



# **Priručnik za koordinatore kvaliteta**

**Copyright © 2005 - 2008 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.

# Sadržaj

Uvod.....	5
Dokumentacija programa akreditacije .....	10
Principi menadžmenta projekta .....	14
Planiranje projekta.....	20
Pokretanje programa.....	23
Distribuiranje standarda .....	24
Standardi.....	26
Komunikacije .....	27
Rješavanje problema i glavne poruke .....	28
Samooocjena i akciono planiranje.....	29
Unutrašnji pregled .....	33
Dokumentacija koju treba pripremiti prije pregleda.....	35
Pregled dokumentacije.....	37
Vanjski pregled AKAZ-a .....	40
Aranžmani pregleda .....	45
Priprema osoblja za intervju u okviru pregleda.....	46
Izveštaj o pregledu .....	48
Dobijanje akreditacije .....	49
Proces akreditacije .....	50



# Uvod

## AKAZ Program akreditacije

Program akreditacije Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu (AKAZ) je proces koji organizacijama zdravstvene zaštite omogućava da same izvrše kritički pregled u odnosu na federalni priznati okvir organizacijskih standarda i time ocijene dobru praksu i naprave plan razvoja službe.

Cilj programa je da se unutar organizacije uspostavi sistem trajnog poboljšanja kvaliteta. Jedan od ciljeva procesa je da obuhvati što je moguće više ljudi u organizaciji koja sudjeluje u programu akreditacije.

Da bi se ovo postiglo, standardi programa akreditacije strukturirani su tako da obuhvate sve službe u organizaciji. Iako su standardi napravljeni tako da ispune potrebe različitih službi, pitanja koja su ovdje obuhvaćena zajednička su za sve.

Prednosti procesa provjere kvaliteta su višestruke i obuhvataju priznavanje postojeće dobre prakse, pomoć u aktivnostima za poboljšanje službe i bolje komunikacije. Akreditacijski element programa može se postići kroz fazni pristup, vanjski kolegijalni pregled, nakon čega slijedi program akcije kao rezultat nalaza dobivenih kolegijalnim pregledom. Priznanje Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu znači da je organizaciju ocijenio neovisni tim ocjenjivača i da se pregledom pokazalo da organizacija ispunjava osnovne standarde.

## Priručnik

Priručnik je dizajniran tako da pomogne koordinatoru kvaliteta u toku programa akreditacije i da osigura osnovne informacije, korisne primjere i opće podatke kako da izvrši ulogu i učinkovito implementira program.

Sadržaj ovog priručnika slijedi redoslijed rada u programu akreditacije AKAZ-a. Pored praktičnih informacija o procesu, slijede poglavlja u kojim je definirana uloga koordinatora kvaliteta, projektnog tima i facilitatora. U jednom poglavlju daju se primjeri vrsta problema na koje nailazi koordinator kvaliteta i način rješavanja problema.

Koordinatori kvaliteta trebaju detaljno pročitati više puta ovaj priručnik i da se upoznaju sa svim informacijama koje priručnik sadrži. Tokom procesa, koordinatori moraju imati pri ruci ova uputstva tako da ih mogu koristiti kada im je potrebno objašnjenje.

Priručnik je napravljen u skladu s potrebama akutne bolnice srednje veličine, ali sadržaj priručnika je relevantan za sve organizacije zdravstvene zaštite. Manje organizacije treba da budu fleksibilne u njihovom tumačenju principa o kojim se diskutira, da bi mogle usvojiti odgovarajuće strukture i procese.

## Kontinuirano poboljšanje

Cilj AKAZ-a je da prati i stalno poboljšava procese rada. Ukoliko imate problema u bilo kojem aspektu usluga koje pruža Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu, molimo vas da o ovome obavijestite facilitatora, ili da se pismeno obratite dr Zoranu Riđanoviću, voditelju Agencije za kvalitet i akreditaciju, ulica Dr Mustafe Pintola 1, 71000 Sarajevo. Uložit će se napor da se riješe poteškoće i osigura nesmetana administracija programa tako da Vaša organizacija dobije maksimalnu korist kao rezultat sudjelovanja u programu.

## Uloga koordinatora kvaliteta

Uloga koordinatora kvaliteta, uz podršku projektnog tima, je svakodnevni menadžment programa akreditacije AKAZ-a unutar organizacije i veza s Agencijom za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu.

Važno je da koordinator kvaliteta dostavlja izvještaje grupi višeg menadžmenta. U velikim organizacijama koordinator kvaliteta je stalno uposlen s punim radnim vremenom, dok u manjim organizacijama to može biti pozicija po ugovoru ili u kombinaciji s drugim poslovima i zadacima. Međutim, to ne može biti dopunski rad zato što ovaj posao zahtijeva vrijeme koje varira tokom trajanja projekta.

### Lične kvalifikacije

#### Znanje

Koordinator kvaliteta mora poznavati strukturu i procese bolnice / odjela i imati iskustvo iz menadžmenta projekta.

#### Vještine

Dobre pismene i usmene komunikacije (jake vještine međusobnog komuniciranja)

Dobar organizator / menadžer vremena

Radi efektivno i ispunjava rokove

Sposobnost delegiranja zadataka

Sposoban da vrši uticaj

Sposoban da vodi, motivira i razvija timski rad

Povjerljiva verbalna prezentacija (javni govor)

Poznavanje rada na računaru (ili da ima ličnog asistenta koji posjeduje vještine rada na računaru)

#### Podrška iz organizacije

Dostavljanje izvještaja višem menadžeru, obično menadžeru doma zdravlja/bolnice/odjela je od presudnog značaja. Ovim se osigurava kredibilitet projekta i pomaže koordinatoru kvaliteta da u akciju uključi druge. Značaj podrške višeg menadžmenta ne može se podcijeniti jer osigurava aktivno uključivanje višeg menadžmenta u proces AKAZ-a, a također i posvećenost menadžmenta samom procesu.

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

Vrijeme rada koordinatora kvaliteta mora biti naznačeno kao podrška procesu.

#### Opis uloge

##### Glavna uloga koordinatora kvaliteta je da:

- razvija, vodi i vrši monitoring projekta. (vidi glavne aktivnosti);
- povećava svijest o programu akreditacije AKAZ-a u cijeloj organizaciji;
- daje preporuke i podršku, objašnjenja za razmjenu standarda i procesa;
- bude šampion procesa i da motivira ljude;
- uspostavi i održava projektni tim;
- promovira umrežavanje i razmjenu ideja;
- bude veza između doma zdravlja/bolnice/odjela i Agencije za kvalitet i akreditaciju.
- pripremi osoblje za vanjski pregled i informira osoblje o procesu pregleda i akreditacije.

## Glavne aktivnosti

Koordinator kvaliteta je uključen u niz aktivnosti tokom implementacije programa akreditacije AKAZ-a. Te aktivnosti su sljedeće:

**Suradnja s facilitatorom** kojeg je imenovao AKAZ i koji je izvor informacija, vodič i daje podršku tokom programa akreditacije AKAZ-a organizaciji koja se akreditira.

Rad s **projektnim timom** na određivanju odgovornosti pojedinaca koji će pomagati određene poslove u procesu. (*vidi: Uloga projektnog tima*).

Vodi razvoj **projektnog plana**, utvrđuje glavne aktivnosti i datume, zajedno s facilitatorom. (*vidi: Projektno planiranje*).

Organizira oficijelni početak programa unutar doma zdravlja/bolnice/odjela. (*vidi: Početak projekta*).

Organizira **distribuiranje standarda** i osigurava da svaka služba napravi inicijalnu ocjenu i razvije **akcioni plan**. (*vidi: Distribuiranje standarda; samoocjenjivanje i akciono planiranje*).

**Komuniciranje** sa što je moguće više osoblja o implikacijama i koristima procesa AKAZ-ovog pregleda. (*vidi: Komunikacije*).

Planiranje, publiciranje i upravljanje **unutrašnjim pregledom**. (*vidi: Unutrašnji pregled*).

Priprema **vremenskog plana za vanjski pregled** zajedno s facilitatorom. (*vidi: Vremenski plan pregleda*).

Upravljanje prikupljanjem i kopiranjem **dokumentacije koju treba pripremiti prije pregleda**, uključujući profil organizacije i formulare za ocjenu prije pregleda, i slanje ove dokumentacije AKAZ-u. (*vidi: Dokumentacija koju treba pripremiti prije pregleda*).

Slaganje dokumentacije potrebne za **pregled dokumentacije**. (*vidi: Pregled dokumentacije*).

**Organiziranje i publiciranje pregleda** unutar organizacije.

Planiranje povratnih informacija o nalazima pregleda, distribuiranju izvještaja o pregledu i praćenje kako se sprovode preporuke date u izvještaju, zajedno s projektnim timom.

Pomoć u **implementaciji akcionih planova** i kontinuirano poboljšanje kvaliteta poslije pregleda.

## Uloga projektnog tima

Projektni tim ima sveukupnu odgovornost za upravljanje programa akreditacije AKAZ-a unutar organizacije.

### Opća odgovornost

Projektni tim je odgovoran osigurati da organizacija dobije maksimalnu korist iz procesa pregleda. Pet glavnih odgovornosti projektnog tima su:

**Komunikacija i edukacija** o programu akreditacije u organizaciji.

**Monitoring napredovanja** u cilju postizanja standarda programa akreditacije i koordinacije ove aktivnosti.

**Priprema za pregled.**

**Pomoć u daljem radu** u cilju ispunjenja standarda nakon prijema izvještaja.

**Podrška koordinatoru kvaliteta.**

### Članovi projektnog tima

Projektni tim treba da se sastoji od viših menadžera i predstavnika različitih nivoa kliničkih i nekliničkih službi iz cijele organizacije koji će promovirati uključivanje svih odjela i nivoa osoblja u program.

Dobra ideja je da se uključi više osoblje obučeno za AKAZ ocjenjivače jer oni mogu objasniti perspektivu ocjenjivača u planiranju u početnoj fazi.

Pojedinačni članovi projektnog tima obično preuzimaju odgovornost za rad u određenim oblastima u organizaciji vezano za procese.

Dobra praksa je da se napravi opis poslova i zadataka projektnog tima i njihovih sastanaka.

### Projektni tim i koordinator kvaliteta

Važno je da projektni tim radi u bliskoj suradnji s koordinatorom kvaliteta iz sljedećih razloga:

- Viši članovi u projektnom timu u organizaciji mogu pomoći koordinatoru kvaliteta da osoblje radi na odgovarajući način i ostvari napredak u postizanju standarda.
- Posao koji treba uraditi je veliki i može se bolje uraditi ako više ljudi preuzme odgovornosti u određenim oblastima!
- Koordinator kvaliteta **nije odgovoran za ukupan rad**. Njegova uloga je da pomogne proces uz podršku projektnog tima.
- Pored rješavanja problema na nivou pojedinačne službe, članovi mogu imati korisnu ulogu u rješavanju širih pitanja u organizaciji.

## Uloga facilitatora

Facilitator daje uputstva koordinatoru kvaliteta i projektnom timu u procesu programa akreditacije AKAZ-a i tumačenju standarda. Za kolegijalni pregled AKAZ-a, facilitator pruža tehničku podršku timu ocjenjivača.

### Opća uloga

Facilitator je predstavnik AKAZ-a koji obavlja dogovoreni broj posjeta (u skladu s ugovorom) u organizaciji. Također, facilitator će dati informacije i savjet o standardima AKAZ-a i programu akreditacije, kroz korespondenciju, telefonske razgovore i putem e-maila. Koordinator kvaliteta surađuje s facilitatorom AKAZ-a koji osigurava informacije i daje savjet o implementaciji programa akreditacije i tumačenju standarda.

Facilitator je također uključen u obuku koordinatora kvaliteta i projektnog tima radi implementacije unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta u ustanovi, te radi na razvoju programa akreditacije općenito.

Važno je da se koordinator kvaliteta konsultuje sa svojim facilitatorom na samom početku procesa i da se napravi jasan projektni plan s jasnim vremenskim planom i odgovornostima. Koordinator kvaliteta će zatim uspostaviti kontakt s facilitatorom i potvrditi aranžmane prije početka implementacije glavnih faza programa.

### Specifične uloge

Facilitator radi s koordinatorom kvaliteta u sljedećim oblastima i može:

- Davati preporuke za distribuiranje standarda.
- Davati preporuke za tumačenje i objašnjenje standarda.
- Davati preporuke o načinima komuniciranja programa akreditacije AKAZ-a.
- Predložiti kontakt osobe u drugim organizacijama, koje sudjeluju u programu.
- Davati preporuke za ulogu projektnog tima.
- Osigurati obuku članovima osoblja o sprovođenju unutrašnjeg pregleda.
- Davati uputstvo koordinatoru kvaliteta za organiziranje unutrašnjeg pregleda.
- Dati preporuke koordinatoru kvaliteta i projektnom timu za pripremu pregleda AKAZ-a.
- Raditi s koordinatorom kvaliteta na izradi vremenskog plana za pregled.
- Surađivati s koordinatorom kvaliteta vezano za komentare koji se dostave na nacrt izvještaja o pregledu.
- Davati preporuke koordinatoru kvaliteta i projektnom timu o koracima koji slijede za nastavak akreditacije poslije izvršenog pregleda.
- Predstavljati Agenciju za kvalitet zdravstvene zaštite i akreditaciju u komunikacijama s višim menadžmentom.

U slučajevima kada ne možete dobiti hitan odgovor od vašeg facilitatora, pogotovo kada on radi sa svojim klijentom i ne može koristiti mobilne telefone, dobit ćete preporuke kako da na najbolji način kontaktirate svog facilitatora i koje alternativne mjere treba poduzeti ukoliko je potrebno.

## Dokumentacija programa akreditacije

Postoji određen broj dokumenata koji se izdaju organizaciji kao dio programa akreditacije AKAZ-a. Ovi dokumenti se ili koriste unutar organizacije, kao što su priručnici, ili organizacija treba da popuni ovu dokumentaciju i vrati je Agenciji za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu.

Dokument i forma	Datum otpreme	Svrha	Primljeno?
Pismo – Ugovor	Prije početka procesa	Definira rokove i uvjete programa akreditacije AKAZ-a.	
Profil koordinatora kvaliteta	Sa pismom - ugovorom	Uputstva za izbor koordinatora kvaliteta i opis kvalifikacija.	
Priručnik za standarde	Nakon što se vrati potpisan ugovor	U svrhu referenci.	
Uputstvo za koordinate kvaliteta A4 uvezan document i CD	Na AKAZ-ovoj obuci za koordinate kvaliteta.	Priručnik za program akreditacije za koordinate kvaliteta.	
Formular za informacije o klijentu (papir, CD)	Na obuci za koordinate kvaliteta	Daje sveukupni pregled organizacije u standardnoj formi koju koristi AKAZ. Kratki inicijalni profil facilitatora.	
Paket na CD-u o početku procesa, ili u Powerpoint	Na obuci za koordinate kvaliteta.	Projektor se koristi za prezentaciju za pokretanje procesa u domu zdravlja/bolnici/jedinici.	
Tabela za distribuiranje (papir) i tabela u Excelu na CD-u	Na obuci za koordinate kvaliteta.	Tabela u koju se unosi način cirkuliranja standarda i kako se radi sa standardima u svakoj službi/odjelu u organizaciji. Da li je dogovorena zajedno između koordinatora kvaliteta i facilitatora.	
Kontrolna lista za pregled dokumentacije na papiru/CD-u	Na obuci za koordinate kvaliteta.	Uputstvo i kontrolna lista koje će pomoći koordinatoru kvaliteta da se pripremi za pregled dokumentacije.	
Formulari za ocjenu prije početka pregleda na CD-u.	Na obuci za koordinate kvaliteta.	Formulari za samoocjenjivanje u koje se unosi dokaz o ispunjenju standarda, popunjava se u svakoj fazi unutrašnje ocjene, a finalni set se prezentira ocjenjivačima prije početka vanjskog pregleda.	

### Priručnik za standarde programa akreditacije

Sve organizacije koje sudjeluju u programu akreditacije imaju kopije priručnika za standarde, zajedno sa standardima u vidu **formulara za samoocjenu** prije početka pregleda, na CD-u koji se distribuiraju, ili se mogu poslati elektronskom poštom organizaciji koja je uvezana u PC mrežu.

Standardi se ne moraju čitati od korice do korice, ali je korisno da se dobije kratak pregled strukture okvira priručnika u samom početku procesa. Ovo će pomoći da se osigura izvodljivo distribuiranje standarda i pomoći da se daju odgovori na prve upite kada kolege počnu da rade na standardima.

## Okvir standarda

Standardi se razvijaju kroz detaljne konsultacije s organizacijama koje predstavljaju interese pacijenata i korisnika usluga, zdravstvenih profesionalaca, poslodavaca i zakonom propisanih tijela. Proces razvoja obuhvata radionice, pojedinačne zahtjeve i diskusije i dostavljanje standarda profesionalnim tijelima da na njih daju svoje komentare, ministarstvima zdravstva i ocjenjivačima koji vrše kolegijalni pregled AKAZ-a.

AKAZ je zajedno sa zdravstvenim profesionalcima razvio standarde kvaliteta za domove zdravlja, timove obiteljske/porodične medicine i bolnice. Standardi su zasnovani na akreditacijskim standardima koji se trenutno koriste u Velikoj Britaniji (*Health Quality Service*). Međutim, *kvalitet* je pojam koji je određen kulturom, tako da su standardi, da bi mogli biti operativni u Bosni i Hercegovini, prilagođeni našim uvjetima i usvojeni kao rezultat razgovora i rasprava u okviru radnih grupa. U adaptaciju AKAZ-ovih standarda za akreditaciju bilo je uključeno preko 50 različitih zdravstvenih profesionalaca koji su radili u dvanaest radnih grupa.

AKAZ-ovi okvirni standardi kvaliteta i program ocjene omogućuju zdravstvenim ustanovama da kritički ispitaju same sebe prema državno priznatim okvirnim organizacijskim standardima i postave program rada za razvoj usluga. Cilj programa je da se unutar zdravstvenih ustanova učesnica uspostavi tekući sistem (mreža) za razmjenu iskustava u radu na poboljšanju kvaliteta. Kako bi se ovo postiglo okvirni standardi su strukturirani tako da obuhvate široki okvir usluga, kliničkih i nekliničkih.

### Okvirni standardi za dom zdravlja su podijeljeni u šest sekcija:

Sekcija 1	Upravljanje i rukovođenje domom zdravlja (1A.1 – 1N.531)
Sekcija 2	Upravljanje rizikom (2A.1 – 2G.229)
Sekcija 3	Upravljanje kvalitetom (3A.1 – 3C.79)
Sekcija 4	Fokus na pacijenta (4A.1 – 4J.286)
Sekcija 5	Organizacija i pružanje zdravstvenih usluga (5A.1 – 5M.470)
Sekcija 6	Tehničke službe (6A.1 – 6E.100)

### Okvirni standardi za bolnice imaju sedam sekcija:

Sekcija 1	Upravljanje i rukovođenje bolnicom (1 – 10)
Sekcija 2	Upravljanje rizikom (11 – 18)
Sekcija 3	Iskustvo pacijenta (19 – 22)
Sekcija 4	Put pacijenta (23 – 26)
Sekcija 5	Upravljanje organizacionom jedinicom (27 – 31)
Sekcija 6	Specifične kliničke usluge (32 – 50)
Sekcija 7	Tehničke službe i službe za podršku (51 – 55)

U okviru svakog standarda, pitanja pokrivaju i uključuju najviši nivo upravljanja organizacijom, obuku i usavršavanje osoblja, upravljanje kvalitetom i rizikom, sigurnost i iskustvo pacijenata u vezi sa zdravstvenom zaštitom. Također su pokriveni i specifični tehnički zahtjevi za kliničke usluge kao što su hirurgija, mentalno zdravlje, porodiljstvo, dijagnostički testovi i sigurno korištenje i izdavanje lijekova u farmaceutskim službama. Standardi se provjeravaju što osigurava da su na liniji sa zakonskim zahtjevima i da prihvataju međunarodnu najbolju praksu, a podržani su i uputstvima koji na najbolji način ukazuju kako se to može postići u praksi.

AKAZ-ovi akreditacijski standardi i program ocjene omogućuju zdravstvenim organizacijama da se kritički preispitaju u odnosu na standarde koji su priznati u cijeloj zemlji i da naprave program rada na poboljšanju usluga.

Prilagođavanje postojećih i razvoj novih standarda nije jednostavan posao. Pritom treba voditi računa da predloženi standardi i kriterija treba da budu **dostižni** za većinu zdravstvenih ustanova 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 zdravstvenim ustanovama; 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 zdravstvenih ustanova samoocijeniti i ocijeniti na kolegijalnoj osnovi u svrhu dokaza da pružaju usluge standardnog kvaliteta, tj. kada odluče da apliciraju za akreditaciju.

Svaki od kriterija 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 zdravstvena ustanova treba da se ugleda. Esencijalna kriterija podrazumijevaju zahtjeve koje pred ustanovu 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 svaku zdravstvenu ustanovu 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 (ne)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.

### **AKAZ – poboljšanje kvaliteta**

Akreditacija u zdravstvu je više od distribucije i upoznavanja sa standardima. Kroz ozbiljan proces podrške AKAZ-a i kolegijalno ocjenjivanje, program testira kako su implemetirani standardi za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite za pacijente. AKAZ-ov pristup je specifičan, a zahtjev da svi odjeli i osoblje unutar doma zdravlja ili bolnice budu uključeni i da rade s izabranim standardima, predstavlja izazov. Mnoge organizacije izvještavaju da je program akreditacije jedini projekat u kojem su svi uključeni. Zato je učešće u ovom procesu od neprocjenjive važnosti u razvijanju i poboljšanju unutrašnje komunikacije i rada tima.

Kroz zajednički rad, razmjenu ideja kako da koriste standarde i razvijaju usluge, članovi osoblja u prilici su da bolje upoznaju svoju organizaciju. Njihovo učešće u programu često doprinosi i jačanju entuzijazma za rad i predstavlja katalizator za nove kreativne načine rada za dobrobit osoblja, pacijenata i organizacije kao cjeline.

Postoje tri ključne faze u programu akreditacije: unutrašnje samoocjenjivanje prema standardima; planiranje akcija; i razvoj usluga koji prati vanjsko kolegijalno ocjenjivanje. Tokom procesa pripreme za vanjsku ocjenu na kolegijalnoj osnovi, zdravstvenu ustanovu pomaže facilitator iz AKAZ-a, koji je iskusni zdravstveni profesionalac i koji savjetuje i tumači standarde i pomaže u pitanjima vođenja projekta poboljšanja kvaliteta. Facilitator će dobro poznavati zdravstvenu ustanovu i može biti neprocjenjiv izvor informacija i značajna podrška.

## Format za svaki standard

Svaki standard obuhvata diskretna pitanja, ili oblast rada, i sadrži fleksibilne standarde primjenjive u velikom broju različitih vrsta organizacija i uvjeta. Oni su dizajnirani tako da se mogu mjeriti kroz proces ocjene i pregled. S obzirom da se mogu prilagođavati, mogu se implementirati u skladu s lokalnim uvjetima.

### **Uputstvo**

Uputstva su napisana *italic slovima* ispod standarda u priručniku. Cilj uputstva je trostruk: prvo, pomaže osoblju da tumače standarde i poziva se na odgovarajuću legislativu ili profesionalnost; drugo, daje vodilje za ispunjenje standarda; i treće, ukazuje na oblasti koje će ocjenjivač ocjenjivati tokom pregleda.

## Revidiranje standarda i standardi

Standardi programa akreditacije podržavaju proces pregleda AKAZ-a. Da bi ostali pouzdani moraju se kontinuirano dopunjavati i ažurirati da odraze promjene koje se vrše u sektoru zdravstvene zaštite.

AKAZ ovo može raditi samo uz usku suradnju s organizacijama koje sudjeluju u programu akreditacije. Veoma je važno da koordinator kvaliteta vrati AKAZ-u sve komentare projektnog tima ili pojedinačnih odjela koji se mogu ugraditi u stalni proces revizije. Ovo je posebno važno ako je pojedinačni standard:

- mjerljiv;
- ostvariv;
- predstavlja najbolju praksu;
- nije dvosmislen.

Glavna uloga koordinatora kvaliteta je da potiče osoblje da razmotre standarde na konstruktivan način i koriste kutiju za komentare na početku ocjene prije pregleda.

Ako se program revidira za vrijeme dok klijent radi s programom, nastaviti će se raditi sa starom verzijom umjesto da se dijelovi mijenjaju do završetka ažurirane verzije.

## Principi menadžmenta projekta

Ovo poglavlje s uputstvima za koordinate kvaliteta ima za cilj da osigura osnovna sredstva koja će se koristiti u menadžmentu projekta i da se ovi principi primijene u AKAZ-ovom procesu unutar Vaše organizacije.

Projekat se može definirati u odvojenim komponentama; ovi principi odnose se na osnovne komponente AKAZ-ovog procesa.

### Ciklus trajanja projekta

Ciklus trajanja projekta akreditacije kvaliteta u osnovi obuhvata sljedeće elemente:

- Priroda i karakteristike projekta
- Uloga koordinatora kvaliteta
- Početak projekta
- Planiranje projekta, identificiranje i značajni momenti
- Upravljanje i kontrola

### Priroda i karakteristike projekta

Menadžment projekta primjenjuje osnovne prakse menadžmenta kroz strukturiran pristup da se postigne željeni cilj. Preuzimanje odgovornosti za AKAZ-ov projekt unutar Vaše organizacije može biti obeshrabrujuće; Vaša je odgovornost da prevedete ovu odgovornost u materijalni ishod koji će imati značajan učinak na Vašu organizaciju.

**Ne postoje dva ista projekta.** Oni mogu da variraju u pogledu veličine, kompleksnosti, forme i vremena; naprimjer, rekonstrukcija, kupovina novog fotokopir aparata za ured, krećenje kliničkog prostora i sl.

Projekat je jedinstven i **odvojen od normalnih operativnih aktivnosti**, koje su dio organizacijske rutine.

To je **instrument promjene**, i kada se završi, imat će učinak na zaposlene, klijente ili korisnike kao rezultat promjene radne prakse, ambijenta, povećanja pružanja usluga, ili promjene puteva komunikacija.

To je **instrument promjene** i ima specifičan cilj ili ishod s jasno definiranim datumom početka i završetka.

Opće karakteristike projekta su gore navedene. Međutim, AKAZ-ov proces je jedinstven, u smislu **da proces ne treba razdvajati od svakodnevnih aktivnosti organizacije** već treba biti inkorporiran u svakodnevne rutinske aktivnosti. Formuliranje i revidiranje politika i procedura, ocjena zdravstvenog rizika i rizika po sigurnost treba da budu sastavni dio svakodnevnih aktivnosti. Ako se na AKAZ gleda kao na odvojeno tijelo, uspjeh projekta može se dovesti u pitanje. Osim toga, na proces AKAZ-a ne treba gledati kao na proces koji ima specifičan početak i završetak. Nakon izvršenog pregleda, i dodjele akreditacijskog priznanja, rad na projektu koji obavlja organizacija treba nastaviti i osiguravati kontinuirano poboljšanje kvaliteta.

## Uloga koordinatora kvaliteta

Vaša uloga unutar Vaše organizacije je kompleksna i obuhvata "igru s velikim brojem loptica u zraku u isto vrijeme"; poznato je da se ovo može raditi dodatno s drugim poslovima u procesu upravljanja.

**Glavni elementi uloge koordinatora kvaliteta su:**

- **Sposobnost planiranja i vizija određivanja specifičnih ishoda.**
- **Delegiranje** odgovornosti da se postignu specifični zadaci definirani u projektnom planu.
- **Koordiniranje** aktivnosti u okviru sveukupnog projektnog plana.
- Osigurati **kontrolu** menadžmenta kroz razvoj mehanizama za **monitoring** projekta u skladu s delegiranim aktivnostima.
- **Određivanje prioriteta specifičnih zadataka** po redoslijedu da se osigura željeni ishod.
- Osnovne **vještine komunikacija** za savjetodavnu grupu i u cijeloj organizaciji.

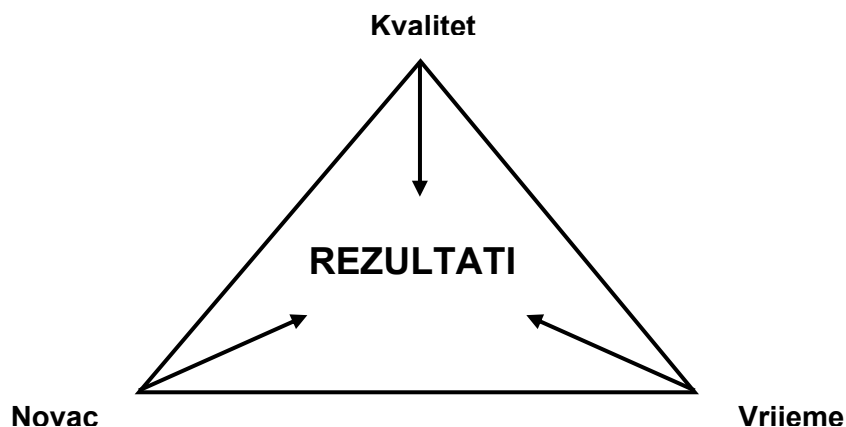
## Pokretanje projekta

Pokretanje projekta je najteža komponenta projekta i obuhvata određivanje ciljeva, to jest onoga što se želi postići.

Razlog za definiranje ciljeva je to što omogućava delegiranje odgovornosti za različite dijelove projekta u skladu s vremenskim planom. Određivanje specifičnih ishoda treba obuhvatiti ne samo postizanje akreditacije, već i određivanje specifičnih ciljeva i ishoda tokom trajanja projekta. Komuniciranje o ostvarenim ciljevima tokom projekta će potvrditi da je projekat u skladu s projektnim planom, motivirati osoblje postignutim uspjehom i uvjeriti viši menadžment da se projektom dobro upravlja i kontrolira. Ovim se komunicira svrha projekta i omogućava uspjeh kroz postizanje ciljeva.

Ishodi projekta treba da budu mjerljivi u smislu kvaliteta, vremena i troška. Oni treba da budu ostvarivi, konzistentni i u malom broju. Šta je smisao definiranja ishoda projekta ako se oni ne mogu mjeriti?

Definiranje ciljeva za projekte može se prikazati shematski u sljedećem formatu:



Često se mora napraviti jedinstven balans u procesu menadžmenta projekta. Balansiranje dimenzija kvaliteta, vremena i troška ponekad je veoma teško. Uloga koordinatora kvaliteta je da osigura da se tri tačke trougla drže u jednakoj ravnoteži – to je učinkovit menadžment projekta.

**Početak AKAZ projekta unutar vaše organizacije obuhvata:**

- **Pokretanje projekta,**
- **Identificiranje ciljeva** u specifičnim intervalima tokom trajanja projekta,
- **Osnivanje savjetodavne grupe,** i
- **Komuniciranje projekta.**

O ovim elementima se diskutira u drugim poglavljima priručnika.

### **Zašto trebamo praviti plan projekta?**

Zato da:

- utvrdimo da li osnovni plan ispunjava definirani vremenski rok;
- izmjerimo napredovanje projekta u odnosu na definirani plan;
- izmjerimo koliko je menadžment upoznat s napredovanjem projekta;
- na odgovarajući način odredimo potrebne resurse;
- odredimo odgovarajuće pojedince koji će završiti specifične komponente projekta.

Postoji veliki broj različitih tehnika i sredstava za planiranje projekta. Ovdje se daje kratak pregled osnovnih sredstava koji se mogu koristiti za planiranje AKAZ-ovog projekta. Neke kompleksne tehnike menadžmenta projekta, kao što su Metodologija kritičnog puta i Tehnika pregleda i evaluacije su statističke i matematičke metodologije i nisu uključene ovdje zato što su neprihvatljive za AKAZ-ov projekt.

### **Zašto treba identificirati značajna mjesta u projektu?**

Zato što nam to:

omogućava mjerenje napredovanja projektnog plana koje treba prenijeti višim menadžerima unutar organizacije;

osigurava sredstvo komunikacije s ljudima koji nisu članovi savjetodavne grupe (projektnog tima);

omogućava upravljanje značajnim dijelom posla i dokumentiranje odgovornosti.

Da bi se detaljnije istražile tehnike menadžmenta projekta, treba potražiti specifične tekstove o naprednom menadžmentu projekta. Sljedeće vodilje su definirane kao sredstvo koje treba koristiti:

**Analiza zadatka** (struktura podjele rada) je "podjela" cijelog projekta u manje dijelove i identificiranje osoba koje su odgovorne za završetak zadatka u definiranom vremenskom roku. Monitoring i kontrola analize zadatka mogu se uraditi pomoću jednostavnih formulara za analizu zadataka koje napravi sama organizacija, a u kojim su navedeni zadatak, odgovorna osoba i vremenski plan u okviru kojeg će se analiza završiti. Isto tako omogućava podjelu u manje dijelove i da se imenuju relevantni pojedinci koji će završiti zadatak u utvrđenom vremenskom roku.

### **Zadaci se mogu podijeliti u dvije vrste:**

**Paralelni zadatak** - koji se može uraditi ili završiti istovremeno s jednim ili više zadataka, kao što je naprimjer, revizija postojećih politika i procedura koja se može raditi paralelno dok je razvoj druge službe u toku.

**Zadatak koji je ovisan o završetku prethodnog** - je aktivnost koje se ne može uraditi dok se ne završi određeni prethodni zadatak, kao što su naprimjer, akcioni planovi koji se ne mogu napraviti dok se ne izvrši ocjena polazne osnove.

Podjela kompleksnog projekta u zadatke kojim se može upravljati omogućava sveukupni menadžment i kontrolu projekta. Zadaci se mogu direktno odnositi na specifične ciljeve koje ćete definirati. Analiza zadataka može se uraditi kroz razvoj metodologije za menadžment i kontrolu zadataka i identificiranih pojedinaca.

Kod primjene principa kontrole menadžmenta projekta treba voditi računa o tome da dodijeljeni zadaci trebaju biti mjerljivi u smislu kvaliteta, vremena i troška. Rezultat treba biti krajnji proizvod koji se može verificirati, a najbolje je da za to bude odgovorna jedna osoba ili grupa pojedinaca kojoj je dodijeljen zadatak.

Prilikom delegiranja zadataka, treba uzeti u obzir sljedeće:

- Opis zadatka.
- Potrebne resurse.
- Očekivane rezultate.
- Rok završetka.
- Razvoj jednostavnog formulara za praćenje ovih elemenata – koji će se uraditi unutar ustanove.

## Gantogram

Gantogrami se koriste da se prikaže sveukupan “tok” projekta. Oni su prirodna progresija iz analize zadatka i planiranja specifičnih ciljeva u odnosu na definirani vremenski plan. Oni također ilustruju koji zadaci su “zavisni” ili “paralelni”. Korisni su da se vidi rad unazad u odnosu na određeni rok.

Iako postoje dobri sofisticirani softveri za gantograme, praktičniji pristup je da se koristi bazični word softver u formi tabele. Primjer ovog pristupa je sljedeći:

Zadatak	Ko	Jan	Feb	Mar	April	Maj	Juni	Juli	Aug
Sadržaj plana	DM IH	●							
Revidiranje postojećih standarda	IH et al.	⇒	□	⇒					
Konsultacije	IH				⇒	⇒			
Materijali za podršku	TS / IH / JM					⇒	⇒		
Finalni dokument	IH JM						⇒	⇒	
Obuka	IH JM								●

Kao što se može vidjeti iz navedene ilustracije, postoje zadaci koji se izvršavaju paralelno sa završetkom drugih aktivnosti (**paralelni zadaci**), a postoje i zadaci koji se mogu početi tek kada se završi prethodni zadatak (**zavisni zadaci**). Ovo je primjer gantograma koji je napravljen u word programu. Isti rezultati se mogu postići pomoću samoljepljivih stikera za poruke koji se stavljaju na oglasnu ploču na kojima se navedu vremenski rokovi, odgovorne osobe i ishodi. U kompleksnijim softverima za menadžment projekta utvrđuje se vremenski rok, zavisni ili paralelni zadaci i odgovorna osoba (za zadatke se može upisati i specifični budžet, ukoliko je potrebno).

Važne glavne aktivnosti u AKAZ projektu, koje treba usaglasiti sa facilitatorom su sljedeće:

- Inicirati i pokrenuti projekat unutar organizacije.
- Imenovati projektni tim.
- Dostaviti facilitatoru (ili AKAZ-u) formular za informacije o klijentu.
- Odrediti distribuiranje standarda za osnovnu ocjenu.
- Izvršiti osnovnu ocjenu.
- Prikupiti podatke i utvrditi akcione planove, delegirati odgovornost u okviru utvrđenog vremenskog plana.
- Monitoring i kontrola napredovanja u odnosu na definirani akcioni plan.
- Izvršiti unutrašnji pregled.
- Daljnje akciono planiranje.
- Razvoj i usaglašavanje vremenskog plana pregleda.
- Početi prikupljati dokumentirane dokaze.
- Usaglasiti formulare koji se popunjavaju prije pregleda.
- Priprema za pregled dokumentacije.
- Vanjski pregled.

## Upravljanje projektom i kontrola

Koordinatori kvaliteta utroše najviše svog vremena za kontrolu i upravljanje projektom. Korištenje osnovnih vještina **komunikacija** na svim nivoima organizacije može olakšati prepreke na koje se nailazi tokom **upravljanja promjenom**.

Glavne, gore navedene aktivnosti mogu se koristiti za planiranje i kontrolu projekta putem utvrđivanja specifičnih vremenskih planova za završetak svake aktivnosti i za delegiranje specifičnih zadataka. Glavni gore navedeni koraci mogu se koristiti za kontrolu i planiranje projekta putem utvrđivanja specifičnih vremenskih planova za završetak svakog koraka i za utvrđivanje specifičnih zadataka.

Definiranje ciljeva i osobe odgovorne za postizanje ovih ciljeva, te **delegiranje, koordinacija, monitoring i kontrola** doprinijet će uspješnom završetku projekta. Ovdje treba koristiti osnovne principe menadžmenta, o kojim se govorilo u prethodnim poglavljima, za učinkovitu kontrolu projekta i i ispunjenje definiranih ciljeva.

## Planiranje projekta

**Plan ili vremenski plan je potreban za implementaciju glavnih aktivnosti programa akreditacije.**

U planu koji slijedi predlažu se koraci koje treba poduzeti za implementaciju programa akreditacije AKAZ-a. Važan dio menadžmenta projekta je redovan monitoring i ažuriranje plana od strane koordinatora projekta i projektnog tima.

### **Imenovanje koordinatora kvaliteta i definiranje podrške**

Izvršni šef / Izvršni direktor ustanove imenuje koordinatora kvaliteta.

- Koordinator kvaliteta će imati jednodnevnu obuku u AKAZ-u.
- Viši menadžer se imenuje kao sponzor projekta za podršku koordinatoru projekta.

### **Uspostavljanje projektnog tima**

- Pokretanje projekta.
- Završetak formulara za informacije o klijentu i vraćanje formulara AKAZ-u.
- Koordinator kvaliteta i viši menadžer sponzor projekta imenuju i uspostavljaju projektni tim i pišu opis poslova i zadataka za projektni tim.
- Koordinator kvaliteta i facilitator AKAZ-a diskutiraju i usaglašavaju plan projekta.
- Koordinator kvaliteta i facilitator AKAZ-a usaglašavaju distribuiranje standarda.
- Projektni tim se sastaje da diskutira o planu projekta i detaljima o standardima.

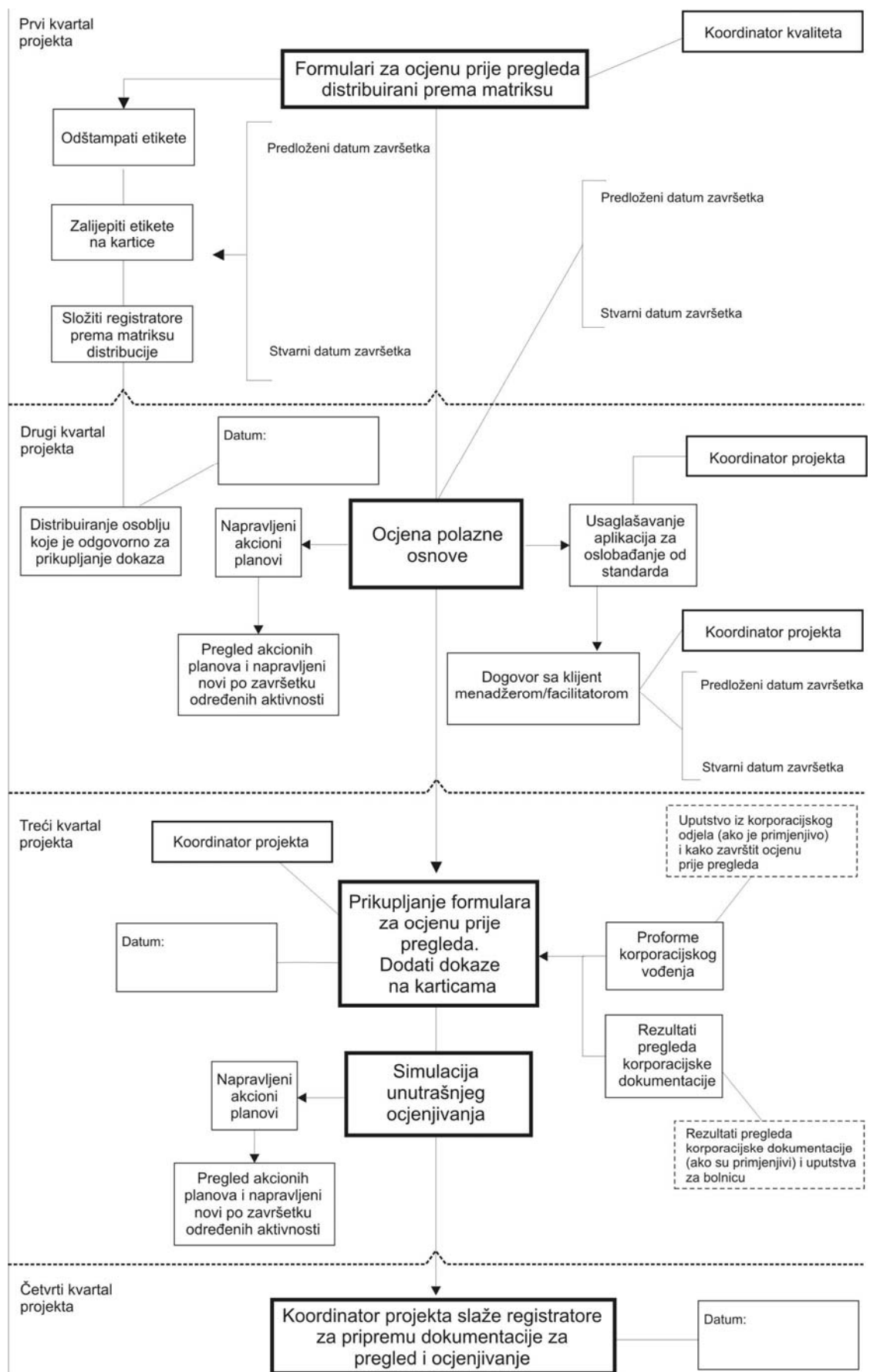
### **Pregled polazne osnove**

- Početna samoocjena u odnosu na standarde programa akreditacije putem formulara za ocjenu prije pregleda.
- Akcioni planovi napravljeni na osnovu oblasti u kojim je utvrđeno djelomično ispunjenje standarda ili da standardi nisu ispunjeni.
- Formulari za ocjenu prije pregleda vraćaju se koordinatoru kvaliteta.

### **Implementacija akcionih planova za organizacijski razvoj i razvoj službe**

- Osoblje izvršava akcione planove rada.
- Ažurirani izvještaji dostavljaju se preko projektnog tima osoblju i menadžmentu.

Sažetak glavnih događaja dat je u sljedećem grafikonu.



### **Unutrašnji pregled**

- Koordinator kvaliteta i projektni tim prave vremenski plan za unutrašnji pregled.
- Osoblje unutar doma zdravlja/bolnice/jedinice (ili grupe zdravstvene zaštite) obučeno je za unutrašnje ocjenjivače.
- Unutrašnji ocjenjivači dobivaju potrebnu dokumentaciju.
- Sprovodi se unutrašnja kontrola.
- Unutrašnji ocjenjivači dostavljaju povratne informacije o svim oblastima koje su pregledali.

### **Priprema za vanjsku ocjenu AKAZ-a**

- Rad u odnosu na akcijske planove i rezultate internog pregleda.
- Formulari za ocjenu prije pregleda distribuirani, kompletirani i vraćeni.
- Napravljen pregled vremenskog plana zajedno sa facilitatorom.
- Dokumenti za pregled dokumentacije su usaglašeni.
- Formulari za ocjenu prije pregleda i druga dokumentacija dostavlja se ocjenjivačima najmanje tri sedmice prije pregleda, ili kako se dogovori sa facilitatorom.
- Aranžmani za organiziranje posjete tima za pregled – naprimjer, prostorija koju će koristiti ocjenjivači (u kojoj su svi registratori i dokumentacija), zdravstvena dokumentacija odabrana za pregled, određene sobe za vođenje intervjua, osoblje koje će biti intervjuirano, vremenski plan.

### **Vanjski pregled Agencije za kvalitet zdravstvene zaštite i akreditaciju**

- Pregled dokumentacije
- Pregled

### **Aktivnosti poslije pregleda**

- AKAZ dostavlja nacrt izvještaja organizaciji u roku od 30 dana nakon izvršenog pregleda.
- Izvještaj se dostavlja svim uključenim osobama, po potrebi, da izvrše pregled tačnosti činjenica i da izvještaj s komentarima vrate AKAZ-u.
- Finalni izvještaj o pregledu je usvojen i podijeljen u roku od 60 dana nakon vanjskog pregleda.
- Sprovesti odgovarajuću akciju u onim oblastima u kojima su djelomično ili nisu ispunjeni standardi za akreditaciju i kontinuirano poboljšanje kvaliteta.

## Pokretanje programa

Formalno pokretanje procesa za AKAZ program akreditacije pomoći će da se osoblju pruže glavne informacije i signalizira značaj procesa za organizaciju.

### Opći podaci

Pokretanje procesa treba da vodi izvršni direktor ili menadžer doma zdravlja/bolnice/jedinice i pokaže vlasništvo i posvećenost procesu. Također je korisno da se koordinator kvaliteta predstavi i objasni kako će se proces sprovoditi u ustanovi.

Postoje različite forme za pokretanje procesa. One mogu biti sljedeće: pozvati sve osoblje da prisustvuje prezentaciji pokretanja procesa; pozvati određenu grupu osoblja; pozvati dodatne osobe da sudjeluju u pokretanju procesa, kao što su viši menadžeri koji su obučeni za ocjenjivače AKAZ-a. Koordinator kvaliteta može napraviti dodatne prezentacije u prvih nekoliko mjeseci da se poveća svijest o procesu i osigura da je sve osoblje, uključujući osoblje u noćnoj smjeni, uključeno u proces. *Powerpoint* prezentacija, specijalno za pokretanje procesa, može se naći na CD-u.

U svrhu komuniciranja s ljudima u domu zdravlja/bolnici/jedinici potrebno je posjedovati određeno znanje o AKAZ-ovom programu akreditacije. Posebno je važno znati sljedeće:

- Ciljevi – o kojima informira viši menadžment ustanove.
- Osnovni podaci, razvoj i svrha.
- Forma standarda (s primjerima).
- Kategorije standarda (u odnosu na akreditaciju i veze s drugim programima).
- Uključivanje osoblja u rad na standardima.
- Plan procesa.
- Korist koja se dobiva.

Informacije se mogu tražiti od facilitatora i predlaže se da se koristi paket za pokretanje procesa AKAZ-a. (Ovo je sadržano u paketu za resurse koordinatora kvaliteta i distribuirano na obuci za koordinatora kvaliteta u AKAZ-u).

### Glavne poruke

Postoji više poruka čiji značaj treba naglasiti:

Standardi su razvijeni kroz konsultacije s Ministarstvom zdravstva, profesionalnim institucijama i drugim relevantnim organizacijama zdravstvene zaštite.

U ovoj frazi testirat će se **akreditacijski program** kao takav. Dakle, cilj nije akreditacija zdravstvenih ustanova već **analiza primjenljivosti standarda** u našim okolnostima. Nakon testiranja, obrat će se oni standardi koji ne zavređuju da budu standardi kvaliteta već inspekcijski standardi; odabrat će se standardi koji zavređuju da budu standardi izvrsnosti; i većina uprosječenih standarda koji će se koristiti u budućim akreditacijskim programima.

Standardi AKAZ programa akreditacije odnose se na organizaciju, menadžment i pružanje kliničkih i nekliničkih usluga, iskustvo pacijenta s uslugama doma zdravlja/bolnice/jedinice i radno iskustvo osoblja u organizaciji.

Izveštaj je povjerljiv za dom zdravlja/bolnicu/jedinicu.

Program je dio aranžmana za osiguranje kvaliteta doma zdravlja/bolnice/jedinice poslije pregleda, a rad treba nastaviti u skladu s nalazima pregleda, godišnjim monitoringom i dodatnim pregledom poslije tri godine.

O svim gore navedenim informacijama treba razgovarati s osobljem. Neke grupe osoblja mogu tražiti da se organizira prezentacija na redovnim sastancima. Za projektni tim treba organizirati detaljnu prezentaciju na prvom sastanku grupa i dati dodatne informacije o njihovoj ulozi i odgovornostima. (vidi: Uloga projektnog tima). Na dnevnom redu svakog sastanka treba biti AKAZ da se omoguće dopune i diseminiranje informacija.

## Distribuiranje standarda

Relevantni standardi i standardi specifične službe trebaju se distribuirati svim odjelima/službama u bolnici/jedinici.

Treba slijediti dole navedene vodilje i diskutirati o distribuiranju standarda sa facilitatorom prije nego što se standardi dostave.

### Menadžment cijele bolnice

Standardi dati u ovom poglavlju trebaju se dostaviti osobama koje su odgovorne za upravljanje ovim aspektima doma zdravlja/bolnice/jedinice.

### Menadžment kliničke službe (nivo odjela/službe)

Ovi standardi trebaju se dostaviti **svim** službama/odjelima. Svaki odjel/služba će napraviti inicijalnu samoocjenu (ocjena polazne osnove). Distribuiranje standarda zavisi od organizacijske strukture doma zdravlja/bolnice/odjela i njenih usluga. U pravilu, odjeli intenzivne njege i operacione sale će zajedno popuniti formular za ocjenu prije pregleda; zatim fizijatrija, dijagnostička snimanja, vanbolnički odjeli, dok će apoteka i laboratorij biti u drugoj grupi i drugom formularu za ocjenu prije pregleda. Preporučuje se da predstavnici svake grupe rade zajedno neovisno od sastanaka projektnog tima i razviju procedure i politike. Naprimjer, predstavnici službe za finansije, administraciju i prijem mogu razviti i pregledati procese, politike i procedure. Veliki broj ovih politika i procedura će biti zajednički za njihove oblasti, te usaglasiti dokaz za ispunjenje standarda. Ovim se eliminira dupliciranje truda i osigurava da se koristi ista dokumentacija (gdje je to prihvatljivo). Pojedinačne informacije se prave samo kada je to neophodno.

### Stručne službe i službe za podršku

Ovi standardi će se distribuirati odgovarajućim odjelima da naprave početnu ocjenu na osnovu standarda.

### Iskustvo pacijenta (kontakt pacijenta/korisnika s odjelima/službama)

Važno je da osoblje koje kontaktira s pacijentom/korisnikom popuni ove formulare standarda. Zbog toga je važno da se kopija ovog poglavlja dostavi svakom odjelu/službi, kliničkoj i nekliničkoj. Međutim, treba popuniti samo jedan formular ocjene prije pregleda za standarde iskustva pacijenta za cijelu bolnicu/odjel. Jedan član projektnog tima treba biti odgovoran za prikupljanje informacija i popunjavanje formulara za ocjenu prije pregleda. Predlaže se da formira podgrupa da pregleda ove standarde.

### Put pacijenta (sve kliničke službe)

Ovaj dio mora se distribuirati svim kliničkim službama. Za neke kliničke službe ovi standardi nisu relevantni. S klijent menadžerom treba razgovarati i usaglasiti koje standarde treba završiti. Formulari za ocjenu prije pregleda za standarde puta pacijenta uvezuju se u skupine koje odgovaraju standardima za operativni menadžment, gdje je to primjenljivo. Opće pravilo je da postoji jedan uvezani formular ocjene prije pregleda za bolničke odjele intenzivne njege i operacione sale, a drugi za vanbolničku zaštitu, fizioterapiju, dijagnostička snimanja, apoteku i laboratorij. Međutim samo nekoliko standarda može se primijeniti za apoteku i laboratorij.

Potrebno je naglasiti da se za ocjenu standarda za sadržaj zdravstvene dokumentacije uzima zdravstvena dokumentacija slučajnim uzorkom za pregled sadržaja koji vrši AKAZ. Bolnica treba popuniti formular ocjene prije pregleda dokumentacije menadžmenta jer se ovim ocjenjivaču daje ukupan pregled dokumentacije koja se čuva u zdravstvenoj dokumentaciji.

## Kliničke službe

Standardi kliničkih službi nisu napravljeni s namjerom da budu sveobuhvatni set standarda za svaku kliničku službu unutar organizacije zdravstvene zaštite. Specifični standardi razvijeni su za pojedine oblasti službe za koje su definirani specifični uvjeti koji se odnose na glavne zahtjeve programa akreditacije. Ove standarde treba distribuirati službama unutar doma zdravlja/ bolnice/ jedinice na koje se odnose. Moguće je da su ovi standardi u nekim instancama duplicirani jer se isti standardi mogu primijeniti u više različitih službi unutar organizacije.

Za neke službe nema specificiranih standarda. Stoga ove službe treba da koriste standarde za menadžment kliničke službe, i ukoliko je primjenljivo, standarde iskustva i puta pacijenta.

## Oslobađanje od ispunjenja standarda

Pojedinačni standardi unutar sveukupnih standarda mogu biti izuzeti iz obaveze ispunjenja. Potrebno je popuniti odgovarajući formular na CD-u u Paketu za koordinatora kvaliteta i poslati facilitatoru koji će razmotriti okolnosti za izuzeće i predložiti kako riješiti ove slučajeve.

### Zbirna tabela za distribuiranje standarda

Tabela je sažetak prethodnih poglavlja. Da se napravi detaljnija analiza koje standarde treba distribuirati kojim odjelima, potrebno je da popunite tabelu za distribuiranje standarda, uključujući paket informacija za koordinatora kvaliteta nakon razgovora sa facilitatorom.

<b>STANDARDI</b>	<b>DISTRIBUIRANJE</b>	<b>ŠTA TREBA DOSTAVITI OCJENJIVAČIMA</b> <b>(popunjeni formulari za ocjenu prije pregleda u skladu s vremenskim planom ocjenjivača i tabelom odgovornosti ocjenjivača)</b>
<b>Menadžment cijele bolnice</b>	Odgovarajuća poglavlja za odjele/službe koji rade u cijeloj bolnici/jedinici.	Jedna ocjena svakog standarda za cijelu bolnicu/odjel prije pregleda
<b>Upravljanje rizikom</b>	Za sve kliničke odjele i službe.	Jedna ocjena prije pregleda poglavlja po grupi službi u skladu s dogovorom sa facilitatorom (obično 3 ili više).
<b>Iskustvo pacijenta</b>	Za svaki relevantni odjel/službu	Jedna ocjena za svaki relevantni odjel/službu
<b>Put pacijenta</b>	Za svaki relevantni odjel/službu	Jedna ocjena za svaki relevantni odjel/službu
<b>Upravljanje organizacionom jedinicom</b>	Za sve odjele i službe	Jedna ocjena prije pregleda za bolnicu/jedinicu.
<b>Specifične kliničke usluge</b>	Za sve kliničke oblasti	Jedna ocjena po grupi kliničke službe koja se odnosi na operativne grupe menadžmenta.
<b>Tehničke službe i službe za podršku</b>	Za svaki relevantni odjel/službu	Jedna ocjena za svaki relevantni odjel/službu.

## Standardi

**Standardi programa akreditacije AKAZ-a fokusiraju se na sposobnost organizacije da pruža kvalitetne usluge, i ukoliko organizacija u potpunosti ispunjava standarde, može kreirati ambijent za pružanje dobre zaštite pacijentu/korisniku.**

### **Primjena standarda u radu**

Nakon što se standardi distribuiraju, osoblje treba da u svom radu primjenjuje standarde u trajanju do jedne godine prije nego što vanjski tim ocjenjivača AKAZ-a izvrši pregled. Da bi se ovo vrijeme iskoristilo na najproduktivniji mogući način, koordinator kvaliteta mora voditi računa o sljedećem:

Standardi treba da se distribuiraju što je moguće šire (vidi distribucija standarda). Program akreditacije AKAZ-a je program za pregled cijele organizacije i svih službi organizacije. Ne treba biti problem ukoliko nema specifičnih standarda za pojedinačnu službu. **Standardi za operativni menadžment i put pacijenta** su ključni dio programa, a specifični standardi službe razvijaju se samo za one službe za koje postoje dodatni zahtjevi za akreditaciju/certifikaciju.

**U razgovor treba uključiti što je moguće više osoblja** i što je moguće više osoblja treba da koristi standarde u svom radu. Različite osobe će imati različite percepcije o tome da li je standard ispunjen ili nije, i ove ocjene treba uključiti u pregled polazne osnove.

**Svi standardi se neće primjenljivati** u organizaciji. Koordinator kvaliteta treba da diskutira sa facilitatorom odmah nakon što počne program akreditacije. Potrebno je napraviti spisak standarda koje organizacija ne treba ispuniti i standarda koji se ne primjenjuju s obrazloženjem, da bi se izbjegle nepotrebne diskusije u vrijeme pregleda. Za ovo treba koristiti formular koji se nalazi u paketu koordinatora kvaliteta. Ovaj spisak treba odobriti i potpisati facilitator.

**Standarde treba koristiti** da bi mogla započeti diskusija i debata, jer je diskusija način na koji se mogu iznijeti problemi i iznaći moguća rješenja. Standardi treba da se koriste kao katalizator za postavljanje pitanja šta radi služba, zašto je služba to uradila i da li je postojao bolji način da se nešto uradi.

**Standarde treba koristiti fleksibilno**, jer postoji raspon za lokalno tumačenje i primjenu. Ako se uvode nove prakse, važno je da ove prakse ispune lokalne potrebe i da odgovaraju stanju u drugim dijelovima organizacije.

**Preciznosti teksta standarda nije od primarne važnosti.** Važnije je **razmisliti o suštini** onoga što stoji iza standarda, kakvo je stvarno značenje i zbog čega je definiran standard. Ne postoji jedinstven mehanizam ili sistem koji ocjenjivači mogu tražiti kada vrše pregled organizacije. Lokalno tumačenje standarda je slobodno i svaka služba odlučuje koji je najbolji način implementacije standarda.

**Treba podržavati osoblje da sami tumače standarde** što će pomoći da se održi razvojna odlika programa akreditacije. Uloga koordinatora kvaliteta nije da objašnjava službi kako će implementirati standard nego da pomogne službi kako će sama tumačiti standard. Ukoliko nastanu teškoće, koordinator kvaliteta će se prvo obratiti projektnom timu, a nakon toga facilitatoru.

Tokom pripremnog perioda, koordinator kvaliteta i projektni tim mogu naići na cinizam osoblja koje vjeruje da je važnije gledati ishode nego standarde strukture i procesa. Koordinator kvaliteta treba naglasiti da standardi ishoda nikada nisu u potpunosti dovoljni sami po sebi jer ako se postignu slabi ishodi potrebno je ponovo pregledati strukture i procese da se utvrdi gdje su napravljeni propusti. Koordinator kvaliteta treba da pomogne osoblju da se oslobodi straha i da im naglasi zbog čega je značajno da se strukture, procesi i ishodi pregledaju zajedno.

## Komunikacije

Dobre komunikacije i informacije su neophodne za proces pregleda u programu akreditacije i imaju za cilj objašnjenje pitanja koja mogu proizići tokom procesa i poticanje napretka vezano za ispunjenje standarda.

Postoji više načina na koje koordinator kvaliteta i projektni tim mogu komunicirati s osobljem u programu. Sljedeće metode potvrdile su se kao veoma korisne za organizaciju:

**Prezentacije za osoblje:** Pokretanje je glavna aktivnost. (*vidi: Pokretanje*). Facilitatori treba da znaju dati savjet za prezentacije o programu akreditacije AKAZ-a.

**Plan kratkog informativnog i drugih sastanaka:** Dok traje rad na standardima programa akreditacije to treba biti glavna tema dnevnog reda redovnih kratkih sastanaka i drugih sastanaka s osobljem.

**Bilteni:** Ukoliko dom zdravlja/bolnica/jedinica pravi bilten za osoblje, to je idealan način da se veliki broj ljudi upozna s procesom. Koordinator kvaliteta može početi uvođenje programa akreditacije AKAZ-a zajedno sa svojim fotografijama i fotografijama projektnog tima, a vremenom kada se može ocijeniti rad koji se vrši u različitim dijelovima doma zdravlja/bolnice/jedinice fokusirati na poboljšanja i uspješnost. Bilten se može koristiti za povratne informacije o unutrašnjem pregledu i vanjskom kolegijalnom pregledu AKAZ-a.

**Oglasna ploča za dizajnirani program akreditacije AKAZ-a:** Neke bolnice/jedinice postavljaju informacije na oglasnu ploču tokom implementacije programa. Ovim se povećava svijest osoblja i daje informacija ko je kontakt osoba za davanje informacija.

**Dizajnirana boja papira za sve vijesti o AKAZ-u:** domovi zdravlja/bolnice/odjeli smatraju da je dobro da sve dodatne informacije napišu na istoj boji papira tako da se jasno mogu uočiti na oglasnim pločama. Ova vrsta informacija obuhvata kviz, plan pregleda, glavne događaje u programu, najinteresantnije momente, povratne informacije o posjetama i dobru praksu.

**Informacije za lokalnu štampu:** Koordinator kvaliteta treba da odluči da li izjave za lokalnu štampu treba davati tokom ili poslije procesa, i da li uopšte treba davati izjave za lokalnu štampu. Sudjelovanje u programu akreditacije AKAZ-a može biti korisno da pokaže zajednici da je organizacija posvećena pružanju najbolje moguće prakse. Izjava za štampu je dodatna mogućnost da se pokaže osoblju stepen posvećenosti koji se postiže procesom. Izjave za štampu treba pregledati facilitator prije objavljivanja.

Facilitator može dati primjer kako druge organizacije učesnice treba da prave informacije. Kao izvor informacija može se koristiti [AKAZ website](#).

## Rješavanje problema i glavne poruke

Sljedeći problemi mogu nastati tokom rada u programu akreditacije AKAZ-a. Korisno je pozvati se na glavne poruke da bi se razuvjerilo osoblje.

### Potencijalni problemi

- Nedostatak posvećenosti od strane višeg osoblja.
- Otpor različitih grupa, kao što su neki specijalisti ili oni na čije službe može uticati organizacijska promjena.
- Sumnja u motive koji stoje iza procesa, naprimjer, na proces se gleda kao na vježbu smanjenja troškova.
- Zabrinutost u pogledu realizacije programa kada se vrše glavne organizacijske promjene, naprimjer, spajanje službi, osnivanje novih, proširenje.
- Pitanja o troškovima programa.
- Zabrinutost za vrijeme koje je potrebno za process, jer je na štetu vremena predviđenog za pacijente/korisnike.

Osoblje ima puno pravo da postavi pitanje zašto organizacija sudjeluje u programu akreditacije AKAZ-a, i veoma je važno da se daju jasni razlozi i prednosti programa.

### **Glavne poruke**

#### Glavne poruke obuhvataju:

- Koristi sudjelovanja u programu akreditacije AKAZ-a, što su potvrdile organizacije koje su sudjelovale u programu, su: razvoj službe, bolje komunikacije i timski rad, suvremene povezane politike i procedure, bolji okviri za upravljanje rizikom.
- Standardi su razvijeni iz vladinih dokumenata, uputstava ministarstva zdravstva uz konsultacije s profesionalnim tijelima i grupama korisnika.
- Standardi predstavljaju utemeljenje dobre prakse kakva se i očekuje.
- Program može pomoći integrisani proces zato što kroz sredstvo ocjene daje sveukupni pregled cijele organizacije, identificira razlike u procedurama i omogućava uvođenje standardiziranih procesa za jačanje novih organizacijskih struktura.
- Organizacija se mjeri u cjelini u pogledu ispunjenja standarda, a ne ocjenjuje se pojedinačno osoblje.
- Izvještaj o pregledu je povjerljiv dokument između AKAZ-a i Vaše organizacije.

## Samoocjena i akciono planiranje

Završetak dokumentacije za samoocjenu omogućava ocjenu postojeće prakse u pogledu standarda programa akreditacije. Akcioni planovi se mogu razviti na osnovu upoređivanja s ovom ocjenom da bi implementacija razvoja službe vodila do poboljšane zaštite pacijenta/korisnika.

Proces samoocjene treba početi što je prije moguće, a akcione planove razvijati na osnovu nalaza. Rad na razvoju akcionih planova može se nastaviti i poslije pregleda AKAZ-a. Izvještaj o pregledu dodatno naglašava potrebu razvoja akcionog plana.

### Samoocjena

Relevantne standarde (u formularu koji se popunjava prije pregleda) treba distribuirati odjelima i službama što je prije moguće.

Svaka služba/odjel treba da izvrši samoocjenu u pogledu standarda u formularima koji se popunjavaju prije pregleda i gdje je potrebno daju se informacije o rezultatima. Standardi se ocjenjuju sljedećim ocjenama: Potpuno ispunjeni standardi, djelomično ispunjeni standardi, neispunjeni standardi ili **N/P** (standardi se ne primjenjuju).

**N** = nisu ispunjeni standardi – ova ocjena se daje ukoliko iz nekog razloga nisu ispunjeni standardi. Potrebno je dodati kolonu u koju se unosi dokaz koji treba kasnije objasniti.

**D** = djelomično ispunjeni standardi je ocjena koja se daje kada je dosta posla urađeno, ali standardi se još u potpunosti ne ispunjavaju. I ovdje treba dodati kolonu u koju se unosi dokaz koji treba kasnije objasniti.

**P** = puno ispunjenje standarda je ocjena koja se daje kada su standardi u potpunosti ispunjeni i kolona za dokaz kompletirana.

Potrebno je razmotriti šta je namjera svakog standarda. Ovdje nije važan precizan tekstualni opis. Ono što je važno je da li je postignut cilj standarda.

Neki standardi se ne primjenjuju u određenoj službi. Prije nego što se ocijene s N/A (standardi se ne primjenjuju) potrebno je navesti mišljenje o tome da li postoji ikakva relevantnost iako se trenutno ne primjenjuju u DZ/bolnici/jedinici. Svi standardi za koje se projektni tim usaglasio da nisu primjenljivi treba uvezati u formular za izuzetne slučajeve i o njima diskutirati i usaglasiti ih sa facilitatorom AKAZ-a.

Važno je da se u proces pregleda uključi što je moguće više osoblja da bi imali mogućnost da daju komentare na standarde tokom samoocjene. Ovim bi se postiglo sljedeće:

- Imao bi se bolji uvid u stvarni rad službe. Ocjena ne treba da pokaže kako menadžer službe misli da služba radi!
- Otkrile bi se oblasti u kojim je stanje nejasno i gdje ne postoji suglasnost. Naprimjer, organizacije smatraju da je razgovor o pitanjima koja se odnose na politike i procedure veoma koristan.
- Osoblje će steći bolje razumijevanje i posvetiti se programu akreditacije.

## Akciono planiranje

Kada služba završi samoocjenu, osoblje treba da napravi **akcioni plan** kao **sredstvo za implementaciju razvoja službe** u rješavanju onih standarda koji trenutno nisu ispunjeni. Koordinator kvaliteta može tražiti da prikupi sve nalaze u ovisnosti o stanju u cijelom DZ/ bolnici/jedinici. Nalazi također mogu dati mogućnost za upoređivanje i razmjenu ideja, a time poboljšati komunikacije unutar i između službi/odjela. Kasnije se akcioni planovi mogu nastaviti razvijati na lokalnom nivou.

Primjer akcionog plana dat je na CD-u i u priručniku za rad.

## Šta treba uključiti u akcioni plan

Da bi se napravio akcioni plan potrebno je označiti svaki standard koji nije ispunjen ili koji je djelomično ispunjen i donijeti odluku šta je potrebno uraditi.

Standardi označeni sa 'N' (neispunjeni) ili 'P' (potpuno ispunjeni) obično spadaju u jednu od sljedećih kategorija:

**Standardi trenutno nisu ispunjeni, ali postoje resursi da se poduzme akcija.** Ovo će se odnositi na veliki broj standarda tako da odjel ili služba treba da napravi akcioni plan koji će se implementirati s raspoloživim resursima.

Različite službe/odjeli trebaju **rješavati probleme zajedno**. O ovim standardima treba diskutirati s drugim službama i dogovoriti način kako nastaviti dalje.

Organizacija u cjelini treba da poduzme akciju zato što se standardi odnose na **korporacijska pitanja**, kao što je, naprimjer, pregled izvršenja osoblja (uputiti ove standarde projektnom timu.)

Postoje **implikacije u pogledu resursa** koje sama služba ne može da riješi. To može biti slučaj potrebe nabavke glavne opreme (uputiti ove standarde projektnom timu.)

U slučaju da **nema svrhe da se neki standardi ispune** potrebno je pažljivo donijeti odluku. Ukoliko bilo koji od standarda ne spada u ovu kategoriju to treba naglasiti koordinatoru kvaliteta i projektnom timu, a savjet tražiti od facilitatora.

## Izrada akcionog plana

Za svaki standard potrebno je uraditi sljedeće:

- Kako će se postići ispunjenje standarda.
- Ko je odgovoran da poduzme akciju.
- Rok za završetak akcije.

Isto kao što je važno u fazi samoocjene, i ovdje je važno da se u proces uključi što je moguće više osoblja. Međutim, jedna osoba u službi treba se imenovati odgovornom za koordinaciju akcionog plana i ispunjenje roka akcionog plana. To je uobičajeno coordinator kvaliteta.

Kada počne prva faza, koordinator kvaliteta treba da distribuira registratore s dokumentacijom za unošenje dokaza tako da osoblje može odmah početi da popunjava formulare u dokumentaciji. Potreban je poseban registrator za svaki standard; registrator mora imati plastične košuljice i odgovarajuće semoljepljive etikete (etikete se nalaze na CD-u) za standarde za koje je potreban dokumentirani dokaz za pregled dokumentacije. Koordinator kvaliteta može ovo koristiti da ocijeni napredak, a uvezivanje dokumenata će biti planiran pristup, a ne nešto što se radi u zadnji minut. Ostali standardi za koje je potreban dokumentirani dokaz ocijenit će se vanjskim pregledom, tokom intervjua ili neformalne diskusije.

## Savjeti za pripremu dokumentacije

Ova uputstva nisu **obavezna** ali će pomoći koordinatorima kvaliteta da naprave dobro označenu dokumentaciju, konzistentnu i koja se može dobro prezentirati.

Koristiti uobičajenu formu dokumenata važeću za sve odjele i cijelu organizaciju. Ukoliko je moguće **napraviti obrasce** u word-u.

Kreirati **politiku o tome kako pisati politike i procedure**, uključujući, ukoliko je primjenljivo, politiku za jedinstvenu politiku i proceduru za organizaciju koja je nedavno spojena s drugom ili organizaciju koja radi na više od jednog mjesta.

Na svakom dokumentu jasno napisati sadašnje **ime organizacije**; naprimjer, dokumenti na kojim se nalazi prethodno ime organizacije mogu dovesti do zabune i pokazati da pregled sadržaja nije skoro napravljen.

Na svakom dokumentu treba biti napisan **datum izdavanja dokumenta**, datum **kada je izvršen pregled** i **datum kada će biti izvršen pregled**. Dokumenti trebaju biti u jedinstvenom formatu, tako da datum uvijek bude na istom mjestu.

Izvršiti kontrolu dokumenata na kojim se dodavani **brojevi verzija** i mijenjani u skladu s verzijama, tako da se uvijek uzme korektna verzija dokumenta.

Na svaki dokument **staviti etiketu** na kojoj se upisuje **pozicija, autor ili grupa osoba** odgovornih za sadržaj i pregled dokumenta. Izbjegavajte da pišete imena pojedinaca zbog mogućnosti promjene pozicije pojedinaca, jer bi to značilo da se na etiketi mijenja pozicija.

Pregledati da li su politike na nivou korporacije ili odjela **konzistentne jedan s drugom**.

Poticati odjele da razviju slične politike i da pritom rade zajedno.

Idealno rješenje je da **svi dokumenti budu urađeni u wordu**, osim dokumentacije za obuku u koju se unose podaci, zatim planova zaštite, itd.

### Različite kategorije dokumenta

Organizacije treba da imaju već pripremljene dokumente za veliki broj standarda tokom programa akreditacije. Ovo obuhvata veliki broj različitih vrsta dokumenata, kao što su strategije, politike, procedure i planovi. Sljedeći pregled je kratko uputstvo o osnovnim karakteristikama svake vrste dokumenta koje ima za cilj da pokaže kakva bi trebalo biti forma ovih vrsta dokumenata. O sadržaju svakako odlučuje organizacija, na osnovu uputstva u priručnicima za standarde.

**Strategija** dokument definira srednjoročni i dugoročni **pristup**, obično od dvije do pet godina za široku oblast rada, kao što su ljudski resursi ili kliničko upravljanje. Strategija obično sadrži **široke ciljeve** i **korake** potrebne da se ovi ciljevi ostvare. Ponekad strategija može obuhvatiti odgovornosti i rokove iako ovi elementi mogu biti sadržani u relevantnim dokumentima, kao što su detaljan plan rada koji treba sprovesti da se postignu ciljevi strategije u kratkom vremenskom okviru.

**Politika** **izjava o namjeri cijele organizacije u pogledu organizacijskog pristupa definiranom pitanju**, kao što su, jednake mogućnosti ili zaštita od požara. U velikom broju organizacija politika je donesena za široku organizaciju i ratificirana na nivou korporacije ili od strane grupe višeg menadžmenta. Morate voditi računa da standardi zahtijevaju da svaka politika ima datum, važeći tri godine od datuma objavljivanja, ili datuma pregleda u cilju potpunog ispunjenja standarda.

**Procedure** **definiiraju kako će se sprovesti procesi rada**. Procedure mogu biti povezane s politikom, ali to nije neophodno za svaku proceduru. Iako neke procedure odobrava viši menadžment ili korporacija, većina procedura se pravi i odobrava na nivou službe/odjela. Morate voditi računa da standardi zahtijevaju da svaka procedura ima datum i da se redovno pregleda. Procedure važe tri godine od datuma objavljivanja ili pregleda s ciljem potpunog ispunjenja standarda. Bilo bi korisno da se kliničke procedure zasnivaju na praksi utemeljenoj na dokazima, relevantnim profesionalnim vodiljama ili relevantnoj praksi. Procedure razvijene iz politika moraju biti usklađene s politikom, čime se olakšava pregled.

**Plan**

**definira plan rada za postizanje specifičnog cilja**, kao što je održavanje ustanova, ili godišnji plan sigurnosti u kojem se definiraju specifični koraci koje treba sprovesti da se postignu ciljevi DZ/bolnice/jedinice u pogledu zdravlja i sigurnosti za jednu godinu. Plan treba da sadrži datume implementacije faza i sve detaljne podatke o tome ko je odgovoran za aktivnosti. Plan je često “živi” dokument koji se redovno ažurira u skladu s postignutim ciljevima.

## Unutrašnji pregled

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

Koordinator kvaliteta i projektni tim su odgovorni za organiziranje unutrašnjeg pregleda. U osnovi, pregled je unutrašnja verzija pregleda AKAZ-a i obično se pravi tri do šest mjeseci prije vanjskog pregleda. Facilitatori mogu pomoći u pripremi za unutrašnji pregled i obučiti osoblje za unutrašnji pregled u DZ/bolnici/jedinici koje će izvršiti unutrašnje preglede.

### Koristi unutrašnjeg pregleda

Unutrašnji pregled je važan zbog sljedećeg:

- Pomaže osoblju da riješe sve moguće probleme kroz bolje razumijevanje i povjerenje u proces.
- Povećava osjećaj vlasništva programa unutar organizacije.
- Daje mogućnost da se sve teškoće riješe prije vanjskog pregleda.
- Može uključiti više osoblja nego vanjski pregled AKAZ-a.
- Pomaže razvoj akcionog plana cijele organizacije i lokalnih akcionih planova.
- Osigurava efektivnu kontrolu tačnosti formulara za samoocjenu, progressa implementacije akcionih planova i postizanje ispunjenja standarda.
- Osigurava koordinatoru kvaliteta i projektnom timu sveukupni progres od datuma ocjene polazne osnove.

### Faze planiranja unutrašnjeg pregleda

- Identificirati tim za pregled, naprimjer projektni tim.
- Organizirati obuku ocjenjivača sa facilitatorom.
- Donijeti odluku ko će vršiti pregled svake oblasti. Bolji rezultati se dobiju ukoliko tim za unutrašnji pregled posjeti oblasti koje ne poznaje dovoljno a koje će pregledati.
- Razmotriti dnevni plan rada DZ/bolnice/odjela i raspoloživo osoblje, kliničko vrijeme, smjene, itd. Potrebno je odrediti vrijeme koje će svaki tim za unutrašnji pregled utrošiti za potrebe pregleda.
- Unaprijed imenovati potrebno osoblje prije definiranja vremenskog plana.
- U cijelom DZ/ bolnici/odjelu objaviti vremenski plan.
- Usaglasiti, distribuirati i objaviti vremenski plan s timom za unutrašnji pregled i osobljem.
- Odabrati oblasti koje će se posjetiti ukoliko se ne mogu obići sve službe u organizaciji. Ove oblasti treba odabrati iz onih oblasti koje se identificirane prilikom ocjene polazne osnove kao nove u bolnici/jedinici ili oblasti u kojim je potreban dodatni rad.
- Planirati dovoljno vremena za svaku oblast. Vrijeme treba planirati u ovisnosti o veličini oblasti i broja standarda koje treba pregledati.
- Planirati određeno vrijeme poslije intervjua potrebno da tim za unutrašnji pregled provjeri svoje nalaze.
- Donijeti odluku kako će tim za unutrašnji pregled dostavljati informacije o pregledu višem menadžmentu i/ili odboru. Napraviti plan kako će se prezentirati nalazi pregleda (kroz prezentacije, memorandum, publikacije i izvještaj o unutrašnjem pregledu, ili u biltenu).

## Potencijalni unutrašnji ocjenjivači

Članovi projektnog tima obično rade kao unutrašnji ocjenjivači. Ukoliko u organizaciji već postoje obučeni ocjenjivači u AKAZ-u, oni mogu biti korisni članovi tima za unutrašnji pregled. Potrebno je napraviti dvojne aranžmane s drugom organizacijom u kojoj se vrši pregled istovremeno da bi se timovi za unutrašnji pregled mogli razmjenjivati.

## Uloga unutrašnjeg ocjenjivača

Za svaki intervju, ocjenjivač treba da uradi sljedeće:

- Unaprijed pregleda dokumentaciju koja se priprema prije pregleda da bi napravio plan intervjua i odredio pitanja o kojim treba diskutirati.
- Zajedno sa šefom službe, kroz otvorena pitanja, utvrditi kako služba ispunjava standarde.
- Osigurava pregled glavnih pitanja u okviru poglavlja operativnog menadžmenta i puta pacijenta s osobljem za vrijeme posjete odjelima i za vrijeme intervjua.
- Obilazi odjele da se pregleda prostor i oprema, posmatra radna praksa, zaštita pacijenta/korisnika i pitanja zdravlja i sigurnosti.
- Razgovara s osobljem o općim pitanjima, kao što su: uvođenje u rad, obuka, procedure zaštite od požara, itd.
- Slijedi sva pitanja od poglavlja 1, korporacijsko i kliničko vođenje u cijeloj organizaciji. U prilogu 1, korporacijske kontrolne liste mogu biti korisno sredstvo za unutrašnji pregled. Ovakav pristup omogućava da se veliki broj elemenata u organizaciji, kao što su žalbe, konzistentno rješava unutar organizacije.

## Rezultati unutrašnjeg pregleda

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

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

## Dokumentacija koju treba pripremiti prije pregleda

Popunjeni formulari za ocjenu prije pregleda će se koristiti za pregled dokumentacije od strane facilitatora, a zatim će koordinator kvaliteta ovu dokumentaciju dostaviti timu za vanjski pregled. Ukoliko je pregled dokumentacije izvršen kao dio pregleda, facilitator će predložiti u koje vrijeme prije pregleda koordinator kvaliteta treba ocjenjivačima poslati formulare koji se popunjavaju prije pregleda. Ova dokumentacija će pomoći timu da se pripremi za pregled.

CD za koordinatora kvaliteta obuhvata set formulara ocjene prije pregleda za svaki standard,. Ovi formulari će se kopirati (najbolje je da budu u elektronskoj formi) i distribuirati ljudima u Vašoj ustanovi/jedinici. Formulari za ocjenu prije pregleda treba da su u skladu s uvezanim standardima prema dogovoru sa facilitatorom. Potrebno je popuniti kolonu pod naslovom "Dokaz za ispunjenje standarda" u formularima za ocjenu prije pregleda da bi ocjenjivači imali dokaz o ispunjenju standarda. Posljednje dvije kolone treba ostaviti prazne jer u njih podatke popunjava tim za pregled AKAZ-a. Zatamnjeni redovi su mjesto gdje treba unijeti dokumentirani dokaz koji se koristi za pregled dokumentacije. Standardi su također navedeni u kontrolnoj listi za pregled dokumentacije.

Treći dio: Iskustvo pacijenta

Standard: 5. Prava pacijenta

Svi članovi osoblja koje je uključeno u regul. i teiman priznati počinu prava svih pacijenata bez obzira na godinu, onesposobljenost, rasu, religiju, spol i spolnu orijentaciju.

b. c.	Kriterij standarda	Tip	Dokaz za ispunjenje standarda	Komentari o težini nalaza	Evaluacija pridržavanja standarda			
					P = potpuno pridržavanje,	D = djelimično pridržavanje,	N = nepridržavanje,	N/P = neprijetno je o.
<b>Izkuštvo pacijenta</b>								
5.5	Osoblje u cijeloj bolnici/organizacionoj jedinici poštuje kulturne i religiozne tradicije pacijenata/korisnika, prepoznaje ih i uključuje ih u uloženi časim.  Uputstvo Ovo obuhvata obezbjeđenje odgovarajuće hrane, prostora za jutro i maljutro, jednolične letine sobe s obezbjeđenim prostoruima odvojene su da se zadržavaju zatijem za jutro i maljutro.  Zakonom zaštićenog zaštite, SN Federacije BiH, br. 20/07, čl. 20. – pravo građanina na prostor za obavljanje vjerskih/hobreda, i stvaranje uslova za sjećenstvom.	A/P			P	D	N	N/P

Potrebno je da dodate što je moguće više detalja u formulare za ocjenu prije pregleda. Odgovori sa DA ili NE nisu prihvatljivi. Standardi za koje je dogovoreno da nisu primjenljivi treba da se navedu i objasne u obrazloženju. Potrebno je da sačuvate kopije popunjenih formulara za ocjenu prije pregleda u slučaju da se originali izgube. Ove formulare treba obraditi kompjuterski u word programu, a ako to nije moguće treba ih popuniti crnom olovkom. Ne treba ih uvezivati zbog fotokopiranja.

Svaki ocjenjivač treba imati registrator s mehanizmom u koji stavlja formulare za ocjenu prije pregleda za standarde za koje je ocjenjivač odgovoran prema roku za izvršenje pregleda. Svaki registrator obuhvata:

- Kopiju finalnog vremenskog plana (vidi poglavlje vremenski rok).
- Popunjen formular s podacima tima za pregled (formular na CD-u).
- Kopiju brošure ili biltena DZ/bolnice/jedinice, ili sličnog dokumenta.
- Relevantne standarde pregledane i popunjene u formularu za ocjenu prije pregleda. Kolona broj dva treba biti popunjena u skladu s gore navedenim. Podaci treba da budu čitko napisani ili odštampani tako da ocjenjivači imaju jasan dokaz šta je urađeno i koja se buduća aktivnost planira.
- U svakom setu formulara za ocjenu prije pregleda treba upisati ime odjela i osobe odgovorne za popunjavanje formulara.
- Dokumentacija koja se popunjava prije pregleda može se dostaviti poštom ocjenjivačima, upakovana u kovertu sa zaštitnim umetkom. Preporučuje se da se prijem koverta potpiše da se izbjegnu problemi oko dostave dokumentacije. Ukoliko želite, dokumentacija se može poslati kurirom.

## Pregled dokumentacije

**Pregled dokumentacije je početni dio pregleda. Dokumentaciju treba pregledati ili facilitator 3-5 sedmica prije pregleda, ili će je dan prije pregleda pregledati facilitator i projektni tim.**

Svrha pregleda dokumentacije je da se ocijene različiti dokumenti potrebni da se ispune standardi

Spisak standarda za koje treba pregledati dokumentaciju sadržan je u paketu za koordinatora kvaliteta – vidi kontrolnu listu za pregled dokumentacije. Prilikom pripreme dokumentacije osoblje u svakom odjelu/službi treba ponovo pregledati standarde u formularima za ocjenu prije pregleda, pažljivo pročitati tumačenje i uputstva. Ne treba se samo osloniti na spisak standarda već uložiti napor da se u potpunosti ispune relevantni standardi.

U ovisnosti o veličini doma zdravlja / bolnice, facilitator će sam pregledati dokumentaciju, ili s kolegama članovima tima ocjenjivača. Kada je dokumentacija pregledana prije pregleda, ocjenjivači će također pregledati onu dokumentaciju koja se odnosi na dijelove organizacije koje su posjetili za vrijeme pregleda.

Za sveukupan pregled potrebna je kompletna dokumentacija, osim priručnika za rad koje svakodnevno koriste odjeli/službe. Koordinator kvaliteta treba koristiti dokumentaciju koja je pripremljena za period za koji se vrši pregled, a izbjegavati da ponovo prikuplja dokumentaciju prije pregleda. Svi dokumenti trebaju biti u prostoriji koju će koristiti tim za pregled tokom boravka na lokaciji.

Lista kratkih savjeta kako se pripremiti za pregled dokumentacije prikuplja se iz različitih izvora koordinatora kvaliteta i sadržana je u CD-u i paketu podataka za koordinatora kvaliteta.

Nije potreba kopija foldera s dokazima u pojedinačnim odjelima jer se pretpostavlja da je dokaz već dostupan za svakodnevno korištenje.

### **Priprema dokumentacije za pregled**

Dokumentirani dokaz kojim se potvrđuje ispunjenje standarda koji će se ocjenjivati tokom pregleda dokumentacije treba staviti u plastičnu košuljicu. Svaki standard treba biti u posebnom folderu, a svaki folder ima plastične košuljice na koje se stavljaju odgovarajuće etikete (etikete se nalaze na CD-u; etikete treba odštampati na vrijeme, izbjegavati da se rade u zadnji čas). Ostali standardi za koje je potreban dokumentirani dokaz ocijenit će se vanjskim pregledom, za vrijeme intervjua ili kroz neformalni razgovor.

Sve košuljice trebete uvezati u registrator i na prednjoj strani jasno upisati broj i ime standarda. Ukoliko znate ime ocjenjivača koji će vršiti pregled pojedinačne službe, možete upisati njegovo ime. Ovo će ocjenjivačima biti korisno da jasno vide gdje su dokumenti koje pregledaju.

Neki dokaz može biti paragraf iz većeg dokumenta. U takvim slučajevima treba fotokopirati paragraf i upisati datum i ime dokumenta na koji se odnosi, ili na etiketi upisati broj strane na kojoj se nalazi paragraf.

Za neke standarde dokaz se pravi u zajedničkom dokumentu. Gdje je moguće, treba fotokopirati politiku ili proceduru, osim ako nije sadržana u priručniku, a koje kasnije treba prekontrolisati. Prilikom kontrole posebnog priručnika ili registratora, staviti plastičnu košuljicu, formata A4 gdje stoji dokument tako da je jasno gdje se nalazi dokaz. Isto tako možete staviti ljepljive etikete za sve relevantne standarde na košuljici i označiti brojeve stranica.

Skupiti svu potrebnu dokumentaciju u jednoj prostoriji, sistematično složiti po rednim brojevima i sastaviti kontrolnu listu za pregled dokumentacije. Polica za knjige je veoma korisna za čuvanje

registratora i pregled od strane menadžera projekta / koordinatora kvaliteta, jer uvijek jasno može vidjeti da li neki registratori nedostaju.

Dodatni dokaz može biti potreban u nekim slučajevima, kao naprimjer, priručnici za kontrolu infekcije, priručnici za ljudske resurse i ostale informacije o cijeloj organizaciji.

Koordinatoru kvaliteta će biti korisne kontrolne liste iz kojih može vidjeti koji dokument je dostavljen za pojedini standard i u kojem registratoru se nalazi, posebno ako je dio velikog dokumenta. Kontrolna lista će vam pomoći da pratite dokumentaciju i dostavljanje dokumentacije odjelima.

Kontrolna lista također se može koristiti kao indeks registratora standarda. Naprimjer, mogu se uzeti određena poglavlja iz kontrolne liste funkcijom *copy/paste* u wordu i staviti na prednju stranu registratora tako da ocjenjivači, osoblje i koordinateure kvaliteta imaju jasan pregled šta im je potrebno kao dokaz u registratoru.

Kada ima više odjela koji rade na osnovu standarda kliničke službe, dokumentaciju treba dostaviti svakom odjelu. Naprimjer, svaki odjel kritične zaštite mora dostaviti svu relevantnu dokumentaciju za svoju službu. Svaka jedinica intenzivne njege i kritične zaštite treba dostaviti svu dokumentaciju koja se odnosi na specifične službe da se ispune standardi kritične zaštite.

Dokumenti koji se ne nalaze na kontrolnoj listi za pregled nisu uključeni (*naprimjer, akcioni planovi*). Ukoliko se dokumenti potrebni za pregled nalaze u registratoru koji se ne mogu izdvojiti za kopiranje, koordinateure kvaliteta trebaju naći način da jasno označe odgovarajuća poglavlja u registratoru (npr. sa *post-it* etiketom).

Svaki dokument na kojem je napisano "nacrt" prilikom pregleda dokumentacije bez radne verzije ovakvog dokumenta koja se koristi, **automatski će se ocijeniti kao dokument koji ne ispunjava standarde**. Međutim, ako se dokument pravi kao nacrt dokumenta koji će zamijeniti postojeću verziju radnog dokumenta, onda oba dokumenta treba dostaviti da se izvrši ocjena.

Ukoliko neki dokumenti nedostaju, na mjesto gdje nedostaje dokument treba staviti list papira na kojem će se napisati koji dokument nedostaje. **Svaka nedostajuća dokumentacija može se ocijeniti kao dokumentacija koja ne ispunjava standarde**. Ukoliko se dokumentacija prezentira za vrijeme pregleda, a nije dostavljena kao dokumentacija koja se pregleda prije početka, ova dokumentacija se zbog ograničenog vremena neće moći pregledati.

### **Ocjena dokumentacije**

Da bi organizacija imala mogućnost da ispuni tražene uvjete, i ukoliko je moguće, facilitator će dozvoliti koordinatoru kvaliteta da što je prije moguće pregledom utvrdi koji dokumenti nedostaju ili za koje smatra da su neodgovarajući za određeni standard.

Da bi se u potpunosti ispunili zahtjevi, dokumentacija treba da ispuni standarde i uputstva u pogledu sadržaja. Organizacija treba dostaviti dokumentaciju u okviru datuma planiranog za pregled koji je odredila organizacija, ili pregledana u okviru definiranog roka što treba biti jasno iz samog dokumenta. Svaki dokument treba ratificirati odgovarajući nivo uprave unutar organizacije i dokument treba biti u potpunosti operativan. Općenito, dokumenti se pregledaju u intervalu od tri godine. Ukoliko se značajno promijeni legislativa, ministarstvo ili profesionalno vodstvo, dokumente treba pregledati u intervalu kraćem od tri godine.

Dokument koji nije pregledan u predviđenom roku za pregled, i za koji ne postoji dokaz da je sadržaj dokumenta pregledan, obično se ocjenjuje kao dokument koji **djelomično ispunjava standarde**. Politike, procedure i drugi dokumenti potrebni za standarde koji su označeni datumom, ukoliko nemaju upisan datum izdavanja ili datum pregleda, u najboljem slučaju će se ocijeniti kao dokumenti koji **djelomično ispunjavaju standarde**.

## Vanjski pregled AKAZ-a

**Rad se odvija u skladu s dogovorenim fazama rada i u suradnji s vašim facilitatorom u ključnim fazama.**

### **Datumi pregleda**

Datumi vanjskog pregleda DZ/bolnice/jedinice od strane AKAZ tima se definiraju prilikom pokretanja programa. Ukoliko neko osoblje smatra da nema dovoljno vremena da završi sve dogovorene aktivnosti u roku predviđenom za pregled, moguće je da će se tražiti produženje roka. AKAZ ne treba da prihvati produženje roka ne samo zbog finansijskih gubitaka organizacije već i zbog toga što će se narušiti vremenski plan koji ima negativne posljedice za projekt. Izvještaj o projektu u kojem će biti sadržan novi akcioni plan će pomoći organizaciji da ide dalje i da se fokusira na specifične oblasti. Za većinu organizacija proces dobivanja pune akreditacije bit će u fazama, sa ili bez odgađanja datuma pregleda. Treba uvijek da znate da se AKAZ proces odnosi na organizacijski razvoj i nije inspekcija koja se ocjenjuje ocjenom položio/nije položio.

### **Obavijest tima za pregled**

Menadžer za planiranje pregleda AKAZ-a će dva do četiri mjeseca prije planiranog pregleda poslati domu zdravlja/bolnici/jedinici sve detaljne informacije koje su predložili članovi tima za pregled. Ukoliko postoji bilo kakva sumnja u sposobnost bilo kojeg člana tima, AKAZ o tome mora odmah biti obaviješten tako da se ocjenjivač može zamijeniti. Svi ocjenjivači biraju se na osnovu iskustva u zdravstvenoj zaštiti i dokaza da posjeduju odgovarajuće vještine i kvalitete kroz process odabira koji vrši AKAZ. Svaki ocjenjivač potpisuje povjerljivi dokument vezano za sve informacije koje se prikupljaju tokom procesa pregleda i koji ostaju kao povjerljivi dokumenti za AKAZ i klijenta. Ocjenjivači se biraju iz drugih ustanova tako da ne vrše preglede u organizacijama u kojima su radili ili rade, ali imaju profesionalno iskustvo da mogu pregledati DZ/bolnicu/jedinicu. Stoga se očekuje da neprihvatanje ocjenjivača bude u samo izuzetnim slučajevima.

## Vremenski plan pregleda

Vremenski plan sadrži detaljan program za svakog ocjenjivača tokom pregleda AKAZ-a.

Facilitator će pomoći izradu vremenskog plana tokom jedne dogovorene posjete. **Plan treba biti napravljen najmanje četiri mjeseca prije pregleda.** S obzirom da je svaki DZ/bolnica/jedinica različit, ne postoji tačna formula. Bolje je da koordinator kvaliteta i facilitator zajedno rade na izradi plana. Plan pregleda i obuhvat svih standarda je osnovni dio procesa čiji rezultat je izvještaj o pregledu.

### Širi principi vremenskog plana pregleda

Vremenski plan treba praviti da bude operativan u cijelom DZ/bolnici/jedinici, počevši od višeg tima za menadžment prema nižim odjelima i službama. Tokom pregleda vrši se pregled uzorka svih odjela i službi odjela i službi DZ/bolnice/odjela i veoma je važno da se uzorak može vidjeti.

Vremenski plan treba što je moguće više slijediti tri nivoa intervjuiranja u DZ/bolnici/jedinici:

1. Prvi intervju: **viši menadžeri** - da se dobije sveukupni pregled i obuhvate glavni standardi upravljanja s perspektive strateškog menadžmenta.
2. Drugi nivo intervju za koje su definirani rokovi sa službom i **menadžerima srednjeg nivoa**, s ciljem da se istraži operativni menadžment, specifični problemi službe, i u okviru kliničkih službi standardi puta pacijenta i aspekti iskustva pacijenta.
3. Treći nivo intervju **s osobljem u odjelima/službama**: Ovaj nivo obuhvata obilazak odjela, intervju u službama, posmatranje ispunjenja objekata/resursa/opreme i pregled relevantnih standarda s osobljem, kao što su sudjelovanje u obuci, procjena, znanje o sigurnosti zdravlja, svijest o pravima pacijenata.

Potrebno je napomenuti da ukoliko se neki standardi ponavljaju, razlog za to je samo nužno osiguranje da se strateškim dokumentima i procesima upravlja konzistentno u cijelom DZ/bolnici/jedinici, kao što je naprimjer, menadžment rizika, žalbe ili kontrola infekcije.

### Trajanje intervju

Predlaže se da se intervju u pogledu standarda operativnog menadžmenta podijele u grupne intervju (s grupama koje će se usaglasiti sa facilitatorom) i intervju u službi sa šefom odjela da se dobije sveukupni pregled standarda koji se odnose na: obuku i razvoj osoblja, razvoj kliničkih službi, što ocjenjivači mogu pregledati za vrijeme obilaska s osobljem u samoj jedinici/službi/odjelu.

Isto tako, standardi koji se odnose na iskustvo pacijenta i put pacijenta mogu se najbolje ocijeniti tokom posjeta službi i kliničkim službama, posmatranjem radne prakse i kroz neformalne intervju s osobljem u službi.

## Planiranje posjeta različitim jedinicama/objektima

Ukoliko Vaša organizacija ima veliki broj različitih ustanova na širem geografskom području, nije potrebno da tim za pregled pregleda sve ove ustanove/objekte. Tim za pregled može pregledati bilo koji dio jedinice, odjela ili ambulante.

Minimalno, tim za pregled će posjetiti jednu trećinu svake vrste ustanove, kao što su hirurški odjeli, sale za operacije, domovi zdravlja.

Facilitator mora imati sve detaljne podatke o jedinicama/odjelima/objektima koje se mogu posjetiti i dobiti inpute da bi odlučio koje će se ocjenjivati tokom pregleda.

Sve službe moraju biti spremne za posjete u okviru pregleda i opcije ponuđene vezano za vremenski plan (naprimjer, posjeta odjelima E3/E4 ili K2/K6), tako da ili Vaš facilitator ili ocjenjivači mogu donijeti konačnu odluku koje službe će posjetiti, otprilike jednu sedmicu prije pregleda, ili tokom pregleda.

Sve službe treba da budu spremne za eventualnu posjetu ocjenjivača. Ukoliko ima dovoljno vremena, ocjenjivači će iskoristiti mogućnost da posjete i druge dijelove službe.

Isto kao i formalni intervjui, tako i planirana posjeta mora imati jasan fokus vezano za ocjenu standarda I, posebno, formular ocjene prije pregleda.

Vremenski plan osigurava ocjenjivačima da što je moguće efikasnije iskoriste vrijeme planirano za pregled u i izvan DZ/bolnice/jedinice. Intervjue treba planirati u službama a ne u salama za sastanke, ili kancelarijama. Prilikom planiranja vremena za pregled treba voditi računa o vremenu potrebnom za odlazak iz jedne službe u drugu za obavljanje intervjua (posebno ako su službe udaljene jedna od druge). Pokušajte ograničiti vrijeme grupisanjem intervjua i posjeta unutar različitih lokacija organizacije.

Idealno napravljen vremenski plan treba da sadrži mjesto održavanja sastanaka s imenima osoba koje vrše intervju(e). Na posebnom papiru treba napisati imena i radna mjesta jer često u samom vremenskom planu za to nema dovoljno prostora. Za svakog ocjenjivača je korisno da ima pomoćnika prilikom intervjuisanja, koji će pomoći u vođenje intervjua i upozoravati na vrijeme trajanja intervjua s ciljem da se intervju završi u planiranom roku. U manjim DZ/bolnicama/ jedinicama osobe za intervjuiranje mogu razgovarati s ocjenjivačima tokom njihove druge posjete, ali svi opet moraju jasno znati koliko je važno planirano vrijeme. Ukoliko imate mape lokacija, treba voditi računa da svi ocjenjivači imaju kopiju mape.

## Savjeti za vremenski plan

Ovi savjeti mogu se primijeniti na preglede različite veličine. Vaš facilitator će s Vama diskutirati o svim specijalnim zahtjevima ili promjenama.

### Izrada vremenskog plana

Rokovi za posjete dijelovima službe treba da budu u vremenu od oko 9:00 do 15:30, osim zadnjeg dana koji treba završiti ranije, do ručka, sa završnim sastankom. Treba planirati najmanje dva sata vremena po ocjenjivaču zadnji dan pregleda, da ukoliko je potrebno ponovo obavi posjetu i napiše izvještaj. Veoma je korisno napraviti otvoreni prostor u planu radi osiguranja vremena da se uradi sve što je potrebno i obave eventualne ponovne posjete dijelovima službe!

Ako neki ocjenjivači treba da dolaze povremeno na pregled, u plan se unosi njegov pregled u trajanju od 60 minuta i brzi obilazak lokacije njegove prve posjete. Također treba planirati da se održi kratak sastanak s ostalim članovima tima.

### **Prvi sastanak prema planu – uvodni sastanak**

Uvodni sastanak održat će se s ciljem da se tim za pregled predstavi timu višeg menadžmenta i/ili članovima projektnog tima prije početka intervjua. Sastanak je mogućnost za izvršnog šefa/ menadžera bolnice da prezentira osnovne informacije o organizaciji i lokalnom ambijentu zaštite i upozna ocjenjivače s novim razvojem ili osjetljivim pitanjima u organizaciji. DZ/bolnica/jedinica može odabrati da slijedi ovaj pristup i za širi sastanak sa šefovima odjela, menadžerima službi i svim osobama koje su planirane za intervju s ocjenjivačima. Ovaj sastanak ne treba da traje duže od 20 minuta, a cilj sastanka je da se razgovara o svim glavnim pitanjima pregleda i da se ocjenjivači uvedu u DZ/bolnicu/jedinicu.

Prilikom posjete dijelovima službe, ocjenjivač može postavljati pitanja ostalom osoblju i predstaviti se pacijentima/korisnicima/davaocima zaštite. Intervju za najspecifičnije standarde trajat će između 30 minuta do jednog sata.

Potrebno je odvojiti dodatno vrijeme za posjete odjelima koji imaju širok raspon usluga (naprimjer, pedijatrijske službe, vanbolničke i bolničke službe) u ovisnosti o veličini odjela. Dodatno vrijeme će biti potrebno gdje ocjenjivači posjećuju uzorak sličnih ustanova, naprimjer odjele ili stacionare. Nije moguće da ocjenjivači posjete sve odjele/klinike/stacionare.

Potrebno je voditi računa da vremenski plan predvidi dovoljno vremena svakom ocjenjivaču da završi pregled u jednom odjelu prije nego što pređu u drugi odjel. Vaš facilitator će Vam dati uputstvo koji ocjenjivač će posjetiti koju oblast i setove standarda. Ocjenjivači općenito slijede oblast svoje ekspertize, iako ocjenjivači mogu imati više generičku ulogu.

### **Posjeta tokom noći**

Potrebno je obaviti što je moguće više noćnih posjeta službama koje rade 24 sata. U akutnoj bolnici tokom noći treba posjetiti sve odjele gdje leže pacijenti, a posebno hitne prijeme tokom noći, kao što su jedinice intenzivne njege ili odjel za akutno mentalno zdravlje, i pregledati kako se pruža klinička podrška, naprimjer, laboratorijske usluge. Noćna posjeta pruža korisnu mogućnost da se ocjenjivač sretne sa rezidentnim šefom službe. Sigurnosne aranžmane za DZ/bolnicu/jedinicu i kuhinju za osoblje koje radi u noćnoj smjeni treba pregledati, kao i poslove recepcije / prijemne službe.

Tokom noći nije potrebno obilaziti stacionare gdje leže osobe s onesposobljenjima koji uče da hodaju ili odjele mentalnog zdravlja jer ovakav posjete mogu uznemiriti osobe koje ovdje borave.

Noćne posjete se koriste kao vrijeme pregleda, s jasnim fokusom na standarde i ocjenu. Tokom noćne posjete ne treba biti prisutno drugo osoblje, osim osoblja koje radi u noćnoj smjeni. Tim neće prekidati rad službi i neće tražiti od osoblja da napuste svoje dužnosti zbog kompromisa zaštite pacijenta/korisnika ili sigurnosti.

### **Kratki savjeti za specifične službe**

Posjeta/intervju **kuhinji** organizira se pred ručak tako da ocjenjivači mogu probati pripremljenu hranu koja se služi pacijentima.

Da bi pregledao medicinsku službu, ocjenjivač treba da se sastane sa šefom medicinskog kolegija (ili ekvivalentnom pozicijom), i rezidentnim medicinskim dužnosnikom. Neformalni sastanak s korisnicima može biti od pomoći, što se može organizirati tokom ručka.

Minimalno dva sata treba planirati za pregled 20 sadržaja zdravstvene dokumentacije, što će obaviti jedan ili više kliničkih ocjenjivača, ili facilitator s osobljem koje je odgovorno za upravljanje zdravstvenom dokumentacijom unutar DZ/bolnice/jedinice. Potrebno je dogovoriti sa facilitatorom kako će se uzimati uzorak dokumentacije. Primjerak nedavno otpuštenih pacijenata je koristan, tako da slučajno uzimanje uzorka dokumentacije o pacijentu obuhvati širok raspon specijalnosti. Intervju o upravljanju zdravstvenom dokumentacijom i pregled

sadržaja zdravstvene dokumentacije treba planirati u početku, tako da ocjenjivači znaju strukturu zdravstvene dokumentacije i koje inicijative postoje za poboljšanje sadržaja. Sveukupno izvršenje se unosi u formular ocjene zdravstvene dokumentacije prije pregleda.

### **Uključivanje pacijenata/korisnika i njegovatelja u preglede**

Vremenski plan treba omogućiti dovoljno vremena ocjenjivačima da posmatraju kako osoblje surađuje s pacijentima/korisnicima i njegovateljima. Tamo gdje su osnovane grupe pacijenta/korisnika i njegovatelja i povezane s organizacijom, treba odrediti formalni prostor u vremenskom planu ili za intervjuiranje(a) članova grupe, ili za sudjelovanje/posmatranje sastanka grupe. Veoma je važno da se ovoj aktivnosti pristupi osjetljivo i da se pacijenti/korisnici/njegovatelji kratko informiraju šta je svrha pregleda.

Općenito u toku pregleda, od osoblja će se tražiti da odaberu pacijente koji su pogodni za intervjuiranje. Ukoliko pacijenti to prihvate, ocjenjivači će se predstaviti pacijentima/korisnicima /njegovateljima u pogodno vrijeme i ukratko im objasniti šta ocjenjivači rade. Ocjenjivači mogu tražiti opće komentare o bolnici od pacijenata/korisnika/njegovatelja.

Međutim, nije prihvatljivo pacijentima/korisnicima/njegovateljima postavljati direktna pitanja u pogledu standarda, osim ako se o tome unaprijed ne informiraju, da znaju da postupaju kao "predstavnicima".

### **Finalna aktivnost u okviru vremenskog plana – završni sastanak**

Finalni termini u okviru vremenskog plana pregleda su usmeni sastanci na kojim se razgovara o povratnim informacijama pregleda i završni sastanak po završenom pregledu. Sve povratne informacije o pregledu će pregledati ocjenjivači s timom višeg menadžmenta zadnji dan pregleda ili dan poslije pregleda, u zavisnosti od dužine pregleda. Formular za podatke o završnom sastanku usaglasit će se sa facilitatorom prije pregleda. Projektni tim Vašeg DZ/ bolnice/jedinice treba da odobri i implementira process povratnih informacija u cijeloj organizaciji. Završni sastanak treba se fokusirati na teme koje su proizišle iz pregleda, a **ocjenjivači neće davati svoje komentare da li su standardi u potpunosti ili djelomično ispunjeni.**

## Sporazumi o pregledu

### Kontrolna lista koordinatora kvaliteta za sporazume o pregledu

Cilj koordinatora kvaliteta tokom pregleda jest osiguranje da sve nesmetano funkcioniра. Facilitator treba surađivati s timom za pregled, ali ne smije utjecati na njegovu završnu ocjenu. Konkretnije, koordinator kvaliteta treba uraditi sljedeće:

- Osigurati da su svi lokalni aranžmani dogovoreni, kao što su: prostorija za dokumentaciju, osvježenja, parking za automobil (dozvole za ulazak, ukoliko su potrebne), itd.
- Organizirati pomoćnike koji će ocjenjivače voditi s jednog zakazanog mjesta na drugo.
- Voditi zapisnik o promjenama vremenskog plana koje nastanu tokom pregleda.
- Osigurati da su ocjenjivači dobili dodatnu dokumentaciju i druge informacije koje budu tražili tokom pregleda.
- Provjeriti da li bi neke službe htjele dodatne posjete ocjenjivača ukoliko je potrebno riješiti moguće nesporazume.
- Omogućiti facilitatoru da se upozna s komentarima ili problemima vezano za napredovanje pregleda.
- Omogućiti da ga se može kontaktirati u bilo koje vrijeme tokom pregleda.

### Prostorija za ocjenjivače i osvježenja

Ocjenjivači trebaju imati prostoriju gdje će se sastajati svaki dan, koja im se mora osigurati na samom početku pregleda. Sva dokumentacija treba biti u prostoriji tokom cijele sedmice, odnosno dok traje pregled.

Treba osigurati ručak, normalno hladna jela (sendviči, salata, voće) i poslužiti u prostoriji određenoj za dokumentaciju i ocjenjivače. Na ovaj način ocjenjivači mogu da rade za vrijeme ručka i razgovaraju o svojim nalazima i pripreme dokumentaciju za sljedeću grupu intervjua. Ukoliko ocjenjivači treba da posjete druga mjesta, potrebno je pravilno planirati vrijeme ručka da se ocjenjivači mogu pripremiti za poslijepodnevne intervjue. Čaj, kafa i piće treba posluživati u sobi za dokumentaciju. Intervjue ne treba organizirati u ovoj prostoriji, jer ocjenjivači mogu željeti da pišu izvještaje i čitaju dokumentaciju u pauzama između intervjua. Međutim, prostorija se može koristiti za pregled sadržaja zdravstvene dokumentacije.

Ocjenjivačima se može ponuditi da jedu u restoranu za osoblje, što može biti pozitivna poruka bolnici/jedinici i kuhinji da se ocjenjivači osjećaju ugodno i dijele prostoriju s osobljem.

## Priprema osoblja za intervjuje u okviru pregleda

Ciljevi pripreme su:

- Osigurati da je osoblje dobilo informacije prije pregleda i da im je jasna svrha i forma intervjuja.
- Utvrditi očekivanja osoblja ili njihove pogrešne predodžbe u pogledu intervjuja, u okviru pregleda, i razriješiti bilo kakve probleme i zabrinutost.
- Osigurati da je proces intervjuja i pozitivan i produktivan u smislu učinkovitog prikupljanja podataka, ocjene standarda i identificiranja dobre prakse.
- Osigurati da učesnici intervjuja znaju kakva je njihova uloga i kakva je uloga ocjenjivača.

### Aktivnost prije pregleda

Kao što je već rečeno, vremenski plan pregleda odredit će se u suradnji s Vašim facilitatorom. Potrebno je voditi računa da o svim praktičnim detaljima, kao što su datum, vrijeme, trajanje i mjesto za intervju unaprijed budu obaviještene osobe koje će se intervjuirati i da ove osobe potvrde da će u to vrijeme biti dostupne za intervju.

Od presudnog je značaja da su osobe koje se intervjuiraju upoznate sa standardima koji će biti uključeni u intervju, kao što su operativni menadžment, iskustvo pacijenta, put pacijenta i specifični standardi službe. U većini slučajeva, osobe koje se intervjuiraju dale su inpute za popunjavanje formulara za ocjenu prije pregleda. Prilikom popunjavanja formulara za ocjenu prije pregleda, u koloni za popunjavanje dokaza, osoblje može pokazati ispunjenje tako što će dati kratak opis pružanja usluga, procesa ili struktura, ili bilo koje planirane aktivnosti, ili progressa u slučaju djelomičnog ili neispunjenja određenog standarda. Ukoliko osoba koja se intervjuira nije sudjelovala u popunjavanju ovih formulara, onda im treba osigurati kopiju relevantnih poglavlja prije intervjuja.

### Proces intervjuiranja

Intervjue treba održavati u prostorijama službe, a ne u prostoriji u kojoj sjede ocjenjivači, a grupni intervjui u salama za sastanke. Neovisno u kojoj prostoriji se održavaju, potrebno je osigurati da se ne prekidaju.

Na početku, ocjenjivači će osobama koje intervjuiraju dati kratak uvod i objašnjenje kako namjeravaju voditi intervju i koliko će trajati.

Tim za ocjenu će pregledati standarde za koje je dokaz dostavljen u dokumentaciji tokom pregleda dokumentacije. Također, ocjenjivači mogu tražiti da vide dokumentaciju tokom posjete, kao što je priručnik za politiku, koji se čuva na odjelu, ili planove zaštite pacijenta/korisnika.

Daljnja verifikacija vrši se tokom intervjuja za vrijeme praćenja i posjeta odjelima, službama, klinikama, itd. Koordinatori kvaliteta trebalo bi obavijestiti osobe koje vrše intervjuje da ukoliko su propustili tražiti bilo koje informacije tokom intervjuja, ili ako su tražili dodatne dokaze, koji nisu bili odmah spremni, da sve ove podatke mogu dobiti prije završetka pregleda.

## Demonstriranje dokaza o ispunjenju standarda

Ovo se može uraditi na više načina:

Dostavljanje glavnih dokumenata za pregled dokumentacije (vidi prethodna poglavlja).  
Usmeni opis ili objašnjenje tokom intervjua o određenom mehanizmu, sistemu, pružanju usluga ili proceduri koji su definirani.

Pripremljen materijal i prezentiran na odgovarajući način koji podržava ispunjenje standarda, kao što su evidencija o prisustvovanju obuci, uzorak opisa poslova, zapisnici komisija i detaljni podaci o članovima, uzorci politika i priručnici za proceduru.

*Napomena: s obzirom da je vrijeme koje ocjenjivači imaju na raspolaganju tokom intervjua za pregled glavnih dokumenata često nedostavno, informacije treba da budu ograničene, kratke i jasne.*

Omogućiti ocjenjivaču da pregleda prostor, opremu i radnu praksu kojom se dokazuje ispunjenje standarda.

Postojanje akcionih planova, kratkih opisa projekta ili sažetaka i nacrtu planova službe mogu se koristiti da se pokaže napredak ostvaren u postizanju ispunjenja standarda, kao i usmeni opis bilo koje predložene inicijative za razvoj.

Osobe koje se intervjuijaju moraju ocjenjivačima skrenuti pažnju na oblasti koje su primjer ili oblasti željene prakse. Primjeri mogu biti pisma pohvale, uspješne ponude za istraživanje i nagrade, domaća dostignuća, pozitivne priče.

*Osobama koje se intervjuijaju treba objasniti da ocjenjivači nisu ti koji prisiljavaju ljude. Ukoliko im se postavi pitanje na koje ne znaju odgovoriti trebaju reći gdje i od koga mogu dobiti ovu informaciju. Isto tako, informacije koje traže ocjenjivači mogu prezentirati izvan intervjua facilitatoru.*

## Povratne informacije ocjenjivača o zaključenju intervjua

Neko osoblje može smatrati potrebnim da diskutira o određenim pitanjima s ocjenjivačem ili tražiti objašnjenja, definicije i tumačenja tokom ili po završetku intervjua. Treba jasno naglasiti svim osobama koje se intervjuijaju da **uloga ocjenjivača nije da daje bilo kakve povratne informacije o ishodu intervjua u smislu nagovještaja o statusu akreditacije/certifikacije.**

Priprema prije pregleda treba da obuhvati kratke informacije za osoblje o procesu akreditacije/certifikacije i ulogama ocjenjivača i Odbora za akreditaciju.

## Završetak pregleda

Sastanci na kojima će se dati povratne informacije treba planirati na kraju pregleda. Sastanci mogu imati različite forme:

- 1:1 između pojedinačnog ocjenjivača i člana tima višeg menadžmenta;
- s grupom višeg menadžmenta;
- s većom grupom na svim nivoima osoblja; ili
- kombinacijom gore navedena dva načina.

Forma povratnih informacija će se dogovoriti kao dio vremenskog plana procesa. Povratne informacije same po sebi zasnivaju se na nalazima tima za pregled i dostavljaju se o glavnim temama.

## Izveštaj o pregledu

**Detaljni nalazi pregleda u pogledu standarda prezentiraju se u pismenom izvještaju. Izvještaj se piše u formi akcionog plana s ciljem da organizacijski razvoj i kontinuirano poboljšanje službe ispunjavaju postavljene standarde.**

Pregled zdravstvene ustanove daje vanjsku ocjenu ispunjenja standarda programa akreditacije AKAZ-a. Sažetak svih tema koje nastanu tokom pregleda daje se DZ/bolnici/jedinici na kratkom sastanku koji se organizira na kraju pregleda u vidu usmenih saopćenja. Tokom pregleda, ocjenjivači prave bilješke o svojim nalazima u pogledu ispunjenja akreditacijskih standarda. Sve ove bilješke se unose u izvještaj koji pravi vodeći ocjenjivač. Zdravstvenoj organizaciji se dostavlja nacrt izvještaja u roku od oko 20 radnih dana (4 sedmice) od završenog pregleda ili u skladu s ugovorom. Izvještaj će biti strukturiran u skladu s okvirom standarda akreditacijskog programa i obuhvatit će sljedeće:

- Izvršni sažetak, sa svim temama koje nastanu tokom pregleda i sastankom na kraju pregleda na kojem se organizaciji daju usmene informacije.
- Pohvale za dobru praksu.
- Informacija o onim standardima gdje su standardi u potpunosti ispunjeni.
- Nalazi koji se odnose na one standarde, gdje su ocjenjivači ocijenili da su standardi djelomično ispunjeni ili nisu ispunjeni.
- Akcije za poboljšanje kvaliteta, na osnovu posmatranja tima za pregled, i gdje je primjenljivo, povezani sa standardima definiranim u priručniku akreditacijskog programa.

Važno je napomenuti da izvještaj ima posebnu formu. Standardi za koje se ocijeni da su u potpunosti ispunjeni neće biti uključeni u finalni izvještaj. Sastavni dio izvještaja će biti lista standarda za koje je ocijenjeno da su ispunjeni djelomično ili nisu ispunjeni i detaljni podaci o nalazima ocjenjivača.

Organizacija ima mogućnost da dostavi komentare o tačnosti podataka u izvještaju prije nego što se napravi konačna verzija izvještaja na osnovu kojeg će organizacija raditi da dobije akreditaciju. Veoma je važno da se neslaganje organizacije s bilo kojim dijelom podataka u izvještaju iznese u ovoj fazi. Nakon što izvještaj razmotri Odbor za akreditaciju, organizacija može da se žali na odluku o akreditaciji/certifikaciji, ali ne može da se žali na sadržaj izvještaja.

Od organizacije se obično traži da vrati komentare na tačnost podataka u izvještaju AKAZ-u u roku od dvije sedmice. Potrebno je da znate da iako priprema izvještaja može trajati sedmicama nakon izrade nacrt, finalni izvještaj će dati sliku organizacije u vrijeme kada je izvršen pregled. Izvještaj o pregledu treba da odrazi stvarno stanje dokumenata i ispunjenja u vrijeme pregleda. Vaše komentare na izvještaj pregledat će facilitator, i ukoliko je potrebno vratiti ocjenjivačima da daju objašnjenje u cilju izrade finalne verzije izvještaja.

## Dobijanje akreditacije

**Kada se u izvještaju o pregledu navede djelomično ispunjenje ili neispunjenje osnovnih standarda, organizacija treba da sprovede akciju za dobijanje akreditacije/certifikacije. Vaš facilitator će i dalje biti glavna kontakt osoba za sva pitanja i preporuke u pogledu procesa.**

### Ocjena za akreditaciju/certifikaciju

Akreditacijska ocjena proizilazi iz analize dokaza utvrđenih tokom pregleda, tokom intervjua i posjeta odjelima. Od ocjenjivača se traži da izvrše pregled u pogledu osnovnih standarda. Sve standarde koji su specificirani u formularima za ocjenu prije pregleda, ocjenjivači ocjenjuju na sljedeći način: potpuno ispunjenje standarda, djelomično ispunjenje i neispunjenje. Kada ocjenjivač napravi finalni izvještaj, donosi se odluka o tome koji metod će se koristiti za daljnje ocjenjivanje akreditacije, to jest da li će se ocjenjivanje nastaviti kroz fokusirani dodatni pregled ili pregled dokumentacije.

### Priprema za fokusirani dodatni pregled

Klijent, obično izvršni direktor ili izvršni menadžer DZ/bolnice, imenuje se kao osoba koja će izraziti potrebu za fokusiranim dodatnim pregledom s ciljem dobivanja akreditacije. Vaša organizacija mora u pismenoj formi potvrditi AKAZ-u svoju želju da se izvrši fokusirani dodatni pregled. Nakon što AKAZ dobije pismenu potvrdu, Agencija će u suradnji s organizacijom odrediti datum fokusiranog dodatnog pregleda. Datum dodatnog pregleda treba odrediti tako da se ostavi dovoljno vremena za sve potrebne aktivnosti.

Tokom perioda pripreme, facilitator će nastaviti suradnju s kontakt osobom za sve informacije potrebne za novi proces. Fokusirani dodatni pregled će obaviti osoblje AKAZ-a s vanjskim ocjenjivačem/ocjenjivačima u zavisnosti od obima fokusiranog dodatnog pregleda.

Osoblje AKAZ-a, koje vodi fokusirani dodatni pregled, kontaktirat će koordinatora kvaliteta da se usaglasi vremenski plan pregleda ustanove i standardi koji će se pregledati kroz dokumentaciju i da se usaglasi koji su intervjui/posjeta službi potrebni i sveukupni sporazumi za posjetu prilikom pregleda.

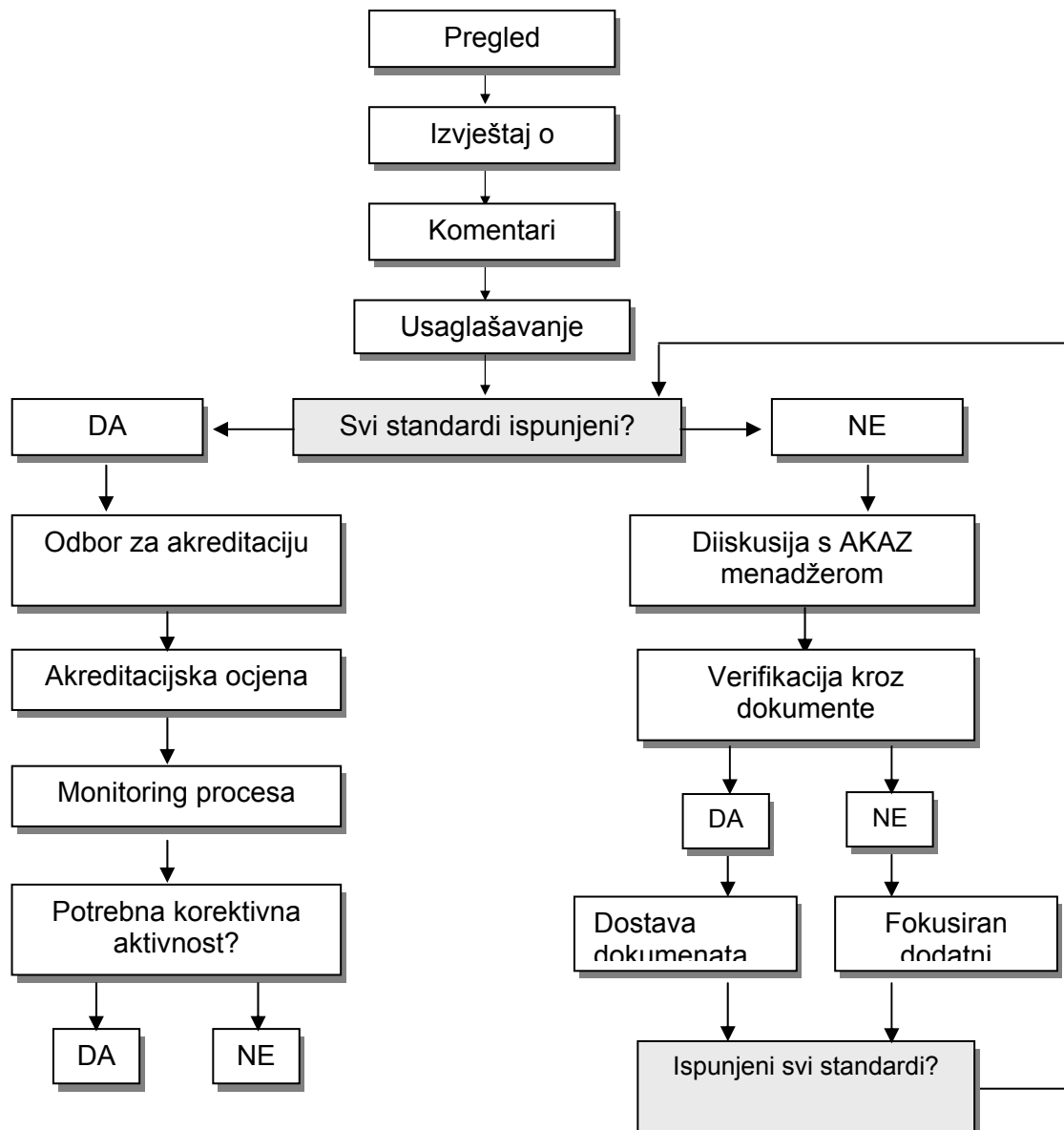
Na kraju fokusiranog dodatnog pregleda, organizirat će se kratak sastanak na kojem će se razjasniti sva pitanja prije završetka pregleda. U ovoj fazi nema povratnih informacija o sveukupnim rezultatima fokusiranog dodatnog pregleda. Vodeći ocjenjivač AKAZ-a će završiti nalaze fokusiranog dodatnog pregleda i prezentirati ih Odboru za akreditaciju, koja će donijeti odluku o davanju ili uskraćivanju AKAZ-ove akreditacije.

## Proces akreditacije

### AKAZ akreditacija

Da bi se dobila akreditacijska ocjena od AKAZ-a razmatraju se nalazi pregleda na osnovu kojih se donosi odluka da li je organizacija ispunila sve potrebne standarde. U onim oblastima za koje se utvrdi da organizacija nije ispunila standarde predlaže se korektivna aktivnost da se ovi standardi ispune. Akreditacijska ocjena će se dati organizacijama koje su u potpunosti ispunile sve potrebne standarde.

### Dijagram - AKAZ Program akreditacije



## **Monitoring akreditiranog doma zdravlja, bolnice/jedinice**

Organizacije koje su dobile akreditacijsku ocjenu prate se kako bi se osiguralo održavanje ispunjenja standarda. Monitoring se vrši na osnovu dostavljenih dokumenata, ili jednodnevnom posjetom od strane jednog ili više ocjenjivača i obuhvata pregled dokumentacije, posjete pojedinima odjelima i intervju s osobljem. Monitoring obuhvata pregled svih pitanja koje je naveo Odbor za akreditaciju u vrijeme davanja akreditacijskog priznanja. Za monitoring se mogu odabrati oni odjeli, ustanove ili klinike koje nisu bile odabrane za ocjenu tokom punog pregleda. Pored službi koje su identificirane na Odboru za akreditaciju – da se ubuduće prate u pogledu ispunjenja standarda – također će se na temelju odluka Odbora ocjenjivati one ustanove, kao dio monitoring procesa, koje moraju još raditi da bi ispunile standarde.

Izveštaj o monitoringu dostavlja se Odboru za akreditaciju. Ukoliko se tokom procesa monitoringa utvrdi da neke akreditirane organizacije ne ispunjavaju ili djelimično ispunjavaju standarde, odredit će se vremenski period u kojem moraju izvršiti aktivnosti za korekciju.

## **Korištenje loga AKAZ-a**

Organizacije koje su dobile akreditacijsku ocjenu AKAZ-a imaju pravo da koriste logo AKAZ-a. Ove organizacije mogu koristiti logo na svojim memorandumima, brošurama, godišnjim izvještajima, oglasima za zapošljavanje, biltenima kojim se osoblju, kupcima i javnosti daju informacije da je organizacija ispunila standarde kvaliteta za dobivanje ocjene. Postoje stroga pravila kojim se regulira korištenje ovakvih logotipova koje organizacije koriste nakon što dobiju akreditacijsku ocjenu.

Od akreditiranih organizacija, koje nakon dobijanja ocjene ne održavaju ispunjenje standarda, što će se utvrditi tokom monitoringa, tražit će se da prestanu koristiti ocjenu "akreditirana od AKAZ-a" i logo AKAZ-a na svim pismima, publikacijama i drugom materijalu.



AKAZ - Agencija za kvalitet i  
akreditaciju u zdravstvu u FBiH  
Ul. Dr. Mustafe Pintola 1, Ilidža  
71000 Sarajevo, BiH  
Tel: 387 33 77 18 70  
Fax: 387 33 77 18 80  
Web site: [www.akaz.ba](http://www.akaz.ba)  
E-mail: [akaz@akaz.ba](mailto:akaz@akaz.ba)