga, dom zdravlja ima sisteme rješavanja problema u pružanju usluga.
- 1D.267** U dugoročnim sporazumima o pružanju zdravstvenih usluga opisuju se arbitražne procedure u slučaju sporova.
- 1D.268** Postoji spisak davalaca zdravstvenih usluga s kojima su zaključeni dugoročni sporazumi o pružanju zdravstvenih usluga.
- 1D.269** Svaki dugoročni sporazum o pružanju zdravstvenih usluga sadrži ime kontakt osobe za davaoce zdravstvenih usluga.

- 1D.270** Postoji potpun set potpisanih dugoročnih sporazuma o pružanju zdravstvenih usluga za sve zdravstvene usluge koje se financiraju.
- 1D.271** Uslovi sporazuma o pružanju zdravstvenih usluga zahtijevaju od davalaca usluga da daju informacije o kliničkim pokazateljima.  
*Uputstvo: One obuhvataju, naprimjer, pokazatelje kliničkog ishoda (oni mogu odražavati ishode definirane na federalnom ili lokalnom nivou), vrijeme između upućivanja i konsultacije, stope deku-bitusa, stope propisivanja generičkih lijekova i dokaz da su dostignuti standardi navedeni u sporazumu o pružanju zdravstvenih usluga.*
- 1D.272** Kada dođe do izmjena u pružanju zdravstvenih usluga, dom zdravlja se konsultira s javnošću.
- 1D.273** Dom zdravlja bi trebalo da pokaže da su izmjene u pružanju zdravstvenih usluga napravljene kao rezultat ocjenjenih potreba i dogovorenih prioriteta.
- 1D.274** Dom zdravlja vrši pregled izvedbe davalaca zdravstvenih usluga, uključujući i najbolju vrijednost, dokaz o učinkovitosti i ishodima, i kao rezultat toga, donosi izmjene u pružanju zdravstvenih usluga.
- 1D.275** Definirani su prioriteti doma zdravlja kad je u pitanju zajedničko pružanje zdravstvenih usluga.
- 1D.276** Postoji datiran, dokumentiran sporazum o tome šta bi trebalo postići u zajedničkom radu pri pružanju zdravstvenih usluga.
- 1D.277** Utvrđene su osobe koje imaju ključnu odgovornost u razvoju planova zajedničkog pružanja zdravstvenih usluga.
- 1D.278** Postoje zajednički budžetski aranžmani s drugim ustanovama u zajedničkom radu pri pružanju zdravstvenih usluga.
- 1D.279** Dom zdravlja daje svoj doprinos razvoju zajedničkih investicijskih planova za pružanje koordiniranih usluga ugroženoj populaciji, u sklopu lokalnog programa za unapređenje zdravlja.
- 1D.280** Članovi zajedničkih grupa za planiranje s drugim ustanovama imaju jasan opis odgovornosti.

## Jačanje partnerstva s drugim ustanovama

- 1D.281** U domu zdravlja postoji datirana, dokumentirana politika rada s partnerskim ustanovama.
- Uputstvo: To su, naprimjer, lokalne medicinske službe, socijalne službe, ostala ministarstva, kao npr. ministarstvo za urbanizam, okoliš, obrazovanje, drugi davaoci zdravstvenih usluga, dobrovoljne organizacije i domovi za njegu.*
- 1D.282** Dom zdravlja je partner u radu lokalnih službi koje mogu doprinijeti unapređenju zdravlja.
- Uputstvo: To su, naprimjer, usluge koje pružaju službe za unapređenje zdravlja, drugi davaoci zdravstvenih usluga u zdravstvenom sektoru, ostale zdravstvene organizacije, lokalne vlasti i privatne i dobrovoljne organizacije.*
- 1D.283** Dom zdravlja daje aktivan doprinos planovima partnerskih ustanova.
- Uputstvo: To može biti putem uključanja u lokalne timove koje vode lokalne vlasti, zdravstvene vlasti, socijalne službe, ostali davaoci zdravstvenih usluga, i privatne i dobrovoljne organizacije. Primjeri planova su zajednički investicijski planovi, okvirni finansijski i planovi usluga, planovi razvoja zajednica, planovi stambene izgradnje, planovi pružanja usluga za djecu, planovi razvoja djece u ranom djetinjstvu i program rada koji se bavi odgovornošću društva u smanjenju siromaštva.*
- 1D.284** Dom zdravlja vrši evaluaciju svojih aranžmana s partnerskim ustanovama.

## Standard 1E: Politike i procedure

Dom zdravlja donosi dokumentirane politike i procedure na temelju kojih se upravlja radom službi.

### Uređenje

- 1E.285** Politike i procedure se razvijaju u skladu sa zakonskim propisima za sva operativna polja doma zdravlja.  
*Uputstvo: Tu spadaju svi zakonski propisi koji mogu imati utjecaja na bilo koji aspekt rada doma zdravlja/jedinice, ali i u skladu sa dobrom praksom.*
- 1E.286** Svaka politika i procedura je datirana i sadrži datum pregleda.
- 1E.287** Politike i procedure na prvoj stranici imaju broj verzije koji se mijenja sa svakom promjenom u dokumentu.
- 1E.288** Osoblje je uključeno u razvoj politika i procedura koje se tiču njihovog polja rada.  
*Uputstvo: Osoblje se može uključiti putem diskusija o određenim pitanjima na sastancima tima ili osoblja ili putem konsultacija o nacrtanim politikama i procedurama. Osoblje se također može uključiti i putem članstva u radnim grupama, čiji je zadatak izrada nacrtnih dokumenata o politikama i procedurama.*
- 1E.289** Sve politike i procedure pregledaju se najmanje svake treće godine.  
*Uputstvo: Tamo gdje dođe do promjena u zakonima ili propisima na federalnom/državnom ili kantonalnom nivou, možda će biti potrebno pregledati politike i procedure i prije isteka tri godine, kako bi one odražavale te promjene.*
- 1E.290** Sve politike i procedure imaju imenovanog nosioca funkcije, odgovornog za sadržaj i proces pregleda.
- 1E.291** Sve politike i procedure imaju jedinstveni broj i stavljaju se u centralni registar.
- 1E.292** Politike i procedure službeno odobravaju direktor i menadžment doma zdravlja.
- 1E.293** Politike i procedure su na raspolaganju svim članovima osoblja doma zdravlja.
- 1E.294** Postoji dokumentiran sistem kontrole dokumenata.  
*Uputstvo: To uključuje, naprimjer, cirkuliranje svih dokumenata, datuma pregleda, kao i sisteme praćenja pregleda i potvrde prijema dokumenata.*

## Standard 1F: Upravljanje izvedbom

Dom zdravlja provodi redovitu ocjenu izvedbe organizacije u odnosu na postavljene ciljeve i zadatke.

### Uređenje

- 1F.295** Dom zdravlja prati stope izdavanja uputnica/upućivanja u svojim pripadajućim službama.
- 1F.296** Dom zdravlja prati obrasce upućivanja u svojim pripadajućim službama.
- 1F.297** Dom zdravlja prati obrasce propisivanja lijekova u svojim pripadajućim službama.
- 1F.298** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke u dokumentu o strateškom usmjerenju.
- 1F.299** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke u godišnjem planu usluga.
- 1F.300** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke lokalnog programa poboljšanja zdravlja.
- 1F.301** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke implementacijskog plana doma zdravlja.
- 1F.302** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke u godišnjem sporazumu o odgovornosti.
- 1F.303** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke okvirnog plana ocjene izvedbe.
- 1F.304** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke okvirnog plana državne službe.
- 1F.305** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke implementacijskog programa iz plana ministarstva zdravstva.
- 1F.306** Dom zdravlja pravi prikaz napretka u odnosu na ciljeve i zadatke okvirnog plana izvedbe osoblja.

## Standard 1G: Upravljanje kvalitetom na nivou doma zdravlja

Dom zdravlja uspostavlja sistem poboljšanja kvaliteta i upravlja kvalitetom tako što osigurava odgovarajuću organizaciju, funkcije, metode i resurse za kvalitet i donosi odgovarajuće politike, strategije, planove i programe.

### Upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta

**1G.307** U domu zdravlja postoji datirana, dokumentirana strategija upravljanja kvalitetom i dokumentirani program poboljšanja kvaliteta.

*Uputstvo: Strategija upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta temelji se na Politici poboljšanja kvaliteta i sigurnosti, Zakonu i Uputstvu za menadžment koje je zdravstvenim organizacijama distribuirao AKAZ. Strategija upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta pokriva i kliničke i nekliničke usluge. Strategija i program mogu uključivati mjerljive ciljeve implementacije, vremenski okvir implementacije, definicije uloga i odgovornosti ključnog osoblja koje učestvuje u nadgledanju i praćenju upravljanja kvalitetom, identificiranje resursa za implementaciju strategije upravljanja kvalitetom, definiranje potrebnih ishoda u implementaciji strategije, način na koji će dom zdravlja raditi sa sastavnim službama, raspored implementacije, mehanizam za pregled, i gdje je to potrebno, uređenje upravljanja kvalitetom u suradnji s drugim organizacijama.*

**1G.308** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta odražavaju državne, regionalne i lokalne prioritete.

*Uputstvo: To uključuje, naprimjer, informacije iz AKAZ-a, plan ministarstva zdravstva, program unapređenja zdravlja, izvještaje zavoda zdravstvenog osiguranja i godišnje izvještaje javnog zdravstva.*

**1G.309** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta utvrđuju implikacije integrirane zdravstvene zaštite.

*Uputstvo: Uređenje integrirane zdravstvene zaštite uključuje upravljanje i partnerstvo s dobrovoljnim i javnim ustanovama za zdravstvenu i socijalnu zaštitu. Uređenje zajedničke odgovornosti bi trebalo da bude uspostavljeno za usluge koje se pružaju na multisektorskoj osnovi i kada je više ustanova uključeno u skrb pacijenata.*

**1G.310** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta odražavaju potrebe sastavnih službi i organizacionih jedinica doma zdravlja.

**1G.311** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta odražavaju preklapanja kliničkog i nekliničkog kvaliteta i druge srodne inicijative.

*Uputstvo: To uključuje, naprimjer, upravljanje rizikom i osiguranje organizacijske kontrole, obuku i razvoj, izvještavanje o nepovoljnim i značajnim događajima i upravljanje žalbama i parnicama.*

**1G.312** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta uključuje kliničku učinkovitost.

- 1G.313** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta uključuje pregled kliničkog kvaliteta (klinička revizija, audit).
- 1G.314** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta sadrži uputstva za podnošenje žalbi i parničenje.
- 1G.315** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta obuhvata i upravljanje rizikom.
- 1G.316** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta uključuje kontinuirani profesionalni razvoj medicinskog osoblja.
- 1G.317** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta sadrži uputstva za dobijanje povratnih informacija od pacijenata/korisnika.
- 1G.318** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta obuhvata i istraživanja i razvoj službe.
- 1G.319** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta u cijelom domu zdravlja obuhvata i mehanizme za utvrđivanje i ispravljanje loše profesionalne izvedbe.
- 1G.320** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta, i napredak u odnosu na ciljeve koji su postavljeni u strategiji, pregledaju se jednom godišnje.
- 1G.321** Program poboljšanja kvaliteta s planom implementacije razvijen je u suradnji s osobljem i interesnim grupama.  
*Uputstvo: Interesne grupe mogu biti: konsultanti, fondovi zdravstvenog osiguranja, liječnici porodične medicine, predstavnici pacijenata/korisnika usluga.*
- 1G.322** Na temelju usvojene strategije, rukovodstvo doma zdravlja dužno je i odgovorno za planiranje i praćenje realizacije godišnjeg programa poboljšanja kvaliteta.
- 1G.323** Generalni direktor doma zdravlja je odgovoran za upravljanje kvalitetom i realizaciju godišnjeg programa poboljšanja kvaliteta.
- 1G.324** Strategija upravljanja kvalitetom i program poboljšanja kvaliteta distribuiraju se u cijelom domu zdravlja.
- 1G.325** Svi zaposleni u domu zdravlja su uključeni u sprovođenje programa poboljšanja kvaliteta.

- 1G.326** Postoji godišnji izvještaj o evaluaciji implementacije strategije za upravljanja kvalitetom i programa poboljšanja kvaliteta i njihovom utjecaju na ishod u skladu s poduzetim aktivnostima.
- Uputstvo: U godišnjem izvještaju je predstavljen napredak u odnosu na strategiju, poduzeto praćenje, evaluacija i akcioni plan za narednu godinu. U to bi također trebalo da budu uključeni i komentari o nalazima prilikom pregleda komisije za unapređenje zdravlja. Izvještaj sadrži procjenu smanjenja troškova, povećanje aktivnosti, bolju iskorištenost osoblja, porast zadovoljstva pacijenata/korisnika i smanjenje vremena čekanja na preglede, rezultate ispitivanja, uputnice specijalistima u bolnicu, načine propisivanja lijekova na teret zdravstvenog osiguranja.*
- 1G.327** Godišnji izvještaj o evaluaciji implementacije strategije za upravljanja kvalitetom i programa poboljšanja kvaliteta uključuje izjavu o osiguranju i poboljšanju kliničkog kvaliteta koju je potpisao generalni direktor kao odgovorni djelatnik.
- 1G.328** Sve zaposleno osoblje u domu zdravlja ima pristup izvještaju o implementaciji programa poboljšanja kvaliteta i aktivno doprinosi izvještaju.
- 1G.329** Klinički kvalitet je redovna stavka na dnevnom redu upravnog odbora i menadžmenta doma zdravlja.
- Uputstvo: Upravni odbor i rukovodstvo bi trebalo da primaju izvještaje o aktivnostima upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta. Upravni odbor ili formalna komisija bi također trebalo da bude uključena u diskusije o kliničkom kvalitetu. Izvještaj upravnom odboru i komisiji može uključivati, na primjer, rezultate rutinskih revizija, pregled nepovoljnih kliničkih slučajeva u određenom periodu, obavještenje o istraživačkim projektima i obavještenje o inicijativama u vezi s kliničkim treningom i edukacijom.*
- 1G.330** Menadžment doma zdravlja određuje prioritete za praćenje radnih procesa i poboljšanje njihovog kvaliteta.
- 1G.331** Menadžment doma zdravlja određuje strukturne, procesne i ishodne indikatore (pokazatelje) kao mjere izvršenja u domeni menadžmenta i pružanja zdravstvenih usluga.
- 1G.332** Proces praćenja kliničkog kvaliteta uključuje prikupljanje podataka, njihovo objedinjavanje i analizu i izvještavanje o rezultatima.
- 1G.333** Proces praćenja kliničkog kvaliteta uključuje ocjenu kompletnosti i prikladnosti ocjene pacijenta (liječničkog pregleda).
- 1G.334** Proces praćenja kliničkog kvaliteta uključuje ocjenu radiološke sigurnosti i programe kontrole kvaliteta, na primjer, laboratorija.
- 1G.335** Proces praćenja kliničkog kvaliteta uključuje ocjenu korištenja dijagnostike i liječenja.

- 1G.336** Proces praćenja kliničkog kvaliteta uključuje ocjenu korištenja antibiotika.
- 1G.337** Proces praćenja kliničkog kvaliteta uključuje ocjenu kontrole infekcije, nadzora i izvještavanja.
- 1G.338** Proces praćenja menadžmenta usluga uključuje evaluaciju nabavke rutinskih potrošnih materijala i lijekova za osnovne potrebe pacijenata.
- 1G.339** Proces upravljanja uslugama uključuje ocjenu korištenja resursa za te usluge (ljudi, vrijeme, podaci, informacije, novac).
- 1G.340** Proces praćenja menadžmenta usluga uključuje evaluaciju očekivanja pacijenata i njihovih porodica i ocjenu njihove percepcije zaštite.
- 1G.341** Proces praćenja menadžmenta usluga uključuje evaluaciju očekivanja i zadovoljstva osoblja.
- 1G.342** Proces praćenja menadžmenta usluga uključuje evaluaciju osnovnih demografskih pokazatelja i dijagnoza.
- 1G.343** Proces praćenja menadžmenta usluga uključuje evaluaciju finansijskog menadžmenta.
- 1G.344** Proces praćenja menadžmenta usluga uključuje evaluaciju nadzora, kontrole i prevencije događaja koji ugrožavaju sigurnost pacijenata, njihovih porodica, posjetitelja i osoblja.
- 1G.345** Imenovana je osoba čija je funkcija i odgovornost nadgledanje upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta u domu zdravlja ('koordinator kvaliteta').
- 1G.346** Formirana je komisija (odbor, povjerenstvo) za upravljanje kvalitetom i trajno poboljšanje kvaliteta radnih procesa i usluga.

*Uputstvo: Komisija (odbor) za upravljanje kvalitetom i trajno poboljšanje kvaliteta naročito sagledava sve aktivnosti na upravljanju kvalitetom radi ocjene i poboljšanja kvaliteta; osigurava integraciju i koordinaciju programskih aktivnosti; daje preporuke za uvođenje i promjenu politika, standarda, bolničkih protokola i procedura; vrši ocjenu i reviziju izvještaja (incidenti, pritužbe, nadzor, problemi u tretmanu pacijenata koje dostavljaju organizacijske jedinice i timovi, upravljanje rizikom, morbiditet izvan onog vezanog za prirodni tok bolesti, rad timova za trajno unapređenje kvaliteta); planira edukaciju osoblja u pitanjima upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta; periodično, a najmanje jednom godišnje vrši evaluaciju programa i planova upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta. Odgovornosti komisije za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta mogu biti uključene u grupu ili komisiju s drugačijim nazivom ali istim sadržajem aktivnosti. Sastav komisije određuje generalni direktor doma zdravlja.*

- 1G.347** Komisija za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta uspostavlja veze i protok informacija s pojedincima i odborima/grupama odgovornim za upravljanje rizikom i osiguranje organizacijske kontrole, uključujući i izvještavanje o nepovoljnim i značajnim događajima.
- 1G.348** Komisija za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta uspostavlja veze i protok informacija s pojedincima i odborima/grupama odgovornim za obrazovanje, obuku i kontinuirani profesionalni razvoj.
- 1G.349** Komisija za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta uspostavlja veze i protok informacija s pojedincima i odborima/grupama odgovornim za razvoj učinkovite prakse i kliničke revizije (uključujući i reviziju sadržaja zdravstvenog kartona).
- 1G.350** Komisija za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta uspostavlja veze i protok informacija s pojedincima i odborima/grupama odgovornim za upravljanje žalbama i parnicama.
- 1G.351** Komisija za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta uspostavlja veze i protok informacija s pojedincima i odborima/grupama odgovornim za istraživanje i razvoj.
- 1G.352** Komisija za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta podnosi godišnji izvještaj o svojim aktivnostima direktoru i upravnom odboru doma zdravlja.
- 1G.353** Svaka sastavna služba doma zdravlja/organizacijska jedinica ima plan upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta koji se uklapa u strategiju upravljanja kvalitetom doma zdravlja i strategiju unapređenja zdravlja.
- 1G.354** Poboljšanje kvaliteta i sigurnosti redovno se provodi i održava na svim nivoima doma zdravlja.
- 1G.355** Prioritetne oblasti za poboljšanje kvaliteta određuju se s osobljem svake službe/organizacijske jedinice i konsenzualno na nivou menadžmenta doma zdravlja.
- 1G.356** Postavljaju se ciljevi, planiraju promjene koje se izvode ili se praksa poboljšava prema standardima (uključujući i ove).
- 1G.357** Prikupljaju se podaci koji svjedoče o poboljšanju nakon implementacije uspješnih promjena u praksi.
- 1G.358** Postoje sistemi za uvezivanje i sređivanje informacija o aktivnostima u cijelom domu zdravlja koje se odnose na upravljanje kvalitetom i rizikom.
- Uputstvo: Tu spadaju informacije o: upravljanju rizikom, zdravlju i sigurnosti; edukaciji, obuci i kontinuiranom profesionalnom razvoju; kliničkoj provjeri kvaliteta i efikasnom razvoju prakse; provjeri sadržaja zdravstvene dokumentacije; pregledu žalbi; istraživanju i razvoju; i inicijativama na poboljšanju nekliničkog kvaliteta. Okvirni plan upravljanja kvalitetom i rizikom bi trebalo da bude povezan i koordiniran s ostalim inicijativama i komisijama/grupama za implementaciju.*

## Upravljanje rizikom

**1G.359** Postoji datirana, dokumentirana strategija upravljanja rizikom u domu zdravlja, koja uključuje i upravljanje kliničkim rizikom.

*Uputstvo: Strategiju bi trebalo da odobri upravni odbor doma zdravlja, zajedno sa svrhom, ciljevima i individualnim odgovornostima. Strategija bi trebalo da pojasni na koji način se uređenje upravljanja rizikom odnosi na pripadajuće službe. Strategija upravljanja rizikom je u vezi s potrebom da dom zdravlja napravi izjavu o osiguranju kontrole i uključuje, naprimjer, kontinuiranu identifikaciju prioriteta kada su u pitanju ključni rizici, definiranje prihvatljivog rizika, opis radnji koje se poduzmu s ciljem upravljanja svakim rizikom i identificiranje načina mjerenja rizika. Uređenje upravljanja kliničkim rizikom se detaljnije može razraditi u strategiji upravljanja kvalitetom doma zdravlja. Strategija upravljanja rizikom može biti poseban dokument ili dio Strategije upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta.*

**1G.360** Na temelju usvojene strategije, rukovodstvo doma zdravlja dužno je i odgovorno za planiranje i praćenje realizacije godišnjeg programa upravljanja rizikom, odnosno programom sigurnosti.

**1G.361** Imenovana je osoba odgovorna za upravljanje sveukupnim rizikom u domu zdravlja.

**1G.362** U domu zdravlja imenovana je osoba za upravljanje kliničkim rizikom.

*Uputstvo: To može biti i koordinator kvaliteta.*

**1G.363** Formirana je komisija (odbor, povjerenstvo) za upravljanje rizikom.

*Uputstvo: Ovo može biti i nadležnost komisije za poboljšanje kvaliteta.*

**1G.364** Strategija upravljanja rizikom je na raspolaganju svem osoblju doma zdravlja.

**1G.365** Dom zdravlja učestvuje u zajedničkoj shemi osiguranja.

**1G.366** Ocjenjuje se upravljanje rizikom s ciljem procjenjivanja zahtjeva doma zdravlja za pokrivenošću osiguranjem.

**1G.367** Ocjenjuje se postojanje i nivoi opasnosti na radnom mjestu.

**1G.368** Nalazi ocjene rizika se dokumentiraju.

**1G.369** Procjene rizika u cijelom domu zdravlja se upoređuju.

**1G.370** Mjere kontrole (preventivne i zaštitne) se dokumentiraju, stavljaju kao prioritet i implementiraju.

**1G.371** Ocjene rizika se sistematski pregledaju i ažuriraju kada dođe do promjene okolnosti.

*Uputstvo: To može uključivati, naprimjer, slučajeve kada se službe premještaju iz prostorija ili se obnavljaju, ili kada se uvodi potpuno drugačija oprema.*

## Standard 1H: Komunikacije s osobljem, pacijentima i drugim organizacijama

Postoji efikasna služba za marketing doma zdravlja i komunikacije ustanove i njenih službi s pacijentima/korisnicima, osobljem i drugim organizacijama te lokalnom zajednicom.

### Opći dio

- 1H.372** Postoji datirana, dokumentirana komunikacijska strategija za domove zdravlja.  
*Uputstvo: Strategija predstavlja način na koji dom zdravlja vrši internu i eksternu komunikaciju, uključujući osoblje, sastavne službe, pacijente/korisnike i njegovatelje, lokalnu zajednicu, lokalne vlasti, vanjske organizacije, uključujući službe koje su angažirane od strane doma zdravlja, službu za zastupanje i odnose s pacijentima, veze s lokalnim medijima i korištenje informacijskih tehnologija da bi se postigla učinkovita komunikacija.*
- 1H.373** Utvrđene su postojeće mreže komunikacija sa svim akterima.
- 1H.374** Razvijene su nove mreže komunikacija tamo gdje je utvrđeno da prethodno nisu postojale.
- 1H.375** Kodeks otvorenosti u zdravstvenom sistemu nalaže komunikacije doma zdravlja s osobljem, pacijentima/korisnicima, njegovateljima i lokalnom zajednicom.
- 1H.376** Prati se učinkovitost komunikacijske strategije doma zdravlja.  
*Uputstvo: To uključuje, naprimjer, ocjenu širenja i razumijevanja informacija, kako unutar, tako i van doma zdravlja.*

### Komunikacije s pacijentima/korisnicima usluga i njegovateljima

- 1H.377** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura za odobravanje informativnih materijala za pacijente. Politika i procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1H.378** Informativni materijali za pacijente i njegovatelje su napisani na konciznom, razumljivom b/h/s jeziku, pri čemu se uzimaju u obzir potrebe posebnih grupa pacijenata/korisnika.  
*Uputstvo: Jezik i dizajn informativnih materijala vodi računa i o potrebama zajednica koje ne govore b/h/s jezikom, onih koji su najmanje sposobni i najmanje obrazovani, ljudi s osjetilnim onesposobljenjima i ljudi s poteškoćama u učenju.*
- 1H.379** Dom zdravlja ima plan razvoja i upotrebe informacijskih tehnologija za širenje informacija prema pacijentima/korisnicima, njegovateljima i javnosti.  
*Uputstvo: To može uključivati informacije putem faksa, upotrebu Interneta, te ostale on-line službe i interaktivne on-screen informativne punktove u prostorijama koje koristi lokalna zajednica.*

## Komunikacije s osobljem

- 1H.380** Postoje sistemi za učinkovitu komunikaciju unutar doma zdravlja, uključujući i pripadajuće mu službe.  
*Uputstvo: Tu su, naprimjer, organizacijski bilten, organizacijski intranet, informativni kanali, kao što su kratki sastanci tima, otvoreni sastanci, elektronske oglasne table i određene oglasne table za osoblje.*
- 1H.381** Postoji dokumentirana procedura za rutinsko komuniciranje unutar doma zdravlja, koja uključuje i pitanja kao što su cirkuliranje bilješki sa sastanaka i redovno prenošenje novih informacija od strane upravnog odbora, odnosno direktora.
- 1H.382** Uspostavljeni su sistemi kojima se podržava komunikacija osoblja prema višem nivou, prema neposredno nadređenom i prema direktoru, uključujući i pisanu izjavu direktora kojom se poziva bilo koji član osoblja da ga kontaktira u vezi sa svojim idejama, prijedlozima ili problemima.  
*Uputstvo: To može obuhvatiti odbore sa predstavnicima osoblja, sastanke u službi, otvorene sastanke za sve članove osoblja, te politike koje su dostupne svim članovima osoblja.*
- 1H.383** Postoje otvorene komunikacije s menadžmentom unutar doma zdravlja.  
*Uputstvo: To može uključivati, naprimjer, politiku otvorenih vrata, sistem odgovaranja na elektronsku poštu, sheme prijedloga i zvanične konsultativne vježbe.*

## Komunikacije s drugim organizacijama

- 1H.384** Postoji datiran, dokumentiran spisak vanjskih organizacija i informacija koje im se rutinski prosljeđuju.  
*Uputstvo: Vanjske organizacije su, naprimjer, zdravstvene vlasti, drugi domovi zdravlja, službe za zastupanje i odnose s pacijentima, uključujući i socijalne službe, ministarstvo za urbanizam i prostorno planiranje i ministarstvo za obrazovanje.*
- 1H.385** Menadžeri surađuju s menadžerima drugih službi zdravstvene zaštite.  
*Uputstvo: Suradnja se može odvijati kroz prisustvovanje sastancima na lokalnom/regionalnom nivou ili kroz uključenost u zajedničko planiranje s drugim organizacijama zdravstvene zaštite putem zajedničkog rada ili razvoja projekata s drugim organizacijama.*
- 1H.386** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja predstavlja vodič za komunikacije s medijima  
*Uputstvo: To uključuje kako odgovore na pitanja medija, tako i načine predstavljanja informacija koje dom zdravlja želi uputiti medijima.*

## Standard 11: Upravljanje informacijama i informacijske tehnologije

Dom zdravlja ima konzistentan i sistematski pristup upravljanju informacijama i elektronskim informacijskim sistemima.

### Strategije

- 11.387** Postoji datirana, dokumentirana strategija o upravljanju informacijama i o informacijskim tehnologijama doma zdravlja. Strategija je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Strategija bi trebalo da opiše tekuću opremljenost IT službom, te identificirati težnje za uvođenjem IT unutar ustanove.*
- 11.388** Strategija o upravljanju informacijama i o informacijskim tehnologijama povezana je s ciljevima i poslovnim planovima doma zdravlja u cjelini.
- 11.389** Dom zdravlja raspolaže računarima koji podržavaju rad doma zdravlja ili je u dokumentiranom planu nabavka računara i računarske opreme.
- 11.390** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija definira informacijske potrebe doma zdravlja ovisno o veličini i složenosti ustanove.
- 11.391** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se razvojem elektronskog zdravstvenog kartona u cijelom domu zdravlja i pripadajućim mu službama.
- 11.392** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se kompjuterizacijom pripadajućih službi.  
*Uputstvo: Domovi zdravlja bi trebalo da zajedno sa svojim službama razmisle o tome kako da naprave informacijski sistem i odgovarajuću obuku da bi podržali razvoj elektronskog zdravstvenog kartona. Tu bi se također trebalo baviti pitanjem pridržavanja u skladu sa zahtjevima za akreditaciju za sve sisteme prakse.*
- 11.393** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se upotrebom elektronske opreme kao pomoćnog sredstva za propisivanje lijekova.
- 11.394** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se unifikacijom podataka, kvalitetom i dosljednošću podataka.  
*Uputstvo: Potrebno je definirati minimalne skupove podataka, definicije podataka, klasifikacijske sheme i terminologiju.*
- 11.395** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se načinom na koji će informacije biti upotrebene da se podrži poslovni proces i upravljanje ljudskim resursima.

- 11.396** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija podržava upravljanje kvalitetom i rizikom na nivou doma zdravlja tako da se putem integracije podataka IT koristi za kontrolu i poboljšanje kvaliteta.
- 11.397** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se edukacijom i obukom osoblja te istraživačkim radom.
- 11.398** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se multidisciplinarnim doprinosom definiranju skupova suštinskih kliničkih podataka.
- 11.399** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija bavi se procesom prikupljanja općih podataka i protokom informacija između institucija zdravstvenih vlasti, domova zdravlja, bolnica, socijalnih službi i dobrovoljnih organizacija.
- 11.400** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija odražava i podržava sve vitalne funkcije doma zdravlja u funkciji prioritizacije.  
*Uputstvo: Strategija upravljanja informacijama i informacijskim tehnologija bi trebalo da odražava primarni implementacijski plan, prioritete programa za unapređenje zdravlja, prioritete zajedničkog investicijskog plana, itd.*
- 11.401** Utvrđeni su resursi za implementaciju strategije upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija.
- 11.402** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija utvrđuje nabavke informacijskih tehnologija.  
*Uputstvo: Sistemi IT kao i oprema koja se koristi u domu zdravlja trebali bi se nabaviti preko centralnog odjela prema dokumentiranoj specifikaciji napravljenoj između IT odjela i krajnjih korisnika.*
- 11.403** Strategija upravljanja informacijama i informacijskih tehnologija utvrđuje ko ima odgovornost da obezbijedi da su softverske aplikacije uredno licencirane.  
*Uputstvo: Imenovana je jedna ili više odgovornih osoba za instaliranje softvera i njegovo licenciranje.*
- 11.404** Postoji datirana, dokumentirana procedura da se svaki dodatni program koji pojedini korisnici zahtijevaju ili instaliraju autorizira od strane osobe odgovorne za licenciranje. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 11.405** Informacijski sistem daje informacije potrebne radi pridržavanja uredbi koje je propisalo ministarstvo zdravstva o praćenju izvedbe.
- 11.406** Postoje procesi revizije i pregleda kojima se verificira tačnost podataka unesenih u informacijske sisteme.  
*Uputstvo: To uključuje, naprimjer, sistematske preglede informacija za donošenje odluka od strane menadžmenta, potražnju informacija o pogledima/mišljenju korisnika kao način da se poboljša sakupljanje i širenje informacija i redovno prikupljanje podataka, vodeći računa o tačnosti, potpunosti i blagovremenosti.*

- 11.407** Članovi tima porodične/obiteljske medicine imaju pristup kliničkim informacijama na Internetu.
- 11.408** Informacijama i informacijskim tehnologijama upravljaju i bave se ljudi koji su obučeni za to i koji imaju iskustva s korištenjem informacijskih tehnologija u domu zdravlja.
- 11.409** Dom zdravlja održava detaljan popis računarske opreme, s opisom ugrađenih komponenti i inventarskim brojevima.

### Sigurnosna politika

- 11.410** Postoji dokumentirana sigurnosna politika informacijskog sistema doma zdravlja.  
*Uputstvo: Politika se zasniva na novom međunarodnom standardu za zaštitu informacija ISO/IEC 17799. Svrha je ove politike da definira prihvatljive i neprihvatljive načine ponašanja, da jasno raspodijeli zadatke i odgovornosti, te da propiše sankcije u slučaju nepridržavanja. Pravila rada i ponašanja koja definira sigurnosna politika vrijede za: svu računarsku opremu koja se nalazi u prostorima doma zdravlja; administratore informacionih sistema; korisnike (zaposlenici i vanjski suradnici); vanjske organizacije koje po ugovoru rade na zajedničkom projektu i organizacije koje rade na održavanju opreme ili softvera. Generička politika trebalo bi da bude dovoljno fleksibilna kako se ne bi morala često mijenjati, dok su prateći pravilnici i procedure pisani kao upute za rješavanje konkretnih problema i mogu se češće mijenjati.*
- 11.411** Strategija informacijskih tehnologija i sigurnosna politika utvrđuju koliko je kritična svaka pojedinačna softverska aplikacija i IT službe za rad doma zdravlja.
- 11.412** Strategija informacijskih tehnologija i sigurnosna politika utvrđuju rizike infekcije malicioznim (*Malware*) programima (virusi, crvi, spamovi, spyware, phishing, dialeri i sl.) i donose mjere čijom implementacijom se dom zdravlja brani od takvih prijetnji.
- 11.413** Dom zdravlja održava popis ovlaštenih osoba koje imaju pristup u sigurne zone.  
*Uputstvo: U pravilu su to samo zaposlenici koji administriraju mrežnu i komunikacijsku opremu.*
- 11.414** Kritična oprema je zaštićena od problema s napajanjem električnom energijom.  
*Uputstvo: To znači da električne instalacije moraju biti izvedene kvalitetno, da se koriste uređaji za neprekidno napajanje (UPS On-line), a po potrebi i generatori električne energije.*
- 11.415** Postoji datirana, dokumentirana procedura za oporavak kritičnih sistema radi osiguranja neprekinutosti poslovanja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: To je potrebno kako bi u slučaju nezgode i zamjene izvršitelja novoupisani djelatnici mogli brzo reagirati.*

- 11.416** Postoji datirana, dokumentirana procedura za pravljenje kopija podataka (*backup*), u intervalima koji su sukladni operativnoj važnosti podataka. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 11.417** Postoji datirana, dokumentirana procedura za obnavljanje podataka u slučaju nezgode u kompjuterskim i mrežnim sistemima/službama. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 11.418** Dom zdravlja povremeno provjerava upotrebljivost rezervnih kopija podataka i izvodi vježbe oporavka sistema.  
*Uputstvo: Vježbe se izvode na rezervnoj opremi, u laboratorijskim uvjetima.*
- 11.419** Postoji datirana, dokumentirana procedura za sprečavanje otuđenja i oštećenja računarske opreme. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Na portirnici treba provjeriti da li oprema koja se iznosi ima potrebne prateće dokumente, izdatnice, radne naloge za popravak, itd.*

## Lokalna mreža

- 11.420** Postoji datirani, dokumentirani tačan popis svih mrežnih priključaka i umreženih uređaja, uključujući i prenosive računare, kojima raspolaže administrator zadužen za upravljanje mrežom u domu zdravlja.
- 11.421** Postoje datirane, dokumentirane procedure o spašavanju podataka nakon „pada” servera, tamo gdje organizacija ima mrežni sistem.
- 11.422** Svi IT korisnici u domu zdravlja/jedinici mogu kontaktirati imenovanu osobu za slučaj pada servera.  
*Uputstvo: To je imenovana osoba unutar doma zdravlja ili vanjska organizacija koja daje podršku domu zdravlja.*
- 11.423** Domovi zdravlja koji posjeduju mrežu i svoje vlastite mrežne i komunikacijske uređaje imaju pravila i procedure koje određuju ovlaštenja, odgovornosti, odobrenja i dokumentaciju za priključivanje računara u mrežu, ko upravlja mrežom, konfiguriše mrežne uređaje, dodjeljuje adrese i kreira virtualne LAN-ove.
- 11.424** Dom zdravlja ima poseban pravilnik ukoliko je podržan pristup i rad na daljinu (*remote access*), na primjer, kada se djelatnicima dopušta da sa kućnog računara ažuriraju podatke.  
*Uputstvo: S ovim pravilnikom moraju biti upoznati svi koji rade na daljinu.*

- 11.425** Postoji pravilnik radi zaštite povjerljivih informacija pri prijenosu mrežom. Dom zdravlja u pravilniku definira vrstu enkripcije, obavezan softver, procedure za dodjelu i čuvanje kriptografskih ključeva i slično.
- 11.426** Postoji datirana, dokumentirana procedura za spajanje na mrežu gostujućih računara, koja donose sa sobom vanjski suradnici, predavači, poslovni partneri i serviseri. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Ne smije se dozvoliti da oni po svom nahođenju priključuju računare na mrežu doma zdravlja, radi opasnosti od širenja virusa ili namjernih agresivnih radnji, poput presretanja mrežnog prometa, prikupljanja informacija, itd. Dom zdravlja može odrediti priključna mjesta, na primjer u predavaonicama, bibliotekama, gdje je dozvoljeno priključiti gostujuće računare, te konfiguracijom mreže spriječiti da se s tog segmenta mreže dopre do ostalih računara u domu zdravlja.*

### Povjerljivost i čuvanje informacija

- 11.427** Postoji datirana, dokumentirana politika kojom je utvrđen način povjerljivog osiguravanja informacija o pacijentima, njihovim porodicama i osoblju u domu zdravlja. Politika je u pisanoj formi i revidirana je u zadnje tri godine.
- 11.428** Postavljen je 'informacijski čuvar' u cijelom domu zdravlja, čija je odgovornost obezbjeđenje i reguliranje upotrebe informacija kojima je moguće identificirati pacijenta.
- 11.429** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje reguliraju zaštitu i upotrebu informacija u kojima je moguće identificirati pacijenta od strane osoblja doma zdravlja.
- 11.430** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje reguliraju otkrivanje informacija o pacijentima vanjskim organizacijama. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Te procedure podupiru i potpomažu razvoj rada izvan granica doma zdravlja i razvoj programa za unapređenje zdravlja.*
- 11.431** Datirani, dokumentirani sporazumi osiguravaju protok informacija između domova zdravlja i njegovih sastavnih službi, te domova zdravlja, s jedne strane i zavoda zdravstvenog osiguranja i ministarstava zdravstva, s druge strane.
- Uputstvo: Informacijski sporazumi su recipročni sporazumi, koji opisuju sve rutinske protoke informacija između organizacija. U njima je navedeno koje će informacije biti kome date, svrhu u koju će informacija biti upotrijebljena, kome dalje može biti otkrivena i u kojem obliku prezentirana. To će pokriti dugoročne sporazume o uslugama i puteve integrirane zdravstvene zaštite.*

- 11.432** Postoji datirana, dokumentirana procedura o mjerama s ciljem minimiziranja rizika neovlaštenog pristupa sistemima elektronskih podataka.  
*Uputstvo: To će uključivati, naprimjer, da samo specificirani korisnici s individualnom lozinkom mogu imati pristup informacijama o pacijentima. Klinički podaci bi trebalo da budu na raspolaganju samo onima koji su uključeni u zdravstvenu zaštitu pacijenta.*
- 11.433** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje reguliraju kontrolu prenošenja podataka, kako unutar tako i prema vani. Procedure obezbjeđuju da su identifikacioni podaci pacijenta zaštićeni prilikom prijenosa ili je rizik njihovog otkrivanja minimiziran. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 11.434** Svaka osoba koja pristupa povjerljivoj opremi, sigurnoj zoni ili osjetljivim informacijama potpisuje Izjavu o čuvanju povjerljivih informacija.  
*Uputstvo: Dom zdravlja može u ugovore s vanjskim organizacijama ugraditi odredbe kojima obavezuje poslovne partnere na poštivanje sigurnosnih pravila. Ugovorom će se regulirati pristup, čime se podrazumijeva pristup prostorijama, pristup opremi ili logički pristup povjerljivim informacijama. Treću stranu treba obavezati na čuvanje povjerljivih informacija s kojima dođu u dodir pri obavljanju posla, npr. radi servisiranja, održavanja, podrške, obuke, zajedničkog poslovanja, konsultacija, itd.*
- 11.435** Kompjuterski monitori koji imaju pristup povjerljivim podacima nisu postavljeni na mjesta gdje ih mogu vidjeti neovlaštene osobe i ne ostavljaju se bez nadzora kada se povjerljivi podaci mogu vidjeti.
- 11.436** Dom zdravlja zadržava pravo nadzora nad instaliranim softverom i podacima koji su pohranjeni na umreženim računarima, te nad načinom korištenja računara.  
*Uputstvo: Nadzor se smije provoditi radi: osiguranja integriteta, povjerljivosti i dostupnosti informacija i resursa; provođenja istrage u slučaju sumnje da se dogodio sigurnosni incident; provjere da li su informacijski sustavi i njihovo korištenje usklađeni sa zahtjevima sigurnosne politike.*
- 11.437** Nadzor obavljaju samo osobe koje je dom zdravlja za to ovlastio.  
*Uputstvo: Pri provođenju nadzora ovlaštene osobe dužne su poštivati privatnost i osobnost korisnika i njihovih podataka. U slučaju da je korisnik prekršio pravila sigurnosne politike, ne može se više osigurati povjerljivost informacija otkrivenih u istrazi, te se one mogu koristiti u disciplinskom ili sudskom postupku.*
- 11.438** Članovi osoblja koji koriste informacijske sisteme obučeni su u cijeloj organizaciji za unošenje podataka i upotrebu i tumačenje informacija.
- 11.439** Postoji datirana, dokumentirana politika za kreiranje, upravljanje, postupanje, sigurno pohranjivanje i uništavanje svih zapisa u domu zdravlja.  
*Uputstvo: Zapisi uključuju: medicinske zapise o pacijentu, lične podatke zaposlenih, zapise o postupanju s ugovaračima i zapise o davanju odgovora u marketinške svrhe. Može biti praktično imati politiku upravljanja cjelokupnim zapisima, npr. jedan set procedura koje se odnose na sve aspekte upravljanja pacijentovim zapisima.*

**11.440** Podaci koji se po zakonu moraju čuvati zadržavaju se tokom perioda propisanog zakonom.

**11.441** Dokumentirane su specifične odgovornosti imenovanih nosilaca funkcije za ažuriranje i čuvanje podataka.

*Uputstvo: To može uključivati specifični opis posla sadržan u procedurama za upravljanje informacijama ili biti prezentirano u obliku dijagrama.*

### **Poboljšanje kvaliteta**

**11.442** Medicinska dokumentacija periodično se pregleda s obzirom na kompletnost, tačnost, čitljivost i pravovremeno unošenje svih podataka. Kliničku reviziju dokumentacije provode sve organizacione jedinice doma zdravlja.

**11.443** Dom zdravlja prikuplja i analizira agregirane podatke s ciljem podrške zaštiti pacijenata, i upravljanju kvalitetom i rizikom.

**11.444** IT podržava provođenje kliničke revizije slanja uputnica i propisivačke prakse.

**11.445** IT podržava provođenje kliničke revizije pridržavanja propisanih vodilja za kliničku praksu.

**11.446** IT podržava implementaciju akreditacijskih standarda.

## Standard 1J: Finansijski menadžment

Postoje čvrsti sporazumi za finansijski menadžment koji domu zdravlja omogućuju da ostvari svoje ciljeve.

### Finansijski sistemi

- 1J.447** Postoji napisani godišnji budžet doma zdravlja koji je usklađen sa poslovnim planom.
- 1J.448** Postoje sistemi interne finansijske kontrole da bi se osigurala imovina od neovlaštenog korištenja ili raspolaganja.
- 1J.449** Postoje sistemi interne finansijske kontrole radi održavanja potpunih računovodstvenih zapisa za sve finansijske transakcije.
- 1J.450** Pouzdanost proizvedenih finansijskih informacija sistematski se provjerava.
- 1J.451** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za sve finansijske i računovodstvene funkcije. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1J.452** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje navode korake u prevenciji prevara u svim fazama finansijskih transakcija. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To uključuje, naprimjer, sva gotovinska plaćanja, ovlaštenja za nabavku potrošnih materijala, platne spiskove, transakcije s bankama.*

### Upravljanje budžetom

- 1J.453** Postoje dokumentirane odgovornosti za upravljanje budžetom.
- Uputstvo: To može stajati u poslovnom planu, u dodatku godišnjeg budžeta ili u opisu poslova.*
- 1J.454** Finansijski izvještaj dostavlja se menadžmentu doma zdravlja jedanput mjesečno.
- 1J.455** Izvještaj pokriva varijacije u budžetu s obzirom na prihode i rashode.
- 1J.456** Postoji sistem za upravljanje pitanjima dužnika i kreditora unutar specifičnih ciljeva.

### Upravljanje imovinom

- 1J.457** Rutinski se održava registar kapitalne imovine.
- 1J.458** Postoji program za kapitalna ulaganja.

## Finansijska revizija

- 1J.459** Dom zdravlja održava sistem interne finansijske kontrole.
- 1J.460** Izvještaji interne i vanjske finansijske kontrole dostavljaju se menadžmentu bolnice.
- 1J.461** Postoji sistem provjere koji osigurava primjenu preporuka nakon dostavljenih izvještaja finansijske revizije.

## Prikupljanje finansijskih sredstava

- 1J.462** Aktivnosti na prikupljanju finansijskih sredstava u ime doma zdravlja obavlja se u skladu sa statutom.
- 1J.463** Postoje datirane, dokumentirane procedure za utvrđivanje, raspoređivanje i potvrđivanje doniranih sredstava. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1J.464** Postoji datirana, dokumentirana lista opreme, usluga ili projekata za koje je odobreno prikupljanje novčanih sredstava. Odobrenje izdaje upravni odbor doma zdravlja.

## Upravljanje dobrotvornim sredstvima

- 1J.465** Dom zdravlja je odgovoran za rukovanje dobrotvornim sredstvima i/ili poklonima.  
*Uputstvo: Dom zdravlja imenuje odbor ili komisiju u okviru upravnog odbora za rukovanje dobrotvornim sredstvima i poklonima.*
- 1J.466** Bilo koji preostatak dobrotvornih sredstava investira se u skladu s tekućim zakonom.

## Vrijednost za novac

- 1J.467** Dom zdravlja demonstrira najbolju vrijednost i dobru praksu za uložena finansijska sredstva.
- 1J.468** Princip 'vrijednost za novac' temelj je za poslovno planiranje i nabavku roba i usluga.

## Standard 1K: Kupovina i prodaja roba i usluga

Postoje potpisani sporazumi o kupovini i prodaji svih roba i usluga drugim organizacijama i dokumentirane procedure za upravljanje nabavkom roba.

### Ugovorni sporazumi

- 1K.469** Između doma zdravlja/jedinica i drugih organizacija pregovara se i sklapaju se ugovori o kupoprodaji roba i usluga.
- 1K.470** Postoji registar ugovora koje je dom zdravlja sklopio s vanjskim organizacijama.
- 1K.471** Kada se radi o kupovini, proces ugovaranja podrazumijeva natjecateljski tender radi osiguranja vrijednosti za novac.
- 1K.472** Postoje formalne komunikacijske veze između imenovanog člana doma zdravlja koji je odgovoran za ugovaranje nabavki roba i usluga i menadžera organizacije koja prodaje i isporučuje te robe i usluge.
- 1K.473** Uloge i odgovornosti osoba koje pregovaraju i sklapaju ugovore u ime doma zdravlja jasno su definirane i dokumentirane.  
*Uputstvo: Osoblje doma zdravlja koje je uključeno u pregovaranje i sklapanje ugovora mora imati odgovarajući nivo ovlaštenja u odlučivanju.*
- 1K.474** Prilikom ugovaranja se uzimaju u obzir mišljenja pacijenata i osoblja koja su dobivena prethodnim anketiranjem.  
*Uputstvo: Mišljenja pacijenata mogu se dobiti i putem predstavničkih tijela pacijenata ili anketama o zadovoljstvu korisnika uslugama. Za nove usluge bit će potrebno dobiti posebne inpute.*
- 1K.475** Svi ugovori su potpisani od strane predstavnika doma zdravlja/jedinice, bilo da organizacija kupuje ili prodaje.
- 1K.476** Ugovori sadrže specifikacije usluga i roba koje se nabavljaju ili prodaju.
- 1K.477** Ugovori uključuju specifikaciju perioda važnosti ugovora, s tačno određenim vremenskim intervalima za provjeru ugovornih obaveza tokom perioda valjanosti potpisanog ugovora.
- 1K.478** Ugovori za kliničke i tehničke usluge uključuju zahtjev za angažmanom obučenog i kvalificiranog osoblja te superviziju u slučaju angažmana nekvalificirane radne snage.

- 1K.479** Tamo gdje je to potrebno, ugovori sadrže detalje o angažmanu osoblja izvan radnog vremena i za slučajeve hitnih intervencija.
- 1K.480** Ugovori sadrže specifikaciju objekata i opreme koji se traže za obavljanje usluga i izvje o odgovornostima davaoca takvih usluga i kupca takvih usluga.
- 1K.481** Ugovori sadrže troškove odnosno određivanje cijene te metode i učestalost plaćanja.
- 1K.482** Ugovori sadrže specifikacije o nivoima definiranih aktivnosti.  
*Uputstvo: To, naprimjer, uključuje učestalost sesija ili isporuka, dužinu kliničkih sesija ili broj pacijenata koji će se pregledati sedmično ili ugovoreni sedmični plan čišćenja ili održavanja.*
- 1K.483** Ugovori sadrže specifikacije o nadzoru kvaliteta isporučenih usluga, koje su ugovorene sporazumom dviju strana, o pregledu obavljenog posla i posredovanju ako postoje problemi u kvaliteti isporučenih usluga.
- 1K.484** Ugovori uključuju specifikacije o traženom završetku ili produženju pružanja usluga.
- 1K.485** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru ugovora, te sporazumijevanje i autorizaciju promjena u odnosu na ugovor. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: To uključuje podatak o ovlaštenoj osobi za provjeru ugovora i donošenje amandmana na ugovor.*
- 1K.486** Svi zapisi o provjeri ugovora i amandmanima na ugovor se čuvaju.

### **Dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice**

- 1K.487** Za kupovinu i prodaju usluga koje ne podliježu ugovaranju prave se dogovori u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice.
- 1K.488** Interni dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice donose se između organizacione jedinice doma zdravlja kada jedna organizacijska jedinica direktno snabdijeva drugu organizacijsku jedinicu.
- 1K.489** Dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice uključuju definiciju usluge.
- 1K.490** Dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice uključuju zahtjev da isporučene usluge pruži obučeno i kvalificirano osoblje, odnosno da nekvalificirano osoblje podliježe superviziji.

- 1K.491** Dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice uključuju aranžmane za pružanje usluga izvan radnog vremena ili hitnih usluga, tamo gdje je to primjenljivo.
- 1K.492** Dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice uključuju praćenje kvaliteta pružanja usluga i korake koji se poduzimaju u slučaju problema s kvalitetom isporučenih usluga.
- 1K.493** Dogovori u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice jasno navode objekte i opremu koji se traže za pružanje usluga i odgovornosti davaoca usluga i korisničkog odjeljenja u kojem se takve usluge nabavljaju.
- 1K.494** Ispunjenost dogovora u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice prati se i provjerava.
- 1K.495** Za interne dogovore u pogledu usluga na nivou organizacijske jedinice, davatelj i korisnik zajednički pregledaju ispunjenost dogovora.

### **Kupovina potrošnog materijala**

- 1K.496** Postoje datirane, dokumentirane procedure kupovine potrošnog materijala. Procedure su napisane i pregledane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Procedure treba da definiraju nivoe odgovornosti za narudžbe i ovlaštenja za pojedine narudžbe.*
- 1K.497** Potrošni materijali i oprema kupuju se prema pisanim specifikacijama.
- 1K.498** Pisane specifikacije se prave zajedno sa krajnjim korisnicima materijala/opreme.
- 1K.499** Postoje datirane, dokumentirane procedure za provjeru primljenih roba u odnosu na pisane specifikacije za kupovinu tih roba. Procedure su napisane i pregledane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Procedure bi trebalo da pokriju povrat pogrešno uručenih roba ili roba koje ne odgovaraju traženoj specifikaciji.*
- 1K.500** Postoji proces rotacije zaliha radi osiguranja da se uskladišteni materijali koriste dok su još u dobrom stanju.
- 1K.501** Upravlja se nivoima i sigurnosti zaliha koje se redovito kontroliraju.  
*Uputstvo: Provjeru zaliha i evidenciju o tome treba vršiti redovno. Sistem provjere zaliha uključuje kontrolu snabdjevenosti i valjanosti, te procedure uklanjanja materijala kojima je istekao rok trajanja.*

## Standard 1L: Upravljanje nekretninama i opremom

Nekretnine, ambijent, prostor i oprema doma zdravlja osiguravaju sigurnu, efikasnu i učinkovitu zaštitu pacijenata/korisnika, osoblja i posjetilaca, te ostvarenje svih postavljenih zadataka organizacije.

### Opći dio

- 1L.502** Nekretnine i prostor za osoblje i pacijente odgovaraju svojoj namjeni.
- 1L.503** Postoji datirana, dokumentirana strategija o nekretninama.  
*Uputstvo: Strategija bi trebala da pokriva nekretnine koje su u posjedu doma zdravlja. Nekretnine sastavnih službi će biti pokrivenne implementacijskim planom timova porodične / obiteljske medicine. Strategija uključuje, naprimjer, program ulaganja u nekretnine, funkcionalnu pogodnost i korištenje prostora, transfer nekretnina, kupovinu ili prodaju imovine, gradnju, program održavanja pogona i opreme, ciljeve rada na poboljšanju iskorištenja sredstava, planove gradnje/pravljenja prostorija i prioritete za racionalizaciju.*
- 1L.504** Specijalistička ekspertiza o upravljanju nekretninama je na raspolaganju upravnom odboru i menadžmentu doma zdravlja.
- 1L.505** Postoji datiran, dokumentiran operativni plan nekretnina.  
*Uputstvo: Svojina uključuje prostorije u vlasništvu doma zdravlja, kao što su zdravstvene i edukacijske prostorije i urede. Tu mogu biti uključeni i pregledi glavnih područja gdje se troši na gradnju prostora, pregledi glavnih izvođača radova i snabdjevača s ciljanim akcijskim planovima poboljšanja testiranja tržišta na službe upravljanja nekretninama, upravljanje i racionalizaciju baze nekretnina, poboljšanje kvaliteta i učinkovitosti u radu sa nekretninama, planove za poboljšanje i modernizaciju svojine iznajmljene sastavnim službama, očekivane uštede u toku određenog vremenskog perioda, upravljanje održavanjem rezervi, akcijski planovi kupovine prostorija za korištenje i raspolaganje aktivom.*
- 1L.506** Zgrada doma zdravlja ima odgovarajuću polisu osiguranja.
- 1L.507** U plan nekretnina ulaze ciljani obrasci potrošnje, troškovi i uštede.
- 1L.508** Upravni odbor doma zdravlja redovno prati napredak u odnosu na ciljeve i aktivnosti u vezi s nekretninama.
- 1L.509** Dokumentiraju se dogovori u vezi s iznajmljivanjem svojine doma zdravlja između doma zdravlja i drugih korisnika.  
*Uputstvo: Dokument bi mogao biti u obliku memoranduma o uvjetima najma.*
- 1L.510** Postoji tekući registar nekretnina i to zemljišta i svojine u vlasništvu doma zdravlja.

**Proces rada**

- 1L.511** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvještavanje o oštećenjima, kako u radnom vremenu, tako i van radnog vremena.
- 1L.512** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvršenje planova i probna testiranja u slučaju nepredviđenih situacija ozbiljnih otkazivanja pogona, kao što je nestanak vode, struje ili prestanak snabdijevanja plinom. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.513** Postoje datirane, dokumentirane procedure za davanje u zakup viška prostora i opreme. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.514** Postoje datirane, dokumentirane procedure za kupovinu nekretnina i opreme. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.515** Postoje datirane, dokumentirane procedure za servisiranje, opravke i adaptaciju opreme. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.516** Postoje datirane, dokumentirane procedure za popis inventara i popisne liste u skladu sa zakonom. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.517** Postoje datirane, dokumentirane procedure za organiziranje čišćenja prostorija i opreme. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.518** Postoje datirane, dokumentirane procedure za snabdijevanje hranom. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

**Ambijent za pacijente**

- 1L.519** Osiguran je lak pristup domu zdravlja; svi ulazi, hodnici i recepcija su dobro osvijetljeni; postavljeni su jasni znakovi za potrebe pacijenata/njegovatelja i osoblja; uspostavljeni su sistemi za sigurnu isporuku roba; osigurano je parkiralište za pacijente i osoblje.
- 1L.520** Postoji unutrašnji i vanjski pristup za invalidska kolica u zgradama koje su u vlasništvu doma zdravlja, u skladu sa zakonom.
- 1L.521** Dom zdravlja se u svim zgradama u svom vlasništvu pobrinuo za pacijente/korisnike, posjetioce ili osoblje s čulnim ili fizičkim onesposobljenjima.

- 1L.522** Prostorije u vlasništvu doma zdravlja su prilagođene, a radna mjesta su fizički uređena na način koji zadovoljava potrebe zaposlenih s onesposobljenjima u skladu sa zakonom.
- 1L.523** Obezbjedeđeni su mokri čvorovi za pacijente, kao i prostori za podoj beba i njihovo presvlačenje.
- 1L.524** Sobe za preglede pacijenata i intervencije osiguravaju pacijentima privatnost tokom skidanja odjeće i oblačenja i tokom intervencija.
- 1L.525** Dizajn hodnika i čekaonica osigurava efikasan protok pacijenata i dovoljno stolica za čekanje usluge.
- 1L.526** Instalirani su sigurnosni uređaji za pacijente/korisnike na odgovarajućim mjestima, npr. sigurne brave i sistem za otkrivanje uljeza.
- 1L.527** Sobe za preglede i intervencije imaju alarmna zvona radi trenutne pomoći u urgentnim situacijama.
- 1L.528** Postoji datirana i dokumentirana procedura kojom se definira ko može koristiti i čuvati ključeve i poslije radnog vremena. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1L.529** Postoje prostorije za sigurno čuvanje recepata, lijekova, novca i ličnih stvari osoblja.
- 1L.530** Postoje prostorije za sigurno čuvanje i ostavljanje šprica i igala.
- 1L.531** Prostorije koje su u posjedu doma zdravlja su unutra i izvana dobro osvijetljene.
- 1L.532** Službe doma zdravlja nalaze se u blizini glavnih puteva javnog prijevoza, tamo gdje je to moguće, i raspolaže parkingom za pacijente i osoblje.
- 1L.533** U tehničkim pogonima preduzete su preventivne mjere protiv rasta *Legionellae pneumophila*.
- 1L.534** Oznake unutar i izvan prostorija organizacione jedinice postavljene su na vidnim mjestima i napisane jezikom razumljivim za pacijente.
- 1L.535** Prilaz organizacionoj jedinici je prilagođen i osobama s onesposobljenjima i to na svim mjestima koje pacijenti posjećuju.
- 1L.536** Ambijent i prostorije za pacijente i korisnike omogućuju vizuelnu i zvučnu privatnost.

- 1L.537** Prostorije za pacijente uključuju i sobe za povjerljive konsultacije.
- 1L.538** U dijelovima organizacione jedinice gdje se vrše pregledi/tretmani/konsultacije, ambijent i prostorije zadovoljavaju potrebe pacijenata s oštećenjima čula/osjetila.
- 1L.539** Ukoliko se u organizacionoj jedinici nalazi prostor za pregled/tretman/konsultacije djece, okruženje mora zadovoljavati potrebe djece.
- 1L.540** U organizacionim jedinicama koje pružaju polikliničku zaštitu, postoje prostorije za toalet i obavljanje lične higijene, koje su im na raspolaganju.  
*Uputstvo: Pristup treba da bude omogućen ovim prostorijama i pacijentima s onesposobljenjima.*
- 1L.541** Organizacione jedinice imaju jednu mirnu prostoriju, koju koriste ožalošćena/uznemirena rodbina i prijatelji.
- 1L.542** U organizacionim jedinicama postoji pristup prostoriji u kojoj se mogu nahraniti i presvući bebe.  
*Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.*
- 1L.543** Tamo gdje pacijenti moraju ići na više spratove/katove do različitih odjela, postoje liftovi za njih.
- 1L.544** Sobe za presvlačenje pacijenata omogućuju pacijentu privatnost i dostojanstvo.

### **Ambijent za osoblje**

- 1L.545** Šef organizacione jedinice i više osoblje, gdje je to podesno, imaju svoj uredski prostor.
- 1L.546** Postoji uredski prostor za osoblje koje pruža usluge.
- 1L.547** Postoji soba za odmor osoblja.
- 1L.548** Postoje sanitarne prostorije i prostorije za presvlačenje osoblja.
- 1L.549** Organizacione jedinice imaju opremu za učenje, sobu za seminare/za obuku i aktivnosti na razvoju.
- 1L.550** Oglasne ploče su postavljene na vidno mjesto, uredne su i sadrže aktuelne informacije.
- 1L.551** Osoblju su na raspolaganju materijal i oprema, potrebni za izvršavanje njihovih dužnosti.

- 1L.552** Postoji datirana, dokumentirana procedura o pranju ruku kao važnom elementu kontrole infekcije. Dokument je napisan/revidiran u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Ruke se moraju prati prije i poslije tretmana svakog pacijenta*

## Održavanje

- 1L.553** Postoji plan preventivnog održavanja objekata doma zdravlja.  
*Uputstvo: Rad na održavanju je utvrđen, prema troškovniku i prioritetima u skladu sa strategijom o nekretninama i godišnjim planom usluga ili ekvivalentnim planom.*

## Oprema

- 1L.554** Oprema za reanimaciju je lako dostupna; provjerava se i zapisuje njeno stanje redovno i nakon svake upotrebe, osim ako proizvođač ne preporučuje drugačije.
- 1L.555** Specijaliziranu opremu koristi samo osoblje koje je obučeno i koje zna njome rukovati.
- 1L.556** Dokumentirana uputstva, koja opisuju kako treba koristiti svu opremu, na raspolaganju su svim članovima osoblja.
- 1L.557** Postoje datirane, dokumentirane procedure utvrđivanja i izvještavanja o kvarovima opreme. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.558** Postoji datirana, dokumentirana politika o nabavci opreme. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1L.559** Postoji program za održavanje opreme; testiranje električnih instalacija; dogradnju funkcija i zamjenu opreme; održavanje i popravke.
- 1L.560** Vodi se dokumentacija o održavanju opreme.
- 1L.561** Osoblje zna kako će hitno nabaviti rezervnu opremu ili opremu za podršku u slučaju kvara.
- 1L.562** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje treba slijediti u vanrednim situacijama, kao što su: prekid napajanja električnom energijom ili vodom; kvarovi na sistemu za grijanje; kvar na telefonskim linijama; kvar računara. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 1L.563** Uspostavljeni su sistemi kontrole zaliha.
- 1L.564** Imenovani su pojedinci koji su odgovorni za narudžbe i kontrolu zaliha.

## Standard 1M: Žalbe

Na nivou doma zdravlja uspostavljen je sistem kojim se ispituju žalbe pacijenata, njegovatelja i javnosti putem transparentnih i nepristrasnih procedura a podaci o službama na koje se žalba odnosi se koriste za poboljšanje kvaliteta.

### Kriteriji

- 1M.565** Postoji datirana, dokumentirana politika koja uređuje zastupanje i odnose s pacijentima. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 1M.566** Postoji datirana, dokumentirana procedura razmatranja žalbi. Procedura je napisana /revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Politika i postupak kod žalbi uključuje apelacioni proces i razmatra žalbe u vezi s osobljem doma zdravlja, uslugama koje dom zdravlja pruža, izvršenim uslugama, izvršnim odlukama.*  
*U principu bi onaj na koga se žalba odnosi trebalo da odgovori na nju u predviđenom roku. Politika bi trebalo da pokaže način na koji dom zdravlja razmatra žalbe o pripadajućim službama, bilo sam ili u saradnji sa zdravstvenim vlastima.*
- 1M.567** Dom zdravlja podržava javnost, pacijente i njegovatelje da daju svoje komentare, prijedloge i žalbe o uslugama doma zdravlja, a mehanizmi za takvu komunikaciju su jasno predstavljeni u informativnom materijalu koji je dostupan javnosti.
- 1M.568** Dom zdravlja vodi otvorenu evidenciju o svim žalbama, koja uključuje i odgovor na žalbu.
- 1M.569** Postupak koji predstavlja odgovor na žalbu je dokumentiran.
- 1M.570** Osoblje koje je zaposleno u administriranju žalbi razvrstava ih, analizira i koristi rezultate analize za potrebe poboljšanja sigurnosti i kvaliteta.

## Standard 1N: Zadovoljstvo osoblja

Na nivou doma zdravlja uspostavljen je sistem pomoću kojeg osoblje može slobodno izraziti svoje (ne)zadovoljstvo u pogledu svojih prava i statusa.

### Kriteriji

- 1N.571** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure kojima se podstiče osoblje da izrazi svoje stavove po pitanju ostvarivanja svojih prava i položaja. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Utvrđivanje zadovoljstva osoblja odnosi se na ostvarivanje prava koja im pripadaju po osnovu radnog odnosa (plata, plaćena i neplaćena odsustva, mogućnost edukacije i obuke, napredovanje u službi, primjena mjera zaštite na radu, adekvatno radno okruženje).*
- 1N.572** Ispitivanje zadovoljstva osoblja vrši se kvalitativnim metodama (opservacija, intervjui) i kvantitativnim metodama (upitnici) najmanje jedanput godišnje.
- 1N.573** Obezbijeđena je povjerljivost podataka dobivenih ispitivanjem zadovoljstva osoblja.  
*Uputstvo: Obradene podatke dom zdravlja koristi za planiranje poboljšanja zadovoljstva osoblja. O rezultatima ispitivanja zadovoljstva osoblja izvještavaju se direktor doma zdravlja, menadžment i upravni odbor.*
- 1N.574** Postoji informacijski sistem kojim se prati doprinos osoblja u sistemu poboljšanja njihovog zadovoljstva.



Drugi dio:

Upravljanje  
rizikom



## Standard 2A: Elementi sigurnosti

U domu zdravlja postoji strukturiran pristup upravljanju rizikom, čiji je rezultat postojanje sigurnijih sistema rada, sigurnije prakse, sigurnijih prostorija, i povećana svijest o opasnosti i odgovornosti.

### Nepovoljni događaji

- 2A.1** Postoji sistem izvještavanja o nepovoljnim događajima, koji obuhvata sve vrste nepovoljnih i značajnih događaja.
- 2A.2** Postoji datirana, dokumentirana procedura istrage i sprečavanja ponavljanja nepovoljnih i značajnih događaja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2A.3** U domu zdravlja se vodi evidencija o svim nesretnim slučajevima, nepovoljnim i značajnim događajima, koji se prate, ocjenjuju i na osnovu kojih se poduzimaju određene aktivnosti.  
*Uputstvo: Trebalo bi voditi evidenciju o svim slučajevima kao što su, naprimjer, provale, neočekivana smrt pacijenta, nesreće koje se dese osoblju, slučajevi nasilja prema osoblju, nesreće pri rukovanju opremom, slučajevi uboda iglom i sl.*
- 2A.4** Relevantnim jedinicama/službama se izdaju izvještaji o nepovoljnim i značajnim događajima radi provođenja adekvatnih aktivnosti.
- 2A.5** U organizacijskim jedinicama provodi se proaktivni program radi utvrđivanja i minimiziranja nepovoljnih događaja i drugih rizika.
- 2A.6** Dom zdravlja prati unutrašnje rizike, trendove i varijacije u odnosu na standarde i upoređuje ih s drugim domovima zdravlja.

### Postupanje s parnicama i zahtjevima za obeštećenjem

- 2A.7** Imenovana je osoba koja je odgovorna za održavanje kontakata s pravnim profesionalcima, firmama za osiguranje i podnosiocima zahtjeva za obeštećenjem.
- 2A.8** Imenovana osoba obrađuje zahtjeve za obeštećenjem podnesene protiv doma zdravlja.  
*Uputstvo: To uključuje upravljanje zahtjevima za obeštećenjem usljed kliničkog nemara, te procedure koje je razvio organ za vođenje parnica u ministarstvu zdravstva.*
- 2A.9** U slučaju potencijalnih zahtjeva za obeštećenjem zbog kliničkog nemara, dom zdravlja slijedi protokol o predradnjama.  
*Uputstvo: Protokol uključuje, naprimjer, upravljanje informacijama u vezi sa zahtjevima za obeštećenjem, upravljanje zdravstvenim kartonima kao dokazima, kao i proces koji bi trebalo slijediti pri razmjeni zvaničnih pisama.*

- 2A.10** Prave se kratki izvještaji o tekućim zahtjevima za obeštećenjem i parnicama, koji se prezentiraju upravnom odboru doma zdravlja.

### **Planovi za krizne situacije**

- 2A.11** Dom zdravlja ima datiran, dokumentiran interni plan u slučaju velikih nesreća.  
*Uputstvo: Plan velikih nesreća bi trebalo da bude napisan u skladu s Planom ministarstava zdravstva. Velike nesreće uključuju, naprimjer, prijetnju bombom i eksplozije, požar, gubitak vitalnih resursa, kao što su struja i voda, kao i planove procedura evakuiranja.*
- 2A.12** Dom zdravlja je uvezan u eksterne planove u slučaju velikih nesreća, kao što su planovi u lokalnoj zajednici i općini.  
*Uputstvo: To će pokrivati saobraćajne nesreće, veliko curenje hemikalija i slično.*

### **Sigurnost i zdravlje na radu**

- 2A.13** Postoji datirana, dokumentirana politika zdravlja i sigurnosti. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2A.14** Imenovana je osoba koja je odgovorna za formuliranje, implementiranje i razvoj politike zdravlja i sigurnosti.
- 2A.15** Postoje načini dobivanja kompetentnih savjeta o zdravlju i sigurnosti.  
*Uputstvo: To bi trebalo da bude u skladu s propisima o upravljanju zdravljem i sigurnošću na radu: svi zaposlenici moraju odrediti jednu ili više kompetentnih osoba koje će im pomoći da se pridržavaju pravnih propisa o zdravlju i sigurnosti. Kompetentan znači da je osoba prošla obuku, da ima dovoljno iskustva i znanja da bi mogla pružati adekvatnu pomoć. Ta osoba može biti zaposlenik ili nezavisni stručnjak za zdravlje i sigurnost.*
- 2A.16** Postoji multidisciplinarni odbor za zdravlje i sigurnost za cijeli dom zdravlja.  
*Uputstvo: On se sastoji od, naprimjer, iskusnijih menadžera, predstavnika osoblja i sindikata. Odbor bi trebalo konsultirati u vezi s razvojem, implementacijom i praćenjem politike zdravlja i sigurnosti.*
- 2A.17** Odbor redovno šalje izvještaje upravnom odboru doma zdravlja.
- 2A.18** Postoji datiran, dokumentiran godišnji plan zdravlja i sigurnosti.  
*Uputstvo: Plan identificira ciljeve zdravlja i sigurnosti, postavlja ciljeve i vremenski okvir djelovanja, te opisuje uloge i odgovornosti menadžera i osoblja.*
- 2A.19** Postoji plan edukacije osoblja o zdravlju i sigurnosti.
- 2A.20** Program edukacije o zdravlju i sigurnosti se sistematski pregleda.

- 2A.21** Svim privremenim zamjenama i privremenim radnicima se daju informacije o pitanjima u vezi sa zdravljem i sigurnosti s kojima se mogu susresti u svom radu.
- 2A.22** Izvještavanje o povredama, zaraznim bolestima ili opasnim slučajevima se vrši u skladu s važećim zakonima.
- 2A.23** Obavještenja o sigurnosti i opasnosti se distribuiraju i poduzimaju se određene aktivnosti, o kojima se vodi evidencija.

### **Prva pomoć**

- 2A.24** Imenovane su osobe koje su obučene da pružaju prvu pomoć.  
*Uputstvo: Imenovana osoba je neko ko preuzima odgovornost kada se druga osoba povrijedi ili razboli i ko vodi računa o opremi za prvu pomoć.*
- 2A.25** Pribor i oprema za prvu pomoć, koji su u skladu s propisima o zdravlju i sigurnosti, dostupni su osoblju.  
*Uputstvo: Osoblju bi trebalo dati na znanje gdje se nalazi oprema za prvu pomoć.*
- 2A.26** Oprema za prvu pomoć se redovno provjerava i održava.

## Standard 2B: Protupožarna zaštita

Menadžer doma zdravlja obezbjedio je odgovarajuće mjere zaštite od požara, uključujući obezbjeđenje podesne opreme za borbu protiv požara i obuku osoblja za sigurnost od požara.

### Opće odredbe

- 2B.27** Postoji datirana, dokumentirana politika protivpožarne zaštite. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Ona se primjenjuje na prostorije u posjedu doma zdravlja. Obuhvata, naprimjer, ocjenu rizika kada su u pitanju izlazi u slučaju požara, obuku iz protivpožarne zaštite i evaluaciju rizika od požara.*
- 2B.28** Redovno se vrši sveobuhvatna ocjena rizika od požara u svim prostorijama u posjedu doma zdravlja i vodi se evidencija o nalazima.  
*Uputstvo: Ocjene bi trebalo vršiti u skladu sa legislativom u ovoj oblasti.*
- 2B.29** Postoji pristup kvalificiranom i iskusnom savjetniku za protivpožarnu zaštitu.
- 2B.30** U domu zdravlja imenovan je jedan član osoblja zadužen za protivpožarnu zaštitu.
- 2B.31** Postoji pismeno odobrenje gradnje, većih radova ili izmjena objekata od strane lokalnih vlasti.

### Sistemi i oprema za protivpožarnu zaštitu

- 2B.32** Postoji oprema za protivpožarnu zaštitu u svim objektima u posjedu doma zdravlja.
- 2B.33** Na opremi za protivpožarnu zaštitu postoje jasne oznake o primjeni, kao i uputstvo za upotrebu.
- 2B.34** Postoje dokumentirani dokazi o tome da je izvršena provjera i da se sistemi i oprema za protivpožarnu zaštitu sistematski održavaju od strane kvalificirane osobe.
- 2B.35** Tamo gdje požarni alarm, sistemi za otkrivanje požara i osvjetljenje u slučaju požara nisu u skladu s propisima, napravljen je program moderniziranja opreme.

**Evakuacija**

- 2B.36** Izlazi u slučaju požara su dostupni i dovoljno široki za evakuaciju nepokretnih pacijenata/korisnika i osoblja.
- 2B.37** Znakovi za izlaz u slučaju požara, koji su u skladu s propisima EU, vidljivi su u svim objektima doma zdravlja.
- 2B.38** Izlazi u slučaju požara su uvijek otključani.
- 2B.39** Uputstva za slučaj požara su jasno vidljiva u svim objektima doma zdravlja.
- 2B.40** Procedure koje treba poduzeti u slučaju da treba evakuirati nepokretne pacijente mogu se vidjeti na svim bitnim mjestima za pacijente.
- 2B.41** Vrše se planirane vježbe protivpožarne zaštite.
- 2B.42** Sve vježbe se ocjenjuju i pravi se pismeni izvještaj.
- 2B.43** Imenovani službenik za protivpožarnu zaštitu istražuje sve slučajeve nastanka požara i o njima izvještava.

## Standard 2C: Bezbjednost

U domu zdravlja postoje mjere bezbjednosti kojima se osigurava da pacijenti/korisnici, osoblje, njihova imovina, objekti i oprema budu sigurni od uljeza.

### Kriteriji

- 2C.44** Postoji datirana, dokumentirana politika bezbjednosti u domu zdravlja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Ona obuhvata, naprimjer, odgovornost menadžmenta za bezbjednost, obuku osoblja o mjerama bezbjednosti, sprečavanje krivičnih djela, pristup zgradama, sigurnosne sisteme i opremu, izvještavanje o slučajevima gdje je ugrožena bezbjednost i stalni pregled pitanja bezbjednosti.*
- 2C.45** Menadžer odgovoran za bezbjednost posjeduje znanje i iskustvo o pravnim pitanjima u vezi s bezbjednošću, ili ima mogućnost da dobije savjet od kvalificiranih, kompetentnih osoba.
- 2C.46** U domu zdravlja postoji odbor/forum za bezbjednost.  
*Uputstvo: Forum/odbor bi trebalo da stalno prati pitanja u vezi s bezbjednošću, te da uključi predstavnike iz svih dijelova službe. Odbor bi trebalo da se bavi diskutiranjem o bezbjednosnim pitanjima, odgovornostima zaposlenika po pitanju bezbjednosti, inicijativama za prevenciju krivičnih djela i upravljanjem nasiljem i napadima u cijeloj organizaciji.*
- 2C.47** Postoje uređeni odnosi s policijom kao odgovor na incidente, te kao način davanja savjeta i obuke.
- 2C.48** Postoje datirane, dokumentirane procedure čuvanja ličnih stvari pacijenata/korisnika koji se donesu u objekte doma zdravlja. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2C.49** Postoje datirane, dokumentirane procedure kontrole pristupa zgradama i kontrole ulaza koji se zaključavaju van radnog vremena. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2C.50** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje treba slijediti u slučaju nestanka pacijenta. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2C.51** Postoje datirane, dokumentirane procedure o držanju ključeva i uopće pitanja u vezi s ključevima. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

- 2C.52** Postoje datirane, dokumentirane procedure komuniciranja s radnim mjestom kada je u pitanju osoblje koje radi izolirano i/ili koje ide u kućnu posjetu. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To uključuje, naprimjer, da osoblje ostavlja u svojoj kancelariji raspored i jasne informacije o tome gdje ide u kućnu posjetu, zatim procedure pozivanja u toku rada u zajednici i rutinsko obavještanje ako se zna da u domaćinstvu živi nasilna osoba. Pridržavanje komunikacijskih procedura i njihove učinkovitosti redovno se prate i pregledaju.*
- 2C.53** Postoje datirane, dokumentirane procedure upravljanja kontroliranim lijekovima i sprečavanja njihove pogrešne upotrebe. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Kontrolisani lijekovi su narkotički i psihotropni lijekovi. Vidi i 3B.52.*
- 2C.54** Postoje datirane, dokumentirane procedure izvještavanja o incidentima koji narušavaju bezbjednost, reagiranju na njih i njihovom slijeđenju. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2C.55** Postoje datirane, dokumentirane procedure unutrašnjeg TV nadzora, ako to postoji. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2C.56** Postoje datirane, dokumentirane procedure održavanja bezbjednosti parkirališta. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2C.57** Prave se izvještaji u kojima se navode trendovi u pojavi incidentnih slučajeva, kao i nivoi njihove ozbiljnosti.
- 2C.58** Uspostavljen je sistem identificiranja osoblja i izvođača radova.
- 2C.59** Osoblju su na raspolaganju načini uzbunjivanja kada su u opasnosti.
- 2C.60** Postoji procedura za ispitivanje u slučajevima nasilnog ili uvredljivog ponašanja osoblja.
- 2C.61** Osoblju su na raspolaganju vodiči o načinima postupanja u slučajevima fizičkog ili verbalnog nasilja.

## Standard 2D: Zdravo radno mjesto i zdravlje na radnom mjestu

Dom zdravlja poduzima korake na promociji i prevenciji zdravlja zaposlenih.

### Opće uređenje

- 2D.62** Dom zdravlja ima datiranu, dokumentiranu strategiju osiguranja zdravih radnih mjesta.
- 2D.63** Dom zdravlja promovira zdravlje pojedinca putem razvoja i redovnog pregleda politika promoviranja zdravlja, koje se odnose na osoblje, pacijente, korisnike, njegovatelje i, gdje je to moguće, posjetioce.  
*Uputstvo: Ove politike uključuju, naprimjer, pušenje (posebno u prostorijama doma zdravlja), konzumiranje alkohola (posebno u prostorijama doma zdravlja i u toku radnog vremena), upotrebu droga i zdravu ishranu. Tu mogu biti uključene i fizičke aktivnosti, seksualno zdravlje, sistematski pregledi osoblja i politika mentalnog zdravlja osoblja.*
- 2D.64** Identificiraju se i prate uzroci stresa na radnom mjestu.  
*Uputstvo: To se može raditi putem analiziranja uzroka stresa, anketiranjem osoblja, ili putem podataka koji se dobiju u toku procesa pregleda izvedbe, ili putem intervjuiranja u slučaju napuštanja radnog mjesta.*
- 2D.65** Postoje informacije o stresu, njegovim posljedicama i tehnikama nošenja sa stresom koje su namijenjene osoblju.
- 2D.66** Pristup takvim informacijama je dozvoljen samo savjetodavnoj službi za osoblje, odnosno obučenom savjetniku. Takve informacije su povjerljive.
- 2D.67** Postoji datirana, dokumentirana politika o zabrani pušenja u objektima doma zdravlja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2D.68** Osoblje ima pristup službi za odvikavanje od pušenja.
- 2D.69** Postoji datirana, dokumentirana politika o zabrani konzumiranja alkohola u objektima doma zdravlja, posebno u radnim satima. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2D.70** Postoji datirana, dokumentirana politika o zabrani uživanja opojnih droga u objektima doma zdravlja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2D.71** Postoji datirana, dokumentirana politika o skriningu osoblja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 2D.72** Postoji datirana, dokumentirana politika o mentalnom zdravlju osoblja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2D.73** Dom zdravlja raspolaže s informativnim materijalima za osoblje o održavanju zdravlja, njegovoj promociji i prevenciji i osigurava takve usluge za osoblje.

### Zaštita na radu

- 2D.74** Dom zdravlja utvrđuje radna mjesta s posebnim uslovima rada na kojima se skraćuje radno vrijeme srazmjerno uticaju na zdravlje zaposlenika, odnosno njegovu radnu sposobnost.
- 2D.75** Pravilnikom o zaštiti na radu, dom zdravlja propisuje koja radna mjesta zbog napora, težine i štetnosti po zdravlje zahtijevaju primjenu mjera zaštite na radu.  
*Uputstvo: Uobičajeno su to radna mjesta s povećanim rizikom od povređivanja, nastanka profesionalnih oboljenja i oštećenja zdravlja zaposlenika; i radna mjesta koja s ciljem bezbjednijeg i uspješnijeg rada uslovljavaju posebne zdravstvene i psihofizičke sposobnosti na tim radnim mjestima.*

### Služba medicine rada

- 2D.76** Osoblju je na raspolaganju služba medicine rada s ciljem da se obezbijedi zdravlje i sposobnost osoblja.  
*Uputstvo: Takve usluge mogu postojati unutar doma zdravlja ili se može sklopiti ugovor s nekim drugim davaocem takvih usluga.*
- 2D.77** Postoji datirana, dokumentirana operativna procedura medicine rada. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2D.78** Postoji sporazum o nivou usluga u slučaju da neka vanjska ustanova pruža usluge medicine rada.
- 2D.79** Postoji datirana, dokumentirana procedura procjene zdravlja prije zaposlenja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2D.80** Postoji datirana, dokumentirana procedura upravljanja slučajevima uboda iglom i drugim oštrim predmetima. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Trebalo bi da u toku cijelog dana postoji mogućnost davanja savjeta osoblju koje se povrijedi ubodom na iglu, kao i mogućnost propisivanja profilakse protiv hepatitis B virusa, HIV virusa ili nekog drugog virusa koji se prenosi krvlju. Takvi sistemi iziskuju pristup specijalisti koji može propisati lijek na ime pacijenta.*

- 2D.81** Postoji program imunizacije osoblja  
*Uputstvo: za osoblje koje je izloženo opasnosti od zaraze ustanova osigurava imunizaciju protiv B hepatitisa.*
- 2D.82** Postoji evidencija o imunizaciji protiv B hepatitisa za svo takvo osoblje i sistem praćenja za *non-respondere* i one koji nisu imunizirani.
- 2D.83** Svi zdravstveni profesionalci koji su inficirani putem krvi (hepatitis B, hepatitis C, HIV) tretiraju se prema propisanim kliničkim vodiljama i protokolima.
- 2D.84** Svim zdravstvenim profesionalcima koji su inficirani putem krvi (hepatitis B, hepatitis C, HIV) uručuju se pisane instrukcije o koracima koje trebaju poduzeti u pogledu pridržavanja uputa što su date za tretman takvih slučajeva.
- 2D.85** Postoji dokumentirana procedura za zdravstveni nadzor opasnosti na radnom mjestu. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 2D.86** Služba medicine rada, koja vodi računa o osoblju doma zdravlja, treba da ima evidenciju o nesrećama na poslu, spriječenosti za rad i apsentizmu.
- 2D.87** Služba medicine rada koristi te zapise i statistiku radi analize i savjetovanja doma zdravlja o reduciranju incidence nesreća na poslu, oboljevanja i apsentizma.

## Standard 2E: Higijena i epidemiologija

Postoji osoblje, dokumentacija i sistem putem kojih dom zdravlja vodi brigu o higijenskim i epidemiološkim pitanjima u lokalnoj zajednici.

Postoji osoblje, dokumentacija i sistem putem kojih je rizik pacijenta/korisnika od dobijanja infekcije za vrijeme boravka u domu zdravlja sveden na najmanju moguću mjeru.

Svim otpadom, kliničkim i nekliničkim, upravlja se, postupa, odstranjuje i odlaže na takav način kojim je rizik po sigurnost i zdravlje pacijenata/korisnika, osoblja i okoline sveden na najmanju moguću mjeru.

### Odgovornosti

- 2E.88** Imenovan je tim higijensko-epidemiološke službe koji je odgovoran za pitanja u vezi s javnim zdravstvom.
- 2E.89** Timom rukovodi odgovorni liječnik – epidemiolog.
- 2E.90** Član tog tima je i liječnik koji je obučen za rad u epidemiologiji.
- 2E.91** Član tog tima je i viši sanitarni tehničar.
- 2E.92** Član tima je i jedan sanitarni tehničar.
- 2E.93** Ostali članovi tima imaju iskustva u upravljanju rizikom, kontroli infekcije i sa zdravljem u okolišu.
- 2E.94** Imenovana je osoba koja je odgovorna za uspostavljanje i održavanje kontrole infekcije u cijelom domu zdravlja.
- 2E.95** Domu zdravlja su na raspolaganju medicinske sestre za kontrolu infekcije u zajednici.
- 2E.96** Savjete o kontroli infekcije pruža kvalificirana osoba, koja je odgovorna za davanje savjeta na vrijeme, kao i za formuliranje i objavljivanje politike kontrole infekcije.
- 2E.97** Dom zdravlja ima predstavnika u kantonalnom odboru za kontrolu infekcije ili drugom adekvatnom tijelu.

### Proces rada: mjere i procedure

- 2E.98** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure kontrole infekcije.

- 2E.99** Postoje datirane, dokumentirane procedure zaštite osoblja od infekcije.
- 2E.100** Politike i procedure kontrole infekcije su distribuirane u cijelom domu zdravlja.
- 2E.101** Postoji datirana, dokumentirana politika o odstranjivanju otpada.
- 2E.102** Postoje datirane, dokumentirane procedure odvajanja komunalnog od kliničkog otpada na mjestu nastanka otpada, uključujući i obilježavanje bojom i označavanje.
- 2E.103** Postoji datirana, dokumentirana procedura sigurnog odlaganja otpada unutar doma zdravlja.
- 2E.104** Postoje datirane, dokumentirane procedure odstranjivanja oštih predmeta u odgovarajuće kontejnere.
- 2E.105** Postoje datirane, dokumentirane procedure sigurnog rukovanja kontaminiranim otpadom.
- 2E.106** Postoje datirane, dokumentirane procedure sigurnog i blagovremenog odstranjivanja kabastog otpada.
- 2E.107** Postoje datirane, dokumentirane procedure odstranjivanja posebnog otpada (naprimjer, lijekova koje treba uništiti).
- 2E.108** Postoje datirane, dokumentirane procedure svih faza procesa dekontaminacije i sterilizacije medicinskih uređaja i hirurških instrumenata.
- 2E.109** Provođenje procedura rukovanja otpadom i njegovog odstranjivanja se revidiraju.

### **Obuka osoblja**

- 2E.110** Postoji program edukacije o kontroli infekcije za osoblje doma zdravlja.
- 2E.111** Svi članovi osoblja uključeni u proces sterilizacije prošli su obuku o kontroli infekcije i sigurnim sistemima rada kada je u pitanju sterilizacija i dekontaminacija.
- 2E.112** Odgovornosti u vezi s kontrolom infekcije su sastavni dio programa uvođenja u službu.

## Zdravstveno prosvjeđivanje

- 2E.113** Higijensko-epidemiološka služba kontinuirano organizira tematska predavanja za sve populacijske grupe.  
*Uputstvo: Tematska predavanja služe da se prenesu ključne poruke u pogledu promocije zdravlja i prevencije bolesti.*
- 2E.114** Higijensko-epidemiološka služba organizira predavanja za osobe zaposlene u proizvodnji i prometu namirnica.
- 2E.115** Higijensko-epidemiološka služba organizira predavanja u školama i na radnim mjestima u zajednici.
- 2E.116** Higijensko-epidemiološka služba koristi lokalne medije radi obavještanja i zdravstvenog prosvjeđivanja stanovništva.
- 2E.117** Higijensko-epidemiološka služba surađuje s drugim organizacijama u zajednici radi osiguranja kvalitetnog zdravstvenog prosvjeđivanja.
- 2E.118** Higijensko-epidemiološka služba evaluira učinkovitost edukacijskih programa jednom godišnje.

## Mjere kontrole infekcije

- 2E.119** Postoje mjesta za pranje ruku gdje god bi nedovoljna čistoća ruku ili nedostatak takvog mjesta mogli izazvati širenje infekcije.
- 2E.120** Higijensko-epidemiološka služba kontinuirano prati i analizira epidemiološku situaciju na lokalnom nivou.
- 2E.121** Uspostavljeni su informacijski sistemi za praćenje ozbiljnih slučajeva infektivnih oboljenja među lokalnim stanovništvom.
- 2E.122** Informacije se prikupljaju i predstavljaju u formatu koji je dogovoren na kantonalnom i federalnom nivou i koji je u skladu s uputstvima.
- 2E.123** Higijensko-epidemiološka služba predlaže i sporovodi protivepidemijske mjere kod pojave zaraznih bolesti pojedinačno ili u epidemičnom obliku.
- 2E.124** Postoji program nadzora infekcije u cijelom domu zdravlja, koji obuhvata prikupljanje, analizu i distribuiranje podataka.

- 2E.125** Higijensko-epidemiološka služba planira i sprovodi preventivne i protivepidemijske mjere dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije.
- 2E.126** Higijensko-epidemiološka služba nadzire i ocjenjuje sprovođenje obavezne imunizacije.
- 2E.127** Higijensko-epidemiološka služba vrši evidenciju i nadzor nad kliconošama.
- 2E.128** Postoji program praćenja i analize stanja vodoopskrbnih objekata, predškolskih i školskih objekata i objekata kolektivne ishrane.
- 2E.129** Sve prostorije u kojima se priprema hrana za konzumiranje u domu zdravlja redovno se provjeravaju.
- 2E.130** Postoji program praćenja i analize zdravstvene ispravnosti namirnica i predmeta opće upotrebe.
- 2E.131** Nakon svake inspekcije pravi se pismeni izvještaj u kojem su navedeni koraci koje proizvođač ili prerađivač hrane treba eventualno poduzeti.
- 2E.132** Higijensko-epidemiološka služba sprovodi sanitarni nadzor osoba koje rade u proizvodnji i prometu životnih namirnica.
- 2E.133** U krugu doma zdravlja postoje posebni kontejneri za odlaganje oštih predmeta (npr. igle, slomljeno staklo, skalpeli).
- 2E.134** Medicinski uređaji se dekontaminiraju i steriliziraju u skladu sa dokumentiranim procedurama ili je to pitanje regulisano pravilnikom ustanove.
- 2E.135** Vodi se evidencija o sterilizacijskom ciklusu kako bi se osigurao uvid u raspoloživost instrumenata.
- 2E.136** Medicinski potrošni materijal namijenjen za jednokratnu upotrebu se ne obrađuje za ponovnu upotrebu.
- 2E.137** Vrši se evaluacija kontrole infekcije.

### **Registri i zaštita okoliša**

- 2E.138** Služba učestvuje u projektima zaštite okoliša na lokalnom nivou.

## Standard 2F: HIV i AIDS

Dom zdravlja organizira savjetovanište s laboratorijem za kontrolu HIV-a i AIDS-a, čija je organizacija i funkcija u skladu s državnim smjernicama za kontrolu HIV/AIDS infekcije, međunarodnim vodiljama i dobrom profesionalnom praksom.

### Savjetovanište: osoblje i imenovanja

- 2F.139** Imenovan je šef savjetovaništa koji je po specijalnosti infektolog ili epidemiolog.
- 2F.140** Član tog tima je i liječnik koji je obučen za rad u epidemiologiji HIV/AIDS-a, odnosno u dijagnostici i tretmanu HIV+ i praćenju pacijenata s AIDS-om koji su otpušteni iz bolnice.
- 2F.141** Član tog tima je i laborant koji je obučen za laboratorijske tehnike dijagnostike HIV-a i hepatitis markera.
- 2F.142** Sve osoblje koje radi u savjetovaništu poznaje svoj hepatitis status i imunizirano je protiv hepatitisa B.
- 2F.143** Osoblje savjetovaništa stručno se usavršava putem seminara, radionica, predavanja i o tome postoji evidencija.
- 2F.144** Savjetovanište pruža usluge zajedno s drugim organizacijama i u okviru programa u zajednici koji formiraju lokalnu mrežu za HIV/AIDS radi dijagnostike, tretmana, edukacije, nutricionije, rehabilitacije, savjetovanja i podrške.
- 2F.145** Dom zdravlja ima politiku kontrole HIV/AIDS-a kojom se definiraju resursi, osoblje, edukacija osoblja, radni procesi, korištenje kliničkih vodilja i protokola zasnovanih na dokazima, testiranja, učinkovit ambulantni tretman HIV+/AIDS-a i oportunističkih infekcija, njega, profilaksa, savjetovanje, psihološka i socijalna podrška, učinkovito korištenje elektronskih informacija, referalni sistem i drugo. Politika je napisana ili revidirana u zadnje tri godine, a po potrebi i ranije.
- 2F.146** Dom zdravlja učestvuje u epidemiološkom nadzoru, uključujući i nadzor visokorizičnih subpopulacijskih grupa u zajednici.
- 2F.147** Savjetovanište usko surađuje sa lokalnim koordinatorom za HIV/AIDS prema smjernicama ministarstva zdravstva.

**Proces rada: mjere i procedure**

- 2F.148** Postoje datirane, dokumentirane procedure nadzora HIV/AIDS infekcije. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2F.149** Na teritoriju koji pokriva dom zdravlja savjetovanište prikuplja podatke i prati incidencu i prevalencu HIV i AIDS slučajeva, spolno prenosivih bolesti, obrasce rizičnog ponašanja i korištenje nesterilnih šprica i igala.
- 2F.150** Politike i procedure nadzora HIV/AIDS infekcije distribuiraju se u cijelom domu zdravlja.
- 2F.151** Savjetovanište ima lokalni program edukacije i prevencije HIV/AIDS-a koji je prilagođen svim segmentima populacije u zajednici i koji za cilj ima podizanje nivoa svijesti o opasnostima rizičnog ponašanja.
- 2F.152** Program edukacije i prevencije HIV/AIDS-a uključuje ranu dijagnozu i tretman seksualno prenosivih bolesti.
- 2F.153** Program edukacije i prevencije HIV/AIDS-a naglašava korištenje sterilnih i jednokratnih šprica i igala.
- 2F.154** Program edukacije i prevencije HIV/AIDS-a sadrži obavještenja o sigurnom korištenju krvi i krvnih produkata.
- 2F.155** Program edukacije i prevencije HIV/AIDS-a naglašava korištenje kondoma kao metod prevencije zaraze HIV-om.
- 2F.156** Program edukacije i prevencije HIV/AIDS-a naglašava prevenciju transmisije virusa s majke na dijete.
- 2F.157** Dom zdravlja ima politiku i procedure za testiranja koji naglašavaju dobrovoljnost i anonimnost. Politika i procedure su napisani/revidirani u zadnje tri godine, a po potrebi i ranije.
- 2F.158** Savjetovanište obezbjeđuje savjetovanje prije i poslije testiranja na HIV.  
*Uputstvo: Savjetovanje uključuje prevenciju transmisije, održavanje pozitivnog stava, održavanje adekvatne ishrane, psihološku i socijalnu podršku, i podvlači značaj ranog tretmana oportunističkih infekcija, uključujući i tuberkulozu.*
- 2F.159** Poštiva se povjerljivost rezultata testa i traži se pristanak pacijenta radi obavještanja partnera i porodice.

- 2F.160** Vodi se medicinska evidencija i dokumentacija o pacijentima/korisnicima savjetovališta.
- Uputstvo: Minimalan skup podataka uključuje: vrijeme infekcije (ako je moguće); kada je dijagnosticiran HIV; prethodni tretman HIV-a; sadašnji tretman HIV-a; anamneza bolesti koja uključuje i podatke o hepatitisima, tuberkulozi, seksualno transmisivnim bolestima; fizikalni pregled s posebnim osvrtom na limfne žlijezde, oralne ulceracije ili infekcije, gastrointestinalne simptome ili dijareje, temperaturu, gubitak težine; psihosocijalna evaluacija; anamneza o korištenju droga, putovanja, seksualna izlaganja infekciji; ko zna za HIV dijagnozu – partner, djeca; da li su partner i djeca testirani.*
- 2F.161** Postoje standardni dijagnostički protokoli koji se slijede u praksi za svakog pacijenta koji je HIV+ suspektan ili je pozitivan.
- Uputstvo: Protokoli uključuju: testiranje na antitijela; prisustvo/odsustvo oportunističkih infekcija i tumora; bilo koju neuropsihijatrijsku komplikaciju; savjetovanje; edukaciju za prevenciju transmisije HIV-a.*
- 2F.162** Protokoli su u skladu sa državnim smjernicama za dijagnostiku HIV+ i AIDS-a.
- 2F.163** Postoje standardni protokoli za tretman HIV+/AIDS-a.
- Uputstvo: Protokoli obuhvataju: prevenciju ponovljene HIV infekcije i drugih infekcija; promjene u stilu života i izloženost riziku; savjetovanje o ishrani, vježbanju i odmoru; nošenje sa stresom; prevenciju neželjene trudnoće u HIV+ žena i vodilje za najbolje mjesto porođaja; prevenciju transmisije HIV-a sa majke na dijete; terapiju antiretroviralnim lijekovima i tretman oportunističkih infekcija.*
- 2F.164** Postoje vodilje za ishranu djece HIV+ majki.
- 2F.165** Postoji datirana, dokumentirana procedura kada treba pacijenta hospitalizirati.
- Uputstvo: Uobičajeno se hospitaliziraju pacijenti sa herpes zosterom, ezofagealnom kandidijazom i profuznom dijarejom te sumnjivi slučajevi tuberkuloze s negativim nalazom sputuma.*
- 2F.166** U zajednici su osigurani antiretroviralni lijekovi.
- 2F.167** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedure za primjenu antiretroviralne (ARV) terapije. Politika i procedure su napisani/revidirani u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Primjena ARV terapije ne bi trebalo da se bazira na socijalnim kriterijima i ponašanju i trebalo bi da slijedi princip nediskriminacije, npr. alkoholičara, narkomana, seksualnih radnica i sl.*
- 2F.168** U zajednici su osigurani lijekovi za tretman oportunističkih infekcija.
- Uputstvo: Na primjer za hemoprofilaksu *Pneumocystis carinii* pnemonije (PCP).*

- 2F.169**      Tretman pridružene tuberkuloze rješava se zajedno sa pneumoftiziološkim dispanzerom doma zdravlja.  
*Uputstvo: Pacijente s više istovremenih infekcija i više socijalnih problema treba uvrstiti u DOT (Direct Observed Therapy) režim i pratiti.*
- 2F.170**      Pacijenti na ARV režimu testiraju se svaka tri mjeseca.
- 2F.171**      ARV toksičnost se prati.
- 2F.172**      Protokoli su u skladu sa državnim smjernicama za tretman HIV+ i AIDS-a.

### **Prava pacijenata**

- 2F.173**      Poštiva se pravo pacijenta na privatnost i druga prava, uključujući i pravo na izbor liječenja.
- 2F.174**      Poštiva se pravo HIV žena da odlučuju u pogledu trudnoće i porođaja.

### **Prostorije i radni ambijent**

- 2F.175**      Prostorije omogućuju rad multidisciplinarnom timu koji uključuje i savjetovanje za narkomaniju i mentalno zdravlje.
- 2F.176**      Savjetovalište ima obezbijeđen pristup Internetu i novim informacijama o HIV/AIDS-u.
- 2F.177**      Postoji poseban prostor za zarazne pacijente s tuberkulozom.
- 2F.178**      Postoji poseban prostor za HIV laboratorij za izvođenje ELISA testa.
- 2F.179**      Intervencija je snabdjevena infuzionim otopinama i lijekovima.
- 2F.180**      Postoje datirane, dokumentirane procedure za odlaganje instrumenata i drugih predmeta koji su potencijalno kontaminirani HIV-om. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

## **Praćenje HIV/AIDS programa i poboljšanje kvaliteta**

- 2F.181** Savjetovalište prikuplja podatke o kliničkom odgovoru na tretmane, pridržavanju savjeta i terapije, ARV rezistenciji i HIV statusu partnera i užih srodnika.
- 2F.182** Praćenje uključuje i prikupljanje i analizu podataka o uključivanju lokalne zajednice u preventivne i kontrolne mjere i aktivnosti u podršci HIV+/AIDS pacijenata.  
*Uputstvo: Savjetovalište treba da usko surađuje s lokalnim ministarstvom zdravstva, odborima i komisijama za HIV/AIDS, nevladinim organizacijama, socijalnom službom, službom za borbu protiv narkomanije, službom za mentalno zdravlje, pneumoftiziološkim dispanzerom, lokalnim bolnicama, imenovanim koordinatorima i savjetnicima, obrazovnim institucijama, medijima, političkim liderima u zajednici, itd.*
- 2F.183** Savjetovalište provodi godišnju kliničku reviziju ispunjenosti HIV/AIDS programa, uzimajući u obzir sljedeće kriterije: kontrolu troškova; visoku produktivnost; učinkovito angažiranje kvalificiranog paramedicinskog osoblja; dosljednost u slijeđenju protokola; učinkovito korištenje najnovijih informacija s Interneta.
- 2F.184** Laboratorij za HIV/AIDS provodi internu kontrolu kvaliteta, dok se vanjska kontrola kvaliteta obavlja svaka tri mjeseca.

## Standard 2G: Tretman tuberkuloze – pneumoftiziološki dispanzer

Dom zdravlja organizira dispanzer s laboratorijem za kontrolu tuberkuloze, čija je organizacija i funkcija u skladu s državnim smjernicama za kontrolu tuberkulozne infekcije, međunarodnim vodiljama i dobrom profesionalnom praksom.

### Dispanzer: osoblje i imenovanja

- 2G.185** Imenovan je šef dispanzera koji je po specijalnosti pneumoftiziolog.
- 2G.186** Član tima je i liječnik koji je obučen za rad u alergologiji i rukovodi alergološkim timom.
- 2G.187** Član tog tima je i medicinska sestra/tehničar educirana u oblasti alergologije i obučena za izvođenje *in vitro* i *in vivo* alergoloških testova.
- 2G.188** Član tima je i viši RTG tehničar.

### Edukacija

- 2G.189** Osoblje dispanzera stručno se usavršava putem seminara, radionica, predavanja i o tome postoji evidencija.
- 2G.190** Osoblje educira i druge – zdravstvene profesionalce, javnost i pacijente o nadzoru tuberkuloze, dijagnostici, tretmanu i ocjeni rezultata liječenja.
- 2G.191** Postoje edukacijski materijali za pacijente koji su pripremljeni zajedno s pacijentima i njihovim porodicama, koji su jezično razumljivi i koji se distribuiraju u lokalnoj zajednici.

### Politike

- 2G.192** Dispanzer pruža usluge zajedno s drugim organizacijama i u okviru programa u zajednici koji formiraju lokalnu mrežu za tuberkulozu i alergijska plućna oboljenja radi dijagnostike, tretmana, edukacije, nutricionije, rehabilitacije, savjetovanja i podrške.
- 2G.193** Dispanzer i predstavnici lokalne zajednice utvrđuju razmjere tuberkuloze u populaciji i kapacitet doma zdravlja da bolest stavi pod kontrolu.
- 2G.194** Dispanzer ima politiku kontrole tuberkuloze kojom se definiraju resursi, osoblje, edukacija osoblja, radni procesi, korištenje kliničkih vodilja i protokola zasnovanih na dokazima, skrining, testiranja, prikupljanje podataka, učinkovit ambulantni tretman tuberkuloze, njega, profilaksa, savjetovanje, edukacija pacijenata, psihološka i socijalna podrška, učinkovito korištenje elektronskih informacija, referalni sistem i drugo. Politika je napisana ili revidirana u zadnje tri godine, a po potrebi i ranije.

- 2G.195** Dispanzer učestvuje u epidemiološkom nadzoru, uključujući i nadzor visokorizičnih populacijskih grupa u zajednici a prioritet se poklanja pronalaženju novih slučajeva aktivne tuberkuloze i tretmana do potpunog izlječenja.
- 2G.196** Dispanzer utvrđuje, evaluira i tretira inficirane kontakte svakog utvrđenog slučaja zarazne tuberkuloze.
- 2G.197** Dispanzer testira i tretira i druge visokorizične osobe na latentnu tuberkulozu.
- 2G.198** Dispanzer usko surađuje sa lokalnim koordinatorom za tuberkulozu prema smjernicama ministarstva zdravstva.

### Proces rada: mjere i procedure

- 2G.199** Postoje datirane, dokumentirane procedure nadzora tuberkulozne infekcije. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2G.200** Na teritoriju koji pokriva dom zdravlja dispanzer prikuplja podatke i prati incidencu i prevalencu slučajeva aktivne tuberkuloze i alergijskih plućnih oboljenja.
- 2G.201** Politike i procedure nadzora tuberkulozne infekcije distribuiraju se u cijelom domu zdravlja.
- 2G.202** Vodi se medicinska evidencija i dokumentacija o pacijentima dispanzera.
- 2G.203** Postoje standardni dijagnostički i terapijski protokoli koji se slijede u praksi za svakog pacijenta koji je BK+ suspektan ili je pozitivan. Protokoli su napisani/revidirani u zadnje tri godine.
- 2G.204** Postoje protokoli za tumačenje tuberkulinskog kožnog testa.
- 2G.205** Postoje klinički protokoli za obim i sadržaj svih ocjena i ponovnih ocjena pacijenata.  
*Uputstvo: Protokoli obuhvataju mjerenje i evidentiranje tjelesne težine, indikacije za snimanja pluća, nuspojave liječenja, evidenciju propuštene antituberkulozne terapije svakog mjeseca, edukacijske mjere tokom tretmana.*
- 2G.206** Tretman aktivne tuberkuloze je usmjeren na pacijenta a DOT se koristi kada to odgovara pacijentu.
- 2G.207** Postoje klinički protokoli za obustavljanja antituberkulozne terapije u slučajevima nuspojava lijekova, alergijskih reakcija i rezistencije.
- 2G.208** Prati se rezistencija *M. tuberculosis* na lijekove i o tome postoji evidencija.

- 2G.209** Postoje klinički protokoli za kontrolne preglede pacijenata nakon kompletiranja antituberkuloznog tretmana.
- 2G.210** Pacijentima se zakazuju pregledi i testiranja i o tome postoji evidencija.
- 2G.211** Postoje datirane, dokumentirane procedure za uzimanje uzoraka i uručivanje rezultata pretraga u pogledu sputuma, briseva, kultura i drugih testiranja. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2G.212** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sigurno rukovanje uzorcima i obilježavanje uzoraka. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 2G.213** Laboratorijsko osoblje je licencirano i kompetentno za izvedbu specifičnih testiranja, uključujući i mikrobiološka.
- 2G.214** Postoji dokumentirana, datirana procedura za internu kontrolu kvaliteta laboratorija za tuberkulozu.
- 2G.215** Planira se nabavka potrošnog materijala, šprica, igala, epruveta, dijagnostičkih kitova za tuberkulozu, edukacijskog materijala i o tome se vodi evidencija.
- 2G.216** Za teže oboljele pacijente dispanzer po potrebi organizira prijevoz do bolnice ili kuće.

### **Radno okruženje**

- 2G.217** Prostorije i oprema podržavaju pružanje uspješnog antituberkuloznog tretmana.
- 2G.218** Za slučajeve aktivne plućne tuberkuloze ili suspektne tuberkuloze postoji mogućnost izolacije pacijenata.
- 2G.219** Za osoblje koje koristi rentgen, vrijede isti kriteriji radijacione sigurnosti kao i za osoblje zaposleno na radiološkoj dijagnostici.

### **Praćenje realizacije antituberkuloznog programa**

- 2G.220** Praćenje tretmana pacijenta uključuje barem sljedeće: pridržavanje terapijskog plana i režima; praćenje nuspojava medikacije; učestalost i intervale posjeta kod kuće; posjete pacijenta dispanzeru.
- 2G.221** Praćenje realizacije sveukupnog programa uključuje barem sljedeće: ukupan broj slučajeva; ukupan broj slučajeva koji je uspješno tretiran; ukupan broj prekinutih tretmana i razloge za obustavu tretmana; incidencu rezistencije; broj izgubljenih slučajeva (koji se ne javljaju na kontrolne preglede).

Treći dio:

## Sistem poboljšanja kvaliteta



## Standard 3A: Elementi sistema poboljšanja kvaliteta

Dom zdravlja ima uređen način praćenja i poboljšanja standarda zdravstvene zaštite i kvaliteta usluga za koje je odgovoran.

### Klinička revizija

- 3A.1** Utvrđeni su i dokumentirani prioriteti za kliničku reviziju u cijelom domu zdravlja.  
*Uputstvo: Prioriteti su u skladu s federalnim prioritetima za studije o kliničkoj reviziji/učinkovitosti i odražavaju prioritete programa za unapređenje zdravlja.*
- 3A.2** Postoje datirane, dokumentirane procedure za provođenje programa kliničke revizije. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: One uključuju, naprimjer, uslov da razvoj kliničke revizije bude multidisciplinaran, da se sastanci o kliničkoj reviziji redovno održavaju, te da se vodi evidencija o rezultatima tih sastanaka, da izvještaji o kliničkoj reviziji sadrže akcijske planove promjena, i vodi se evidencija o prisustvu na sastancima o kliničkoj reviziji.*
- 3A.3** Svi zdravstveni profesionalci učestvuju u programima kliničke revizije.  
*Uputstvo: To će uključivati federalne programe koje je odobrila Komisija za unapređenje zdravlja.*
- 3A.4** Vodi se evidencija sa sastanaka provjere kliničke revizije.  
*Uputstvo: To uključuje, npr. listu prisutnih, teme o kojima se diskutiralo i zaključke ili napravljene preporuke.*
- 3A.5** Preporuke nastale kao rezultat programa provjere kliničkog kvaliteta se obavezno implementiraju.  
*Uputstvo: Dom zdravlja bi trebalo da bude u stanju prikazati primjere promjena u praksi koje su uvedene kao rezultat programa kliničke revizije.*
- 3A.6** Programi kliničke revizije se podržavaju i koordiniraju u cijelom domu zdravlja i pripadajućim službama/organizacijskim jedinicama.
- 3A.7** Sastavni dio programa kliničke revizije je i širenje rezultata studija o reviziji, kako u domu zdravlja, tako i u pripadajućim mu službama.  
*Uputstvo: Sistem širenja rezultata revizije može uključivati redovne izvještaje i biltene s ažuriranim informacijama. Trebalo bi ocijenjivati učinkovitost sistema za širenje ovih informacija.*
- 3A.8** Domovi zdravlja međusobno razmjenjuju rezultate provjere kliničke revizije u svrhu kolegijalnog pregleda.  
*Uputstvo: AKAZ je zadužen i odgovoran za razmjenu dobre prakse.*

- 3A.9** Izmjene u praksi u cijelom domu zdravlja uvode se kao rezultat programa kliničke revizije.
- 3A.10** Smrt majke ili djeteta, ubistva ili samoubistva upućuju se na odgovarajuću povjerljivu istragu.

### Implementiranje prakse zasnovane na dokazima

- 3A.11** Zdravstveni profesionalci imaju pristup aktuelnim informacijama o kliničkoj praksi koja se zasniva na dokazima objavljenih istraživanja koja im stoje na raspolaganju.  
*Uputstvo: To može uključivati i pristup Medline-u, federalnoj elektronskoj zdravstvenoj biblioteci, Internetu, biblioteci, biltenima o učinkovitosti, AKAZ sajtu, itd.*
- 3A.12** Postoje sistemi za širenje informacija o učinkovitoj praksi u domu zdravlja i pripadajućim službama.
- 3A.13** Postoji sistematski pristup kliničkim indikatorima kvaliteta i njihovoj ocjeni unutar doma zdravlja.  
*Uputstvo: Rutinska i sistematska ocjena indikatora kliničkog kvaliteta uključuje, npr. neriješene slučajeve žalbi ili nezadovoljavajuće rješenje; greške s lijekovima i visoke stope propisivanja nekih lijekova; visoke stope upućivanja specijalistima i u bolnicu; mortalitet i morbiditet, uključujući komplikacije koje su se mogu izbjeći; slučajeve neočekivane (iznenadne) smrti i nepovoljne kliničke događaje.*
- 3A.14** Razvoj lokalnih vodilja za kliničku praksu i puteva zdravstvene zaštite<sup>1</sup> se potpomaže i koordinira u cijelom domu zdravlja.
- 3A.15** Razvoj, implementacija i evaluacija vodilja za kliničku praksu baziraju se na organizaciji razvoja koju je uspostavio AKAZ, vodiljama koje su prihvaćene na državnom nivou i odobrenim vodiljama profesionalnih tijela.
- 3A.16** Povratne informacije od pacijenata/korisnika se koriste za dobivanje uvida u njihovo stajalište u vezi s razvojem i pregledom puteva zdravstvene zaštite i kliničkih vodilja.  
*Uputstvo: Informacije se mogu dobiti iz anketiranja pacijenata/korisnika ili iz studija za praćenje koje su lokalno provedene, ili iz objavljene literature.*
- 3A.17** Dom zdravlja/jedinice provodi rutinsku kliničku reviziju u odnosu na implementirane kliničke vodilje.  
*Uputstvo: To uključuje izvještavanje o varijacijama u praksi u odnosu na vodilje i trebalo bi biti sastavni dio kliničke revizije.*

---

<sup>1</sup> Redoslijedni, vremenski plan primjene zdravstvene zaštite koju pruža multidisciplinarni tim, odnosno timovi.

- 3A.18** Uspostavljene su mreže za razmjenu iskustava o razvoju i implementiranju puteva zdravstvene zaštite, kako unutar organizacije, tako i s drugim organizacijama.  
*Uputstvo: Te razmjene bi trebalo da uključuju redovne kontakte i razmjenu informacija s ostalim domovima zdravlja, zdravstvenim vlastima, socijalnim službama, službama za mentalno zdravlje, organizacijama pacijenata/korisnika.*

### Programi istraživanja i razvoja u domeni zdravstvenih usluga

- 3A.19** Utvrđeni su i dokumentirani prioriteti za istraživanje i razvoj u domeni zdravstvenih usluga.
- 3A.20** Postoji pristup bazi podataka o istraživanjima.
- 3A.21** Postoji proces za dobivanje sredstava za predložena istraživanja i razvoj.
- 3A.22** Uvedene su izmjene usluga kao odgovor na potvrđene nalaze istraživanja.  
*Uputstvo: To uključuje objavljene nalaze istraživanja, kao i istraživanje provedeno u domu zdravlja.*
- 3A.23** Postoje protokoli za dobivanja punovažnog pristanka pacijenata i njegovatelja na učešće pacijenata u programima istraživanja i razvoja.

### Upravljanje kliničkim i nekliničkim rizikom

- 3A.24** Sve kliničke službe prolaze kroz procjenu kliničkog rizika.  
*Uputstvo: To može uključivati, naprimjer, upotrebu anestetika u zajednici, njegu teško bolesnih pacijenata/korisnika u kući i procjenu mentalno oboljelih pacijenata/korisnika.*
- 3A.25** Procjena obuhvata i nekliničke rizike, pa je u procjenu uključen i sektor nemedicinskih poslova.
- 3A.26** U procjenu nekliničkih rizika su uključeni objekti, oprema, instalacije, električna struja, jonizirajuće zračenje, transport i prijevoz, telefonske komunikacije, bezbjednost, ishrana, hemikalije, gasovi, prašina, isparavanja, radna temperatura, otpad, kućne infekcije, sterilizacija, podaci, informacije, informacijski sistemi, finansije, mogućnosti prevara, pritužbe i tužbe, kliničke i nekliničke procedure, instrumenti i pokretni dijelovi aparata, aparati s vizuelnim prikazom, pacijenti, stranke i osoblje.  
*Uputstvo: Konsultirati dokument AKAZ-a: „Principi upravljanja rizikom“.*
- 3A.27** Osoblje koje poduzima procjenu kliničkog rizika obučava se s ciljem pripremanja na svoju ulogu i o tome se vodi evidencija.

**3A.28** U domu zdravlja prikupljaju se i analiziraju podaci s ciljem implementacije proaktivnog programa sigurnosti, koji obuhvata poboljšanje sigurnosti pacijenata i osoblja, smanjenje nepovoljnih događaja i neželjenih trendova i varijacija u praksi.

**3A.29** Postoje datirane, dokumentirane procedure izvještavanja i reagiranja na izraženu zabrinutost od strane osoblja, a u vezi s kliničkom izvedbom njihovih kolega.

*Uputstvo: To bi trebalo da bude dio sveobuhvatnog sistema procjene i da bude povezano s obukom i mehanizmima za podršku, relicenciranje i akreditaciju.*

### **Kontinuirani profesionalni razvoj**

**3A.30** Postoje programi kontinuiranog profesionalnog razvoja za sve osoblje u skladu s preporukama odgovarajućih univerziteta i profesionalnih udruženja.

**3A.31** Postoje programi kontinuiranog profesionalnog razvoja za sve osoblje u skladu s planom obuke i razvoja osoblja doma zdravlja.

**3A.32** Tamo gdje su potrebne specijalističke vještine, pružaju se obuka i aktuelne informacije.

**3A.33** Programi edukacije i obuke su povezani s nalazima kliničke revizije i pomažu profesionalcima da promijene svoju praksu.

*Uputstvo: Dom zdravlja bi trebalo da osigura kliničkom osoblju sticanje odgovarajućeg obrazovanja i vještina.*

**3A.34** Dom zdravlja prikuplja podatke o učešću cjelokupnog osoblja u programima trajnog profesionalnog razvoja u skladu s preporukama nadležnih komora i profesionalnih udruženja.

**3A.35** Dom zdravlja je uključen u sisteme profesionalne samoregulacije i u potpunosti saraduje s postojećim sistemima profesionalnog samoreguliranja koje vode odgovarajuće komore.

*Uputstvo: Postoji jasna odgovornost za implementiranje shema profesionalnog samoreguliranja. To uključuje i ponovno licenciranje liječnika.*

## Standard 3B: Upravljanje lijekovima

Uspostavljen je sistem za upravljanje propisivačkom praksom, racionalnim propisivanjem lijekova i osiguranjem dobre prakse upravljanja lijekovima.

### Finansijski rizici i racionalno propisivanje lijekova

- 3B.36** Identificiran je pojedinac koji je odgovoran za pitanja u vezi s propisivanjem lijekova u domu zdravlja i pripadajućim službama.
- 3B.37** Postoji datiran, dokumentiran plan o upravljanju budžetom za lijekove u domu zdravlja, koji uključuje i ciljeve koje bi trebalo postići.  
*Uputstvo: Plan će obuhvatati, naprimjer, procenat smanjenja potrošnje, procenat povećanja upotrebe generičkih lijekova i slično.*
- 3B.38** Datirani, dokumentirani plan upravljanja budžetom za lijekove u domu zdravlja uključuje i podsticajne sheme za racionalna propisivanja lijekova.
- 3B.39** Datirani, dokumentirani plan upravljanja budžetom za lijekove u domu zdravlja uključuje i način prikupljanja informacija u vezi s propisivanjem lijekova.
- 3B.40** Datirani, dokumentirani plan upravljanja budžetom za lijekove u domu zdravlja uključuje i način na koje se distribuiraju informacije u vezi s propisivanjem lijekova.
- 3B.41** Datirani, dokumentirani plan upravljanja budžetom za lijekove u domu zdravlja uključuje i uređenje praćenja propisivanja lijekova.
- 3B.42** Dom zdravlja ima registar lijekova s osnovama farmakoterapije i listu lijekova koji se osiguranicima mogu propisati na teret sredstava kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.  
*Uputstvo: Trebalo bi uključiti i podsticajnu shemu propisivanja lijekova.*

### Dobra praksa

- 3B.43** Postoji komisija za lijekove ili ekvivalentna grupa koja je odgovorna za propisivanje liste lijekova i vodilja za kliničku praksu s farmakološkog aspekta.
- 3B.44** Postoje datirani zapisnici sa sastanaka i izvještaji komisije za lijekove.
- 3B.45** Sve službe doma zdravlja imaju pristup aktuelnim, relevantnim izvorima podataka i informacija o lijekovima.

- 3B.46** Pacijentima se daju informacije o načinu upotrebe, koristi i potencijalnoj šteti propisanog lijeka.
- 3B.47** Informacijski sistem doma zdravlja trebalo bi da podrži rad liječnika s bazom podataka o lijekovima prema ATC klasifikaciji, uz module raspoloživih, izdatih i uskladištenih lijekova u intervencijama te propisanih lijekova na teret fonda zdravstvenog osiguranja.
- 3B.48** Postoje datirane, dokumentirane procedure za naručivanje, nabavku, prijem, skladištenje i kontrolu zaliha svih lijekova koji se koriste u domu zdravlja i kojima se dom zdravlja snabdijeva. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 3B.49** Postoji datirana, dokumentirana procedura za utvrđivanje lijekova kojima je istekao rok upotrebe. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 3B.50** Postoji datirana, dokumentirana procedura za sigurno odlaganje i uništavanje lijekova kojima je istekao rok upotrebe. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 3B.51** Dom zdravlja ima procedure za pripremu, rukovanje, odlaganje i distribuciju parenteralnih otopina i enteralne prehrane, na savim uputstvima gdje se te otopine koriste. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 3B.52** Dom zdravlja ima procedure za rukovanje, odlaganje, distribuciju i primjenu narkotičnih supstancija i lijekova. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 3B.53** Dom zdravlja ima procedure za rukovanje, odlaganje, distribuciju i primjenu istraživačkih supstancija i lijekova. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 3B.54** Postoji datirana, dokumentirana procedura o aktivnostima koje se poduzimaju u slučaju pojave nepovoljne reakcije na lijek. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 3B.55** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upravljanje greškama i drugim rizikom (npr. greške prilikom propisivanja lijeka, greške prilikom rukovanja, izdavanja, apliciranja lijeka, prosipanje lijeka). Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

*Uputstvo: Proces izvještavanja o greškama osigurava se standardnim formularom za izvještavanje i educiranje osoblja o procesu i značaju izvještavanja. Ovaj proces je integralni dio programa poboljšanja kvaliteta u domu zdravlja koji se fokusira na prevenciju grešaka medikacije, putem razumijevanja vrsta najčešćih grešaka i načina poboljšanja procesa u domu zdravlja da se takve greške izbjegnu u budućnosti. Procedura bi trebalo da ohrabri sistem otvorenog izvještavanja i kulturu neoptuživanja pojedinaca.*

- 3B.56** Postoji datirana, dokumentirana procedura za izuzetne prilike, kada je lijek primjenjen bez pisane upute, npr. u situacijama spašavanja života. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 3B.57** Unutar službi doma zdravlja postoje sigurne prostorije za skladištenje kojima se obezbjeđuje da se sve farmaceutske i njima srodne supstance drže pod uslovima prilagođenim zakonskim propisima i zahtjevima proizvođača.  
*Uputstvo: Za sve narkotične supstancije i lijekove postoji skladište koje se može zaključati, uključujući i lijekove za vanjsku upotrebu, lijekove za unutarnju upotrebu, lijekove koji se trebaju skladištiti na hladnom (u frižideru ili zamrzivaču), dijagnostičke reagense (osim testnih traka), zapaljive supstance. Vidi: Zakon o lijekovima, čl.73.*
- 3B.58** Ključevi svih ormara koji se koriste za skladištenje lijekova čuvaju se na sigurnom mjestu, uključujući i rezervne ključeve.
- 3B.59** Lijekovi i vakcine koji se skladište na hladnom mjestu čuvaju se u označenom frižideru, a temperatura frižidera se dnevno prati o čemu postoji evidencija.  
*Uputstvo: Frižidere ne bi trebalo koristiti za čuvanje namirnica. Za praćenje temperature trebalo bi koristiti maksimum/minimum termometre a ako je temperatura izvan normalnih vrijednosti poduzimaju se odgovarajuće aktivnosti.*
- 3B.60** Lijekovi koji se upotrebljavaju u hitnim slučajevima uvijek su na raspolaganju i nadgledaju se s obzirom na potrošnju i datum isteka roka valjanosti, a zaštićeni su od krađe, gubitka ili zloupotrebe.
- 3B.61** Narkotici su na raspolaganju, nadgledaju se, dokumentiraju i zaštićeni su od krađe, gubitka ili zloupotrebe.
- 3B.62** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sigurno propisivanje, naručivanje, provjeru narudžbi i apliciranje lijekova.  
*Uputstvo: Procedurama se utvrđuju zdravstveni profesionalci kojima je dozvoljeno da propisuju, naručuju i daju lijekove pacijentima. Te procedure također bi trebalo da reguliraju provjeru novčane vrijednosti narudžbi u odnosu na dogovoreni budžet za lijekove.*
- 3B.63** Lijekove propisuje licencirani liječnik.
- 3B.64** Postoji datirana, dokumentirana procedura identifikacije pacijenta prije aplikacije lijekova, a vrsta i naziv lijeka, datum isteka, te doza i vrijeme aplikacije obavezno se ovjeravaju potpisom liječnika.
- 3B.65** Postoje datirana, dokumentirana procedura upisivanja propisane i aplicirane terapije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Upisivanje u zdravstveni karton ili u interaktivni softver.*

- 3B.66** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upisivanje nuspojava, odnosno štetnih učinaka lijekova. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Štetni učinci lijekova upisuju se u zdravstveni karton i u izvještajne formulare u sklopu upravljanja rizikom u domu zdravlja.*
- 3B.67** Svi lijekovi u intervencijama službi doma zdravlja drže se u originalnom pakovanju.  
*Uputstvo: Prepakiranje lijekova, posebno u ampularnom obliku i čuvanje u kutijama koje obilježava osoblje u intervenciji, jedan je od češćih razloga za zamjenu lijeka i pogrešnu aplikaciju.*
- 3B.68** Postoji datirana, dokumentirana procedura upravljanja lijekovima van radnog vremena, odnosno u dežurstvu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 3B.69** Postoji datirana, dokumentirana procedura upravljanja lijekovima u vanrednim situacijama. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 3B.70** Postoji datirana, dokumentirana procedura o kliničkim ispitivanjima lijekova na nivou doma zdravlja. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 3B.71** Dom zdravlja provodi evaluaciju propisivačke prakse i apliciranja lijekova kao dio sistema poboljšanja kvaliteta.

## Standard 3C: Mišljenje osoblja o kvalitetu vlastitog rada

Postoji formiran sistematski proces, zasnovan na povjerljivosti, kojim se omogućava dobijanje mišljenja osoblja o uslovima njihovog rada.

### Osoblje - Iskustvo

- 3C.72** Mišljenja ili stavovi osoblja se redovno prate.  
*Uputstvo: Osoblje u cijeloj organizaciji ima mogućnost da učestvuje u anketiranju stavova bar jednom godišnje. U taj proces izražavanja mišljenja osoblja mogu se uključiti i standardizirane ankete, fokusne grupe, i/ili pojedinačni intervjui. Teme mogu biti i vrijednosti i ciljevi organizacije, komunikacije, nadgledanje i podrška, fizičko i mentalno zdravlje, svijest o dužnosti, zadovoljstvo radnim mjestom i lično usavršavanje.*
- 3C.73** Ankete i fokusne grupe čiji je cilj dobiti mišljenje osoblja imaju dokumentirane ciljeve.
- 3C.74** Ankete i fokusne grupe čiji je cilj dobiti mišljenje osoblja se zasnivaju na metodi popisivanja ili uzorka.
- 3C.75** Ankete i fokusne grupe čiji je cilj dobiti mišljenje osoblja osiguravaju anonimnost anketiranih.
- 3C.76** Ankete i fokusne grupe čiji je cilj dobiti mišljenje osoblja služe za poređenje u odnosu na unapređenje kvaliteta radnog vijeka.  
*Uputstvo: Anketiranje koje provodi nezavisna organizacija može poslužiti da se prevaziđu strahovi u vezi s povjerljivošću, te se tako poveća stopa učešća. Anketiranje se može provesti među cijelim osobljem ili u posebnim odjelima ili službama. Ako su to službe, trebalo bi da postoji odgovarajući raspored anketiranja.*
- 3C.77** Rezultati anketiranja ili fokusnih grupa se pregledaju i prave se akcioni planovi kao odgovor na nalaze.  
*Uputstvo: Vrijednost dobivanja mišljenja osoblja često se umanjuje zato što se ne vodi dovoljno računa o tome ko će reagirati na prikupljene informacije. Naprimjer, korisno je kao prvo pregledati rezultate u malim grupama ili odjelima. To će staviti prioritet na reagiranje (naprimjer na sitne stvari koje se mogu brzo riješiti s vrlo malo energije i sredstava, na pitanja za koja je potrebno koordiniranje u različitim odjelima i/ili reagiranje za pitanja koja se odnose na sredstva ili cijelu organizaciju i koja treba rješavati dugoročno), na pravljenje akcijskih planova s identificiranim pojedincima koji će se time baviti i s dogovorenim rasporedom pregleda napretka.*



Četvrti dio:

**Fokus na pacijenta**



## Standard 4A: Upravljanje procesima zaštite

Procesi zaštite oblikovani su prema potrebama pacijenata i zdravstvenih profesionalaca koji pružaju dobro osmišljene zdravstvene usluge.

### Djelokrug rada doma zdravlja

- 4A.1** Dom zdravlja eksplicitno navodi usluge koje pruža po kategorijama: osnovne, dopunske i proširene i s time upoznaje javnost.
- 4A.2** Osnovne usluge obuhvataju tretman pacijenata koji su bolesni ili misle da su bolesni i kod kojih se očekuje ozdravljenje u okviru uobičajenog trajanja na tu okolnost.
- 4A.3** Osnovne usluge obuhvataju laboratorijsku, radiološku, ultrazvučnu i EKG dijagnostiku.
- 4A.4** Osnovne usluge obuhvataju transfer pacijenata s težim oboljenjima, stanjima i povredama koji iziskuju bolnički tretman.
- 4A.5** Dom zdravlja ima kliničke vodilje zasnovane na dokazima za upućivanje pacijenata u bolnicu. Vodilje su implementirane i evaluira se njihova primjena u praksi.
- 4A.6** Osnovne usluge obuhvataju tretman hroničnih oboljenja i stanja pri čemu se koriste vodilje, protokoli i usluge opće primarne zaštite, ambulanti porodične medicine i specijalističko-konsultativnih službi.
- 4A.7** Osnovne usluge obuhvataju tretman terminalno oboljelih pri čemu se koriste usluge palijativne kućne njege.
- 4A.8** Osnovne usluge obuhvataju dijagnostiku i liječenje zuba i pitanja oralnog zdravlja.
- 4A.9** Dopunske usluge i procedure obuhvataju tretman akutnih bolesti kod kojih je potrebna konzultacija specijalističko-konsultativnih službi u domu zdravlja ili u zajednici.
- 4A.10** Dopunske usluge i procedure obuhvataju skrining karcinoma, na primjer, cervikalnog ili raka prostate, dijabetesa, hipertenzije, povišenog holesterola i slično.
- 4A.11** Dopunske usluge i procedure obuhvataju tretman seksualno transmisivnih bolesti i povezanih infektivnih oboljenja.
- 4A.12** Dopunske usluge i procedure obuhvataju vakcinacije i imunizacije.

- 4A.13** Dopunske usluge i procedure obuhvataju zaštitu majki i djece.
- 4A.14** Dopunske usluge i procedure obuhvataju tretman tuberkuloze i plućnih oboljenja.
- 4A.15** Dopunske usluge i procedure obuhvataju procedure male hirurgije.
- 4A.16** Dopunske usluge i procedure obuhvataju tretman mentalnih poremećaja.
- 4A.17** Dopunske usluge i procedure obuhvataju usluge fizikalne rehabilitacije.
- 4A.18** Dopunske usluge i procedure obuhvataju socijalne usluge i savjetovanja.
- 4A.19** Proširene usluge dijagnostike, tretmana i rehabilitacije pružaju se u okviru specijalističko-konsultativnih službi, stomatološke službe, posebnih zdravstvenih programa, službe mentalnog zdravlja i fizikalne rehabilitacije.
- 4A.20** Dom zdravlja ima vodič za pacijente u kojem su ukratko opisane sve službe/organizacijske jedinice s rasporedom rada i kontakt telefonima.
- 4A.21** Pacijenti se također informiraju o izboru liječnika i procedurama promjene odabranog liječnika.

### Procesi za podršku pacijentima

- 4A.22** Procesi zaštite tako su osmišljeni i tako se provode da su potpuno okrenuti interesima pacijenta.  
*Uputstvo: Tu spadaju prikupljanje podataka i informacija koji se uzimaju samo jedanput na ulazu u dom zdravlja a da se proces ne ponavlja na svakom koraku; poštivanje vremena pacijenata (radno vrijeme, zakazani pregledi, telefonski pristup); poštivanje kontinuiteta zaštite (odabrani doktor i/ili sestra, odgovarajuće i informirane zamjene); zadovoljavanje hitnih potreba (prioriteti, transport); fizički pristup za invalidna lica; poštivanje prava pacijenata; dobre komunikacije sa sekundarnom i tercijarnom zaštitom, itd.*
- 4A.23** Dom zdravlja obezbjeđuje edukaciju i informiranje pacijenata u vezi sa njihovim stanjem/oboljenjem, vodeći računa o različitim oblicima tog informiranja.
- 4A.24** Planovi za tretman stanja/oboljenja/povreda integrirani su u opći plan aktivnosti i tretmana u kući i u zajednici.

### Procesi koji podržavaju zdravstvene profesionalce

- 4A.25** Procesi i rutine tako su dizajnirani da podržavaju zdravstvene profesionalce u svakodnevnom radu.  
*Uputstvo: Maksimalno se koristi zakazivanje pregleda kako bi liječnici i sestre mogli da rade kvalitetno; za prve posjete odvaja se više vremena; konsultanti su fleksibilni i raspoloživi prema stvarnim potrebama pacijenata.*

- 4A.26** Uspostavljeni su takvi radni procesi koji prekidanje obavljanja posla reduciraju na najmanju moguću mjeru.  
*Uputstvo: Tu spadaju procedure za primanje telefonskih poziva, naručivanja za kućne posjete, adekvatna trijaža hitnih slučajeva i slično.*
- 4A.27** Dom zdravlja obezbjeđuje tzv. «zaštićeno vrijeme» za čitanje stručne literature i bavljenje kvalitetom vlastitog rada u okviru redovnog radnog vremena.
- 4A.28** Dom zdravlja obezbjeđuje dovoljan broj administrativnih radnika na prikupljanju podataka iz zdravstvenih kartona u svrhu kliničke revizije.
- 4A.29** Dom zdravlja obezbjeđuje dovoljan broj adekvatnih zamjena za liječnike i sestre kojima je odobreno stručno usavršavanje.
- 4A.30** Dom zdravlja i sastavne službe dobro organizira upravljanje medicinskom dokumentacijom i nadzor kvaliteta unešenih podataka s ciljem ostvarenja bolje komunikacije sa specijalističko-konsultativnom službom.

### **Procesi koji poboljšavaju pružanje usluga**

- 4A.31** Svi problemi u komunikaciji rješavaju se na zajedničkim sastancima liječnika, sestara i drugog osoblja.
- 4A.32** Na širokoj osnovi koriste se vodilje za kliničku praksu, dijagnostički i terapijski protokoli i integrirani putevi zaštite s ciljem optimiziranja zaštite pacijenta i mjerenja procesa i ishoda te zaštite.
- 4A.33** Gdje je to moguće, liječnici i sestre imaju pristup Internetu na radnom mjestu radi pribavljanja vodilja za praksu na bazi dokaza, edukacijskog materijala za pacijente i vodilja za prevenciju.
- 4A.34** Klinička revizija (audit) provodi se u cijelom domu zdravlja radi podrške trajnog poboljšanja kvaliteta i ocjene procesa i ishoda tretmana.
- 4A.35** Sigurnost pacijenta je primaran zadatak u svim službama/jedinicama doma zdravlja («*Primum non nocere*»).

## Standard 4B: Prava i odgovornosti pacijenata

Dom zdravlja osigurava da liječnik i ostali članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata, ali i skreću pažnju pacijentima na njihovu odgovornost u održavanju zdravlja.

### Informiranje i prava pacijenata kroz usluge

- 4B.36** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da primaju usluge bez diskriminacije vezano za spol, dob, vjersku ili etničku pripadnost, onesposobljenje ili spolnu orijentaciju, a dom zdravlja jasno podržava takvu politiku koja je dostupna javnosti i svim zaposlenicima.
- 4B.37** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da biraju onog zdravstvenog profesionalca kojeg oni smatraju prihvatljivim.
- 4B.38** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da traže drugo mišljenje o opcijama u vezi s tretmanom ili o dijagnozi, uz saglasnost s liječnikom opće prakse/obiteljske medicine. Također postoje informacije o načinima na koje je to moguće uraditi.
- 4B.39** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da im se jasno objasni njihovo stanje i svaki predloženi tretman, ispitivanje ili medicinska procedura, kao i rizici ili alternative prije nego što pristanu na njih.  
*Uputstvo: Od pacijenata se traži da daju svoj pristanak ako se radi o bilo kakvoj invazivnoj proceduri ili intimnom pregledu.*
- 4B.40** Poštuje se povjerljivost informacija i postoji datirana, dokumentirana politika o povjerljivosti informacija, s čime su upoznati svi članovi osoblja.
- 4B.41** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima/korisnicima, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da imaju pristup svom zdravstvenom kartonu, kao i na to da će informacije koje se u njega unesu ostati povjerljive.
- 4B.42** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima, koje ih obavještavaju o njihovim pravima u vezi s davanjem svog pristanka da učestvuju u medicinskim istraživanjima.
- 4B.43** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da biraju da li će učestvovati u obučavanju studenata medicine ili osoblja doma zdravlja.
- 4B.44** Objavljaju se informacije namijenjene pacijentima/korisnicima i javnosti, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da dobivaju detaljne informacije o uslugama koje se pružaju u domu zdravlja.

- 4B.45** Svaki novi pacijent prilikom otvaranja kartona dobiva set pisanih informacija o domu zdravlja i uslugama koje se u njemu pružaju. Ove informacije uvijek su dostupne pacijentima, odnosno građanima.
- 4B.46** Postoje informacije za pacijente o načinu naručivanja za preglede i o vremenu čekanja na određene usluge u domu zdravlja.  
*Uputstvo: Građani treba da dobiju jasna pisana uputstva o načinu naručivanja i korištenja pojedinih usluga u domu zdravlja.*
- 4B.47** Objavljuju se informacije namijenjene pacijentima/korisnicima, koje ih obavještavaju o njihovom pravu na to da se njihove kliničke ili nekliničke žalbe detaljno ispituju.
- 4B.48** Kroz usluge se priznaje i vodi računa o pravu pacijenata/korisnika na njihovo lično dostojanstvo.  
*Uputstvo: Posebnu pažnju bi trebalo obratiti na paravane i zastore, toalet i mjesta za pranje ruku, mjesta za presvlačenje te provjeru osoblja da li je odjeća pacijenata na svom mjestu nakon tretmana i procedura zaštite.*
- 4B.49** Kroz usluge se priznaje i vodi računa o pravima pacijenata/korisnika na privatnost.
- 4B.50** Kroz usluge se priznaje i vodi računa o pravima pacijenata u vezi s njihovom kulturnom i vjerskom tradicijom.
- 4B.51** Ispunjava se preferiranje pacijenata da ih njeguje/liječi osoblje odgovarajućeg spola tamo gdje je to moguće.  
*Uputstvo: Preferiranje pacijenata bi trebalo zapisivati čak i ako zbog ograničenja osoblja ili rasporeda dužnosti nije moguće u potpunosti udovoljiti na njih.*
- 4B.52** Osoblje postupa i obraća se pacijentima na dostojanstven način, s poštovanjem i ljubaznošću.
- 4B.53** Osoblje se obraća pacijentima/korisnicima koristeći ime ili zvanje u zavisnosti od njihovog preferiranja.  
*Uputstvo: Takvo preferiranje pacijenta/korisnika bi trebalo navesti u zdravstveni karton.*
- 4B.54** Pacijentima i njegovateljima bi trebalo dati informativne materijale o njihovom stanju/tretmanu/medicinskoj proceduri.
- 4B.55** Članovi porodice i njegovatelji imaju pravo učestvovati u svim fazama zaštite pacijenta uz njegov prethodni pristanak.
- 4B.56** Pacijenti, članovi porodice i njegovatelji obavještavaju se na koji način mogu dobiti informacije o bolesti i tretmanu i odlučivati u pogledu njege i tretmana.
- 4B.57** Pacijenti, a po potrebi i članovi porodice obavještavaju se o njihovim pravima da odbiju ili prekinu neki tretman.
- 4B.58** Dom zdravlja podržava pravo pacijenta na odgovarajuću ocjenu i tretman bolnog sindroma.

- 4B.59** Dom zdravlja podržava pravo pacijenta na dostojanstven tretman terminalnog oboljenja.
- 4B.60** Dom zdravlja podržava pravo pacijenta i članova njegove porodice na razlike u mišljenju, pravo na žalbu i rješavanje bilo kojeg sukoba u kojem učestvuje pacijent.
- 4B.61** Osoblje je educirano da utvrđuje vrijednosti i uvjerenja pacijenata i da štiti njihova prava.
- 4B.62** Svi pacijenti se obavještavaju o svojim pravima na jeziku koji im je razumljiv.

### **Punovažni pristanak na medicinski tretman**

- 4B.63** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura dobivanja punovažnog pristanka pacijenata na medicinske procedure.  
*Uputstvo: Proces dobivanja informiranog pristanka definira dom zdravlja i obezbjeđuje obuku osoblja za to.*
- 4B.64** Politika i procedura dobivanja punovažnog pristanka pacijenta na medicinske usluge sadrži uputstvo o tome ko može dobiti pristanak, u kojim okolnostima, te o popunjavanju formulara o pristanku pacijenta na medicinske usluge.  
*Uputstvo: Ono što čini verbalni pristanak trebalo bi dokumentirati.*
- 4B.65** Proces dobivanja informiranog pristanka je u okviru postojećih zakona i kulture.
- 4B.66** Kada neko drugi u ime pacijenta daje informirani pristanak za izvođenje procedure, ime te osobe unosi se u zdravstveni karton.
- 4B.67** Opći pristanak za tretman dobiva se samim ulaskom pacijenta u dom zdravlja.  
*Uputstvo: Opći pristanak za tretman podrazumijeva sve uobičajene procedure dijagnostike i liječenja koje ne iziskuju veće narušavanje fizičkog i psihičkog integriteta osobe.*
- 4B.68** Pacijent i drugi donosioci odluka informiraju se o obimu i ograničenjima općeg informiranog pristanka.
- 4B.69** Dom zdravlja definira i ima popis svih rizičnih invazivnih procedura i intimnih pregleda za koje je potreban informirani pristanak pacijenta.
- 4B.70** Informirani pristanak je potreban prije uključivanja pacijenta u bilo koje stručno ili naučno istraživanje.
- 4B.71** Dom zdravlja ima etički komitet koji pregleda i odobrava sva istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, vodeći računa o poštivanju prava pacijenta.
- 4B.72** Informirani pristanak potvrđuje se potpisom pacijenta i donosioca odluke, koji postoji u zdravstvenom kartonu.

## Standard 4C: Informacije za pacijente

Postoje tačne informacije za pacijente, njihove negovatelje i opću javnost o domu zdravlja i njegovim službama, uključujući jasne informacije za pacijente o njihovom tretmanu.

### Informacije o uslugama koje se pružaju u domu zdravlja

- 4C.73** Dom zdravlja daje informacije o uslugama koje pruža. Te informacije se ažuriraju najmanje jednom godišnje i sadrže spisak dostupnih usluga.
- 4C.74** Dom zdravlja daje informacije o listi čekanja za pojedine usluge. Te informacije se ažuriraju najmanje jednom godišnje.
- 4C.75** Dom zdravlja daje informacije o mjestu pružanja usluga. Te informacije se ažuriraju najmanje jednom godišnje.
- 4C.76** Postoje informacije za pacijente i javnost u kojima se navodi radno vrijeme doma zdravlja, kao i određenih službi.
- 4C.77** Za usluge koje se pružaju 24 sata ili van radnog vremena, može se u hitnim slučajevima kontaktirati telefonom. Telefonski brojevi se objavljuju u informativnim materijalima.

*Uputstvo: Tu mogu biti uključeni i spiskovi imena osoblja dostupnog putem telefona.*

### Kliničke informacije za pacijente/korisnike i negovatelje

- 4C.78** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura za odobravanje informativnih materijala za pacijente. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 4C.79** Dokumentirane informacije su dostupne pacijentima, a gdje je to potrebno i negovateljima, da bi se omogućio izbor na osnovu najboljih dokaza o učinkovitoj i odgovarajućoj intervenciji koje su na raspolaganju.
- 4C.80** Informacije o izboru zdravstvene zaštite i liječenja za pacijente i, gdje je to potrebno za negovatelje, koje se zasnivaju na dokazima, napisane su na jasnom b/h/s jeziku u kojem nema žargona.
- 4C.81** Informacije o izboru zdravstvene zaštite i liječenja za pacijente i, gdje je to potrebno za negovatelje, koje se zasnivaju na dokazima, plasiraju se u različitim medijima i formatima.

*Uputstvo: Takve informacije se prave uz pomoć doprinosa od strane pacijenata o njihovom sadržaju i predstavljanju. One mogu biti na raspolaganju u većim formatima, na drugim jezicima, predstavljene makaton simbolima, ili drugim medijima, kao što su audio ili video trake.*

- 4C.82** Pacijenti se ohrabruju da razmotre informacije koje im se daju prije nego što donesu odluku.  
*Uputstvo: Ukoliko je to moguće, pacijentima se informacije o izboru liječenja šalju prije zakazanog pregleda, za stanja koja nisu hitna da bi im se omogućilo da razmotre moguće opcije liječenja. Ukoliko to nije moguće, posvećeno je dovoljno vremena razmatranju opcija liječenja u konsultacijama sa zdravstvenim profesionalcima.*
- 4C.83** Postoje informacije za pacijente koje se odnose na uobičajena hronična oboljenja u kojima je opisan mogući napredak stanja i opcije kada je u pitanju liječenje.  
*Uputstvo: Ovu vrstu informacija, kao i u narednom kriteriju, treba da osmisle strukovna udruženja u saradnji s AKAZ-om.*
- 4C.84** Postoje informacije za pacijente koje se odnose na uobičajena hronična oboljenja u kojima se navode uputstva o tome kako najbolje mogu upravljati svojim stanjem kod kuće, uključujući i pravilnu upotrebu lijekova i načine na koje pacijenti mogu poboljšati svoje stanje kroz vježbe, prestanak ili smanjenje pušenja i zdravu ishranu.
- 4C.85** Dom zdravlja ima plan razvoja i upotrebe informacijskih tehnologija za širenje informacija prema pacijentima/korisnicima, njegovateljima i javnosti.

## Standard 4D: Odgovaranje na individualne potrebe pacijenta/korisnika

Osoblje zna koje su individualne potrebe pacijenta i odgovorit će na te potrebe. Zaštitom se upravlja na individualnoj osnovi kako bi se fizičke, intelektualne, emocionalne, duhovne i socijalne potrebe pacijenata i njegovatelja mogle ocijeniti, a na osnovu toga planirati zaštita te implementirati i evaluirati koliko su ove potrebe ispunjene.

### Kriteriji

- 4D.86** Informacije namijenjene pacijentima/korisnicima su na raspolaganju u različitim formatima za pacijente/korisnike koji imaju oštećenja sluha i/ili vida, probleme s čitanjem i pisanjem ili probleme s učenjem.
- 4D.87** Usluge prevodioca su na raspolaganju pacijentima/korisnicima koji ne govore b/h/s jezik.
- 4D.88** Postoji razumijevanje osoblja prema različitom etničkom, vjerskom ili kulturnom porijeklu pacijenata/korisnika i usluge odgovaraju posebnim vjerskim i kulturološkim potrebama pacijenata.  
*Uputstvo: To obuhvata i aspekte kao što su usluge pratnje, poštivanje želje da određeni dijelovi tijela budu pokriveni, kao i uključivanje članova porodice/obitelji u konsultacije.*
- 4D.89** Postoji datirana, dokumentirana politika o zdravstvenoj njezi umirućih pacijenata/korisnika. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 4D.90** Postoji datirana, dokumentirana procedura kad je u pitanju smrt pacijenta, koja vodi računa o religijskim i kulturnim uvjerenjima i potrebama pacijenta/korisnika. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 4D.91** Osoblje je upoznato s pravima i odgovornostima njegovatelja u skladu s postojećim zakonima.

## Standard 4E: Iskustvo i zadovoljstvo pacijenta (partnerstvo s pacijentima)

Pacijenti i njihovi negovatelji se podstiču da daju svoje mišljenje o uslugama, aktivno su uključeni u praćenje i evaluaciju te daju svoj doprinos razvoju usluga koje primaju.

### Kriteriji

- 4E.92** Postoji datirana, dokumentirana politika o uključivanju pacijenata/korisnika i negovatelja u njihovu zdravstvenu zaštitu. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 4E.93** Politika podrazumijeva identificirane resurse za aktivnosti na uključivanju pacijenata/korisnika i negovatelja u njihovu zdravstvenu zaštitu.
- 4E.94** Postoje operativni planovi za uspostavljanje foruma pacijenata, koji će omogućiti pacijentima/korisnicima da budu uključeni u razvoj i upravljanje lokalnih službi.
- 4E.95** Postoji datirana, dokumentirana politika o praćenju iskustava pacijenata/korisnika i negovatelja i dobivanju njihovih mišljenja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 4E.96** Imenovana je osoba koja je odgovorna za koordiniranje aktivnosti koje traže povratne informacije od pacijenata/korisnika i negovatelja.
- 4E.97** Akcioni planovi, napravljeni kao rezultat utvrđenog stanja nakon anketiranja pacijenata, s ciljem poboljšanja kvaliteta, objavljuju se u brošuri za pacijente.
- 4E.98** Informacije koje se dobiju prilikom anketiranja pacijenata/korisnika prikupljaju se, analiziraju i prezentiraju upravnom odboru doma zdravlja.  
*Uputstvo: Kratki izvještaji o zabilježenim mišljenjima i zadovoljstvu pacijenata/korisnika i negovatelja prave se jednom godišnje i prezentiraju upravnom odboru doma zdravlja.*
- 4E.99** Implementiranje plana (planova) se prati, izvještaj o napretku se prosljeđuje upravnom odboru doma zdravlja, a kratki pregled istog/istih ili koraka i napretka stoji na raspolaganju svim pacijentima.
- 4E.100** Postoje povratne informacije o uslugama za pacijente što uključuje i detalje o tome kako se pravi žalba.
- 4E.101** U domu zdravlja je uspostavljen sistem dobivanja povratnih informacija od pacijenata/korisnika i ocjenjivanja njihovog zadovoljstva uslugama najmanje jednom godišnje.  
*Uputstvo: To se može raditi putem upitnika, intervjua s pacijentima i u ciljnim grupama, kada se pacijenti pozivaju da bi dali svoje mišljenje o uslugama.*

**Standard 4F: Pristupačnost usluga za pacijente**

Pacijenti mogu dobiti zdravstvene usluge u domu zdravlja u skladu sa svojim potrebama, u odgovarajuće vrijeme i bez nepotrebnog odlaganja.

**Kriteriji**

- 4F.102** Pacijenti mogu zakazati pregled kod jednog od liječnika najkasnije u roku od četiri radna dana.
- 4F.103** Pacijenti mogu zakazati dolazak kod nekliničkog člana tima u roku od dva dana.

## Standard 4G: Dijagnostika i liječenje

Dom zdravlja pruža definiran dijapazon dijagnostičkih i terapijskih usluga koji je u skladu s postojećom legislativom.

### Procjena pacijenta

- 4G.104** Dom zdravlja definira sadržaj, kvalitet i cijenu svake pojedinačne ocjene pacijenta.  
*Uputstvo: Svi pacijenti koji se tretiraju u domu zdravlja moraju prije toga biti ocijenjeni da bi se utvrdile njihove potrebe.*
- 4G.105** Dom zdravlja ima prilagođene kliničke vodilje u formi dijagnostičkih protokola radi standardizirane ocjene pacijenata i smanjenja varijacija u praksi.  
*Uputstvo: Vodilje za kliničku praksu su prilagođene lokalnoj/regionalnoj praksi i stvarnim opterećenjem bolestima u datoj populaciji.*
- 4G.106** Dom zdravlja propisuje prosječno vrijeme za svaku pojedinačnu i zbirnu ocjenu pacijenta.  
*Uputstvo: To je više od normiranja vremena po jedinici usluge; ova norma je povezana sa kliničkim entitetima i korak je ka uvođenju DRG sistema.*
- 4G.107** Svi nalazi ocjene se dokumentiraju u zdravstveni karton (ili odgovarajući softver) i ti nalazi su dostupni svima koji učestvuju u tretmanu pacijenta.
- 4G.108** Imenovan je zdravstveni profesionalac odgovoran za kliničku zaštitu i tretman svakog pacijenta.  
*Uputstvo: Ako su u pitanju usluge koje pruža konsultant, taj imenovani profesionalac je konsultant. Ako su to usluge koje pružaju medicinske sestre ili terapeuti, odgovorna osoba će biti odgovarajući zdravstveni profesionalac.*
- 4G.109** Imenovan je ključni djelatnik koji je odgovoran za njegu ili bilo kakvu drugu zaštitu koja se pruža pacijentu/korisniku.  
*Uputstvo: Ključna osoba bi trebalo da bude registrirani član svoje profesije. To može biti i medicinska sestra, zadužena, naprimjer, za koordinaciju njege bolesnika sa karcinomom.*
- 4G.110** Svi pacijenti imaju individualne procjene.
- 4G.111** Sve procjene imaju jasnu svrhu, koja se obrazlaže svakom pacijentu.
- 4G.112** Pacijent je uključen u procjenu.  
*Uputstvo: To će zavisiti od mentalnog stanja i nivoa svijesti pacijenta. Svi pokušaji uključivanja pacijenta bi trebalo da budu dokumentirani.*
- 4G.113** Procjene vrši registrirani zdravstveni profesionalac.

- 4G.114** Proces procjene osigurava da se uradi cjelovita procjena.  
*Uputstvo: To uključuje, naprimjer, fizičke, emocionalne, socijalne, kulturne, vjerske, duhovne, radne, finansijske, stambene, obrazovne i potrebe za rekreacijom, ukoliko je moguće.*
- 4G.115** Pacijentima je omogućen pristup sažetku procjene njihovog zdravstvenog stanja i preporukama, a imaju mogućnost i da o tome razgovaraju s osobljem.  
*Uputstvo: U slučajevima gdje to nije moguće, njegovatelj dobiva kopiju pregleda i preporuka i može o njima razgovarati s osobljem.*
- 4G.116** Vrš se procjene pacijenata/korisnika koji imaju posebne potrebe.  
*Uputstvo: Tu spadaju starije osobe, osobe s fizičkim onesposobljenjima, osobe s posebnim etničkim ili vjerskim potrebama, djeca ili adolescenti, osobe s teškoćama u komunikaciji, osobe s čulnim oštećenjima, osobe s problematičnim ponašanjem, osobe koje imaju problema s mentalnim zdravljem ili poteškoće u učenju, ili koje njeguju nekoga.*
- 4G.117** Postoji datirana, dokumentirana procedura za ocjenu i ponovnu ocjenu pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 4G.118** Inicijalna ocjena pacijenta uključuje kompletnu anamnezu i nalaze fizikalnog pregleda.
- 4G.119** Inicijalna ocjena pacijenta uključuje alergiju na hranu i lijekove.
- 4G.120** Inicijalna ocjena pacijenta uključuje procjenu pacijentovog bola.
- 4G.121** Inicijalna ocjena pacijenta uključuje naloge za dijagnostičke pretrage.
- 4G.122** Inicijalna ocjena pacijenta uključuje planiranje završetka ocjene i dodatnih, specijalističkih pretraga.
- 4G.123** Trajanje sveobuhvatne ocjene za pacijente koji imaju hronična oboljenja/stanja ili nejasne probleme, uključujući i referalni sistem, definira dom zdravlja.
- 4G.124** Inicijalna ocjena pacijenta uključuje i ocjenu odgovorne medicinske sestre koja se dokumentira.
- 4G.125** Trajanje sveobuhvatne sestrinske ocjene za pacijente definira dom zdravlja.
- 4G.126** Dom zdravlja osigurava ocjene za posebne populacijske grupe i posebne pacijentove potrebe.  
*Uputstvo: Osiguravaju se ocjene djece, žena i starijih osoba te bolesnika s različitim funkcionalnim problemima.*
- 4G.127** Dom zdravlja osigurava ponovne ocjene pacijenata («kontrolni pregledi») u određenim vremenskim intervalima u toku tretmana i nakon završenog liječenja s ciljem definitivnog okončanja tretmana ili upućivanja pacijenta na drugi i treći nivo zaštite.

## Planiranje tretmana i njege

- 4G.128** Postoji pisani plan zdravstvene zaštite i liječenja za svakog pacijenta.  
*Uputstvo: Pismeni plan zdravstvene zaštite i liječenja bi trebalo da bude što je moguće više integriran i multidisciplinaran.*
- 4G.129** Pacijent je uključen u planiranje svoje zdravstvene zaštite i liječenja.
- 4G.130** Plan zdravstvene zaštite i liječenja se zasniva na procjeni pacijentovih potreba.  
*Uputstvo: Plan zdravstvene zaštite i liječenja obuhvata, naprimjer, mjerljive ciljeve, korake za njihovo postizanje i vremenski okvir za njihovo postizanje.*
- 4G.131** Individualni plan zdravstvene zaštite i liječenja pravi se u formatu u kojem se obrazlaže pacijentu, gdje je to moguće.  
*Uputstvo: Pacijenti bi trebalo da imaju mogućnost da vrše upisivanje u svoj plan zdravstvene zaštite i liječenja ako to žele.*
- 4G.132** Pacijenti imaju kopiju ili pristup svom planu zdravstvene zaštite i liječenja.
- 4G.133** S pacijentom, njegovateljem i, gdje je to moguće, zastupnikom se razgovara o zabrinutosti u vezi s pacijentovom sposobnošću da bude uključen u planiranje svoje zdravstvene zaštite i liječenja.
- 4G.134** Zabrinutosti pacijenta da bude uključen u planiranje svoje zdravstvene zaštite i liječenja se dokumentiraju i redovno pregledaju.
- 4G.135** Planove zdravstvene zaštite i liječenja koje naprave studenti/nekvalificirano osoblje potpisuje registrirano osoblje.  
*Uputstvo: Ovo se ne odnosi na medicinsko osoblje.*

## Provođenje njege i tretmana

- 4G.136** Primjena zakona i podzakonskih akata, standarda, politika, procedura, vodilja, protokola i puteva integrirane zaštite osigurava jednoobraznu zaštitu svim pacijentima/korisnicima.
- 4G.137** Postoji proces koji integrira i usklađuje zaštitu za svakog pacijenta, pri čemu su putevi integrirane zaštite dokumentirani dokaz za integraciju i koordinaciju.
- 4G.138** Svi koji učestvuju u zaštiti pacijenata – liječnici, sestre i drugo medicinsko i paramedicinsko osoblje čine timove koji surađuju, analiziraju i integriraju ocjene individualnih pacijenata.

- 4G.139** Postoje politike i procedure za tretman i njegu visoko rizičnih pacijenata i pružanje visoko rizičnih procedura. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 4G.140** Postoje politike i procedure za pružanje hitnih usluga pacijentima koji su ocijenjeni kao hitni. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 4G.141** Postoje politike i procedure za tretman vulnerabilnih skupina – djece, starijih osoba, trudnica i svih kategorija invalida. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 4G.142** Postoje politike i procedure za primjenu visokorizičnih procedura, na primjer, hemodijalize i hemoterapije. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 4G.143** Postoje politike i procedure za tretman infektivnih bolesnika i imunokompromitiranih. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 4G.144** Postoje politike i procedure za tretman pacijenata s nutricionim poremećajima. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 4G.145** Od pacijenata/korisnika se traži pristanak ako je prilikom konsultacije/pregleda prisutno osoblje koje nije direktno uključeno u njihov slučaj.
- 4G.146** U zdravstvenom kartonu pacijenta/korisnika se vodi evidencija o provedenom tretmanu i njezi.
- 4G.147** Evidenciju o tretmanu i njezi potpisuje registrirani zdravstveni profesionalac.

### **Partnerstvo s njegovateljima**

- 4G.148** Tamo gdje je to u najboljem interesu pacijenata, njegovatelji učestvuju u ocjeni pacijenta.
- 4G.149** Tamo gdje je to u najboljem interesu pacijenata, njegovatelji učestvuju u planiranju liječenja i zdravstvene zaštite.  
*Uputstvo: Uz pacijentov pristanak, njegovatelji se obavještavaju o vjerovatnim koristima ili rizicima bilo kojeg toka liječenja, uključujući i nuspojave lijekova.*
- 4G.150** Tamo gdje je to u najboljem interesu pacijenata, njegovatelji učestvuju u reviziji liječenja i njege.  
*Uputstvo: Njegovatelj može biti prijatelj ili plaćena osoba, kao i bliži rođak. Gdje god je to moguće, trebalo bi dobiti pristanak pacijenta prije nego što se njegovatelji uključe.*

## Standard 4H: Upućivanje u druge službe i mjere nakon otpusta

Pacijenti se upućuju drugim službama i timovima u domu zdravlja ili drugim ustanovama, ako je to potrebno.

### Izdavanje uputnica

- 4H.151** Postoji datirana, dokumentirana procedura o tome kako izdati uputnicu u svaku službu za pružanje usluga zdravstvene zaštite u domu zdravlja. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 4H.152** Postoji datirana, dokumentirana procedura o izdavanju hitnih uputnica u svaku službu doma zdravlja, gdje je to moguće. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 4H.153** Postoji datirana, dokumentirana procedura o tome kako ostvariti kontakt sa svakom službom u domu zdravlja nakon radnog vremena, gdje je to moguće. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 4H.154** Postoji datirana, dokumentirana procedura upućivanja pacijenata/korisnika radi pružanja usluga u drugoj zdravstvenoj organizaciji. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 4H.155** Sve gore nabrojane dokumentirane procedure stoje svima na raspolaganju.
- 4H.156** Postoji sistem bilježenja uputnica u sve službe.
- 4H.157** Pacijenti dobivaju kopiju uputnice.  
*Uputstvo: Ovo vrijedi samo za uputnice u bolnicu.*
- 4H.158** Dom zdravlja raspolaže informacijama o uslugama unutar javnog, privatnog i dobrovoljnog sektora na koje se mogu pozvati radi zadovoljavanja potreba pacijenta za zdravstvenom zaštitom u određenoj zajednici.

### Bolnički tretman, mjere nakon otpusta pacijenta i uloga primarne zdravstvene zaštite

- 4H.159** Dom zdravlja ostvaruje dobre poslovne i stručne odnose sa lokalnom/regionalnom bolnicom i gravitirajućim kliničkim centrom radi integrirane zaštite i održavanja kontinuiteta zaštite, za što postoje datirani, dokumentirani sporazumi o saradnji i međusobnom pružanju usluga.
- 4H.160** Sporazumi utvrđuju da je dom zdravlja dužan imati vodilje za upućivanje pacijenata u bolnicu za svaki klinički entitet koji se uobičajeno liječi u bolnicama.

- 4H.161** Sporazumi utvrđuju da procedura za otpust pacijenta mora sadržavati specifikaciju podataka za liječnika primarne zdravstvene zaštite koja se odnosi na instrukcije u pogledu daljnjeg tretmana pacijenta u ambulanti i kod kuće.
- 4H.162** Sporazumi utvrđuju da dom zdravlja treba formulirati vodilje/protokole za liječnike primarne zdravstvene zaštite koji se odnose na savjetovanje liječnika šta poduzeti u slučaju kontakta s pacijentom nakon složenijih bolničkih procedura, kao što su hemoterapija, stanja nakon operativnih zahvata, različite komplikacije, krize i slično. Ovakve vodilje prave timski liječnici primarne i bolničke zaštite.
- 4H.163** Sporazumi utvrđuju da dom zdravlja dobiva informacije o minimalnom periodu davanja obavještenja koji je potreban da se organizira pružanje određene zaštite u domu zdravlja.
- 4H.164** Sporazumi utvrđuju da otpusno pismo treba da sadrži minimalni ali esencijalan skup podataka za liječnike primarne zdravstvene zaštite.
- 4H.165** Sporazumi utvrđuju odgovorne liječnike obje strane za formalne komunikacije radi bržeg zakazivanja kliničkih pregleda kada to iziskuje hitnost i ozbiljnost situacije.
- 4H.166** U sporazumima se navode kontakt telefoni/e-mail osoba koje su zadužene i odgovorne za međusobne komunikacije.
- 4H.167** Sporazumi utvrđuju plan i raspored sastanaka menadžmenta doma zdravlja i bolnice radi rješavanja trajnih pitanja i iskrsljih problema. Postoje zapisnici sa tih sastanaka.
- 4H.168** Dom zdravlja evaluira implementaciju dogovorenih aktivnosti koje su u njegovom djelokrugu rada i za to postoje dokumentirani dokazi.

### Transport pacijenata

- 4H.169** Postoje datirane, dokumentirane procedure pružanja usluga prijevoza pacijenata/korisnika, koje uključuju i kriterije podobnosti za prijevoz. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 4H.170** Postoje datirane, dokumentirane procedure pružanja usluga prijevoza pacijenata/korisnika koje uključuju i rezervacije. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To uključuje, naprimjer, vremenski period potreban za obavještanje, kao i izbor odgovarajućeg prijevoznog sredstva.*

- 4H.171** Postoje datirane, dokumentirane procedure pružanja usluga prijevoza pacijenata koje uključuju i zadovoljenje hitnih potreba. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 4H.172** Postoje datirane, dokumentirane procedure pružanja usluga prijevoza pacijenata koje uključuju informiranje pacijenta o kašnjenju. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 4H.173** Dogovoreno je maksimalno vrijeme čekanja na prijevoz do kuće.

### **Smrt pacijenta**

- 4H.174** Uspostavljene su datirane, dokumentirane procedure upućivanja onih umrlih pacijenata za koje je po zakonu potrebna obdukcija. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 4H.175** Uspostavljene su datirane, dokumentirane procedure otkazivanja zakazanih pregleda i prestanka rutinske korespondencije nakon smrti pacijenta. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 4H.176** Uspostavljene su datirane, dokumentirane procedure obavještanja liječnika opće prakse/doktora obiteljske medicine o smrti njegovog pacijenta najkasnije do narednog radnog dana. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.

## Standard 4I: Dijagnostičke službe u funkciji ocjene pacijenta

Dom zdravlja pruža dijagnostičke usluge a najmanje laboratorijske (hematološke, biohemijske i mikrobiološke), radiološke, ultrazvuk i EKG, i pritom liječnici usko surađuju s laboratorijskom službom i radiologijom.

### Opći dio

- 4I.177** Dom zdravlja obezbjeđuje osnovne laboratorijske usluge i ultrazvučne i radiološke usluge (URU) radi ocjene pacijenta i zadovoljenja njegovih potreba u skladu sa zakonom, propisima i standardima.
- 4I.178** Ako osnovne laboratorijske i URU nisu obezbijeđene, dom zdravlja ima datirani, dokumentirani sporazum s drugom zdravstvenom organizacijom koja pruža takve usluge.
- 4I.179** Postoje dogovoreni protokoli o redoslijedu pretraga i prioritnim pretragama kod najčešćih dijagnoza.  
*Uputstvo: U protokolu između ostalog stoji da se ne vrše masovne rutinske pretrage ukoliko jedna ili više osjetljivih pretraga otkrije dijagnozu, ili jedna ili više specifičnih pretraga potvrđi dijagnozu.*
- 4I.180** Postoje datirane, dokumentirane procedure za uputnicu za laboratorijske pretrage. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Te procedure bi trebale osigurati da uputnica sadržava sve važne kliničke podatke i podatke o pacijentu koji su čitko napisani. Podaci bi trebalo sadržavati: puno ime i prezime pacijenta, ime oca, broj zdravstvenog kartona pacijenta, datum rođenja i spol; faksimil liječnika koji zahtijeva pretrage; izvor zahtjeva; zahtijevane pretrage, vrsta uzorka i važne kliničke detalje, uključujući specifičnu terapiju, datum i vrijeme uzimanja uzorka.*
- 4I.181** Postoji procedura upisivanja rezultata pretraga koje su urađene kod pacijenta, kao i procedura prosljeđivanja tih informacija specijalisti ili u bolnicu putem uputnica, kako bi se spriječilo dupliciranje vršenja pretraga.
- 4I.182** Kada se pacijentu vadi krv ili uzimaju drugi uzorci tjelesnih tečnosti i tkiva, pri prvom vađenju krvi ili uzimanja drugih uzoraka, uzme se dovoljna količina za sve predložene pretrage za taj put.
- 4I.183** Kada je u pitanju efikasnost rutinskih pretraga u postavljanju dijagnoze, provodi se klinička revizija barem jednom godišnje.
- 4I.184** Nalazi provjere kliničke revizije se diseminiraju, a praksa se mijenja u skladu s dokazima tih nalaza.  
*Uputstvo: Ako analiza provjere kliničke revizije ustanovi da je određena pretraga neefikasna za postavljanje određene dijagnoze, poduzimaju se mjere na ukidanju te rutinske pretrage. Ako analiza kliničke revizije ustanovi da neka pretraga omogućava dovoljno tačno postavljanje dijagnoze, postaje rutinska praksa da se ne vrše dodatne pretrage.*

- 41.185** Liječnici opće prakse i timovi porodične medicine ponašaju se u skladu s politikom podesnog korištenja dijagnostičkih pretraga i vode računa o medicini koja je zasnovana na dokazima, lokalnim, federalnim, državnim vodiljama i ustanovljenoj dobroj praksi.
- 41.186** Liječnici upoznaju pacijente sa svrhom, značajem, dobitima i rizicima koji se odnose na dijagnostičke pretrage s ciljem da pacijenti mogu donijeti informirane odluke.
- 41.187** Postoji datirana, dokumentirana procedura informiranja pacijenata o rezultatima dijagnostičkih pretraga. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.

### Laboratorij

- 41.188** Laboratorijskom službom upravlja odgovarajući specijalista za tu disciplinu.
- 41.189** Šef službe je osposobljen da preuzme profesionalne, konsultativne, organizacione i administrativne i naučne odgovornosti za službu.
- 41.190** Postoje datirane, dokumentirane procedure kojima se regulira koji članovi/profili osoblja mogu obavljati koju pretragu. Šef službe je odgovoran osigurati da su odgovornosti povjerene odgovarajućem medicinskom ili tehničkom laboratorijskom osoblju. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Moraju postojati pisani dokazi o osposobljenosti osoblja za obavljanje procedura ili pretraga u laboratoriji.*
- 41.191** Uspostavljene su i održavaju se linije komunikacija između laboratorijske službe i drugih službi i organizacijskih jedinica u domu zdravlja.
- 41.192** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za obavljanje laboratorijskih poslova, uključujući opis svih usluga koje se pružaju. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 41.193** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvođenje svake pretrage uključujući princip, metode, vrstu uzoraka, reagenasa i kontrolni materijal, postupak rada, linearnost reakcije, izračunavanje rezultata, referentne vrijednosti, itd. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 41.194** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sakupljanje i transport uzoraka. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Trebalo bi obuhvatati uputstva za: uzorkovanje humanih materijala, prikupljanje uzoraka; označavanje uzoraka (uključujući identifikacijske podatke pacijenta/korisnika); konzerviranje uzoraka; objekte za prijem i mjere sigurnosti kojih se treba pridržavati. Pohranjivanje, transport i pakiranje uzoraka koji se šalju poštom, mora zadovoljiti regulaciju UN602.*

- 4I.195** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za odlaganje iskorištenih uzoraka i reagenasa, uključujući uklanjanje biološkog i drugog otpada koji nastaje u laboratoriju. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Ove procedure treba uraditi uz sugestije službe zaštite na radu i/ili higijensko epidemiološke službe.*
- 4I.196** Procedure za prikupljanje uzoraka dostupne su svem osoblju koje radi na dobivanju uzoraka od pacijenata/korisnika i/ili transportu uzoraka do laboratorije.
- 4I.197** Laboratorij čuva evidenciju o svim primljenim uzorcima.
- 4I.198** Laboratorij čuva evidenciju svih uzoraka koji su prosljeđeni drugim laboratorijama.  
*Uputstvo: U evidenciji se navodi ime i odredište primaoca.*
- 4I.199** Postoji datirana, dokumentirana procedura za izvještavanje o rezultatima pretraga. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Procedura bi trebala osigurati slijedeće: ovjeru rezultata prije otpremanja, jasno označenje identifikacijskih podataka pacijenta, označavanje lokacije liječnika koji je zahtijevao pretragu i brzo izvještavanje na neposredni zahtjev liječnika.*
- 4I.200** Postoji datirana, dokumentirana procedura za usmeno prenošenje i primanje rezultata pretraga. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Procedurom bi trebalo osigurati da samo u iznimnim slučajevima imenovano osoblje može prenositi i primati rezultate pretraga putem telefona.*
- 4I.201** Formulari sa rezultatima pretraga i referentnim vrijednostima dizajnirani su tako da se mogu umetnuti u zdravstveni karton pacijenta.
- 4I.202** Kopija pravila o sigurnosti u laboratoriju uručena je postavljenom laboratorijskom osoblju i sadrži informacije o vremenu kada se pravila ponovo pregledaju i revidiraju.
- 4I.203** Unutar laboratorije postoji označen prostor za primanje, otpremanje i rukovanje uzorcima, uključujući i odvojen prostor za visoko rizične postupke.
- 4I.204** Unutar laboratorije postoji označen prostor za skladištenje uzoraka, reagenasa i dokumentacije, uključujući i odvojen prostor za pohranjivanje visoko rizičnih uzoraka.
- 4I.205** Unutar laboratorije postoje uvjeti za sigurno odlaganje kultura, potencijalno infektivnog kliničkog materijala i organskih otapala.
- 4I.206** Laboratorij ima sistem koji olakšava efikasno otjecanje i kontrolu otpadnih voda.

- 41.207** Ambijent laboratorije olakšava rad osoblja u pogledu sistema ventilacije, grijanja i osvjetljenja.
- 41.208** Laboratorij ima uređaje s kontroliranom temperaturom za skladištenje uzoraka.
- 41.209** Osoblje laboratorija učestvuje u kliničkoj reviziji zajedno s ostalim specijalnostima.
- 41.210** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za održavanje standardne kontrole kvaliteta. To obuhvata analitičku unutrašnju i vanjsku kontrolu kvaliteta rada. Politike su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 41.211** Pisana evidencija čuva se za sve reagense, kalibraciju opreme i ostale podatke o kontroli kvaliteta.
- 41.212** U cijeloj laboratorijskoj službi se ocjenjuje i evidentira vrijeme potrebno za dobivanje rezultata.
- 41.213** Redovno se ocjenjuje učestalost izgubljenih nalaza unutar laboratorijske službe i evidentira kao indikator izvršenja i ishoda.
- 41.214** Postoje pisane procedure unutrašnjeg sistema kontrole kvaliteta. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 41.215** Laboratorij učestvuje u vanjskom osiguranju kvaliteta.
- 41.216** Laboratorij učestvuje u državnim akreditacijskim/certifikacijskim shemama.

### **Ultrazvučna i radiološka dijagnostika**

- 41.217** Ultrazvučnom, odnosno radiološkom dijagnostikom upravlja odgovarajući specijalista za tu disciplinu.
- 41.218** Postoji odbor za izlaganje medicinskom zračenju koji se sastaje najmanje jedanput godišnje i ocjenjuje pridržavanje Zakona o zaštiti od jonizirajućih zračenja i radijacionoj sigurnosti.  
*Uputstvo: Članovi Komiteta za izlaganje medicinskom zračenju trebalo bi da budu: menadžer doma zdravlja, šef radiologije, jedan radiolog, supervizor zaštite od zračenja, savjetnik za zaštitu od zračenja. U pregledu pridržavanja Zakona, Komitet razmatra procedure zapošljavanja; liste upućivanja na preglede; liste liječnika i tehničara; protokole za medicinska izlaganja zračenju; referentne dijagnostičke nivoe i bilo koje doze koje prelaze referentne nivoe; početnu i trajnu obuku praktičara i tehničara; i unutrašnju provjeru kvaliteta.*

- 4I.219** Odbor za izlaganje medicinskom zračenju vodi zapisnik o svojim sastancima i donosi akcioni plan kao rezultat pregleda aktivnosti.
- 4I.220** Dijagnostičke pretrage, uključujući ultrazvuk, izvodi educirani specijalista - radiolog uz pomoć tehničara medicinske radiologije.
- 4I.221** Praksa i izlaganje jonizirajućem zračenju u medicinske svrhe u skladu su sa Zakon o zaštiti od jonizirajućih zračenja i radijacionoj sigurnosti i drugim pravnim aktima.
- 4I.222** Dijagnostičke procedure slikanja izvode se samo na temelju zahtjeva nadležnog liječnika ili specijaliste odgovarajuće struke.
- 4I.223** Klinička opravdanost zahtjeva procjenjuje se u skladu s vodiljama koje su odobrene na nivou države ili su u skladu s vodiljama na nivou ustanove.  
*Uputstvo: Zahtjev treba sadržavati dovoljno kliničkih informacija za procjenu da li je procedura odgovarajuća. Za procedure koje su procijenjene kao odgovarajuće, trebao bi postojati proces ovlaštenja, kao što je potpisivanje zahtjeva za medicinsko izlaganje zračenju.*
- 4I.224** Postoji dokumentirana lista kvalificiranih radiologa i drugih praktičara koji mogu izvještavati o nalazima. Liste sadrže informacije o tome koje nalaze može tumačiti koja osoba.
- 4I.225** Kopija nalaza se čuva u arhivi službe za radiološku dijagnostiku.
- 4I.226** Postoji datirana, dokumentirana procedura za utvrđivanje identiteta pacijenta koji će se izlagati jonizirajućem zračenju. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 4I.227** Za slučajeve kada su nalazi kritični, postoji datirana, dokumentirana procedura o hitnom obavještavanju liječnika koji je uputio pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 4I.228** Postoje jasno istaknuti znakovi upozorenja za trudnice da je zračenje štetno po plod. Ako je moguće, oznake su višejezične.
- 4I.229** Osigurana je odgovarajuća zaštita i zaštitna odjeća za rad u prisustvu opreme s biorizicima i radiografske opreme a praksa je u skladu sa Zakonom o jonizirajućem zračenju i radijacionoj sigurnosti.
- 4I.230** Osoblje koje radi s radiološkom opremom nosi mjerače ozračenja.
- 4I.231** Mjerači ozračenja periodično se procjenjuju u skladu sa zakonskim propisima.

- 41.232** Čuva se kontinuirana evidencija o rezultatima tokom radnog vijeka klasificiranih radnika zaposlenih u službi.  
*Uputstvo: Klasificirani radnici su oni koji su primili više od 3/10 maksimalno dopuštene doze zračenja.*
- 41.233** Postoji dokumentirani raspored za procjenu sigurnosti svih soba i opreme koju provodi kvalificirani stručnjak za zračenje.
- 41.234** Čuva se evidencija o procjeni sigurnosti.
- 41.235** Sva oprema je kalibrirana u skladu sa zakonskim propisima a evidencija o provjeri kalibracije se čuva.
- 41.236** Služba ocjenjuje obrasce zahtjeva za snimanjem u pogledu pravovremenosti i podesnosti zahtijevane pretrage.
- 41.237** Služba ocjenjuje vrijeme čekanja na zakazani termin za snimanje.
- 41.238** Služba ocjenjuje ukupne doze radijacije koje primaju pacijenti.
- 41.239** Služba ocjenjuje vrijeme koje je potrebno za slanje rezultata liječniku koji je tražio pretragu.
- 41.240** Procjenjuju se razlozi za ponovljene rentgenske snimke.

## Standard 4J: Sistemi i sadržaj zdravstvene dokumentacije

Tačna i čitljiva klinička dokumentacija vodi se za svakog pacijenta. Sadržaj dokumentacije omogućava pružanje efikasni kontinuirane njege pacijentu, bez rizika ili grešaka. Dokumentacija omogućava efikasno komuniciranje unutar tima, lakše prikupljanje podataka za istraživanje, edukaciju i kliničku reviziju i služi kao sudska dokumentacija. Iste kriteriji se primjenjuju i za pisanu i za dokumentaciju u elektronskoj formi.

### Zdravstveni kartoni

- 4J.241** Sve evidencije u sklopu svake službe čuvaju se na sigurnom mjestu.
- 4J.242** Svi zdravstveni profesionalci su svjesni politike povjerljivosti informacija u zdravstvenom kartonu pacijenta.
- 4J.243** Svaka služba vodi samo jedan zdravstveni karton za pacijenta.  
*Uputstvo: Trebalo bi da postoje planovi razvoja jednog elektronskog zdravstvenog kartona za svakog pacijenta. Dok se to ne uspostavi, trebalo bi svesti na minimum broj kartona za svakog pojedinog pacijenta/korisnika.*
- 4J.244** Karton daje hronološki pregled zdravstvene zaštite pacijenta.

### Lični podaci pacijenta

- 4J.245** Postoji kratki pregled u kartonu koji sadrži sve demografske detalje o pacijentu, kao i sve administrativne i važne medicinske detalje koji su bitni za zdravstvenu zaštitu.  
*Uputstvo: Ovaj pregled se može nalaziti na prednjoj strani kartona ili negdje u unutrašnjosti. Bez obzira na to koji se sistem koristi, mora se osigurati da informacije koje se nalaze u pregledu budu brzo dostupne. Tamo gdje neophodne informacije nisu na raspolaganju, trebalo bi da postoji privremeni pregled. Pregled bi trebalo da sadrži datume izdavanja uputnica, procjene, zakazane preglede i/ili prijem i otpuštanje, ime zaduženog zdravstvenog profesionalca, sve dijagnoze i procedure i spisak svih prethodnih prijema i uputnica.*
- 4J.246** Na svakoj stranici kartona nalazi se pacijentov jedinstveni matični broj.
- 4J.247** Na svakoj stranici kartona nalazi se puno ime i prezime svakog pacijenta i ime njegovog/njezinog oca ili majke.
- 4J.248** U kartonu se nalazi adresa pacijenta.
- 4J.249** U kartonu se nalazi datum rođenja pacijenta.
- 4J.250** U kartonu se nalazi ime ordinirajućeg liječnika opće prakse ili obiteljskog liječnika pacijenta.

- 4J.251** U kartonu se nalazi ime šefa zaduženog za pacijenta.
- 4J.252** U kartonu se nalazi telefonski broj pacijenta.
- 4J.253** U kartonu se nalazi spol pacijenta.
- 4J.254** U kartonu je zapisana pacijentova vjeroispovijest.  
*Uputstvo: Ovaj i naredni kriterij ne moraju biti ispunjeni zbog osjetljivosti tog pitanja u našoj zemlji i pacijent ima pravo da uskrati te podatke.*
- 4J.255** U kartonu pacijenata je zapisana etnička pripadnost pacijenta.
- 4J.256** U kartonu je zapisan pacijentov maternji jezik, ako to nije b/h/s jezik.
- 4J.257** U kartonu je zapisano ime i telefonski broj osobe koju bi trebalo obavijestiti u hitnom slučaju.

### Klinički podaci

- 4J.258** U kartonu je zapisan razlog upućivanja s datumom i satom prve konsultacije/procjene.  
*Uputstvo: Bilježenje datuma i sata će pomoći u ažuriranju zapisa. To je posebno važno u slučaju vođenja parnice.*
- 4J.259** Karton sadrži prvobitnu historiju bolesti pacijenta.  
*Uputstvo: To bi trebalo da uključuje i anamnezu sadašnje i prethodnih bolesti, porodičnu anamnezu, detalje o lijekovima, zaposlenju i socijalne i druge značajne detalje.*
- 4J.260** Karton sadrži detalje o početnoj fizikalnoj procjeni koju je uradio zdravstveni profesionalac, uključujući i visinu i težinu pacijenta, gdje je to potrebno.  
*Uputstvo: Visina i težina su, naprimjer, potrebni za izračunavanje doze nekih lijekova.*
- 4J.261** U kartonu se nalaze redovne i blagovremene zabilješke o napretku (*decursus morbi*), izvještaji o opservacijama i konsultacijama koje su uradili svi zdravstveni profesionalci.
- 4J.262** Karton sadrži detalje o bilo kakvim zakonskim zahtjevima kojima pacijent podliježe, u slučajevima gdje se to može primijeniti.  
*Uputstvo: To bi uključilo naprimjer detalje iz dijela Zakona o mentalnom zdravlju, na osnovu kojeg je pacijent zadržan.*
- 4J.263** Karton sadrži zabilješke o naložima za terapiju, ako postoje, kao i razloge za terapiju.  
*Uputstvo: To može obuhvatati, naprimjer, posebne dijete, akupunkturu, ultrazvuk, fizioterapiju, radnu terapiju.*

- 4J.264** U kartonu se nalaze nalozi za dijagnostičke testove, ako ih ima i razlozi za takve testove.  
*Uputstvo: Dijagnostički testovi se mogu uraditi po nalogu liječnika opće prakse, konsultanta ili nekog drugog zdravstvenog profesionalca.*
- 4J.265** Karton sadrži sve rezultate ispitivanja (npr. laboratorijske nalaze, rezultate medicinskih slikanja, EKG, rezultate funkcionalnog ispitivanja).
- 4J.266** Karton sadrži potpise po kojima se vidi da su nalazi ispitivanja pročitani i primljeni k znanju (od strane zdravstvenog profesionalca).
- 4J.267** Karton sadrži evidenciju o terapiji lijekovima.  
*Uputstvo: To ne mora biti tabela lijekova. Lijekovi se mogu upisivati i u zdravstveni karton.*
- 4J.268** Karton sadrži napisane detalje o usmenim uputstvima/informacijama koje su date pacijentima i/ili njegovateljima.  
*Uputstvo: Ove detalje bi trebalo za pribilježi osoba koja ih daje; prihvatljivo je da to bude i kratki pregled tih informacija.*
- 4J.269** U kartonu se nalaze detalji o organiziranju kontinuirane zdravstvene zaštite.  
*Uputstvo: To bi moglo uključivati, naprimjer, palijativnu zdravstvenu zaštitu, stalnu kućnu njegu, zaštitu u hospisima.*
- 4J.270** Postoji i sistem označavanja radi upozorenja, koji se dosljedno primjenjuje u svim zdravstvenim kartonima.  
*Uputstvo: To bi trebalo da osigura da se alergije ili preosjetljivosti odmah mogu primjetiti u kartonu. Ako se znak za upozorenje koristi na prednjoj strani kartona, tako bi trebalo raditi i na receptima i nalogima za terapiju.*

## Hirurške/invazivne procedure

- 4J.271** Kod pacijenata koji se podvrgavaju invazivnim procedurama, bilježe se i detalji o punovažnom pristanku na te procedure.  
*Uputstvo: Trebalo bi pogledati politiku doma zdravlja o dobivanju punovažnog pristanka na medicinske procedure. Postoji pismeni dokaz da je zdravstveni profesionalac upoznao pacijenta s procedurom, rizicima u vezi s njom i mogućim alternativama i dobio njegov/njen punovažni pristanak. Postoji pismeni dokaz da je slijeđena ispravna procedura prilikom dobivanja pristanka u posebnim okolnostima (naprimjer, za djecu mlađu od 16 godina, Jehovine svjedoke). Ako je neophodno, angažiraju se profesionalni prevodioci da bi se dobio punovažni pristanak od pacijenata/korisnika. Na formularima o pristanku na medicinske procedure ne bi trebalo koristiti skraćene. Usmeni pristanak bi trebalo zabilježiti u zdravstveni karton.*
- 4J.272** Kod pacijenata koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama, bilježi se dijagnoza ili indikacija za operaciju/invazivnu proceduru, koju uspostavi kvalificirani zdravstveni profesionalac.

**4J.273** Kod pacijenata/korisnika koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama, u kartonu se nalazi potvrda da se s pacijentom razgovaralo prije same procedure o uobičajenim ili rijetkim komplikacijama koje bi mogle izazvati ozbiljne poteškoće.

**4J.274** Kod pacijenata koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama u kartonu se nalaze zabilješke o operaciji.

*Uputstvo: One bi trebalo da sadrže ime i potpis zdravstvenog profesionalca koji je izvršio operaciju, opis nalaza, izvršenu proceduru, detalje o uklonjenom, izmijenjenom ili dodatom tkivu, detalje i serijske brojeve proteza (to mogu biti naljepnice), detalje o šavovima, tačan opis bilo kakvih poteškoća koje su se pojavile (uključujući i povredu iglom), te kako je to prevaziđeno, trenutna postoperativna uputstva, tačan raspored događaja i datum. Bilješke o operaciji bi trebalo da zapiše glavni operator.*

**4J.275** Kod pacijenata/korisnika koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama u kartonu bi trebalo da se nalazi izvještaj o anesteziji.

*Uputstvo: Izvještaj bi trebalo da bude u skladu s minimalnim podacima koje je dogovorilo Udruženje anesteziologa, kao i da sadrži: planirane i urađene operacije, izvršene preglede pacijenta, preoperativnu procjenu, uključujući i faktore rizika, lijekove i doze date u toku anestezije, put administriranja, postanestetska uputstva, gdje je to potrebno, podatke o bilo kakvim nepovoljnim događajima, bilo kakvim upozorenjima u vezi sa zaštitom u budućnosti, tačan raspored događaja i datum.*

## Unos podataka

**4J.276** Svako unošenje podataka je datirano.

**4J.277** Ako je to bitno iz mediko-legalnih razloga, piše se sat kad su unošeni podaci u karton.

*Uputstvo: U službama u zajednici ili ambulantnom liječenju nije neophodno bilježiti sat.*

**4J.278** Svako unošenje podataka u karton je potpisano.

*Uputstvo: Inicijali ne bi trebalo da budu korišteni kao potpis, i u slučaju kompjuterskog unošenja podataka, mora se jasno navesti ko je unio podatke (npr. elektronski potpis).*

**4J.279** Svako unošenje u karton bi trebalo da sadrži i ime i titulu potpisnika.

*Uputstvo: Pečat s titulom je koristan način da se pomogne u tom procesu.*

**4J.280** Svi podaci uneseni u karton, uključujući i izmjene, su čitljivi.

*Uputstvo: Kartone ne bi trebalo mijenjati. Ako se nekad poslije utvrdi da su podaci netačni, da dovode u zabludu ili da su pogrešni, o tome bi trebalo napraviti posebnu zabilješku.*

**4J.281** Ako se koriste skraćenice ili znakovi, to bi trebalo svesti na minimum i koristiti na osnovu lokalnog uputstva za korištenje skraćenica.

*Uputstvo: Skraćenice za «lijevo» i «desno» ne bi trebalo koristiti u formularima za davanje pristanka na medicinske procedure.*

- 4J.282** Dom zdravlja bi trebalo da ima dogovorene definicije podataka, naziva, opisnih dijagnoza na b/h/s jeziku radi jednoobraznosti unosa podataka.
- 4J.283** Uvredljivi komentari o pacijentima i njihovim njegovateljima se ne zapisuju u zdravstveni karton.  
*Uputstvo: Karton bi trebalo da sadrži objektivne informacije bitne za kontinuiranu zdravstvenu zaštitu ili medicinsko-pravne svrhe.*
- 4J.284** Zabilješke bi trebalo zapisivati na način koji je razumljiv pacijentima/korisnicima, svodeći medicinski žargon na najmanju moguću mjeru..
- 4J.285** Sadržaj se unosi u zdravstveni karton u tačnom redoslijedu, na osnovu načina na koji je karton uređen i njegovih rubrika.
- 4J.286** Sadržaj zdravstvenog kartona je učvršćen koricama.
- 4J.287** Liječnici i sestre imaju obuku iz unosa podataka i upravljanja medicinskom dokumentacijom kao sastavni dio uvođenja u rad.
- 4J.288** Dom zdravlja usklađuje standarde za medicinsku evidenciju/dokumentaciju.
- 4J.289** Vršiti se klinička revizija medicinske evidencije i dokumentacije u odnosu na dogovorene standarde.



Peti dio:

Organizacija i  
pružanje  
zdravstvenih  
usluga



## Standard 5A: Promocija zdravlja i prevencija

Dom zdravlja pruža usklađenu i sveobuhvatnu primarnu zdravstvenu zaštitu u lokalnoj zajednici, uključujući ugroženu populaciju i pacijente s posebnim potrebama i odgovara brzo i učinkovito na potrebe pacijenata/korisnika.

### Procjenjivanje potreba za zdravstvenom zaštitom

- 5A.1** Dom zdravlja definira svoje stanovništvo, uključujući i kratki pregled populacije pripadajućih mu službi.  
*Uputstvo: To se može uraditi korištenjem podataka lokalnih vlasti (ili podataka iz popisa stanovništva). Podaci bi trebalo da sadržavaju i osobe s privremenim boravištem u tom području, neprijavljene osobe, osobe kojima se pruža kućna njega i obrazovne institucije.*
- 5A.2** Postoji sveobuhvatna analiza demografskih karakteristika stanovništva.  
*Uputstvo: Ona uključuje starosnu dob, spol, etničku pripadnost, zaposlenost, obuhvatajući i pokazatelje nezaposlenosti na državnom i lokalnom nivou, socio-ekonomski status i posebne karakteristike (naprimjer, sezonsku populaciju, putnike, oružane snage, izbjeglice i turiste).*
- 5A.3** Dom zdravlja definira populaciju i populacijske grupe kojima pruža zaštitu u skladu sa vrijednostima i misijom.  
*Uputstvo: Osobita pažnja obraća se na vulnerable grupe stanovništva, uzimajući u obzir godine, mentalnu sposobnost, fizičku nesposobnost, izlaganja infekciji i drugim bolestima, nasilje, alkoholizam, narkomaniju i socijalno-ekonomske faktore.*
- 5A.4** Dom zdravlja aktivno surađuje s drugim organizacijama da bi mogao pružati kvalitetne zdravstvene usluge vulnerabilnim grupama stanovništva.
- 5A.5** Analize profila lokalnog stanovništva i podataka o morbiditetu i mortalitetu koriste se za identificiranje značajnijih zdravstvenih nejednačenosti.  
*Uputstvo: Informacije za analizu obuhvataju, naprimjer, podatke o smrtnosti i morbiditetu na državnom nivou, podatke iz javnog zdravstva, podatke lokalnih vlasti i podatke iz istraživanja i anketiranja na lokalnom nivou.*
- 5A.6** Dom zdravlja aktivno učestvuje u planiranju u zajednici i u skladu s dogovorenim planovima razvoja općine definira ciljeve i mjeri ostvarenje tih ciljeva da bi zadovoljio razvojne ciljeve općine.  
*Uputstvo: Dom zdravlja planira i izvodi posebne javno-zdravstvene programe u općini, skrining, imunizacije, organizirane preglede stanovništva, zdravstveno prosvjeđivanje i obavještanje i slično.*
- 5A.7** Dom zdravlja razumije svoju ulogu u događajima koji pogađaju veći broj stanovnika općine, kao što su epidemije, prirodne i druge katastrofe.  
*Uputstvo: U tu svrhu, dom zdravlja organizira obuku, simulirane vježbe i edukacijske programe da bi se održala pripravnost i osiguralo adekvatno snabdijevanje, komunikacijske potrebe i ažurirana obuka osoblja.*

**5A.8** Dom zdravlja u rukovodne i nadzorne strukture uključuje osobe iz uže društvene zajednice radi dobivanja tekućih opažanja i mišljenja zajednice o uslugama koje dom zdravlja pruža lokalnom stanovništvu.

### **Planiranje radi unapređenja zdravlja**

**5A.9** Dom zdravlja je razvio lokalni program unapređenja zdravlja koji se bavi zdravstvenim potrebama lokalnog stanovništva.

**5A.10** Program unapređenja zdravlja se bavi pitanjima iz strateškog plana ministarstva zdravstva.

**5A.11** Dom zdravlja daje svoj doprinos razvoju programa za unapređenje zdravlja koji prave kantonalna ministarstva zdravstva.

**5A.12** Program unapređenja zdravlja se bavi pitanjima iz vodiča o državnim/federalnim prioritetima.

**5A.13** Program unapređenja zdravlja se bavi prioritetima iz implementacijskog plana Federalnog ministarstva zdravstva i nadležnog kantonalnog ministarstva zdravstva.

**5A.14** Program unapređenja zdravlja odražava preporuke koje je izdao Federalni zavod za javno zdravstvo.

**5A.15** Program unapređenja zdravlja odražava preporuke koje je izdao AKAZ.

### **Planovi i programi unapređenja pružanja usluga primarne zdravstvene zaštite u zajednici**

**5A.16** Dom zdravlja vrši ocjenu raspoložive stručnosti, uz čiju pomoć bi mogao unaprijediti svoje zdravstvene usluge.

**5A.17** Dom zdravlja vrši ocjenu svojih prostorija i opreme, kao i prostorija i opreme svojih pripadajućih službi, da bi se utvrdili kapaciteti za unapređenje zdravlja.

**5A.18** Dom zdravlja vrši ocjenu svojih finansijskih sredstava kako bi mogao ispuniti predloženi program unapređenja zdravlja.

**5A.19** Dom zdravlja vrši ocjenu neujednačenosti resursa između pripadajućih službi s obzirom na mogućnosti unapređenja zdravlja.

- 5A.20** Dom zdravlja vrši ocjenu vlastitog tehnološkog sistema i sistema informacijskih tehnologija pripadajućih mu službi s obzirom na mogućnosti unapređenja zdravlja.
- 5A.21** Implementacijski plan doma zdravlja utvrđuje ključna područja za modernizaciju lokalnog pružanja primarne zdravstvene zaštite.  
*Uputstvo: Plan može uljučivati planove razvoja individualne sheme medicinskih usluga ili planove učešća u zajedničkim programima za modernizaciju.*
- 5A.22** Implementacijski plan doma zdravlja bavi se neujednačenostima u pripadajućim službama.  
*Uputstvo: Plan bi trebalo da uključuje, naprimjer, podsticajne mjere, prostorije/imovinu, sisteme informacijskih tehnologija, usluge van radnog vremena, profesionalni razvoj, obuku i usavršavanje, razvoj usluga, planiranje radne snage u primarnoj zaštiti i jačanje kapaciteta sestrinske i patronažne službe.*
- 5A.23** Implementacijski plan doma zdravlja je povezan i u saglasnosti s programom unapređenja zdravlja.
- 5A.24** Implementacijski plan doma zdravlja se razvija u saradnji sa predstavnicima svih aktera.  
*Uputstvo: To su, naprimjer, zdravstvene vlasti, davaoci usluga u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, socijalne službe, pacijenti/korisnici, ostali domovi zdravlja, lokalni medicinski odbori i šira zajednica.*
- 5A.25** Implementacijski plan doma zdravlja odražava potrebe za obukom i usavršavanjem osoblja.
- 5A.26** Implementacijski plan doma zdravlja uključuje i okvirni plan podrške provjeri kvaliteta.
- 5A.27** Implementacijski plan doma zdravlja je na raspolaganju ostalim zdravstvenim organizacijama i široj zajednici.
- 5A.28** Implementacijski plan doma zdravlja ima sisteme za praćenje razvoja primarne zdravstvene zaštite u odnosu na godišnji plan usluga, ili drugi odgovarajući plan.
- 5A.29** Dom zdravlja ima sisteme za praćenje razvoja primarne zaštite u odnosu na ciljeve implementacijskog plana doma zdravlja.
- 5A.30** Dom zdravlja ima sisteme za praćenje razvoja primarne zdravstvene zaštite u odnosu na godišnji sporazum o odgovornosti.
- 5A.31** Dom zdravlja ima sisteme za praćenje razvoja primarne zdravstvene zaštite u odnosu na okvirni plan ocjene izvedbe.

- 5A.32** Dom zdravlja ima sisteme za praćenje razvoja primarne zdravstvene zaštite u odnosu na program poboljšanja zdravlja.
- 5A.33** Postoji predanost inicijativama za promociju zdravlja koje podržavaju međunarodni programi i koja se objavljuje na posterima, kao što su programi Svjetske zdravstvene organizacije za zdrave gradove i zdrave škole.

### **Imunizacija**

- 5A.34** Postoji politika imunizacije dojenčadi, djece, odraslih i starijih osoba. Politike su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5A.35** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedure kojima se regulira rad imunizacijske službe, kao i rutinska imunizacija i vakcinacija dojenčadi, djece, odraslih i starijih osoba. Politika i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5A.36** Prate se stope imunizacije i upoređuju s ciljevima politike za imunizaciju.
- 5A.37** Postoji program edukacije o prednostima imunizacije koji se objavljuje i na posterima, lecima ili kao informacije na lokalnom radiju ili televiziji.

### **Porodična/obiteljska medicina**

- 5A.38** Tim obiteljske/porodične medicine utvrđuje zdravstvene potrebe svoje populacije, pruža odgovarajuće preventivne zdravstvene usluge, naprimjer, vakcinacije, imunizacije, skrining, i radi sa svojim pacijentima, drugim ustanovama i lokalnom zajednicom na promociji zdravlja.

*Uputstvo: Za detalje pogledati Standardi za tim porodične/obiteljske medicine, Prvi dio: usluge za pacijente, AKAZ.*

## Standard 5B: Kontinuitet i integriranje zdravstvene zaštite

Dom zdravlja osigurava kontinuitet zdravstvene zaštite – longitudinalno, kada pacijent konsultira istog zdravstvenog profesionalca; suradnički s bolničkim sistemom, kada se ostvaruje integrirana zaštita sa sekundarnim i tercijarnim nivoom; i informacijski, kada postoji vremenski kontinuitet pisanih i/ili elektronskih informacija o jednom pacijentu.

### Kriteriji

- 5B.39** Dom zdravlja provodi anketiranje pacijenata da bi stekao uvid u mišljenje i stavove pacijenata u vezi sa kontinuitetom zaštite.
- 5B.40** Dom zdravlja ocjenjuje efikasnost prijenosa informacija unutar službi doma zdravlja, između doma zdravlja i bolničkog sistema, odnosno socijalnih službi i drugih ustanova, uočava slaba mjesta u transferu informacija i nastoji ih poboljšati.
- 5B.41** Dom zdravlja primjenjuje analizu kritičnih puteva pacijentove zaštite za najčešća hronična oboljenja/stanja s ciljem da rasvijetli pacijentove i liječničke prioritete u pružanju integrirane zaštite po jednom kliničkom entitetu.  
*Uputstvo: Ovo bi trebalo ostvariti za tretman bolesnika s karcinomima, kardiovaskularnim oboljenjima, dijabetesom i mentalnim oboljenjima.*
- 5B.42** Dom zdravlja osigurava da zdravstvena zaštita osoba s višestrukim problemima ne bude fragmentirana i da zadovoljava potrebe osobe u cjelini.
- 5B.43** Dom zdravlja koristi informacijske tehnologije u poboljšanju kontinuiteta i integracije zdravstvene zaštite u prostoru i vremenu.

## Standard 5C: Tretman hroničnih oboljenja

U domu zdravlja hronična oboljenja se dijagnosticiraju, liječe i rehabilitiraju u sklopu djelatnosti opće prakse, porodične/obiteljske medicine i specijalističko-konsultativne zaštite. U domu zdravlja također se poduzimaju promotivne i preventivne mjere hroničnih stanja i oboljenja.

### Kriteriji

- 5C.44** Odgovorni liječnik opće prakse i porodični liječnik su primarni integratori tretmana pacijenata s hroničnim stanjima/oboljenjima.
- 5C.45** Pacijenti oboljeli od hroničnih bolesti su u potpunosti uključeni u svoju zdravstvenu zaštitu a promoviraju se njihove lične odgovornosti i samozaštita.
- 5C.46** Pacijentima, njihovim porodicama i njegovateljima nude se podrška i informacije o dogovarajućoj samopomoći i grupama za pomoć.
- 5C.47** Liječnici i sestre prikupljaju podatke o faktorima koje predstavljaju rizik za zdravlje pacijenta, uključujući značajne podatke iz osobne, porodične i socijalne anamneze; fizičku aktivnost; ranije navike pušenja i trenutni status u pogledu konzumiranja duhana; konzumiranje droga i alkohola; a vrijednosti krvnog tlaka kod starijih hroničnih pacijenta i kretanje tlaka u posljednjih pet godina zapisuju se u zdravstveni karton.
- 5C.48** Liječnici pažljivo procjenjuju dijagnostičke i terapijske rizike kod starih osoba u tretmanu hroničnih oboljenja i pacijentima pružaju informacije o tome.
- 5C.49** Postoji učinkovita komunikacija između službi i liječnika doma zdravlja u tretmanu hroničnih oboljenja/stanja i svi problemi u komunikaciji raspravljaju se na zajedničkim sastancima.
- 5C.50** Postoji učinkovita komunikacija između doma zdravlja i bolnica te drugih profesionalaca izvan doma zdravlja koji učestvuju u zaštiti pacijenata s hroničnim oboljenjima čime se stvaraju učinkoviti putevi integrirane zaštite pacijenata.
- 5C.51** Medicinski podaci pacijenta s hroničnim oboljenjima unose se u strukturirane zapise, kompjuterske obrasce ili u zdravstveni karton koji je prilagođen za lokalnu upotrebu.
- 5C.52** Registar pacijenata u domu zdravlja sadrži informacije o pacijentima koji boluju od nekih trajnih, hroničnih bolesti.
- Uputstvo: Podaci iz registra pacijenata omogućuju pravljenje statističkih informacija o pacijentima s trajnim, hroničnim stanjima/bolestima. Oboljenja za koja se prikupljaju informacije su, naprimjer, dijabetes, hipertenzija, astma, rak i epilepsija.*

- 5C.53** Postoje dogovorene definicije, kompjuterske šifre za unošenje podataka i učinkoviti mehanizmi za ažuriranje i kompletiranje registara oboljenja.
- 5C.54** Terapija svih pacijenata koji redovno uzimaju lijekove revidira se najmanje jednom godišnje, a osobe koje uzimaju četiri ili više vrsta lijekova ocjenjuju se svakih šest mjeseci.
- 5C.55** U zdravstvenom kartonu pacijenta jasno su navedene indikacije za hroničnu medikaciju i postoji ažurirana i tačna lista lijekova koje pacijent trenutno uzima.
- 5C.56** Dom zdravlja ima sistem evidentiranja kućnih posjeta i izvještavanja o obavljenim kućnim posjetama za hronične pacijente.
- 5C.57** Informativni leci sa širokim spektrom tema hroničnih bolesti i literaturom o promociji zdravlja i prevenciji lako su dostupni pacijentima u čekaonici, liječničkoj sobi, intervenciji i redovito se ažuriraju.
- 5C.58** Pacijenti preko 65 godina starosti i pacijenti s riziko faktorima vakcinišu se protiv gripe jednom godišnje i o tome postoji evidencija.
- 5C.59** Dom zdravlja provodi kliničku reviziju zaštite pacijenata s hroničnim oboljenjima koristeći kao kriterije kliničke vodilje i protokole te državni/federalni okvir poboljšanja kvaliteta.

## Standard 5D: Pedijatrijska služba

Dom zdravlja osigurava promociju, prevenciju, dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju za djecu u skladu s medicinom zasnovanom na dokazima.

### Kriteriji

- 5D.60** Pedijatrijska služba provodi svoju djelatnost kroz službe, dispanzere i savjetovališta.  
*Uputstvo: Naprimjer, savjetovalište za djecu ometenu u psihofizičkom razvoju; savjetovalište za ranu rehabilitaciju neuromišićnih poremećaja; savjetovalište za neonatologiju i laktaciju; savjetovalište za juvenilni dijabetes, dispanzer za predškolsku djecu; dispanzer za školsku djecu, itd.*
- 5D.61** Služba/dispanzer za zaštitu zdravlja predškolske djece promovira dojenje i praćenje parametara rasta i razvoja djeteta.
- 5D.62** U prevenciji oboljenja služba za zaštitu zdravlja predškolske djece provodi vakcinacije, sistematski pregled predškolske djece i skrininge, npr. na hipotireozu.
- 5D.63** Služba/dispanzer za zaštitu zdravlja predškolske djece provodi konsultativno-specijalističke preglede, manje hirurške intervencije i rješava urgentna stanja u pedijatriji ove dobi.
- 5D.64** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine provodi sistematske preglede djece prije upisa u obdanište i školu.
- 5D.65** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine vrši sistematske preglede školske djece u svrhu praćenja rasta i razvoja djece školske dobi i utvrđivanja zdravstvenog stanja i sposobnosti u vezi s izborom zvanja.
- 5D.66** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine vrši preglede prije vakcinacije s ciljem utvrđivanja podobnosti za vakcinaciju.
- 5D.67** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine radi na ranom otkrivanju senzornih poremećaja u djece, deformiteta kičme, hormonalnih poremećaja i patološke debljine.
- 5D.68** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine vrši opservaciju učenika sa smetanjama u psihofizičkom razvoju i određuje najadekvatniji oblik školovanja za takvu djecu.
- 5D.69** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine vodi aktivnu brigu o djeci i omladini s hroničnim poremećajima i smetnjama u psihofizičkom razvoju.

- 5D.70** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine organizira savjetovališta za probleme adolescenata, npr. za bolesti ovisnosti.
- 5D.71** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine vrši preglede i liječi akutna i hronična oboljenja u ovoj dobi.
- 5D.72** Služba/dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine provodi male hirurške intervencije, npr. obrada rane, ušivanje, previjanje.
- 5D.73** Svako dijete tretira imenovani pedijatar u svim pedijatrijskim dispanzerima i savjetovalištim.
- 5D.74** U službama koje su namijenjene djeci, postoji najmanje jedna pedijatrijska sestra s iskustvom u njezi djece.
- 5D.75** Pedijatrijski timovi imaju politiku i procedure za dobivanje informiranog pristanka na medicinski tretman od roditelja/staratelja/djece koje su u skladu s postojećom legislativom.
- 5D.76** Informacije o davanju pravomoćnog pristanka na tretman trebalo bi da budu raspoložive prije planiranog prijema djeteta u bolnicu.
- 5D.77** Postoje pisane informacije specijalno za djecu o boravku u klinici/bolnici za vrijeme tretmana.  
*Uputstvo: Informacije su napisane jezikom shvatljivim djeci različitih uzrasta.*
- 5D.78** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upućivanje djece i adolescenata u bolnicu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5D.79** Postoje dogovori za hitno primanje djece u bolnicu, koji su dokumentirani i ugovoreni sa pedijatrijskim odjelom nadležne bolnice.
- 5D.80** Postoji datirana, dokumentirana procedura i vodilje za procjenu, tretman i kontrolu bola kod djece. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5D.81** Postoje datirane, dokumentirane procedure za administraciju lijekova djeci. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 5D.82** Sve službe koje rade s djecom imaju pedijatrijsku opremu i pedijatrijske doze lijekova na raspolaganju.
- 5D.83** Sva pedijatrijska oprema se redovno održava o čemu postoji evidencija.
- 5D.84** Djeci se pruža njega u ambijentu koji je prilagođen djeci, njima usmjeren i odvojen od odraslih.
- 5D.85** Pedijatrijski timovi uredno vode medicinsku dokumentaciju.

## Standard 5E: Stomatološka služba

Dom zdravlja osigurava promociju, prevenciju, dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju pacijenata sa zubnim bolestima i bolestima usta.

### Politike i strategije

**5E.86** Dom zdravlja ima politiku i program prevencije karijesa i promocije oralnog zdravlja koji je u skladu sa nacionalnom politikom i programom prevencije karijesa i promocije oralnog zdravlja i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije.

*Uputstvo: Nacionalna politika uspostavlja mjerljive ciljeve u pogledu promocije oralnog zdravlja; odgovarajuće mjere za borbu protiv pušenja i konzumiranja alkohola; utvrđivanja (skrininga) visokorizične populacije djece i ugroženih subpopulacija, odraslih i starijih dobnih skupina; tretmana karijesa s putevima zaštite, fluoridacije vode; i odgovarajuće oralne higijene. Lokalne politike, planovi i programi slijede glavne preporuke iz Nacionalne politike, uključujući prikupljanje podataka i statističke analize i prezentacije.*

*Vidi: The World Oral Health Report 2003 – Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme.*

**5E.87** Dom zdravlja ima politiku razvoja stomatološke službe koja je usklađena s nacionalnom politikom razvoja stomatološke službe na nivou primarne zdravstvene zaštite i uključivanja stomatologa u prošireni tim porodične medicine.

**5E.88** Stomatološka služba doma zdravlja ima strategiju poboljšanja kvaliteta i program poboljšanja kvaliteta koji bi trebalo da uključi bolje informiranje pacijenata; definiran sistem žalbi; sigurnije usluge koje su učinkovite i odgovaraju potrebama pacijenata; vodilje za stomatološku praksu; reviziju stomatološkog rada; preglede na kolegijalnoj osnovi; i kontinuirani profesionalni razvoj.

**5E.89** Stomatološka služba doma zdravlja ima strategiju i program uključivanja osoblja u trajni profesionalni razvoj i u tu svrhu učestvuje zajedno s akademskim institucijama, profesionalnim udruženjima i komorama u razvoju trajne profesionalne edukacije.

**5E.90** Stomatološka služba doma zdravlja ima strategiju poboljšanja informacijskog sistema koji treba da podržava sve ključne aktivnosti: od specifikacija, nabavke opreme i materijala, upravljanja resursima, do pružanja kvalitetnih usluga i informacija.

*Uputstvo: Strategija bi trebalo da se bavi razvojem stomatološkog elektronskog kartona; razvojem integriranih puteva stomatološke zaštite; pružanja boljih informacija za korisnike; informatičkom podrškom vodiljama za stomatološku zaštitu; stalnim pristupom kvalitetnim informacijama u elektronskim bazama podataka; kompaktilnošću informacijskog sistema s drugim u primarnoj zaštiti radi osiguranja kontinuiteta zaštite; boljom edukacijom i obukom, itd.*

**Osoblje**

- 5E.91** Stomatološkom službom rukovodi imenovani specijalista stomatolog.
- 5E.92** Šef službe je odgovoran osigurati praćenje i evaluaciju kvaliteta usluga koje se pružaju kroz implementaciju ciljeva poboljšanja kvaliteta i realizaciju ciljeva poboljšanja sigurnosti za pacijente i osoblje.
- 5E.93** Šef službe osigurava pregled izvršenja za sve osoblje u službi i o tome postoji evidencija.
- 5E.94** Služba zapošljava educirano i uvježbano osoblje sa specijalizacijama iz dječije i preventivne stomatologije; bolesti zuba i endodoncije; bolesti usta i parodontologije; bolesti zuba i usta; ortodoncije, opće stomatologije; stomatološke protetike; oralne hirurgije; i odgovarajući broj stomatoloških sestara i zubnih tehničara.
- 5E.95** Sve osoblje redovno učestvuje u programima kontinuiranog profesionalnog razvoja i prisustvuje multidisciplinarnoj obuci i o tome postoji evidencija.
- 5E.96** Sve osoblje je registrirano/licencirano u profesionalnoj komori.
- 5E.97** Svaki zaposlenik ima dokumentiran godišnji plan ličnog/osobnog razvoja. Po jedan primjerak plana zadržavaju zaposlenik i šef/menadžer stomatološke službe.
- 5E.98** Sve imenovano osoblje završilo je program profesionalne orijentacije i uvođenja u rad, koji je specifičan za organizacionu jedinicu. Organiziranje programa za uvođenje osoblja u rad organizacione jedinice se dokumentira.
- 5E.99** Korištenje politika, strategija i vodilja uključeno je u programe uvođenja u rad i u programe obuke.
- 5E.100** Dokumentirani su sastav i odgovornosti pojedinaca u timu i radni dogovori članova tima.
- 5E.101** Sve osoblje koje radi s pacijentima prošlo je obuku o tehnikama reanimacije. Obuka se obnavlja jednom godišnje.
- 5E.102** Postoji minimalno jedna stomatološka sestra/tehničar po jednom liječniku.
- 5E.103** Sve osoblje pohađa dodatnu obuku o pitanjima koja se odnose na zdravlje i sigurnost i koja su važna za njihov rad i o tome se vodi evidencija.

**5E.104** Sve osoblje koje koristi opremu pohađa obuku o sigurnom korištenju opreme i o tome se vodi evidencija.

*Uputstvo: Obuka bi trebala da se odnosi na opremu, njenu kompleksnost i potencijalne opasnosti. Obuku mogu vršiti kolege, firma preko koje se nabavlja oprema ili to može biti zvanična obuka.*

**5E.105** Osoblje je obučeno o razvoju, implementaciji i pregledu aktivnosti na poboljšanju kvaliteta.

**5E.106** Vodi se evidencija o obuci o svim edukacijskim i profesionalnim aktivnostima za svakog člana osoblja.

### **Pristup službi i dostupnost službe**

**5E.107** Osobe s onesposobljenjima imaju mogućnost pristupa svim uslugama stomatološke službe.

**5E.108** Pacijenti koji imaju hitan problem primaju se nakon poziva službe u istom danu.

**5E.109** Služba koristi sistem naručivanja za preglede i intervencije, poštujući potrebe pacijenata i medicinske indikacije, i prati sve otkazane ili prekinute dolaske.

**5E.110** Služba osigurava privatnost za vrijeme tretmana.

### **Kontrola infekcije**

**5E.111** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedure za kontrolu infekcije koje se odnose na univerzalne mjere predostrožnosti za kontrolu infekcije. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

**5E.112** Postoji datirana, dokumentirana procedura o pranju ruku kao važnom elementu kontrole infekcije. Dokument je napisan/revidiran u zadnje tri godine.

*Uputstvo: Ruke se moraju prati prije i poslije tretmana svakog pacijenta.*

**5E.113** Postoji datirana, dokumentirana procedura o nošenju zaštitne odjeće (mantili, rukavice, maske, zaštitne naočale kada je to potrebno). Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

*Uputstvo: Zakon o zaštiti na radu (SL SR BiH, br. 22/90), čl. 19 – poslodavac obezbjeđuje zaštitnu opremu i stalno praćenje njene ispravnosti.*

**5E.114** Postoji datirana, dokumentirana procedura i vodilje za prevenciju širenja virusa koji se prenose putem krvi i profilaksu nakon izlaganja tim virusima. Politika i vodilje napisani su/revidirani u zadnje tri godine.

- 5E.115** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja se primjenjuje u slučajevima povrede oštrim predmetima (uključujući i ubode injekcionim iglama). Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.116** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja pokriva rad s visoko rizičnim pacijentima/korisnicima (npr. HIV+/AIDS, potvrđenim infektivnim hepatitisima) i s drugim zaraznim bolestima. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.117** Postoji datirana, dokumentirana procedura za uklanjanje kliničkog i nekliničkog otpada u svrhu kontrole infekcije. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.118** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure koje definiraju i kontroliraju sve faze dekontaminacije i sterilizacije i ponovno korištenje medicinskih aparata i hirurških instrumenta za višekratnu upotrebu. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5E.119** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s potencijalno infektivnim instrumentima i materijalima. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.120** Vodi se dnevnik sterilizacije instrumenata.

### **Spremnost za hitne situacije**

- 5E.121** Sve osoblje ima certifikat o obuci iz reanimacije pacijenata.
- 5E.122** Služba raspolaže s opremom za aplikaciju kisika kod pacijenata, zna gdje se nalazi i zna je primijeniti.
- 5E.123** Služba raspolaže sa tlakomjerom i slušalicama.
- 5E.124** Služba ima kit za hitne intervencije; sve osoblje poznaje njegovu lokaciju, sadržaj i način primjene.
- 5E.125** Vodi se računa o datumu isteka važnosti lijekova.
- 5E.126** Svi telefoni za hitne intervencije vidno su istaknuti u službi.
- 5E.127** Svi klinički protokoli za hitne intervencije pregledaju se i po potrebi revidiraju barem jednom godišnje.

### **Radijaciona sigurnost**

- 5E.128** Praksa i izlaganje jonizirajućem zračenju u stomatološke svrhe u skladu su sa Zakonom o zaštiti od jonizirajućih zračenja i radijacionoj sigurnosti i drugim pravnim aktima.
- 5E.129** Postoje jasno istaknuti znakovi upozorenja za trudnice da je zračenje štetno po plod.
- 5E.130** Osoblje koje radi s radiološkom opremom nosi mjerače ozračenja i otvorenih izvora zračenja.
- 5E.131** Služba koristi pozicionere za snimanja; ni liječnik/tehničar ni pacijent ne drže film rukom tokom ekspozicije.
- 5E.132** Mjerači ozračenja i otvorenih izvora zračenja periodično se procjenjuju u skladu sa zakonskim propisima.
- 5E.133** Postoji dokumentirani raspored za procjenu sigurnosti svih soba i opreme koju provodi kvalificirani stručnjak za zračenje.
- 5E.134** Čuva se evidencija o procjeni sigurnosti.
- 5E.135** Sva oprema je kalibrirana u skladu sa zakonskim propisima a evidencija o provjeri kalibracije se čuva.

### **Zaštita od žive**

- 5E.136** Služba koristi prethodno izmjerene kapsularne amalgame.
- 5E.137** Otpaci amalgama pohranjuju se u čvrsto zatvorene kontejnere i recikliraju po uputstvima.

### **Hemikalije**

- 5E.138** Služba ima datiranu, dokumentiranu proceduru za postupanje s opasnim hemikalijama. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.139** Procjena rizika od opasnih hemikalija vrši se za sve potencijalno opasne materije koje se koriste u stomatološkoj službi i o tome postoji evidencija.

## Oprema i lijekovi

- 5E.140** Specijaliziranu opremu koristi samo osoblje koje je obučeno i kompetentno za rad s ovom vrstom opreme.
- 5E.141** Postoji sistem za redovno kalibriranje mjerne opreme bilo koje vrste.
- 5E.142** Sva oprema u stomatološkoj službi je postavljena, provjerena i servisirana u skladu s uputstvima proizvođača.
- 5E.143** Postoji planirani program preventivnog održavanja i zamjene opreme.
- 5E.144** Postoje datirane, dokumentirane procedure za utvrđivanje i izvještavanje o kvarovima na opremi. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 5E.145** Vodi se evidencija o održavanju i servisiranju opreme.
- 5E.146** Stomatološka služba ima pristup rezervnoj opremi i službi za hitne popravke u slučaju kvara na opremi.
- 5E.147** Lijekovi, profilaktički materijali i lokalni anestetici čuvaju se pod uslovima koji obezbjeđuju efikasnu zaštitu od nepovoljnih vanjskih uticaja i sprečavaju neovlašten pristup.
- 5E.148** Lijekovi, profilaktički materijali i lokalni anestetici čuvaju se u originalnim pakovanjima.

## Medicinska evidencija i dokumentacija

- 5E.149** Stomatološki zdravstveni karton popunjava se za svakog pacijenta u stomatološkoj službi i uredno vodi za svaku posjetu.
- 5E.150** U stomatološkom zdravstvenom kartonu jasno se označava alergija na anestetička sredstva i lijekove i bilo koje stanje koje može utjecati na stomatološki tretman.
- 5E.151** Stomatološka anamneza za svakog pacijenta obavezno sadrži podatke o problemima u vezi s lokalnom anestezijom; glavne i specifične tegobe; probleme u vezi s prethodnim tretmanom.
- 5E.152** Postoji datirana, dokumentirana procedura za informirani pristanak. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.153** Za svaki tretman provodi se procedura informiranog pristanka i u kartonu se bilježi informirani pristanak s potpisom pacijenta.

- 5E.154** Prvi pregled odraslog uključuje anamnezu o arterijskoj hipertenziji u porodici i zabilježena je vrijednost arterijskog pritiska.
- 5E.155** Krvni pritisak mjeri se i bilježi prije svake hirurške i invazivne procedure i stresne situacije u odraslih pacijenata.
- 5E.156** Za sve pacijente koji se podvrgavaju sveobuhvatnoj ili preventivnoj zaštiti bilježe se podaci o popravkama, karijesu, periodontalnom statusu, stanju oralne higijene i o bilo kojoj drugoj opservaciji.
- 5E.157** Nalazi pregleda dosljedno se unose u shematski crtež zubala.
- 5E.158** Periapikalni radiografski snimci uključuju sve krune, korijene i okolno koštano tkivo u području opservacije.
- 5E.159** Periapikalni radiografski snimci nisu izobličeni niti se preklapaju (gdje je to anatomski moguće).
- 5E.160** Radiografski snimci imaju odgovarajuću gustinu, kontrast i sadrže potrebne detalje.
- 5E.161** Radiografski snimci prave se prije svake ekstrakcije zuba.
- 5E.162** Odbijanje pacijenta da se podvrgne radiografiji zuba bilježi se u stomatološki zdravstveni karton.
- 5E.163** Bilješke o tretmanu su logički poredane.  
*Uputstvo: S manjim varijacijama, obično uključuju: ublažavanje bolova; eliminiranje infekcije ili traumatskog stanja; kontrolu karijesa; profilaksu, preventivne procedure i instrukcije za oralnu higijenu; endodontsku terapiju, periodontalnu terapiju; neophodne ekstrakcije; popravak zuba; zamjene i nadogradnje zuba; postavljanje pacijenta u shemu planskih kontrolnih pregleda.*
- 5E.164** Za sve hirurške procedure traži se informirani pristanak pacijenta.
- 5E.165** Roditelji djece informiraju se o alternativnim pristupima i intervencijama za sve ireverzibilne procedure (naprimjer, ekstrakciju zuba).
- 5E.166** Ako roditelji izaberu ireverzibilnu proceduru obavezno se traži informirani pristanak s roditeljskim potpisom.
- 5E.167** Vodi se hronološka evidencija za sve preglede, a zabilješke su čitke, datirane i potpisane.
- 5E.168** Evidencija usluge minimalno sadrži: datum usluge; broj zuba (ako to odgovara); opis usluge; korišteno anestetičko sredstvo, uključujući količinu; korištene materijale; korištene lijekove, uključujući naziv lijeka, količinu i dozu; dodatne komentare koji se odnose na upućivanje, konsultacije i instrukcije.

- 5E.169** Intervencije se dosljedno unose u shematski crtež zubala.
- 5E.170** Evidencija o pregledima sadrži sve otkazane i/ili prekinute tretmane.
- 5E.171** U stomatološkom zdravstvenom kartonu čuvaju se sve kopije uputnica, mišljenja, preskripcija i telefonskih konsultacija.
- 5E.172** Evidencija o pregledima sadrži plan pozivanja pacijenta na kontrolne zakazane preglede.
- 5E.173** Korištenje korektora za precrtavanje napisanog ne koristi se u stomatološkom zdravstvenom kartonu.  
*Uputstvo: Greška pri pisanju se križa i iznad prekrštenog dijela rečenice stavlja se korektna izjava s datumom i parafom liječnika.*

### Procesi

- 5E.174** Postoji datirana, dokumentirana procedura s listom stanja/dijagnoza koja iziskuju hospitalni tretman i/ili kliničku intervenciju.
- 5E.175** Postoji datirana, dokumentirana procedura za stomatološko savjetovanje trudnica. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.176** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upućivanje u oralnu higijenu. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.177** Postoji datirana, dokumentirana procedura za preventivno zalijevanje fisura. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.178** Postoji datirana, dokumentirana procedura za poseban tretman djece s povišenim karijes-rizikom. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.179** Postoji datirana, dokumentirana procedura za savjetovanje o bolestima mekih tkiva, zuba i parodontalnih bolesti i njihovoj prevenciji. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.180** Postoji datirana, dokumentirana procedura za uklanjanje zubnih naslaga. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5E.181** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sve konzervativne zahvate (naprimjer, amalgame).
- 5E.182** Postoje datirane, dokumentirane procedure za povrede i bolesti kraniofacijalnog sistema. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

- 5E.183** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sve hirurške zahvate. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5E.184** Postoje datirane, dokumentirane procedure za ortodontske zahvate. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5E.185** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sve protetske zahvate (zaštita zuba individualnim krunama, djelomične i totalne zubne proteze). Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

### **Poboljšanje kvaliteta**

- 5E.186** Postoje vodilje za stomatološku kliničku praksu koje su zasnovane na dokazima i/ili protokoli (dijagnostički, preventivni, operativni, terapijski, rehabilitacijski) za sve subspecijalnosti stomatologije koje su dostupne u domu zdravlja.
- 5E.187** Služba provodi kliničku reviziju na temelju kriterija koje sama odredi i o tome postoji dokumentacija.
- 5E.188** Prate se svi klinički incidenti i o njima se izvještava.
- 5E.189** Prati se dolazak pacijenata na zakazane preglede.
- 5E.190** Služba prati pacijente u zajednici s kojima je izgubila kontakt.

## Standard 5F: Dispanzeri i savjetovališta za zaštita majke i djeteta

Dom zdravlja pruža sveobuhvatne i integrirane usluge za reproduktivno zdravlje žena uključujući preventivne, promotivne, terapijske i rehabilitacijske aspekte zdravstvene zaštite majke i djeteta.

### Kriteriji

- 5F.191** Postoji datirana, dokumentirana strategija službe kojom se definiraju planirane usluge i pružanje tih usluga u skladu s politikama zaštite koja je usmjerena potrebama žena. Strategija je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Politike koje su usmjerene potrebama žena i majki temelje se na principima informiranog izbora, kontinuiteta zaštite i njegovatelja, odgovornosti i pristupačnosti, uključivanju žena u planiranje i kliničku učinkovitost.*
- 5F.192** Strategija uzima u obzir ključne aktere u zaštiti žena, majke i djeteta, gravitirajuću populaciju i socijalno-ekonomske faktore.
- 5F.193** Implementaciju strategije prati i ocjenjuje multidisciplinarno tijelo na nivou zajednice.  
*Uputstvo: Osobita pažnja se poklanja skriningu karcinoma dojke i grlića materice; maternalnom i neonatalnom mortalitetu; djeci s malom porođajnom težinom; infekcijama tokom trudnoće i infekcijama novorođenčadi; slaboj nutritivnoj i pothranjenim ženama; komplikacijama tokom i nakon porođaja; niskom obrazovnom stupnju žena; štetnim lokalnim praksama.*
- 5F.194** Službom rukovodi specijalista ginekolog.
- 5F.195** Medicinske sestre imaju kvalifikacije i iskustvo u ginekologiji i porodiljstvu.
- 5F.196** Odgovornosti liječnika i sestara definiraju se lokalnim uputstvom o nadležnosti ordiniranja lijekova, davanju informacija ženama/ njihovim partnerima/porodici (uključujući i sve aspekte porođaja); održavanju medicinske evidencije i izvještaja; i s obzirom na polje rada liječnika i sestara.
- 5F.197** Sve osoblje redovno učestvuje u programima kontinuiranog profesionalnog razvoja i prisustvuje multidisciplinarnoj obuci i o tome postoji evidencija.
- 5F.198** Osoblje službe organizirano je na takav način da promovira kontinuitet zaštite za žene.  
*Uputstvo: Kontinuitet zaštite podrazumijeva da je zaštita pružena na dosljedan način bez obzira na profesionalca koji je pruža.*
- 5F.199** Služba je savremeno opremljena neophodnim instrumentima i aparatima.

- 5F.200** Sve osoblje u službi je obučeno za korištenje tehničke opreme i ima ažuriranu obuku minimalno jednom godišnje.
- 5F.201** Svi instrumenti i aparati se održavaju u dobrom stanju, redovno kalibriraju i o tome postoji evidencija.
- 5F.202** Služba provodi planiranje porodice/obitelji i savjetuje o metodama kontracepcije.  
*Uputstvo: Služba daje preporuku da razmak između trudnoća treba biti veći od 24 mjeseca.*
- 5F.203** Služba informira, savjetuje i educira adolescente u vezi sa seksualnošću i kontracepcijom.
- 5F.204** Služba informira, savjetuje i educira adolescente i žene u reproduktivnoj dobi o oboljenjima koja se prenose seksualnim putem.  
*Uputstvo: Ovo se naročito odnosi na HIV i hepatitis B i C. Služba skrbi i o imunizacijama (tetanus, rubeola, naprimjer).*
- 5F.205** Služba organizira edukacijska predavanja u srednjim školama i u zajednici iz oblasti planiranja porodice, spolne higijene i humanizacije odnosa među polovima.
- 5F.206** Služba utvrđuje razloge za neplodnost i surađuje s odgovarajućim klinikama u rješavanju problema bračne neplodnosti.
- 5F.207** Služba provodi rutinski tretman trudnica, s najmanje četiri posjete tokom trudnoće, u skladu s odgovarajućim kliničkim vodiljama i protokolima koji se zasnivaju na dokazima.
- 5F.208** Služba informira, educira i savjetuje trudnice i njihove partnere, rješava medicinske probleme tokom trudnoće i brine se o prehrani trudnica i novorođenčadi.  
*Uputstvo: Služba treba promovirati optimalan nutritivni status buduće majke, osiguravajući preporuke za dovoljan unos folne kiseline i željeza.*
- 5F.209** Služba promovira dojenje putem plakata, brošura i drugog informativnog materijala.
- 5F.210** Služba daje podršku zdravstvenoj zaštiti zuba u toku trudnoće.
- 5F.211** Služba provodi grupnu edukaciju trudnica u vezi s antenatalnom zaštitom i psihofizičkom pripremom trudnica za porod.
- 5F.212** Služba u suradnji s timom porodične/obiteljske medicine učestvuje u borbi protiv pušenja u toku trudnoće i dojenja.
- 5F.213** Služba pruža savjete i usluge za žene koje žele prekinuti trudnoću.

- 5F.214** Služba provodi edukaciju trudnica u vezi s porodom, prevencijom zdravlja novorođenčadi i dojenčadi i njihovim dojenjem i prehranom.
- 5F.215** Služba organizira sistematske preglede žena po poduzećima s ciljem prevencije malignoma.
- 5F.216** Služba tretira sva oboljenja porodilja, uključujući anemiju, dijabetes, arterijsku hipertenziju i postpartalnu depresiju, u suradnji s drugim službama doma zdravlja.
- 5F.217** Služba zastupa interese i prava porodilja u vezi s porodiljskim odsustvom, pravima iz radnog odnosa i pravima djeteta.
- 5F.218** Služba poduzima aktivnosti na ranom otkrivanju raka dojke i grlića materice.
- 5F.219** Liječnici su obučeni da provode kolposkopiju, citološke i ultrazvučne preglede radi ranog otkrivanja maligniteta.
- 5F.220** Služba organizira kućne i patronažne posjete za porodilje i novorođenčad te nadzire tretman karcinoma dojke i ginekološkog karcinoma.
- 5F.221** Služba vodi registar svih trudnica i porodilja s detaljima o toku trudnoće i ishodima poroda.
- 5F.222** Služba vodi evidenciju o svim kućnim i patronažnim posjetama.
- 5F.223** Služba ima vodiče i protokole za sve slučajeve koji se tretiraju u drugim zdravstvenim organizacijama.
- 5F.224** Služba za zaštitu zdravlja majke i djeteta surađuje sa socijalnom službom.
- 5F.225** Postoje informacije za žene o vrsti ponuđene zaštite, gdje mogu dobiti antenatalnu zaštitu, gdje se poroditi, koje su opcije za menadžment bola i koje pretrage mogu koristiti i zašto.
- 5F.226** Antenatalni skrining testovi se primjenjuju uz informirani pristanak trudnice nakon čega slijedi diskusija sa ženom, a preporučljivo i s njenim partnerom.
- 5F.227** Potencijalno nepovoljni rezultati skrining testiranja uručuju se ženi unutar 48 sati od završetka testiranja, uz savjetovanje i podršku.
- Uputstvo: Svim ženama i njihovim partnerima nudi se savjetovanje bez obzira na njihov reproduktivni izbor ili ishod.*

- 5F.228** Sve žene dobivaju usmene savjete i pisane informacije o znakovima i simptomima problema kao što su preeklampsija ili prijevremeni porođaj i dobivaju kontakt telefon imenovane osobe koju žena može kontaktirati u bilo koje vrijeme.
- 5F.229** Daju se informacije o promociji zdravlja, uključujući značaj ishrane, i izbjegavanja pušenja u trudnoći.
- 5F.230** Postoji datirana, dokumentirana procedura za dobivanje informiranog pristanka na medicinski tretman. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5F.231** Postoji datirana, dokumentirana politika za poštivanja prava žena na privatnost i povjerljivost. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5F.232** Postoji datirana, dokumentirana politika za poštivanja prava žena na dostojanstven tretman, komfor tokom pregleda i izražavanje vlastitog mišljenja. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5F.233** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upućivanje žena u bolnicu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5F.234** Postoji datirana, dokumentirana procedura za menadžment nepovoljnih događaja i nepovoljnih događaja koji su zamalo izbjegnuti. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Procedura uključuje zahtjev da izvještaj popuni osoblje uključeno u nepovoljan događaj ili nepovoljan događaj koji je zamalo izbjegnuto u roku od 24 sata od pojave tih događaja.*
- 5F.235** Postoje datirane, dokumentirane vodilje o prehrani djeteta. Vodilje su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Osoblje je obučeno da može pružati savjete u pogledu svih aspekata prehrane novorođenčadi.*
- 5F.236** Provode se redovne kliničke revizije održavanja medicinske dokumentacije.
- 5F.237** Provode se redovne kliničke revizije skrininga na karcinom dojke, grlića materice i drugih lokacija.

## Standard 5G: Služba porodične/obiteljske medicine

U sastavu doma zdravlja postoji služba porodične/obiteljske medicine.

Za detaljnije standarde i kriterije vidi: Akreditacijski standardi za tim porodične/obiteljske medicine – AKAZ.

### Kriteriji

- 5G.238** Služba porodične/obiteljske medicine nalazi se u domu zdravlja od kojeg postoji lak pristup javnom prijevozu.
- 5G.239** Tim porodične/obiteljske medicine poduzima korake na uklanjanju svih fizičkih barijera kako bi omogućio nesmetan pristup ambulanti.
- 5G.240** Definirana je struktura tima porodične/obiteljske medicine.  
*Uputstvo: Ovdje se podrazumijeva definiranje profesionalne stručnosti članova tima, odnosno uključivanje liječnika, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih profesionalaca.*
- 5G.241** Sve osoblje ima ažurirani opis posla i ugovor o zaposlenju koji sadrži njihove zadatke i uvjete zapošljavanja a koji zadovoljavaju ili prelaze zakonski minimum.
- 5G.242** Sve novo osoblje prolazi program uvođenja u rad, ima odgovarajući nadzor, mentorstvo i svu potrebnu obuku i podršku.
- 5G.243** Tim ima i pridržava se dokumentirane politike o zdravlju i sigurnosti koja zadovoljava zakonom propisane obaveze Zakona o radu.
- 5G.244** Tim porodične/obiteljske medicine osigurava da je sve osoblje osposobljeno za obavljanje svojih poslova i da su svi zdravstveni profesionalci registrirani u nadležnim komorama.
- 5G.245** Svi članovi tima, uključujući liječnike, sestrinsko osoblje i ostalo osoblje, imaju godišnju procjenu i plan ličnog razvoja koji utvrđuju njihove potrebe za učenjem i načine ispunjenja tih potreba.
- 5G.246** Prostor, oprema i sterilizacija instrumenata su u skladu sa standardima i normativima porodične medicine.
- 5G.247** Tim ima sistem redovne i odgovarajuće inspekcije, kalibracije, održavanja i premještanja opreme, uključujući: imenovanu odgovornu osobu; jasnu evidenciju; sistematski unaprijed planirani raspored; izvještavanje o kvarovima.

- 5G.248** Postoji registar pacijenata kojima je tim dužan pružati usluge primarne zdravstvene zaštite.
- 5G.249** Tim porodične/obiteljske medicine ima ažurirani opis zdravstvenih potreba svoje populacije, izgrađen strateški pristup za rješavanje zdravstvenih potreba te populacije i suzbijanje nejednakosti u zdravlju.
- 5G.250** Tim porodične/obiteljske medicine ima listu ili računarsku datoteku s popisom svih relevantnih zdravstvenih institucija i usluga u zajednici.
- 5G.251** Svi članovi tima imaju pristup Internetu i odgovarajućim mrežama u zdravstvu.
- 5G.252** Tim je upoznat s lokalnim planom razvoja, praksom propisivanja lijekova, upućivanjem i ostalim politikama matičnog doma zdravlja i radi u okviru njih.
- 5G.253** Postoji mogućnost da pacijenti mogu konsultirati tim putem telefona, bez potrebe da svaki put dolaze u dom zdravlja/ambulantu.
- 5G.254** Prvi prioritet svih članova tima porodične/obiteljske medicine je zaštita pacijenata i promocija njihovog zdravlja.
- 5G.255** Tim pruža visokokvalitetne usluge i provodi učinkovitu kliničku praksu u skladu sa standardima koje su utvrdile profesionalne organizacije i na temelju preporučenih kliničkih vodilja.
- 5G.256** Obavještenja, brošure i edukacijski poster i za pacijente u ambulanti prenose jasne, informativne i korisne poruke, a postavljeni su na vidno mjesto.
- 5G.257** Liječnici upoznaju pacijente sa svrhom, značajem, dobitima i rizicima koji se odnose na pretrage, upute i tretmane s ciljem da pacijenti donesu informirane odluke.
- 5G.258** Tim porodične/obiteljske medicine ponaša se u skladu s politikom podesnog korištenja pretraga i vodi računa o medicini koja je zasnovana na dokazima, lokalnim i državnim/federalnim vodiljama i ustanovljenoj dobroj praksi.
- 5G.259** Tim porodične/obiteljske medicine ima dokumentiranu proceduru za rutinska i hitna upućivanja pacijenata. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 5G.260** Članovi tima porodične/obiteljske medicine imaju znanje i sposobnosti da diferenciraju teže od lakše oboljelih i povrijeđenih, da procjenjuju stanje u hitnim slučajevima, postavljaju prioritete kada tretiraju više pacijenata u urgentnoj situaciji i da stabiliziraju urgentno stanje, brinući se o odgovarajućem transportu i upućivanju u bolnicu.

- 5G.261** Tim obiteljske/porodične medicine osigurava učinkovito i ekonomično propisivanje lijekova u skladu s objavljenim dokazima.
- 5G.262** Pacijentima se daju informacije o propisanim lijekovima, uključujući način njihovog uzimanja, koristi i značajne sporedne efekte.
- 5G.263** Tim obiteljske/porodične medicine ima pisanu politiku za kućne posjete i priručnik s opisom odgovarajućih procedura. Politika i priručnik su napisani/revidirani u zadnje tri godine.
- 5G.264** Tim radi zajedno s drugim ustanovama na pružanju njege umirućim pacijentima i palijativne njege koje zadovoljavaju potrebe pacijenata i njihovih negovatelja.
- 5G.265** Tim porodične/obiteljske medicine radi na ranom otkrivanju bolesti koristeći za to znanstveno vrednovane vodilje.
- 5G.266** Svi članovi tima porodične/obiteljske medicine unose podatke svih konsultacija u zdravstveni karton pacijenta.
- 5G.267** Novoregistrirani pacijenti imaju sumirane podatke već nakon osam sedmica od registracije.
- 5G.268** Tim ima politiku o povjerljivosti podataka i pristupu podacima od strane članova tima porodične/obiteljske medicine.
- 5G.269** Na zahtjev pacijenta, tim prenosi kopiju pacijentovog zdravstvenog kartona ili sažetak drugom timu porodične/obiteljske medicine.
- 5G.270** Postoje jasno utvrđene procedure za pravljenja rezervnih računarskih kopija podataka, provjeru tih kopija i sigurno pohranjivanje magnetnih medija s rezervnim podacima.
- 5G.271** Svi članovi tima imaju pristup svim kompjuteriziranim medicinskim podacima tima.
- 5G.272** Poštivaju se prava pacijenata.
- 5G.273** Tim ima dogovorenu proceduru postupanja sa žalbama pacijenata koja je objavljena za pacijente. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5G.274** Postoji učinkovit sistem komuniciranja između članova tima, uključujući i pridruženo osoblje, između više timova i s matičnim domom zdravlja.
- 5G.275** Članovi tima ne prihvataju neprikladne poklone, usluge ili gostoljubivost pacijenata, farmaceutske industrije ili drugih koji bi mogli utjecati ili bi se mogli protumačiti kao traženje utjecaja na politiku, ponašanje ili protekciju tima.

- 5G.276** Tim porodične/obiteljske medicine ima uspostavljene mehanizme kontinuiranog praćenja i poboljšanja usluga koje pruža.
- 5G.277** Tim ima imenovanog člana ili članove koji vode osiguranje i poboljšanje kvaliteta unutar tima ambulanti.
- 5G.278** Tim redovno provjerava svoj rad (klinička revizija, audit) pokrivajući brojne teme koje se tiču kliničke zaštite, komunikacija s pacijentima i organizacije prakse.
- 5G.279** Tim može dokazati izmjene nastale kao rezultat kliničke revizije u odnosu na odobrene standarde i vodilje za praksu.
- 5G.280** Tim porodične/obiteljske medicine redovito se sastaje da pregleda pojavu značajnih događaja i da iz njih uči; to su, naprimjer: svaki smrtni slučaj koji se desio u prostorijama ambulante; novopostavljene dijagnoze karcinoma; smrtni ishodi pacijenata koji su liječeni u kućnoj njezi; žalbe pacijenata; samoubistva i pokušaji samoubistva; obavezni prijemi u bolnicu po Zakonu o zaštiti mentalno oboljelih.
- 5G.281** Tim utvrđuje moguće rizike za pacijente i osoblje, poduzima korake na smanjenju rizika i ima uspostavljene politike za reagiranje u slučajevima pojave nepovoljnih događaja. Politika sigurnosti u ambulanti porodične medicine je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 5G.282** Tim dostavlja menadžmentu doma zdravlja podatke o izvedbi i kvalitetu usluga, uključujući rezultate kliničke revizije i izračunate pokazatelje izvedbe na način kako to odredi direktor doma zdravlja.

## Standard 5H: Palijativna kućna njega

Dom zdravlja pruža palijativnu kućnu njegu pacijentima za jasno definirana oboljenja/stanja u partnerstvu sa drugim zdravstvenim ustanovama i socijalnom službom.<sup>1</sup>

### Kriteriji

- 5H.283** Dom zdravlja organizira službu za palijativnu zaštitu ili je provodi u sastavu timova porodične/obiteljske medicine.
- 5H.284** Dom zdravlja pruža sveobuhvatnu i holističku palijativnu kućnu njegu, koja je fokusirana na pacijenta i osjetljiva na kulturalne i religijske vrijednosti a poštiva dostojanstvo i privatnost pacijenta održavajući njegovo samopoštovanje.
- 5H.285** Dom zdravlja postavlja indikacije za palijativnu kućnu njegu koja vodi računa o dobi pacijenata, njegovim potrebama i morbiditetnoj strukturi.
- 5H.286** Integrirana palijativna kućna njega na nivou zajednice sadrži više vrsta podrške: medicinsku, savjetodavnu, pastoralnu, rehabilitacijsku, integrira ih oko porodice i oboljelog člana i međusobno ih usklađuje.
- 5H.287** Palijativna kućna njega promovira funkcionalnu neovisnost pacijenta i njegove porodice/obitelji.
- 5H.288** Palijativna kućna njega pomaže u smanjenju nepotrebnih liječničkih kućnih posjeta i prijema u bolnice.
- 5H.289** Služba primarne zdravstvene zaštite, odnosno tim porodične/obiteljske medicine vode evidenciju o palijativnoj kućnoj njezi.
- 5H.290** Dom zdravlja ima odgovarajuće vodilje, protokole i priručnike za palijativnu kućnu njegu koji su razvijeni zajedno s profesionalcima iz lokalne bolnice, koji su bazirani na dokazima, a osobito se odnose na tretman bola, prevenciju i tretman dekubitusa te prijevoz do doma zdravlja ili drugih zdravstvenih ustanova.  
*Uputstvo: Priručnici su namijenjeni njegovateljima i oboljelom članu porodice, a mogu se odnositi na zadovoljenje fizioloških potreba, dijetu, vježbanje i odmaranje, osobne navike, seksualnost, rekreaciju, oblačenje, pranje, hranjenje, upotrebu toaleta, itd.*
- 5H.291** Služba palijativne kućne njege provodi kliničku reviziju barem jednom godišnje i nalaze revizije koristi za poboljšanje usluga.
- 5H.292** Dom zdravlja osigurava edukaciju njegovatelja iz porodice/obitelji oboljelog člana na edukacijskim principima podučavanja odraslih.
- 5H.293** Socijalna služba pomaže u pravnim i administrativnim pitanjima te pomoći u aplikacijama za finansijsku pomoć.
- 5H.294** Služba za palijativnu zaštitu, tamo gdje postoji, organizira multidisciplinarni pristup u tretmanu terminalno oboljelih pacijenata.

<sup>1</sup> Za detalje vidjeti: Standardi za tim porodične/obiteljske medicine, treći dio: kliničke usluge, standard 3. Karcinom, AKAZ 2010.

## Standard 5I: Centar/sluzba za fizikalnu rehabilitaciju

Dom zdravlja promovira koncept aktivnog učešća onespoblijenih osoba i članova njihovih porodica u utvrđivanju potreba i resursa u rehabilitaciji, razvoju vizije njihovih života u društvu, implementaciji vizije i praćenju i evaluaciji implementacije.

### Kriteriji

- 5I.295** U sklopu doma zdravlja postoji centar za rehabilitaciju onespoblijenih osoba (CBR) sa grupama za pomoć i samopomoć.
- 5I.296** Centrom rukovodi imenovani specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije.
- 5I.297** U zavisnosti od sistematizacije radnih mjesta, u Centru su zaposleni fizioterapeutski tehničari, okupacioni terapeuti, medicinske sestre općeg smjera.
- 5I.298** Fizioterapeuti se pridržavaju kodeksa Društva fizioterapeuta s dozvolom za rad u praksi.
- 5I.299** Specijalisti fizikalne medicine i rehabilitacije i fizioterapeuti su članovi profesionalnih organizacija koje daju uputstva o kontinuiranom profesionalnom razvoju.
- 5I.300** Sve zasposleno osoblje u službi ima dokumentirani plan osobnog trajnog profesionalnog razvoja koji uključuje mjerljive ciljeve za učenje.
- 5I.301** Postoji evidencija u pisanoj formi o aktivnostima poduzetim na trajnom profesionalnom razvoju koja odražava provođenje plana.
- 5I.302** Postoje datirani, dokumentirani kriteriji za upućivanje pacijenata na fizikalnu terapiju. Kriteriji su napisani/revidirani u protekle tri godine.
- 5I.303** Postoji datirana, dokumentirana procedura o dodjeljivanju novoupućenih slučajeva članovima tima za fizikalnu terapiju. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Slučajeve bi trebalo dodjeljivati prema vještinama i iskustvu koji su potrebni za indicirani tretman, zajedno s potrebom pravične raspodjele broja slučajeva.*
- 5I.304** Postoji dokumentirana procedura o uređenju propisnog završetka tretmana pacijenata nakon što je proveden plan rehabilitacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

- 5I.305** Procjenjuje se potreba pacijenta/korisnika za fizikalnim tretmanom putem fizikalnog pregleda kojim se dobivaju mjerljivi podaci za procjenu.
- 5I.306** Svaki pacijent koji je upućen na fizikalni tretman ima individualni plan rehabilitacije za provođenje fizikalnog tretmana.
- 5I.307** Prije svake procedure/tretmana vrši se procjena rizika.  
*Uputstvo: To obuhvata procjenu rizika, kontraindikacije za tretman i mjere predostrožnosti. Također, obuhvata provjeru opasnosti, kao što su mokri podovi, i obezbjeđenje podesne odjeće a papuče nose i fizioterapeuti i pacijenti/korisnici.*
- 5I.308** Program rehabilitacije se poduzima tek nakon dobivanja rezultata procjene rizika.
- 5I.309** Rizici koji su povezani s korištenjem električne opreme smanjuju se upotrebom sigurnosnih prekidača.
- 5I.310** Prije upotrebe aparature ili njezine primjene na pacijentu, vrši se vizuelna i fizička provjera sigurnosti opreme.
- 5I.311** Postoji dovoljno prostora i na raspolaganju su pregrade/zastori u sobi/sobama za fizioterapijski tretman koji pacijentima osiguravaju vizualnu privatnost prilikom upotrebe opreme.
- 5I.312** Oprema se čuva na mjestu na kojem ne ometa prilaz izlazima u slučaju požara, ulazima, hodnicima i drugoj opremi.
- 5I.313** Dom zdravlja organizira redovne sastanke za osobe s onesposobljenjima i članove njihovih porodica, vrši osnovnu procjenu njihovih potreba i provodi ranu edukaciju i osnovne programe rehabilitacije pod vodstvom odgovarajućeg terapeuta.
- 5I.314** Dom zdravlja, odnosno CBR, razvija multisektorsku saradnju i ugovara s odgovarajućim institucijama za rad i socijalnu politiku, edukaciju, zavodima za zapošljavanje, sportskim institucijama, itd.

## **Standard 5J: Manji hirurški zahvati**

Dom zdravlja provodi manje hirurške zahvate u sklopu porodične/obiteljske medicine, konsultativno-specijalističkih službi i hitne službe.

### **Kriteriji**

- 5J.315** Dom zdravlja ima popis svih stanja, oboljenja i povreda kod kojih su jasno specificirani manji hirurški zahvati, odgovarajući prostor, oprema i kadar koji izvodi manje hirurške intervencije.
- 5J.316** Sve službe doma zdravlja koje provode manje hirurške zahvate vode evidenciju i statistiku o pruženim uslugama koje se obrađuju centralno.
- 5J.317** Sve službe doma zdravlja koje vrše manje hirurške zahvate provode barem jednom godišnje kliničku reviziju i implementiraju promjene koje vode poboljšanju kvaliteta tih usluga.

## Standard 5K: Hitna služba

Dom zdravlja ima hitnu službu koja radi 24 sata i pruža pomoć i usluge urgentnim bolesnicima, naglo oboljelim i povrijeđenima, u prostorima službe i na terenu do definitivnog zbrinjavanja.

### Kriteriji

- 5K.318** Službom rukovodi specijalista urgentne medicine ili specijalista internističke ili hiruške struke s edukacijom i obukom iz urgentne medicine.
- 5K.319** Služba zapošljava dovoljan broj sestara/tehničara, koji su obučeni iz urgentne medicine, da bi mogla organizirati smjenski rad.
- 5K.320** Sve službe doma zdravlja tretiraju hitne slučajeve iz djelokruga svog rada.
- 5K.321** Služba pruža hitnu medicinsku pomoć kod započetih porođaja izvan zdravstvene ustanove i tokom transporta.
- 5K.322** Služba provodi urgentnu laboratorijsku, radiološku, elektrokardiografsku i ultrazvučnu dijagnostiku.
- 5K.323** Služba provodi kardiopulmonalnu reanimaciju oboljelih i povrijeđenih u skladu s kliničkim vodiljama koje se zasnivaju na dokazima.
- 5K.324** Služba provodi edukaciju iz kardiopulmonalne reanimacije za zaposlenike doma zdravlja.
- 5K.325** Služba raspolaže s odgovarajućim vodiljama i protokolima za tretman urgentnih stanja.  
*Uputstvo: Naprimjer, za ozljede kičme, krvarenja, strana tijela, šok, strujni udar, otrovanja, zmijski ujed, moždani udar, infarkt miokarda, toplinski udar, prijelome, uganuća i iščašenja, opekotine i smrztotine, povišenu tjelesnu temperaturu, porođaj, itd.*
- 5K.326** Služba raspolaže s jasnim indikacijama i kriterijima za prijevoz i upućivanje pacijenata u bolnice.
- 5K.327** Osoblje službe je osposobljeno da tokom transporta tretira teško povrijeđene i oboljele pacijente.
- 5K.328** Služba organizira edukaciju za lokalno stanovništvo i škole o prevenciji najčešćih povreda i o prvoj pomoći.

- 5K.329** Sve osoblje hitne pomoći radi planski na trajnoj edukaciji iz urgentne medicine i o tome postoji evidencija.
- 5K.330** Služba vrši manje hirurške zahvate i previjanja.
- 5K.331** Služba vodi i održava registar povrijeđenih u saobraćajnim udesima.
- 5K.332** Služba vodi i održava evidencije svih urgentnih slučajeva.
- 5K.333** Služba osigurava veće skupove ljudi na teritoriji općine kojoj pripada, npr. sportske i kulturne priredbe, političke i druge skupove.
- 5K.334** Služba ima planove za slučajeve masovnih nesreća i epidemija.
- 5K.335** Služba usko surađuje s policijom i socijalnom službom na teritoriju općine.
- 5K.336** Služba raspolaže s odgovarajućim brojem sanitetskih vozila koja su, pored ostalog, snabdjevena EKG aparatom, defibrilatorom, aspiratorom i ambu setom.
- 5K.337** Služba prevozi nepokretne i teško pokretne bolesnike do doma zdravlja ili druge zdravstvene organizacije.

## Standard 5L: Specijalističko-konsultativna djelatnost

Dom zdravlja ima specijalističko-konsultativnu djelatnost koja se obavlja u dispanzerima, savjetovalištim i kabinetima a uključuje različite kliničke specijalnosti, kao što su interna medicina, oftalmologija, ORL služba i neuropsihijatrijska služba. Kriteriji za ovu djelatnost su generički.

### Opći dio

- 5L.338** Služba ima datirani dokument politike koji daje kratak pregled usluga koje se pružaju. Dokument je napisan/revidiran u zadnje tri godine.
- 5L.339** Služba ima informativni paket za pacijente u kojem su pobrojane sve organizacijske jedinice, raspored radnog vremena, odgovorni liječnici i sestre, usluge koje se pružaju i kontakt telefoni.
- 5L.340** Služba ima sporazume na nivou doma zdravlja kojima se reguliraju odnosi i komunikacije sa liječnicima opće medicine i timovima porodične/obiteljske medicine kao i drugim specijalističkim službama. Sporazumi su datirani i dokumentirani.
- 5L.341** Služba ima sporazume na nivou doma zdravlja sa lokalnom bolnicom i kliničkim centrom kojima se reguliraju pitanja bolničke ambulantne dijagnostike i terapije i hospitalizacije za svaku specijalističku djelatnost. Sporazumi su datirani i dokumentirani.
- 5L.342** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prenošenje informacija o pacijentu vanjskim službama/bolnicama.  
*Uputstvo: Procedura definira osiguranje povjerljivosti informacija. Treba da osigura uputstvo za osoblje u kojem se navodi kada osoblje može dati informacije o pacijentu vanjskim organizacijama, i kako se čuvaju ove informacije prilikom prenošenja (ovo je posebno važno zbog nesigurnosti sredstava prijensa, kao što su fax ili e-mail). Procedura mora biti u skladu sa Zakonom, odnosno uputstvima o zaštiti podataka.*
- 5L.343** Postoji plan rada službe koji je usklađen s planovima doma zdravlja.
- 5L.344** Plan službe obuhvata plan obuke i razvoja u skladu s potrebama osoblja.
- 5L.345** Služba ima i realizira plan i program poboljšanja kvaliteta u skladu sa strategijom upravljanje kvalitetom i poboljšanja kvaliteta u domu zdravlja.
- 5L.346** Na nivou svake službe vrši se procjena rizika u skladu s organizacijskom strategijom o upravljanju rizikom.
- 5L.347** Rezultati procjene rizika se dokumentiraju.
- 5L.348** Implementirane su preventivne i zaštitne mjere na osnovu rezultata procjene rizika.

**Osoblje**

- 5L.349** Svim specijalističkim službama rukovode imenovani i iskusni specijalisti odgovarajuće specijalnosti.
- 5L.350** Šef službe je odgovoran osigurati praćenje i evaluaciju kvaliteta usluga koje se pružaju kroz implementaciju ciljeva poboljšanja kvaliteta i realizaciju ciljeva poboljšanja sigurnosti za pacijente i osoblje.
- 5L.351** Šef službe osigurava pregled izvršenja za sve osoblje u službi.
- 5L.352** Odgovornosti šefa službe obuhvata i njegovo/njezino uključivanje u obuku i razvoj osoblja kao trenera i mentora.
- 5L.353** Definirani su načini kako se određuje zamjenik odnosno preuzima odgovornost za službu u slučaju kada je šef/menadžer odsutan.
- 5L.354** U svakoj službi liječnici, medicinske sestre/tehničari i paramedicinsko osoblje zaposleni su prema pravilniku o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta.
- 5L.355** Sve zdravstveno osoblje u organizacionoj jedinici je registrirano u strukovnom udruženju (komori).
- 5L.356** Sve osoblje redovno učestvuje u programima kontinuiranog profesionalnog razvoja i prisustvuje multidisciplinarnoj obuci.
- 5L.357** Svaki zaposlenik ima dokumentiran godišnji plan ličnog/osobnog razvoja. Po jedan primjerak plana zadržavaju zaposlenik i šef/menadžer organizacione jedinice.
- 5L.358** Sve imenovano osoblje završilo je program profesionalne orijentacije i uvođenja u rad, koji je specifičan za organizacionu jedinicu. Organiziranje programa za uvođenje osoblja u rad organizacione jedinice se dokumentira.
- 5L.359** Korištenje kliničkih politika i vodilja uključeno je u programe uvođenja u rad i u programe obuke.
- 5L.360** Dokumentirani su sastav i odgovornosti pojedinaca u timu i radni dogovori članova tima.
- 5L.361** Sve osoblje koje radi s pacijentima prošlo je obuku o tehnikama reanimacije. Obuka se obnavlja jednom godišnje.

- 5L.362** Sve osoblje pohađa dodatnu obuku o pitanjima koja se odnose na zdravlje i sigurnost i koja su važna za njihov rad.
- 5L.363** Sve osoblje pohađa protivpožarnu obuku jednom godišnje u skladu sa Zakonom o zaštiti od požara.
- 5L.364** Sve osoblje koje koristi opremu pohađa obuku o sigurnom korištenju opreme.
- 5L.365** Sve osoblje uključeno u nošenje, premještanje i rukovanje s pacijentima, opremom i drugim teškim predmetima, prošlo je odgovarajuću obuku i dodatnu obuku jedanput godišnje.
- 5L.366** Osoblje je obučeno o razvoju, implementaciji i pregledu aktivnosti na poboljšanju kvaliteta.
- 5L.367** Osoblje pohađa obuku o drugim oblastima koje su važne za službu, uključujući i ažuriranje politika i procedura, te poduzimanje aktivnosti kao rezultat provjere kvaliteta.
- 5L.368** Vodi se evidencija o obuci o svim edukacijskim i profesionalnim aktivnostima za svakog člana osoblja.
- 5L.369** Materijal za obuku koji koristi služba se ažurira u skladu s tekućom praksom, evaluira poslije svakog kursa obuke i modificira po potrebi.

### **Radni procesi**

- 5L.370** Postoje operativne procedure specifične za rad svake specijalističke službe. Procedure su u pismenoj formi i revidirane najmanje jednom u protekle tri godine.
- 5L.371** Objavljeni etički kodeksi ili kodeksi profesionalne prakse za zdravstvene radnike dostupni su osoblju unutar svake specijalističke službe.
- 5L.372** Vodi se medicinska evidencija i dokumentacija o pacijentima/ korisnicima svih dispanzera, savjetovališta i kabineta.
- 5L.373** Sve evidencije i medicinska dokumentacija pregledaju se jednom godišnje na kompletnost i tačnost.
- 5L.374** Postoji datirana, dokumentirana procedura za poštivanja prava pacijenata na privatnost i povjerljivost, informiranje, odbijanje tretmana, drugo mišljenje, žalbe. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

- 5L.375** Postoji datirana, dokumentirana procedura za dobivanje informiranog pristanka na medicinski tretman. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5L.376** Služba poduzima procjenu kliničkog rizika u vezi s pruženim tretmanom pacijentima za proteklih dvanaest mjeseci. Rezultati ocjene rizika se evidentiraju.
- 5L.377** Postoji datirana, dokumentirana procedura za menadžment nepovoljnih događaja i nepovoljnih događaja koji su zamalo izbjegnuti. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.  
*Uputstvo: Izvještava se o svim nepovoljnim događajima putem formulara za izvještavanje o kliničkim nepovoljnim događajima. Formulari se prosljeđuju do osobe koja je odgovorna za prikupljanje tih formulara širom doma zdravlja.*
- 5L.378** Sve osoblje u službi poznaje kliničke vodilje i puteve zaštite pacijenta koji su relevantni za tu službu.
- 5L.379** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upućivanje pacijenata u bolnicu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5L.380** Služba vrši kontinuiranu provjeru provođenja dokumentiranih procedura i kliničkih vodilja na temelju uzorka pacijenata koji su bili tretirani u službi.  
*Uputstvo: Služba redovno provjerava svoj rad (klinička revizija, audit) pokrivajući brojne teme koje se tiču kliničke zaštite, komunikacija s pacijentima i organizacije prakse.*

### **Radno okruženje: prostori, oprema, materijali**

- 5L.381** Oznake unutar i izvan prostorija službe postavljene su na vidnim mjestima i napisane jezikom razumljivim za pacijente/korisnike.
- 5L.382** Prilaz službi je prilagođen i osobama s onesposobljenjima i to na svim mjestima koje pacijenti/korisnici posjećuju.
- 5L.383** Okruženje i prostorije za pacijente i korisnike omogućuju vizuelnu i zvučnu privatnost.
- 5L.384** Prostori za pacijente – čekaonice i toaleti su raspoloživi i komforni.
- 5L.385** Tamo gdje pacijenti/korisnici moraju ići na više spratove/katove do različitih službi, postoje liftovi za njih.
- 5L.386** Hodnici i vrata ne smiju imati prepreke koje sprečavaju kretanje.
- 5L.387** Vrata za izlaz u slučaju požara se drže zatvorena ali ne zaključana.

- 5L.388** Oglasne ploče su postavljene na vidno mjesto, uredne su i sadrže aktuelne informacije (za pacijente i osoblje).
- 5L.389** Šef službe i više osoblje, gdje je to podesno, imaju svoje sobe.
- 5L.390** Postoji zajednička soba za odmor osoblja.
- 5L.391** Postoje sanitarne prostorije i prostorije za presvlačenje osoblja.
- 5L.392** Materijalima i opremi za prvu pomoć se lako pristupa.
- 5L.393** Specijaliziranu opremu koristi samo osoblje koje je obučeno i kompetentno za rad s ovom vrstom opreme.
- 5L.394** Oprema za podizanje, transport i rukovanje održava se prema uputstvima proizvođača. Postoje dokumentirane instrukcije o korištenju ove opreme.
- 5L.395** Osoblje ima zaštitnu opremu i odjeću u skladu s vrstom usluge koja se pruža.
- 5L.396** Osoblju su na raspolaganju materijali i oprema, potrebni za izvršavanje njihovih dužnosti.
- 5L.397** Sva oprema u organizacionoj jedinici je postavljena, provjerena i servisirana u skladu s uputstvima proizvođača.
- 5L.398** Postoji sistem za redovno kalibriranje mjerne opreme bilo koje vrste.
- 5L.399** Postoji planirani program preventivnog održavanja i zamjene opreme u službi.
- 5L.400** Vodi se evidencija o održavanju i servisiranju opreme.
- 5L.401** Postoje datirane, dokumentirane procedure za utvrđivanje i izvještavanje o kvarovima na opremi. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 5L.402** Služba ima pristup rezervnoj opremi i službi za hitne popravke u slučaju kvara na opremi.
- 5L.403** Skladišni prostor zadovoljava potrebe procesa rada i obezbjeđuje odgovarajući smještaj materijala i opreme, a osobito onih koji zahtijevaju posebne uslove, kao što su lijekovi.
- 5L.404** U službi se lijekovi čuvaju pod uslovima koji obezbjeđuju efikasnu zaštitu od nepovoljnih vanjskih uticaja i sprečavaju neovlašten pristup.

## Standard 5M: Centar za mentalno zdravlje

Dom zdravlja ima službu/centar za mentalno zdravlje čiji je zadatak poboljšanje mentalnog zdravlja i socijalnog blagostanja populacije u zajednici.

### Politike i strategije

- 5M.405** Služba ima datirani dokument politike koji daje kratak pregled usluga koje se pružaju. Dokument je napisan/revidiran u zadnje tri godine.
- 5M.406** Pružanje usluga se planira s partnerskim agencijama i službama u zdravstvu i socijalnoj zaštiti u zajednici.
- 5M.407** Postoje zajednički programi obuke osoblja radi poboljšanja rada multidisciplinarnih timova i uspostavljeno je međusobno razumijevanje zajedničkih pitanja i uloga u radnim timovima.
- 5M.408** Služba ima datiranu, dokumentiranu strategiju koja daje kratak pregled uloge službe u promociji dobrog mentalnog zdravlja i reducira stigmatu koja je povezana s mentalnim oboljenjima. Strategija je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Uloga službe trebalo bi da uključi doprinoseće inicijative drugih službi i agencija u promociji mentalnog zdravlja. Aktivnosti mogu obuhvatiti nacrt lokalne povelje mentalnog zdravlja; produkciju promotivnih materijala iz domena mentalnog zdravlja; uključivanje u aktivnosti zajednice, kao što su radionice iz redukcije stresa; edukacijske aktivnosti po školama i centrima za poduku odraslih.*
- 5M.409** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za održavanje povjerljivosti svih detalja koji su u vezi s pacijentovim tretmanom i uravnotežavanjem toga nasuprot bilo kojem riziku po pacijenta, osoblje ili javnost. Politike i procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Osoblje je svjesno da je narušavanje povjerljivosti gaženje dužnosti tamo gdje postoji potencijalni rizik po pacijenta, osoblje ili javnost.*
- 5M.410** Služba raspolaže sa datiranim, dokumentiranim strategijom prikupljanja podataka s ciljem osiguranja minimalnog skupa podataka za mentalno zdravlje. Strategija je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5M.411** Služba ima politiku poboljšanja kvaliteta koja sadrži vrijednosti, principe i specifične izjave u vidu preporuka za poboljšanje kvaliteta.  
*Uputstvo: To uključuje sve aspekte promocije, prevencije, tretmana i rehabilitacije u domeni mentalnog zdravlja.*

### Suradnja s drugim službama

- 5M.412** Služba održava (ili ima pristup) najnovijim informacijskim resursima o agencijama koje doprinose uslugama mentalnog zdravlja i uslugama socijalnog sektora.  
*Uputstvo: To uključuje kontakt telefone takvih agencija i e-mail adrese.*

- 5M.413** Postoje komunikacijske veze na radu između službe mentalnog zdravlja i lokalnih zdravstvenih službi, socijalnih službi i drugih službi koje pružaju zaštitu pacijentima.  
*Uputstvo: To može uključivati veze prema službama prve pomoći, odnosno urgentnim centrima, zdravstvenim centrima koji imaju CBR i zajednički registar pacijenata u zajednici sa trajnim mentalnim oboljenjima. Služba može imati potrebu za vezama s vlastima koje imaju upliva na smještaj pacijenata kada se ovi žele vratiti u zajednicu.*
- 5M.414** Služba usko surađuje s ambulantom/timovima porodične medicine.
- 5M.415** Postoje redovne komunikacije i veze između službe mentalnog zdravlja i specijalističke službe za narkomaniju i druge toksikomanije.
- 5M.416** Postoje redovne komunikacije i informacije koje pokazuju radne veze između službe mentalnog zdravlja i lokalnih službi hitne pomoći i urgentnih centara.  
*Uputstvo: To može uključiti suradnju u pogledu hitnih intervencija kada pacijenti pokušaju samoubistvo.*
- 5M.417** Postoje redovne komunikacije i informacije koje pokazuju radne veze između službe mentalnog zdravlja i policije.
- 5M.418** Postoje redovne komunikacije i informacije koje pokazuju radne veze između službe mentalnog zdravlja i dobrovoljnih, nevladinih organizacija koje pružaju usluge pacijentima, njegovateljima ili članovima porodice.
- 5M.419** Postoje datirane, dokumentirane procedure za komunikacije s drugim agencijama koje uključuju postavljanje limita u održavanju povjerljivosti između različitih profesionalaca u pogledu pacijentove zaštite, okolnosti u kojima drugi moraju biti informirani i razmjenjivati povjerljive informacije na siguran način kada se šalju pismom, elektronskom poštom, faksom ili saopćavaju telefonom.  
*Uputstvo: Menadžeri osiguravaju da osoblje ima pristup uputstvu i obuci tako da ono razumije kada je važno razmjenjivati informacije o pacijentovim potrebama i poteškoćama, uravnotežujući zahtjeve povjerljivosti i menadžment rizika.*
- 5M.420** Postoje vodilje za kliničku praksu u oblasti mentalnog zdravlja u zajednici i odgovarajući lokalni protokoli koji su razvijeni uz pomoć profesionalnih organizacija, lokalno implementirani i koji se evaluiraju i ažuriraju.
- 5M.421** Postoje datirani, dokumentirani protokoli/vodilje za kliničku praksu za menadžment neakutnih faza nekih mentalnih oboljenja koje povezuju put pacijenta između primarne zaštite i specijalističkih službi. Protokoli su napisani/revidirani u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Protokoli mogu pokriti, na primjer, depresiju, postpartalnu depresiju, anksiozne poremećaje, PTSD, šizofreniju, osobe koje iziskuju psihološku terapiju i bolesti ovisnosti.*

**Osoblje – imenovanja i obuka**

- 5M.422** Centrom rukovodi imenovani specijalista neuropsihijatar s edukacijom iz mentalnog zdravlja u zajednici.
- 5M.423** Centar zapošljava educirano i uvježbano osoblje iz neuropsihijatrije i mentalnog zdravlja u zajednici, uključujući psihijatre, socijalne radnike, psihologe, okupacione terapeute i medicinske sestre općeg smjera.
- 5M.424** Sve osoblje redovno učestvuje u programima kontinuiranog profesionalnog razvoja i prisustvuje multidisciplinarnoj obuci o čemu se vodi uredna evidencija.
- 5M.425** Korištenje kliničkih politika i vodilja uključeno je u programe obuke.
- 5M.426** Obuka i edukacijski programi obuhvataju i obuku iz prakse nediskriminacije.
- 5M.427** Sve osoblje je obučeno i ima program godišnje ažurirane obuke iz menadžmenta agresivnog ponašanja i tehnika neutraliziranja takvih situacija kada radi s osobama koje su poremećene, agresivne, prave nepravilne, suicidalne ili pod stresom. Prisustvo obuci se evidentira.

**Proces**

- 5M.428** Postoje pisane informacije za pacijente o uslugama, medikaciji, terapijama i podršci koji su raspoloživi u službi mentalnog zdravlja i odgovornostima pacijenata.
- 5M.429** Postoje pisane informacije za pacijente o suportivnim uslugama koje pružaju druge službe i agencije, naprimjer, nevladine organizacije i dobrovoljne grupe.
- 5M.430** Pacijenti su informirani laičkim jezikom o vjerovatnim dobrobitima i poznatim rizicima bilo kojeg poduzetog toka terapije. Korisničko mišljenje o terapijskom režimu je dokumentirano u zdravstvenom kartonu.
- 5M.431** Postoje pisane informacije za pacijente o njihovim pravima da odbiju tretman, da se žale, da budu pravovremeno informirani o njihovoj bolesti, njezi, tretmanu i bilo kojem pridruženom problemu ili nuspojavama; i informacije o imenima i ulogama osoblja koje je uključeno u njihov tretman.
- 5M.432** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s pacijentima koji odbijaju da uzimaju njima propisane lijekove. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 5M.433** Postoji datirana, dokumentirana procedura za dobivanje informiranog pristanka na medicinski tretman. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5M.434** Postoji datirana, dokumentirana procedura za poštivanja prava pacijenata na privatnost i povjerljivost. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5M.435** Postoji datirana, dokumentirana procedura za menadžment nepovoljnih događaja i nepovoljnih događaja koji su zamalo izbjegnuti. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5M.436** Vršiti se pregled nakon incidenta u službi, unutar vremena koji je odredila ustanova, a uključuje sastanak cijelog multidisciplinarnog tima radi rasprave o kliničkim i menadžerskim pitanjima koja su mogla dovesti (ili su dovela) do posebnog incidenta.
- 5M.437** U slučaju pojave nepovoljnog događaja ili potencijalno uznemirujućeg događaja, u službi su osigurani savjetovanje i podrška za korisnike službe i osoblje.
- 5M.438** Prate se svi incidenti s ozbiljnim fizičkim povređivanjem kao rezultat napada pacijenta na osoblje i druge pacijente.
- 5M.439** Nakon svakog lokalnog incidenta sa suicidom poduzima se multidisciplinarni pregled tog nepovoljnog događaja.  
*Uputstvo: Cilj pregleda je učenje iz iskustva o incidentu i trebalo bi da uključi potencijalno doprinoseće faktore i osigura implementaciju bilo koje preporuke koja slijedi iz izvještaja.*
- 5M.440** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upućivanje pacijenata u bolnicu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 5M.441** Svi pacijenti koji pristupaju službi mentalnog zdravlja ocjenjuju se na njihove zdravstvene i socijalne potrebe unutar lokalno dogovorenog vremenskog intervala nakon pristupa.
- 5M.442** Ocjena pacijenta uključuje ocjenu porodice, zaposlenja i socijalnih okolnosti pacijenta i uključuje njegovatelje i članove porodice, kada to odgovara.
- 5M.443** Sve ocjene uključuju pacijentove ovisnosti, na primjer, anamnezu o alkoholizmu, pušenju i zloupotrebi droga.
- 5M.444** Postoje datirane, dokumentirane procedure za menadžment pacijenata koji zloupotrebjavaju alkohol i droge. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 5M.445** Postoji jedinstven, multidisciplinarni plan zaštite koji se formulira za svakog pacijenta ponaosob, s momentalnim i dugoročnim potrebama pacijenta.  
*Uputstvo: Multidisciplinarni plan zaštite priprema se pod rukovodstvom odgovornog psihijatra i/ili koordinatora zaštite i doprinos onih koji su odgovorni za nastavak liječenja pacijenta prema planu.*
- 5M.446** Plan zaštite za pacijenta priznaje i odražava različitosti s obzirom na pacijentovu kulturu, etnicitet, spol, godine i seksualnost, i uključuje bilo koju akciju koja je neophodna da se osiguraju kulturalne i vjerske potrebe pacijenta.
- 5M.447** Plan zaštite pregledaju zdravstveni profesionalci različitih disciplina, i na svakom sastanku kada se plan pregleda, dogovara se o datumu narednog pregleda plana i to se bilježi.
- 5M.448** Za sve pacijente koji pristupaju službi mentalnog zdravlja provodi se ocjena kliničkog rizika. Ocjena je datirana i dokumentirana.
- 5M.449** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure o prevenciji ubistava i samoubistava. Te politike i procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 5M.450** Razvijen je plan menadžmenta rizika za pacijenta kao rezultat ocjene kliničkog rizika, i taj plan čini integralni dio plana zaštite.
- 5M.451** Osoblje je obučeno u ocjeni kliničkog rizika, menadžmentu kliničkog rizika, identifikaciji visokorizičnih i suicidalnih pacijenata, načinima implementacije plana upravljanja kliničkim rizikom, razumijevanju kada pacijenta treba uputiti na ekspertno savjetovanje u kontekstu multidisciplinarnog rada. O tome postoji evidencija.
- 5M.452** Pacijenti se aktivno uključuju u razvoj i redovni pregled njihovog plana zaštite i pomaže im se u izražavanju njihovih pogleda o opcijama zaštite koje im stoje na raspolaganju.
- 5M.453** Za sve korisnike službe postoji podrška socijalnog radnika.
- 5M.454** Prati se dolazak pacijenata na zakazane preglede.
- 5M.455** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure, koje su napisane ili pregledane u zadnje tri godine, koje uređuju uključivanje članova porodice, prijatelja i njegovatelja u njegu i tretman pacijenta.
- 5M.456** Postoje datirane, pisane politike i procedure za osoblje u vezi s odgovaranjem pacijentima koji verbalno i/ili fizički prijete. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5M.457** Korisnici usluga službe imaju pristup savjetovanju i podršci u pogledu zapošljavanja, edukacije i obuke.

## Radno okruženje

- 5M.458** Objekti, prostorije i oprema su dizajnirani tako da obezbijede sigurnost, dostojanstvo i privatnost pacijenata.
- 5M.459** Raspored prostorija u kojima se pružaju usluge obezbjeđuje sigurne uvjete za pacijente i osoblje.
- 5M.460** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje daju uputstvo za sigurnost i bezbjednost unutar službe osoblju, pacijentima i pratnji. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

## Poboljšanje kvaliteta

- 5M.461** Poduzimaju se programi kliničke revizije (audita) koji uključuju: praćenje multidisciplinarnog rada u timovima mentalnog zdravlja; praćenje doprinosa svake uključene discipline u razvoj historije bolesti; obim i kvalitet direktnog kontakta osoblja s pacijentom.
- 5M.462** Korištenje lijekova, posebno ako ih se daje više, podliježe godišnjoj kliničkoj reviziji.
- 5M.463** Služba prati stope propisivanja antidepresiva, antipsihotika i benzodiazepina kroz lokalne programe kliničke revizije.
- 5M.464** Poduzima se godišnja klinička revizija o broju i vrsti nepovoljnih događaja u službi, o tome se sastavlja pisani izvještaj, a menadžment poduzima odgovarajuće akcije na temelju izvještaja o nepovoljnim događajima.
- 5M.465** Posebno se prate, bilježe i prijavljuju slučajevi ubistava i samoubistava i poduzima klinička revizija.
- 5M.466** Služba prati pacijente u zajednici s teškim mentalnim oboljenjima s kojima je izgubila kontakt.
- 5M.467** Služba prati hitne ponovne hospitalizacije.
- 5M.468** Služba doprinosi razumijevanju mentalnog zdravlja u društvu, tako što prikuplja informacije o stanju zaposlenja osoba s težim mentalnim poremećajima.
- 5M.469** Služba doprinosi razumijevanju mentalnog zdravlja u društvu, tako što prikuplja informacije o finansijskim prilikama osoba s težim mentalnim poremećajima.
- 5M.470** Služba doprinosi razumijevanju mentalnog zdravlja u društvu, tako što prikuplja informacije o stambenim prilikama osoba s težim mentalnim poremećajima.



Šesti dio:

**Tehničke službe**



## Standard 6A: Odjel za održavanje objekta i servis medicinske opreme

Ambijent, prostor, oprema, postrojenja i instalacije doma zdravlja obezbjeđuju sigurnu, efikasnu i učinkovitu zdravstvenu zaštitu pacijenata i ostvarenje svih postavljenih zadataka ustanove.

### Imenovanja i planiranje

- 6A.1** Postoji dokumentirani operativni plan za održavanje objekta koji se odnosi na objekte, konzistentan sa zadacima i poslovnim planom bolnice/jedinice.
- 6A.2** Imenovano je odgovorno lice službe za održavanje objekta.
- 6A.3** Imenovano je odgovorno lice za termoenergetska postrojenja.
- 6A.4** Imenovano je odgovorno lice službe za servisiranje medicinske opreme.
- 6A.5** Imenovane su osobe za održavanje objekata, zemljišta i opreme a specifikacija zaposlenih je u skladu sa pravilnikom o sistematizaciji radnih mjesta.
- 6A.6** Imenovane osobe su na raspolaganju i poslije radnog vremena za potrebe hitnih opravki i održavanja.
- 6A.7** Dom zdravlja se pridržava zakona, propisa i zahtjeva inspeksijskih službi.

*Uputstvo: Vanjski ocjenjivači će pregledati usaglašenosti sa zakonskim zahtjevima, npr. protupožarna zaštita, dispozicija otpadnih materija i sl, a tražiće se i nalazi i mišljenje inspekcije ako se vanjskom ocjenom utvrdi da je objekat opasan za osoblje, pacijente i posjetioce.*

- 6A.8** Dom zdravlja periodično pravi inspekciju objekata radi provjere ispravnosti fizičkog okruženja; sprečavanja nesreća i povreda; održavanja fizičkog okruženja; sigurnih uvjeta za ljude; i reduciranja i kontrole opasnosti i rizika i za to ima urednu evidenciju.
- 6A.9** Dom zdravlja planira i predviđa sredstva za popravke ili zamjene ključnih sistema okruženja, objekata ili komponenti.
- 6A.10** Dom zdravlja ima plan za menadžment nekliničkog rizika.

*Uputstvo: Plan za menadžment rizika opisuje načine na koje dom zdravlja osigurava svoje bezopasno okruženje i aktivnosti osoblja u reduciranju rizika od nesreća i povreda. Planiraju se slijedeći procesi: održavanje i kontrola prostora i opreme; evaluacija rizika po sigurnost pacijenata i posjetitelja od strane objekta, zemljišta, opreme i unutrašnjih fizičkih sistema; evaluacija rizika za sve osoblje doma zdravlja; evidencija i evaluacija svih incidenata, oštećenja imovine, profesionalna oboljenja, povrede pacijenata, osoblja i posjetitelja; stalni nadzor rizika, uključujući i podatke o riziku proizvoda i imenovanje obučениh djelatnika koji nadgledaju razvoj, implementaciju i evaluaciju menadžmenta rizika. Plan treba da sadrži i: program obuke za opće i specifične procese rizika; informacije o izvršenoj edukaciji i obuci osoblja; procedure informiranja o incidentima i kriznim situacijama koje specificiraju kada i kome se dostavljaju informacije; norme i procedure rizika – raspodjelu, primjenu, poštivanje i učestalost; godišnju evaluacijsku formu: ciljevi, ostvarenje, menadžment i efikasnost.*

**6A.11** Dom zdravlja ima plan za kontrolu opasnih i otpadnih tvari.

*Uputstvo: Planiraju se procesi za: izbor, manipuliranje, deponovanje, upotrebu i uništavanje otpadnih tvari od njihovog prijema ili generiranja do finalne eliminacije; utvrđivanje pisanih kriterija u skladu sa zakonom i propisima radi utvrđivanja, evaluacije i popisa korištenih ili generiranih opasnih i otpadnih tvari; postupanja s hemijskim, hemoterapijskim, radioaktivnim, medicinskim i/ili infektivnim materijama, uključujući igle, sisteme za infuziju i druge oštre predmete; nadzor i eliminaciju opasnih gasova i isparenja; osiguranje prostora i opreme za rukovanje i odlaganje otpadnih i opasnih tvari; evidenciju i ispitivanje opasnih i otpadnih tvari, izlaganja i kontrolu drugih incidenata.*

*Plan treba da sadrži i: program edukacije i uvježbavanja za osoblje koje radi ili dolazi u kontakt s opasnim tvarima; standarde menadžmenta i hitne procedure koje opisuju specifične mjere predohrane i sredstva zaštite koja se koriste tokom trovanja s otpadnim i opasnim tvarima ili kod izlaganja njima; godišnju evaluaciju plana s obzirom na ciljeve, postignuća, menadžment i efikasnost.*

**Proces**

**6A.12** Postoje ažurirani crteži sa svim detaljima o planu objekata i prostorija po spratovima, te požarnih zona i puteva.

**6A.13** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvještavanje o kvarovima, u toku i poslije radnog vremena. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

**6A.14** Prati se vrijeme koje protekne od prijave do inspekcije prijavljenih kvarova i vrijeme potrebno za korekciju kvarova.

**6A.15** Postoje datirane, dokumentirane procedure za ponašanje i testiranje u slučajevima nepredviđenog prekida snabdjevanja vodom ili gasom. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

**6A.16** Postoje datirani, dokumentirani sporazumi za napajanje električnom energijom u hitnim situacijama. Sporazumi su napisani ili revidirani u zadnje tri godine.

**Radni ambijent**

**6A.17** Prostorije u kojima se pruža zaštita pacijentima su lijepo uređene i čiste.

**6A.18** Postavljene su unutrašnje i vanjske oznake objekata i odjela.

*Uputstvo: Oznake bi trebalo da olakšaju kretanje pacijentima unutar doma zdravlja, lakše pronalaženje odjela i službi unutar objekata. Prilikom postavljanja oznaka trebalo bi voditi računa o potrebama pacijenata/korisnika s oštećenjem vida kao i mogućnostima postavljanja višjezičnih oznaka (ukoliko je to potrebno).*

**6A.19** Ulazi u dom zdravlja, hodnici i recepcija su dobro osvijetljeni i imaju svjetlo za slučaj opasnosti/nestanka struje.

**6A.20** Namještaj i oprema u čekaonicama i zajedničkim prostorijama su čisti i u skladu su sa standardima zaštite od požara.

- 6A.21** Postavljena su upozorenja za pacijente i posjetitelje da isključe mobilne telefone u onim prostorijama u kojima mogu uzrokovati kvar opreme.
- 6A.22** Redovno se ocjenjuje prostor za parkiranje i potrebe za parking prostorom (za korisnike i osoblje).
- 6A.23** Održava se i prati temperatura tople vode i površine grijnih tijela.
- 6A.24** Obavlja se pregled na sigurnost sve električne opreme koja se donosi u ustanovu.
- 6A.25** Postoji politika o zaštiti okoliša koja obuhvata emisiju gasova i materija koje zagađuju zrak, zemlju i vodu.  
*Uputstvo: Politika treba da razmotri zahtjeve zakona o zaštiti okoliša i ISO14000 (BS7750) standarde.*
- 6A.26** Dom zdravlja ima politiku o energentima kojom se utvrđuju ciljevi za optimalne cijene nabavke i smanjenje potrošnje.  
*Uputstvo: Energenti mogu uključiti: raspodjelu električne energije, tok energenata, vertikalni i horizontalni transport, ventilaciju i kondicionirani zrak, vodoinstalacije, bojlere, medicinske gasove, komunikacijske sisteme, uključujući i razmjenu podataka.*
- 6A.27** Postoji kontrola adekvatnog protoka zraka, i kontrola ventilacije i temperature da se obezbijede sigurni radni uslovi.  
*Uputstvo: To obuhvata, npr. kontrolu infekcija koje se prenose putem zraka i ako je moguće uklanjanje opasnih gasova.*

## Održavanje

- 6A.28** Postoji planiran preventivni plan održavanja.  
*Uputstvo: Planom održavanja utvrđuje se cijena i prioriteta održavanja objekata. Program održavanja ima za cilj reduciranje kvarova na opremi i objektima kao i rizika koji prate kvarove.*
- 6A.29** Postoje dokumentirane procedure za održavanje i servisiranje sistema svih ventilacija, kondicioniranja zraka, sistema grijanja, a evidencija o održavanju se čuva. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 6A.30** Postoje dokumentirane procedure za sigurno korištenje i održavanje liftova kojima se u domu zdravlja koriste pacijenti/posjetiooci. Povremeno se vrši inspekcija liftova, a obavlja je ovlaštena osoba u skladu s uputstvima. Dokumentacija o inspekciji se čuva. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Procedure za sigurno korištenje trebalo bi sadržavati mjere zaštite od požara, sigurnosne mjere, procedure za spašavanje osoba u slučaju kvara na liftu. Trebalo bi da postoji atest o sigurnosti lifta.*

- 6A.31** Svi ventili za kontrolu pritiska koji se koriste u domu zdravlja se periodično pregledaju od strane nadležne osobe u skladu sa pisanom (utvrđenom) shemom kontrole, a evidencija o pregledu se čuva.
- 6A.32** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s organizacijama za servisiranje s kojima je sklopljen ugovor. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

## Standard 6B: Služba prevoza i održavanja voznog parka

Služba prevoza olakšava efikasan prevoz pacijenata/korisnika, sredstava i opreme između doma zdravlja i vanjskih organizacija.

### Imenovanja, osoblje i obuka

- 6B.33** Imenovana je odgovorna osobe za prevoz i održavanje voznog parka.
- 6B.34** Postoji dokumentirana operativna politika za službu prevoza/transporta. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.  
*Uputstvo: Politika bi trebalo definirati ulogu službe transporta/prevoza, rutinske zadatke službe i povezanost s drugim službama. Također bi trebalo definirati odgovornosti upravljačkog tima službe i linije izvještavanja. Linije izvještavanja mogu biti sadržane u strukturi ustanove.*
- 6B.35** Zaposlen je odgovarajući broj vozača i transportnih radnika prema pravilniku o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta.
- 6B.36** Sve osoblje je prošlo inicijalnu obuku o svojoj ulozi i povremeno prolazi dodatnu obuku. Prisustvo obuci se evidentira.
- 6B.37** Osoblje je prošlo obuku o kontroli infekcije i ulozi osoblja službe transporta/prevoza u kontroli infekcije (npr. transport/prevoz uzoraka, krvi, kliničkog otpada i rublja).
- 6B.38** Osoblje je prošlo obuku o rukovanju s otpadom u skladu sa procedurama ustanove i zakonskim obavezama.
- 6B.39** Osoblje je prošlo obuku o manuelnom rukovanju s pacijentima, opremom i teškim predmetima, i prolazi godišnju dodatnu obuku. Prisustvo obuci se evidentira.
- 6B.40** Osoblje je prošlo obuku o mjerama u vezi sa zakonskom kontrolom opasnih supstanci. Prisustvo obuci se evidentira.
- 6B.41** Osoblje je prošlo obuku o postupanju s automobilskim prevozom koji se koristi unutar službe transporta/prevoza. Prisustvo obuci se evidentira.
- 6B.42** Osoblje je prošlo obuku o postupanju u slučaju nasilja i verbalnih uvreda. Prisustvo obuci se evidentira.
- 6B.43** Osoblje je prošlo obuku o politici sigurnosti i provođenju procedura sigurnosti. Prisustvo obuci se evidentira.
- 6B.44** Osoblje je prošlo obuku o komunikaciji i pomoći korisnicima usluga. Prisustvo obuci se evidentira.  
*Uputstvo: To bi moglo uključivati lično predstavljanje, komunikaciju, svijest o okolini i kulturi.*

- 6B.45** Osoblje službe transporta/prevoza prolazi specifičnu obuku o njihovoj ulozi u nekliničkim hitnim situacijama. Prisustvo obuci se evidentira.  
*Uputstvo: Takve situacije obuhvataju požarni alarm, velike incidente, nestale pacijente, poplave i nestanak struje.*

### Proces

- 6B.46** Postoje datirane, dokumentirane procedure o postupanju s pacijentima/korisnicima, prenošenju opreme i teških predmeta, podizanju opreme i tehnikama koje se pritom koriste. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 6B.47** Postoje datirane, dokumentirane procedure o postupanju i transportovanju laboratorijskih uzoraka. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 6B.48** Postoje datirane i dokumentirane procedure o prevozu opasnog medicinskog materijala koje su u skladu sa zakonom. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 6B.49** Postoje dokumentirane procedure o prevozu pacijenata. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 6B.50** Postoji dokumentirani sistem prioritiziranja zahtjeva za uslugama transporta. Uputstva uključuju kategorizaciju zahtjeva kao nužan, urgentan, opći.

### Sredstva

- 6B.51** Postoje datirane i dokumentirane procedure o redovnom održavanju vozila koja služe za prevoz pacijenata. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 6B.52** Postoji datirana, dokumentirana procedura o dužnostima i odgovornostima osoblja koje održava siguran i efikasan sistem vozila u mirovanju. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 6B.53** Osoblje je snabdjeveno zaštitnom opremom, kao što su rukavice, kecelje, zaštitne naočale a odgovarajuće korištenje opreme se prati.
- 6B.54** U prijemnoj službi postoje nosila i kolica za transport pacijenata.

### Poboljšanje kvaliteta

- 6B.55** Prate se i evaluiraju usluge transporta/prevoza.

## Standard 6C: Praonica

Dom zdravlja ima organiziranu službu za primanje rublja, njegovo obilježavanje, pranje, sušenje, peglanje, skladištenje i snabdijevanje svih službi.

### Kriteriji

- 6C.56** Imenovana je odgovorna osoba za praonicu (vešeraj).
- 6C.57** Osoblje je prošlo obuku iz kontrole infekcije. Prisustvo obuci se evidentira.
- 6C.58** Postoje datirane, dokumentirane operativne procedure za sve faze rada u službi praonice. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 6C.59** Ukoliko dom zdravlja nema ovu službu, postoji datirani, dokumentirani sporazum o korištenju usluga pranja rublja s vanjskom organizacijom.
- 6C.60** Rublje se pere prema rasporedu dogovorenom sa službama i za to postoji dokumentirani raspored.
- 6C.61** Postoji popis rublja i sistem kontrole skladišta opranog rublja u svrhu njegove provjere prije isporuke iz praonice.
- 6C.62** Čistim rubljem se rukuje i ono se skladišti na takav način da se izbjegnu neželjena apsorpcija vlage i kontaminacija s kontaktnih površina ili padanje prašine po rublju.
- 6C.63** Na mjestu prikupljanja kontaminiranog rublja na raspolaganju su kontejneri ili vreće za njihovo pakovanje kako bi se izbjeglo širenje infekcije.
- 6C.64** Čisto i prljavo rublje se odvaja na mjestu prikupljanja kako bi se izbjeglo prenošenje infekcije, i transportuje se i skladišti odvojeno.
- 6C.65** Kontejneri za transport vreća s prljavim rubljem i prostori za njihovo skladištenje čiste se sistematski.
- 6C.66** Rublje koje je bilo izloženo izvoru infekcije jasno se označava i poduzimaju se odgovarajuće mjere predostrožnosti za obradu takvog rublja.
- 6C.67** Postoji datirana, dokumentirana procedura za rukovanje strojevima za pranje, sušenje i peglanje rublja.

## Standard 6D: Recepcija

S pacijentima/korisnicima, posjetiocima doma zdravlja i osobama koje telefonski pozivaju recepciju postupa se ljubazno, uslužno i efikasno.

### Opći dio

**6D.68** Postoji aktuelni, dokumentirani operativni priručnik za recepciju koji je u skladu s poslovnim planom ustanove i strategijom poboljšanja kvaliteta.

*Uputstvo: Operativni priručnik bi trebalo da sadrži broj telefona recepcije i osoblja s njihovim imenima, zaposlenog na telekomunikacijama, u toku redovnog radnog vremena, u toku 24 sata, raspored radnog vremena tokom sedmice (po danima) i tokom godine. Operativni priručnik može sadržavati i sve procedure redovnih dnevnih aktivnosti recepcije.*

**6D.69** Glavna recepcija je na raspolaganju tokom cijelog radnog vremena.

**6D.70** Nakon redovnog radnog vremena služba recepcije organizira dežurstva.

### Osoblje – razvoj i obuka

**6D.71** Osoblje je prošlo obuku o telekomunikacijama i informacionim sistemima koji se koriste u domu zdravlja, kao i obuku za novouvedene sisteme i opremu. Vodi se evidencija o prisustvu obuci.

**6D.72** Osoblje je prošlo obuku o procedurama ponašanja u vanrednim situacijama, kao što su hitni pozivi, požarni alarmi, prijetnja bombom kao i sa rezervnim sistemom telefonije u vanrednim prilikama. Vodi se evidencija o prisustvu obuci.

**6D.73** Osoblje je prošlo obuku o komunikaciji i postupanju s korisnicima.

*Uputstvo: To može uključivati, npr. telefonski razgovor s osobom koja ima poteškoće sluha, telefonski razgovor s članovima ožalošćene porodice, komunikaciju na stranim jezicima, postupanje s ljutitim ili ogorčenim pozivaocima, postupanje prilikom žalbi putem telefona, postupanje prilikom poziva od strane medija.*

**6D.74** Uvođenje u službu osoblja na recepciji uključuje upoznavanje s radnim vremenom različitih službi unutar doma zdravlja, kao i uputstvima za usmjeravanje pacijenata/korisnika unutar doma zdravlja koja se daju na glavnoj recepciji.

### Proces

**6D.75** Postoji datirana, dokumentirana procedura za primanje telefonskih poziva, za pozivanje i standardno predstavljanje. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 6D.76** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upravljanje sistemskim greškama, uključujući potpuno ispadanje telefonske centrale iz sistema kao i greške na sistemu zvučnog dojavljivanja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 6D.77** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje i obavještanje u hitnim situacijama i slučajevima. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 6D.78** Postoji datirana, dokumentirana procedura protupožarne zaštite koja definira ulogu recepcije za pozivanje vatrogasne ekipe kao i detalje aranžmana u slučaju požara u području gdje se nalazi telefonska centrala. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 6D.79** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje po žalbama primljenim telefonskim putem. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 6D.80** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje prilikom traženja informacija od strane medija.  
*Uputstvo: Procedura bi trebala dati preporuke za čuvanje pacijentove/korisnikove privatnosti kao i uputstva o odgovornoj osobi u organizaciji za odnose s medijima.*
- 6D.81** Redovno se provjerava uloga recepcije u podizanju unutarnje i vanjske budnosti kao i poznavanje procedura od strane osoblja. Provjera se vrši najmanje jednom godišnje i postoji izvještaj o provedenoj provjeri.
- 6D.82** Postoje planirani programi provjere opreme za telekomunikaciju uključujući sve alarme i indikatore alarma. Rezultati provjere se dokumentiraju.  
*Uputstvo: Evidencija o dnevnoj provjeri internog sistema alarma čuva se pet godina.*
- 6D.83** Recepcija ima na raspolaganju aktuelne informacije koje su dostupne svem osoblju i javnosti. Po mogućnosti to uključuje: imena osoblja na dužnosti s njihovom titulom, brojeve lokalnih telefona osoblja/službi, brojeve direktnih linija službi, brojeve mobilnih telefona (uz pristanak osoblja) i radno vrijeme službi/organizacionih jedinica.
- 6D.84** Pacijenti dobivaju informacije i nakon završetka radnog vremena.

### **Poboljšanje kvaliteta**

- 6D.85** Dom zdravlja prati i evaluira rad i učinkovitost recepcije.

## Standard 6E: Služba za održavanje čistoće

Dom zdravlja održava čiste i higijenske uslove pomoću osoblja obučenog u mjerama kontrole infekcije.

### Opći dio

**6E.86** Postoji aktuelni, dokumentirani operativni priručnik za službu održavanja čistoće koji je u skladu sa strategijom poboljšanja kvaliteta i kontrolom infekcije.

### Osoblje – razvoj i obuka

**6E.87** Unutar službe osoblje prolazi obuku o zaštiti zdravlja s obzirom na okruženje, o zdravlju i sigurnosti na radu u vezi sa sredstvima koja se koriste za čišćenje (uključujući koštanje, opremu za čišćenje, i korištenje zaštitne opreme i odjeće). Prisustvo obuci se evidentira.

**6E.88** Unutar službe osoblje prolazi obuku o mjerama sigurnosti za specijalizirane prostore, kao što su odjeljenja u kojima se pružaju sterilne medicinske usluge, sale u kojima se izvode manji hirurški zahvati, stomatološke intervencije, laboratorije i prostorije s izvorima radijacije. Prisustvo obuci se evidentira.

**6E.89** Unutar službe osoblje prolazi obuku o kontroli infekcije i ulozi zaposlenih u službi održavanja čistoće u kontroli infekcije. Prisustvo obuci se evidentira.

### Proces

**6E.90** Postoje datirane, dokumentirane procedure za čišćenje koje odražavaju politiku doma zdravlja o kontroli infekcije a koje se odnose na odjele, prijemnu službu i administrativne prostorije. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

**6E.91** Postoji dokumentirani raspored generalnog čišćenja, dnevnog, sedmičnog i periodičnog kao što je pranje zidova, prozora i održavanje čistoće podova.

**6E.92** Postoje datirane, dokumentirane procedure za mjerenje, etiketiranje, skladištenje i odgovarajuće korištenje sredstava za čišćenje, uključujući kontrolu skladišta i rotaciju sredstava u skladištu na bazi iskorištenja sredstava prije isteka roka upotrebe. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

**6E.93** Postoje datirane, dokumentirane procedure za korištenje, čišćenje, skladištenje i održavanje opreme za čišćenje. Procedure su napisane/ revidirane u protekle tri godine.

- 6E.94** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvještavanje o kontroli gamadi i štetočina, odnosno izvršenoj dezinfekciji, dezinsekciji i deratizaciji. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

### **Okruženje**

- 6E.95** Prostorije za pacijente su higijenski čiste i bez štetnih mirisa ukoliko je moguće.
- 6E.96** Hodnici, ulazi i predvorja te uredske prostorije se održavaju čistim i bez smeća.
- 6E.97** Postoji kontakt broj za slučaj potrebe hitnog čišćenja. Objavljen je svim službama/odjelima.
- 6E.98** Ostava za sredstva čišćenja i ormari omogućuju sigurno i uredno uskladištenje potrebnih materijala i opreme.

### **Poboljšanje kvaliteta**

- 6E.99** U cijelom domu zdravlja ocjenjuje se učinkovitost čišćenja.  
*Uputstvo: Sistem za procjenu učinkovitosti čišćenja je dokumentiran i uključuje definirane standarde izvršenja, diskusije sa službama koja koriste usluge čišćenja, procjenu sredstava i opreme za čišćenje i procjenu isplativosti sredstava i opreme.*



## Reference

1. HQS: The Health Quality Service Accreditation Programme. Standards for Primary Care Trusts. First Edition, August 2001.
2. Helen Crisp, HQS: Razvoj standarda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Radionica održana u AKAZ-u, 7 – 9. maj 2003.
3. Joint Commission International. International Standards for Primary Care Centres, Draft, 27 September 2004.
4. Tennessee Department of Health Bureau of Health Services. Quality Assurance Review Instruments for the Direct Observation of Public Health Dental Practice and Guidelines and Criteria for Standards of Acceptable Quality Public Health Dentistry. June 2004.

## Opaska

**Služba za informatiku** pregleda se u odnosu na standarde 1I; 4C; 4J; 5E.149 i dalje.

**Administrativne službe:** Služba pravnih, kadrovskih i općih poslova i Služba ekonomsko-financijskih poslova pregledaju se u odnosu na standard 1 i većinu kriterija standarda 2; standard 5 (poglavlje 5A i 5B).





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

Dr. Mustafe Pintola 1, 71000 Sarajevo

tel.: 033 771-870, fax.: 033 771-880

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

url: [www.akaz.ba](http://www.akaz.ba)