



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

akreditacijski
**standardi
za bolnice**

2010

AKREDITACIJSKI STANDARDI ZA BOLNICE

Verzija 4.2

Sarajevo, 2010.

AKREDITACIJSKI STANDARDI ZA BOLNICE

AKAZ – Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH

Urednici:

Zoran Riđanović, AKAZ
Maida Nuhić, UKC Tuzla
Bakir Nakaš, OBS
Sarajevo
Helen Crisp, HQS UK

Recenzenti:

Izet Mašić, MFU Sarajevo
Ahmed Novo, WHO BiH

Lektor:

Ljubica Žikić

Tehnički urednik:

Ljubomir Kravec

Saradnici:

Muhedin Kadić, AKAZ
Abdulah Kozličić, Opća bolnica Sarajevo
Abdulah Smajić, UKC Tuzla
Almedina Hadžihasanović, KCU
Sarajevo
Amer Čustović, UKC Tuzla
Amira Durić, KCU Sarajevo
Ankica Tomas, Županijska bolnica N.
Bila
Bakira Cico, Opća bolnica Sarajevo
Bedrija Purišić, Opća bolnica Sarajevo
Davorka Matković, Opća bolnica
Sarajevo
Dragan Obrenović, UKC Tuzla
Dragan Piljić, Županijska bolnica Orašje
Dragana Vilušić, Županijska bolnica
Orašje
Drago Masatović, UKC Tuzla
Edim Duraković, UKC Tuzla
Edo Hasanbegović, KCU Sarajevo
Elizabeta Soravia, KB Mostar
Enver Suljević, KCU Sarajevo
Fadil Šabović, AKAZ
Faruk Dalagija, KCU Sarajevo
Ibrahim Fazlagić, Opća bolnica Sarajevo
Ivan Brkić, KB Mostar
Izet Džemidžić, KCU Sarajevo
Jasminka Mujkanović, Opća bolnica
Sarajevo

Jelena Ravlija, ZZJZFBiH Mostar
Kata Martinović, Županijska bolnica
Orašje
Maja Ostojić, KB Mostar
Mara Marković, Županijska bolnica
Orašje
Melka Mercvajler, AKAZ
Miho Ilić, Županijska bolnica Orašje
Milka Tunjić, Županijska bolnica Orašje
Mirsad Babović, UKC Tuzla
Mirza Dilić, KCU Sarajevo
Nada Mladina, UKC Tuzla
Narcisa Hadžiahmetović, KCU Sarajevo
Nina Hrabač, Opća Bolnica Sarajevo
Paćo Ibrahim, Opća bolnica Sarajevo
Robert Glibić, KB Mostar
Rukib Mulalić, UKC Tuzla
Samija Džinić, UKC Sarajevo
Samir Čanović, UKC Tuzla
Senka Dinarević, KCU Sarajevo
Suada Švrakić, KCU Sarajevo
Vesna Brkić, KB Mostar
Vesna Juzbašić, Županijska bolnica
Orašje
Zdravka Lončar, UKC Mostar
Zdravko Ivanović, Županijska bolnica
Orašje
Zdrinko Brekalo, KB Mostar

Copyright © 2010 AKAZ

Ovaj dokument predstavlja vlasništvo AKAZ-a (Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu 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.

PREDGOVOR

izmijenjenom i dopunjrenom izdanju

Nakon što je proteklo pet godina od prvog izdanja akreditacijskih standarda za bolnice, prikupili smo vaše primjedbe i sugestije i sada vam dajemo ponešto izmijenjene i dopunjene standarde. Promjene nisu velike, a svode se na tri: 1.izbrisani kriteriji (ukupno 15); 2.promjene numeracije kriterija (koje logično proističu iz njihovog uklanjanja); i 3. preformulacija teksta kriterija (koji je na nekim mjestima bio nejasan, neprecizan ili nedorečen, pa su dodana nova uputstva ili proširena postojeća). Nadamo se da će vam ove izmjene i dopune olakšati rad prilikom podizanja sistema kvaliteta u vašoj bolnici.

Da biste se lakše snašli, na ovom mjestu dajemo tablicu svih izvršenih promjena:

Stara numeracija	Izmijenjene i dopune standarda (nova numeracija)	Izbrisani standardi
2.14	2.14	
2.15	2.15	
2.16	2.16	
2.17	2.17	
2.32	2.32	
3.15	3.15	
3.17		3.17
3.30	3.29	
3.37	3.36	
3.49	3.48	
3.58	3.57	
3.61	3.60	
4.12	4.12	
5.19	5.19	
5.77	5.77	
5.86	5.86	
5.87		5.87
5.91		5.91
5.107		5.107
5.108		5.108
5.109		5.109
5.110		5.110
5.111		5.111
5.112		5.112
5.114	5.106	
5.115	5.107	
5.120	5.112	
5.121	5.113	
6.14	6.14	
6.45	6.45	
7.2	7.2	
7.5	7.5	

7.8	7.8
8	8
8.6	8.6
8.7	8.7
8.11	8.11
8.12	8.12
8.13	8.13
8.20	8.20
9.2	9.2
10.18	10.18
10.19	10.19
10.25	10.25
11.12	11.12
11.18	11.18
12.3	12.3
15.56	15.56
16.17	16.17
17.20	17.20
20.8	20.8
20.10	20.10
23.1	23.1
26.70	26.70
37.14	37.14
50.165	50.165
50.166	50.166
50.167	50.167
54.9	54.9

Sarajevo, 13.april 2010.godine

Direktor AKAZ-a
Prim. Dr Zoran Riđanović

PREDGOVOR

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

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

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

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

Stoga ove standarde treba, prije svega, smatrati sredstvom za osiguranje i poboljšanje kvaliteta i sigurnosti unutar odjela i službi zdravstvenih ustanova i timova porodične medicine. Akreditacijski standardi imaju i visoku edukacijsku vrijednost, budući da definiraju i opisuju dobru i poželjnu praksu na koju se valja ugledati i koja se edukacijskim intervencijama na svim nivoima obrazovanja može širiti i afirmirati.

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

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

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

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

Predsjednik UKAZ-a
Dr Bakir Nakaš

UVOD

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

Ovi standardi su razvijeni tako što su britanski standardi *Health Quality Service* iz Londona prilagođeni našim prilikama kroz dvije radionice održane maja i juna mjeseca 2003. godine, a potom kroz uspješan rad deset radnih grupa; neke komentare na Forumu AKAZ sajta, naporan rad osoblja AKAZ-a i uz pomoć resursa na Internetu. Ne smatramo da je prilagođavanje potpuno uspjelo, posebno kada je riječ o našem zdravstvenom zakonodavstvu, upravljačkoj i medicinskoj praksi. Neke standarde, na primjer, one za finansijski menadžment, treba da dopune finansijski stručnjaci iz bolnica i direktori ustanova.

Na ovom mjestu treba navesti da zdravstveni profesionalci iz bolničke zdravstvene zaštite nisu razvili standarde za sve funkcije jedne bolnice, budući da su britanski standardi više menadžerski i generički orijentirani. Da bi se popunila ta praznina, AKAZ je zajedno sa zdravstvenim profesionalcima formulirao više standarda i kriterija iz šestog dijela – Specifične kliničke usluge, što je poticaj za komentatore da prvo razmotre i komentiraju te prijedloge, a potom da daju svoje sugestije za popunu novim kriterijima koji će bolje reflektirati našu tekuću praksu. Komentatorima se ostavlja na volju da dopišu nove standarde i kriterije za koje smatraju da su neizostavno potrebni u svakom od dijelova ovog nacrta standarda. Ovo ne treba da čudi jer se mi nalazimo u fazi kada se prvo testira akreditacijski program čiju srž poredstavljaju ovi standardi.

Prilagođavanje postojećih i razvoj novih standarda nije jednostavan posao. Pritom treba voditi računa da predloženi standardi i kriterija treba da budu **dostižni** za većinu bolnica u Bosni i Hercegovini, 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 bolnicama; standardi i kriterija treba da su **prihvatljivi** u mjeri koliko su konsenzualno dogovorenici, poštujući zakonske norme i etičke kodekse profesija; oni, također, treba da budu **prilagodljivi** u smislu izjava što 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 bolnica samoocijeniti i ocijeniti na kolegijalnoj osnovi u svrhu dokaza da pružaju usluge standardnog kvaliteta, tj. kada odluče da apliciraju za akreditaciju.

Standardi dobre prakse za bolnice podijeljeni su u sedam dijelova: 1.Upravljanje i rukovođenje bolnicom (1.1 – 10.23); 2. Upravljanje rizikom (11.1 – 18.28); 3. Iskustvo pacijenta (19.1 – 22.15); 4. Put pacijenta (23.1 – 26.81); 5. Upravljanje organizacionom jedinicom (27.1 – 31.43); 6. Specifične kliničke usluge (32.1 – 50.167); i 7. Tehničke službe i službe za podršku (51.1 – 55.20). Unutar svakog dijela formulirani su izjave standarda koje opisuju poželjnu izvedbu koja se može ostvariti zadovoljavanjem brojnih kriterija. Radi lakše preglednosti, kriterija su okupljena pod nazivima određenih poglavila.

Na primjer:

Standard: 24. Tretman i njega

Vrši se pojedinačna procjena svih pacijenata radi uvida u potrebnu zdravstvenu zaštitu i želje pacijenata. Nakon procjene prave se planovi njegе i tretmana, koji se provode i evaluiraju. Njega i tretman su usmјereni na pacijenta koji je uključen u sve aspekte procesa.

Procjena

- 24.1** Vrši se pojedinačna pravovremena, podesna i tačna procjena svih pacijenata.
- 24.2** Postoji datirana, dokumentirana procedura o procjeni pacijenata. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 24.3** Proces procjene osigurava da sve procjene imaju jasan cilj, a pacijentu se daje objašnjenje o tome šta je cilj procjene.
- 24.4** Pacijent/korisnik je uključen u procjenu.
Uputstvo: To zavisi od mentalnog stanja i nivoa svijesti pacijenta/korisnika. Svaki pokušaj uključivanja pacijenta/korisnika bi trebalo da bude dokumentiran.
- 24.5** Sve procjene vrši registrirani zdravstveni profesionalac.
- 24.6** Pravi se potpuna procjena pacijenta/korisnika.
Uputstvo: To obuhvata, naprimjer, fizičke, emocionalne, socijalne, kulturnalne, religiozne, duhovne, radne, novčane, stambene, obrazovne i rekreativne potrebe, ukoliko je primjenjivo i to uz saglasnost pacijenta/korisnika.

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 bolnica treba da se ugleda. Esencijalna kriterija podrazumijevaju zahtjeve koje pred bolnicu 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 bolnicu predstavljaju istinski izazov za postizanje najvećeg stupnja kvaliteta. U ovoj fazi testiranja akreditacijskog programa, tek treba utvrditi koji su kriteriji esencijalni i može li im se udovoljiti, koji su kriteriji esencijalni ali se iz raznih razloga još ne mogu ispuniti, i koji zadovoljeni kriteriji zaista predstavljaju kvalitetnu praksu koja ide iznad uobičajenih zahtjeva.

Tokom testiranja akreditacijskog programa mnogo očekujemo od Vaših povratnih informacija i komentara. Oni mogu biti kratki, na primjer, da izjava u standardu ili kriteriju nije odgovarajuća, u kojem slučaju treba da predložite bolju izjavu standarda / kriterija; da izjava ne odgovara terminološki ili u nekom drugom pogledu. Možete, također, dopisati izjavu za novi kriterij ako mislite da ta izjava kompletnije opisuje dati standard ili čak dopisati novi standard koji po Vašem mišljenju nedostaje. Bilo bi dobro ako biste uporište za postojeće izjave standarda i kriterija mogli potkrijepiti odgovarajućim zakonskim propisima i navodima iz etičkog kodeksa ili nekog dokumenta koji regulira pravila Vaše struke.

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

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

Početna procjena potvrdit će postojeću dobru praksu, ali će utvrditi i one oblasti u kojima treba mnogo raditi da bi se zadovoljili zahtijevani kriteriji. Na temelju tog početnog nalaza, svaka bolница, koja učestvuje u testiranju ovih standarda, označit će svoje prioritete i postaviti realistične ciljeve koje treba ostvariti kroz razvoj akcionog plana. Sve

osoblje bolnice treba uključiti da bi se ispunila kriterija koja se odnose na posebna polja njihovog rada. Realizaciju poduzetog projekta treba pratiti da bi se utvrdile tačke najvećeg otpora ili poteškoće, a osoblje bolnice kontinuirano informirati o napretku projekta. S vremenom na vrijeme treba ocjenjivati napredak u odnosu na standarde i kriterije a rezultate progrusa treba ugradivati u naredne akcione planove s ciljem da se kontinuirano poboljšava kvalitet.

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

Nakon što direktori / menadžeri bolnica, liječnici i medicinske sestre završe osnovnu ili dopunsku obuku za ocjenjivače kvaliteta, formirat će se nekoliko timova ocjenjivača na pilot osnovi koji će poduzeti prvu, neovisnu i vanjsku ocjenu kvaliteta organizacija bolničke zdravstvene zaštite koje učestvuju u ovom projektu. Pregled kvaliteta organizacije, funkcija i radnih procesa bolnice uključit će preglede dokumentacije, provjeru pridržavanja standarda i sastavnih kriterija, serije planiranih intervjua s menadžmentom i osobljem bolnice i posjete službama bolnice.

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

Na temelju testiranja akreditacijskog programa, utvrdit će se koji standardi i koji kriteriji treba da budu osnovom za akreditacijsko priznanje. Nakon toga, nalaze tima ocjenjivača, koji su sadržani u njihovom izvještaju, pregledat će Odbor za akreditaciju Agencije (ili Upravni odbor ako je tako definirano) da bi odredio da li je bolnica podobna da primi akreditacijsko priznanje. Da bi postigla punu akreditaciju, bolnica mora pokazati i dokazati da se pridržava svih esencijalnih kriterija.

Daljnji razvoj standarda za bolničku zdravstvenu zaštitu, odražavat će buduće promjene na nivou bolnice, tako što će AKAZ u suradnji sa zdravstvenim profesionalcima neprestano pregledati standarde i kriterije, vodeći posebno računa o tehnološkom napretku medicine i zdravstva, i u svjetlu nove legislative i smjernica ministarstava zdravstva. Stoga će se od svih zainteresiranih tražiti da komentiraju standarde i kriterija za bolničku zdravstvenu zaštitu kako bi se ovi mogli kontinuirano održavati ažurnima.

Želimo Vam puno uspjeha u komentiranju i primjeni ovih Vaših i naših zajedničkih standarda za bolničku zdravstvenu zaštitu, sekundarnog i gdje je to primjenljivo – tercijarnog nivoa. Kada se jednom budemo osvrnuli unatrag, znat ćemo da smo zajedničkim snagama uradili ogroman posao.

Prim.dr Zoran Riđanović,
Direktor AKAZ-a

Pregled standarda

Prvi dio: Upravljanje i rukovođenje bolnicom

1.1 – 1.18	Standard 1:	Vrijednosti, misija i očekivanja
2.1 – 2.49	Standard 2:	Odgovornosti organa upravljanja i organa rukovođenja
3.1 – 3.61	Standard 3:	Upravljanje kvalitetom na nivou bolnice
4.1 – 4.12	Standard 4:	Upravljanje žalbama
5.1 – 5.131	Standard 5:	Upravljanje humanim resursima
6.1 – 6.47	Standard 6:	Upravljanje informacijama i informacijske tehnologije
7.1 – 7.15	Standard 7:	Marketing i komunikacije
8.1 – 8.34	Standard 8:	Kupovina i prodaja roba i usluga
9.1 – 9.3	Standard 9:	Kućni red bolnice
10.1 – 10.23	Standard 10:	Finansijski menadžment

Drugi dio: Upravljanje rizikom

11.1 – 11.24	Standard 11:	Opća pitanja
12.1 – 12.22	Standard 12:	Sigurnost na radu
13.1 – 13.22	Standard 13:	Protupožarna zaštita
14.1 – 14.43	Standard 14:	Kontrola infekcije
15.1 – 15.56	Standard 15:	Dekontaminacija i sterilizacija
16.1 – 16.17	Standard 16:	Upravljanje otpadom
17.1 – 17.20	Standard 17:	Bezbjednost (Sistem fizičkog obezbeđenja)
18.1 – 18.28	Standard 18:	Reanimacija

Treći dio: Iskustvo pacijenta

19.1 – 19.19	Standard 19:	Prava pacijenta
20.1 – 20.19	Standard 20:	Informacije za pacijente/korisnike
21.1 – 21.27	Standard 21:	Individualne potrebe pacijenta
22.1 – 22.15	Standard 22:	Partnerstvo s pacijentima

Četvrti dio: Put pacijenta

23.1 – 23.35	Standard 23:	Upućivanje i prijem
24.1 – 24.55	Standard 24:	Tretman i njega
25.1 – 25.30	Standard 25:	Otpuštanje pacijenta
26.1 – 26.81	Standard 26:	Upravljanje zdravstvenom dokumentacijom i njen sadržaj

Peti dio: Upravljanje organizacionom jedinicom

27.1 – 27.10 Standard 27:	Ciljevi i planiranje organizacione jedinice
28.1 – 28.52 Standard 28:	Timski rad, upravljanje i imenovanje
29.1 – 29.31 Standard 29:	Razvoj i edukacija osoblja
30.1 – 30.16 Standard 30:	Razvoj kliničkih organizacionih jedinica
31.1 – 31.43 Standard 31:	Ambijent za pacijente i osoblje

Šesti dio: Specifične kliničke usluge

32.1 – 32.41 Standard 32:	Laboratorijska dijagnostika
33.1 – 33.48 Standard 33:	Radiološka i nuklearno-medicinska dijagnostika
34.1 – 34.75 Standard 34:	Farmaceutska služba
35.1 – 35.33 Standard 35:	Služba fizikalne medicine
36.1 – 36.29 Standard 36:	Usluge fizioterapije primjenljive za fizioterapeute
37.1 – 37.25 Standard 37:	Ambulantne bolničke usluge
38.1 – 38.34 Standard 38:	Hitna služba pri bolnici
39.1 – 39.75 Standard 39:	Hirurške službe
40.1 – 40.58 Standard 40:	Dnevni hirurški tretman
41.1 – 41.15 Standard 41:	Kardiohirurgija
42.1 – 42.33 Standard 42:	Kozmetička hirurgija
43.1 – 43.9 Standard 43:	Transplantacijska hirurgija
44.1 – 44.57 Standard 44:	Pedijatrijske i hirurške usluge za djecu i adolescente u bolničkim ustanovama
45.1 – 45.65 Standard 45:	Intenzivna njega
46.1 – 46.67 Standard 46:	Služba transfuzijske medicine
47.1 – 47.113 Standard 47:	Onkološka služba: hemoterapija i radioterapija
48.1 – 48.86 Standard 48:	Specijalistička palijativna zaštita
49.1 – 49.68 Standard 49:	Porodiljstvo
50.1 – 50.167 Standard 50:	Mentalno zdravlje – put pacijenta

Sedmi dio: Tehničke službe i službe za podršku

51.1 – 51.39 Standard 51:	Održavanje objekata, opreme, postrojenja i instalacija
52.1 – 52.56 Standard 52:	Bolnička kuhinja – pripremanje hrane i ishrana
53.1 – 53.27 Standard 53:	Služba za održavanje čistoće
54.1 – 54.30 Standard 54:	Služba transporta i prevoza
55.1 – 55.20 Standard 55:	Recepција

Sadržaj

<u>Prvi dio: Upravljanje i rukovođenje bolnicom.....</u>	15
Standard 1: Vrijednosti, misija i očekivanja.....	17
Standard 2: Odgovornosti organa upravljanja i organa rukovođenja	20
Standard 3: Upravljanje kvalitetom na nivou bolnice	26
Standard 4: Upravljanje žalbama.....	33
Standard 5: Upravljanje humanim resursima	35
Standard 6: Upravljanje informacijama i informacijske tehnologije.....	48
Standard 7: Marketing i komunikacije.....	54
Standard 8: Kupovina i prodaja roba i usluga	56
Standard 9: Kućni red bolnice	50
Standard 10: Finansijski menadžment	61
<u>Drući dio: Upravljanje rizikom</u>	65
Standard 11: Opća pitanja	67
Standard 12: Upravljanje rizikom – Sigurnost na radu	70
Standard 13: Protupožarna zaštita	73
Standard 14: Kontrola infekcije.....	76
Standard 15: Dekontaminacija i sterilizacija	81
Standard 16: Upravljanje otpadom	87
Standard 17: Bezbjednost (Sistem fizičkog obezbjeđenja)	90
Standard 18: Reanimacija	93
<u>Treći dio: Iskustvo pacijenta</u>	97
Standard 19: Prava pacijenta.....	99
Standard 20: Informacije za pacijente/korisnike	102
Standard 21: Individualne potrebe pacijenta	105
Standard 22: Partnerstvo s pacijentima	110
<u>Četvrti dio: Put pacijenta.....</u>	113
Standard 23: Upućivanje i prijem	115
Standard 24: Tretman i njega.....	119
Standard 25: Otpuštanje pacijenta	125
Standard 26: Upravljanje zdravstvenom dokumentacijom i njen sadržaj.....	129

Peti dio: Upravljanje organizacionom jedinicom	139
Standard 27: Ciljevi i planiranje organizacione jedinice	141
Standard 28: Timski rad, upravljanje i imenovanje	143
Standard 29: Razvoj i edukacija osoblja	149
Standard 30: Razvoj kliničkih organizacionih jedinica	153
Standard 31: Ambijent za pacijente i osoblje.....	155
Šesti dio: Specifične kliničke usluge	159
Standard 32: Laboratorijska dijagnostika	161
Standard 33: Radiološka i nuklearno-medicinska dijagnostika	166
Standard 34: Farmaceutska služba.....	171
Standard 35: Odjel fizikalne medicine	180
Standard 36: Usluge fizioterapije primjenljive za fizioterapeute.....	185
Standard 37: Ambulantne bolničke usluge.....	188
Standard 38: Centar/jedinica urgentne medicine (C/JUM)	191
Standard 39: Hirurške službe	195
Standard 40: Dnevni hirurški tretman	204
Standard 41: Kardiohirurgija	211
Standard 42: Kozmetička hirurgija	213
Standard 43: Transplantacijska hirurgija.....	217
Standard 44: Pedijatrijske i hirurške usluge za djecu i adolescente	218
Standard 45: Intenzivna njega	225
Standard 46: Služba transfuzijske medicine	233
Standard 47: Onkološka služba: hemoterapija i radioterapija	240
Standard 48: Specijalistička palijativna zaštita (SPZ)	253
Standard 49: Porodiljstvo	262
Standard 50: Mentalno zdravlje – put pacijenta.....	269
Sedmi dio: Tehničke službe i službe za podršku.....	289
Standard 51: Održavanje objekata, opreme, postrojenja i instalacija	291
Standard 52: Bolnička kuhinja – pripremanje hrane i ishrana	296
Standard 53: Služba za održavanje čistoće	302
Standard 54: Služba transporta i prevoza	305
Standard 55: Recepција	309
Objašnjenje skraćenica	313

Prvi dio:

Upravljanje i

rukovođenje bolnicom

Standard 1: Vrijednosti, misija i očekivanja

Bolnica jasno navodi vrijednosti za koje se zalaže, misiju (svoju ulogu i svrhu), uloge vodstva i težnje koje treba ostvariti u skladu sa nacionalnim politikama i prioritetima.

Vrijednosti organizacije

- 1.1** Bolnica ima dokument koji je dostupan javnosti i u kojem izražava svoje vrijednosti, misiju i viziju.
Uputstvo: Dokument može sadržavati samo misiju bolnice, ali mora biti javan, najbolje na oglašnoj ploči ili web sajtu ako ga bolnica ima.
- 1.2** U stvaranju dokumenta koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju, učestvuju i predstavnici osnivača i predstavnici pacijenata/korisnika usluga bolnice.
- 1.3** Dokument koji sadrži vrijednosti, misiju i viziju treba da sadrži jasno opredjeljenje bolnice za upravljanje kvalitetom.
Uputstvo: Osim zakonskih obaveza koje u tom pogledu treba da ispunji, bolnica pokazuje čvrsto opredjeljenje za zadovoljavanje potreba i zahtjeva pacijenata/korisnika i njegovatelja.
- 1.4** Menadžment bolnice, odnosno stručni organi pokazuju privrženost pružanju kvalitetnih usluga kroz stručno i finansijsko planiranje i izvještavanje o postignutim rezultatima u oblasti upravljanja kvalitetom i rizikom.
Uputstvo: Privrženost kvalitetu ocjenjuje se na temelju Statuta, pravilnika i godišnjih izvještaja nadzornog odbora (ako je to Zakonom predviđeno), upravnog odbora, direktora, stručnih tijela a naročito stalnih komisija koje se formiraju u svrhu podrške upravljanju kvalitetom i rizikom.
- 1.5** Menadžment bolnice poduzima sve mjere u pravcu održavanja dobrih međuljudskih i profesionalnih odnosa između sebe, s osobljem i pacijentima.
- 1.6** U poslovnom planu bolnice jasno su navedeni ciljevi, prioriteti i vremenski okvir za ostvarenje ciljeva.
Uputstvo: Ovo se posebno odnosi na ciljeve poboljšanja kvaliteta i sigurnosti.

Motivacija

- 1.7** Menadžment bolnice, odnosno stručni organi pokazuju privrženost pružanju kvalitetnih usluga kroz osiguranje odgovarajuće obuke osoblja za kvalitet i sigurnost.
Uputstvo: Cijenit će se kvantitativno i kvalitativno učešće osoblja u organiziranoj obuci i edukaciji iz oblasti upravljanja kvalitetom i rizikom i unapređenja kvaliteta i sigurnosti.

- 1.8** Članovi menadžmenta bolnice učestvuju u stalnom profesionalnom razvoju i obuci pomoću kojih osiguravaju neophodne vještine za upravljanje bolnicom i primjenu metoda poboljšanja kvaliteta u vlastitom radu.
- 1.9** Rutinski se ocjenjuje iskustvo aktera u bolnici i izvan nje – pacijenata / korisnika, njegovatelja, osoblja, suradnika i drugih – i menadžment bolnice se informira kako se upravlja i rukovodi bolnicom, kako se pružaju i razvijaju zdravstvene usluge.
- 1.10** Menadžment bolnice aktivno potiče i podržava ideje osoblja na svim nivoima o poboljšanju usluga i kreativna rješenja za utvrđene probleme.
Uputstvo: Članovi menadžmenta mogu navesti primjere sugestija i ideja osoblja u posljednjih godinu dana.
- 1.11** Članovi menadžmenta na raspolaganju su zaposlenima, pacijentima/korisnicima i njegovateljima da bi ih saslušali i odgovorili na njihove potrebe i zahtjeve.
Uputstvo: Članovi menadžmenta mogu navesti primjere i potkrijepiti ih dokazima o saslušanim mišljenjima i pogledima zaposlenih, pacijenata i njegovatelja čak i ako su te ideje u opreci s njihovima.
- 1.12** Menadžment bolnice ima evidenciju o učešću osoblja u aktivnostima na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti.
- 1.13** Menadžment bolnice promovira i podržava rad s vanjskim ustanovama i agencijama a naročito sa profesionalnim tijelima.
- 1.14** Menadžment bolnice promovira, cijeni i podržava uspješan i naporan rad osoblja.

Izvedba

- 1.15** Ispunjene standarda zaštite i usluga koje treba postići razmatra se zajedno sa traženim resursima.
- 1.16** Definirana su ovlaštenja, dužnosti, obaveze i odgovornosti pojedinaca i timova koji se redovno ažuriraju i diseminiraju u bolnici.
Uputstvo: Ovo se uglavnom nalazi u opisima poslova ili u pregledima pojedinačnih odgovornosti. Odgovornosti timova mogu se definirati u operativnim procedurama, odjeljenskim priručnicima, opisu radnih zadataka za radne grupe ili dati kao sažetak u priručniku za osoblje ili u priručniku za uvođenje u posao.

- 1.17** Bolnica ima informacijski sistem i procese pomoću kojih redovno prati progres u postizanju ciljeva.
- Uputstvo: Ovo se posebno odnosi na praćenje poboljšanja kvaliteta i ostvarenje ciljeva poboljšanja kvaliteta. Suština je u tome da se različiti podsistemi uvežu u jedan sistem kako bi se mogao pratiti i evaluirati rad na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti u bolnici, kao, na primer, pregled poslovnog plana, izveštaji involviranih komisija, popunjeni anketni upitnici pacijenata i osoblja, itd.*
- 1.18** Svi akteri obavještavaju se o ostvarenim rezultatima u odnosu na postavljene ciljeve barem jedanput godišnje.

Standard 2: Odgovornosti organa upravljanja i organa rukovođenja

Postoje upravljački i rukovodni organi koji su ovlašteni i odgovorni za ostvarivanje ciljeva bolnice.

Upravni odbor

- 2.1** Upravni odbor bolnice je odgovoran za upravljanje svim aktivnostima u bolnici u saglasnosti s njenom misijom. U ovo je uključena i njegova odgovornost za kvalitet zdravstvenih usluga, uz obezbjeđenje primjene zakonskih propisa.
- 2.2** Izbor i imenovanje upravnog odbora je u skladu s pozitivnim zakonskim propisima iz oblasti zdravstva i rada javnih ustanova.
- 2.3** Upravni odbor donosi program i plan rada za period u kojem je imenovan od osnivača.
- 2.4** Upravni odbor imenuje i razrješava direktora bolnice.
- 2.5** Upravni odbor usvaja strateški plan razvoja bolnice, te operativne planove razvoja bolnice za jednogodišnji period.
- 2.6** Upravni odbor postavlja i potiče implementaciju i po potrebi revidira politike, procedure i prakse radi stalne evaluacije usluga koje bolnica pruža, utvrđuje, procjenjuje i rješava probleme koji nastaju i koji mogu nastati u upravljanju bolnicom.
- 2.7** Upravni odbor redovno, u skladu s planom rada, ali ne manje od dva puta godišnje, razmatra aktivnosti svih bolničkih servisa na unapređenju kvaliteta zdravstvenih usluga i o tome izvještava nadležne organe (osnivača i nadležno ministarstvo), te menadžment bolnice o zaključcima i planiranim aktivnostima na poboljšanju kvaliteta zdravstvenih usluga koje se pružaju u bolnici.
- 2.8** Upravni odbor usvaja opće akte koji odražavaju njegove zakonske obaveze i odgovornosti u odnosima bolnice s pacijentima i prema društvenoj zajednici, te provodi redovnu kontrolu i evaluaciju primjene navedenih akata.
- Uputstvo: Svi normativni akti bolnice, Statut, pravilnici o radu, zaštiti na radu, plaćama, kontroli bolničkih infekcija i drugi, usvojeni su i stavljeni u funkciju. Upravni odbor je razradio mehanizme izvještavanja i evaluacije i zadužio menadžment – direktora za njihovu implementaciju.*

- 2.9** Upravni odbor permanentno evaluira upravljanje bolnicom i to kako vlastite aktivnosti, tako i aktivnosti na zdravstvenoj zaštiti i tretmanu pacijenata. Aktivnosti koje preduzima na rješavanju uočenih problema predmet su periodičnog kritičkog sagledavanja i analize.
- 2.10** Upravni odbor redovno se sastaje o čemu svjedoče zapisnici sa sastanaka.
- 2.11** Postoji dokumentirani sistem praćenja rada upravnog odbora i menadžmenta bolnice te izvještavanja o radu osnivaču i nadležnom ministarstvu.
- 2.12** Upravni odbor postavlja i podržava koordinacijske programe koji integriraju sve bolničke aktivnosti u svrhu obezbjeđenja zdravstvene zaštite i usvojenih standarda. (sve službe, objekti, oprema, uslovi za rad).

Direktor i menadžment

- 2.13** Postoji datirana, dokumentirana i javno objavljena organizacijska struktura bolnice – od upravnog odbora i direktora do svih menadžerskih pozicija tj. radnih mesta s posebnim ovlaštenjima, s jasno definiranim ovlaštenjima, odgovornostima i linijama izvještavanja.
Uputstvo: Struktura može biti napravljena u obliku dijagrama. Radna mjesta s posebnim ovlaštenjima su uobičajeno: direktor, šefovi odjeljenja, šefovi službi, šefovi odsjeka, glavna sestra bolnice i glavna sestra odjeljenja. Uobičajeno bolnica ima (1) kolegij kao savjetodavni organ direktora za poslovanje i čine ga šefovi medicinskih organizacijskih jedinica i šefovi nemedicinskih službi; i (2) stručno vijeće kao stručni savjetodavni organ direktora koji čine najmanje šefovi medicinskih organizacijskih jedinica. U tom kontekstu, menadžment bolnice predstavljaju menadžeri – članovi kolegija i stručnog vijeća bolnice.
- 2.14** Izbor i imenovanje direktora bolnice vrši se u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o radu i drugim normativnim aktima koji reguliraju ovu materiju.
Uputstvo: Upravni odbor u skladu sa statutom bolnice utvrđuje uvjete za raspisivanje javnog natječaja za izbor i imenovanje direktora bolnice.
- 2.15** Pored opštih uvjeta koji su propisani zakonom, direktor posjeduje kvalifikacije za menadžera propisane od strane nadležnog ministarstva.
Uputstvo: Nadležno ministarstvo utvrđuje dodatne uvjete za menadžera bolnice koji su u skladu s potrebnim vještinama i znanjem u oblasti menadžmenta u zdravstvenim ustanovama. U slučaju izbora direktora bolnice iz reda medicinskih stručnjaka koji su još angažovani u kliničkoj praksi, menadžer bolnice mora za vrijeme mandata direktora prekinuti bavljenje kliničkom praksom.
- 2.16** Direktor bolnice ili član menadžmenta, odgovoran za koordinaciju u oblasti kvaliteta, posjeduje kvalifikaciju za menadžera kvaliteta u zdravstvu ili je obavio edukaciju iz oblasti menadžmenta ili je uključen u edukaciju čiji će rezultat biti takva kvalifikacija.

- 2.17** Direktor bolnice je odgovoran za cjelokupan stručni rad u bolnici .Opštim aktom zdravstvene ustanove propisuje se stručni nadzor koji uključuje i uspostavu, razvijanje i održavanje sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, saglasno Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu.
- 2.18** Uloge, funkcije i odgovornosti direktora i menadžera bolnice su definirane i dokumentirane u Statutu bolnice.
- 2.19** Odgovornost direktora bolnice podrazumijeva da je izbor i imenovanje drugog i trećeg nivoa menadžmenta provedeno u skladu sa statutom bolnice i drugim normativnim aktima.
Upustvo: Razina drugog reda menadžmenta u bolnici podrazumjeva minimum imenovanih lica na mjestu: menadžera kvaliteta, pomoćnika za medicinska pitanja, pomoćnika za sestrinstvo, pomoćnika za administrativno normativnu djelatnost, tehničku službu i ekonomsko-finansijske poslove. Imenovanje drugog i trećeg nivoa menadžmenta u bolnici je u nadležnosti direktora bolnice, a potvrđuje ga upravni odbor. Izbor rukovodećih kadrova je u skladu s vremenskim intervalima i ostalim uvjetima koji su propisani statutom bolnice.
- 2.20** Odgovornost direktora i ostalih članova menadžmenta bolnice podrazumijeva ispunjavanje zakonskih obaveza u vezi sa realizacijom programa, planova i odluka upravnog odbora i pružanjem zdravstvene zaštite u skladu s usvojenim standardima.
- 2.21** Menadžment bolnice redovno se sastaje, a o tome svjedoče zapisnici sa sastanaka.
- 2.22** Zaključci o ključnim pitanjima sa sastanaka menadžmenta bolnice i drugih tijela distribuiraju se svem osoblju.
- 2.23** Bolnica ima stalne komisije s ciljem pružanja kvalitetnih i efikasnih usluga.
Upustvo: Broj i vrstu komisija određuju organi bolnice.
- 2.24** U razvoju politika i planova bolnice učestvuje sve medicinsko i nemedicinsko osoblje.
- 2.25** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura, revidirana u zadnje tri godine, koja upućuje osoblje na koji način postupati u slučajevima lošeg upravljanja i rukovođenja ustanovom, upitne ili loše medicinske prakse koja je uočena, prekršaja etičkog kodeksa struke ili narušavanja odgovornosti.
- 2.26** Postoji datirana, dokumentirana politika o prihvatanju / odbijanju poklona koja daje uputstvo osoblju šta se može, a šta ne može prihvati kao poklon, kao i procedure za prijavljivanje poklona.

- 2.27** Jedan menadžer u bolnici zadužen je da osigurava dobivanje i produženje svih propisanih, relevantnih certifikata i licenci, kao i njihovo prilaganje u slučaju zahtjeva nadležnog organa ili suradničke agencije.
- 2.28** Mišljenja i iskustva pacijenata i njegovatelja uzimaju se u obzir u razvoju bolničkih politika i planova.
Uputstvo: U tu svrhu koriste se rezultati rutinskog anketiranja pacijenata; ideje koje se dostavljaju kroz organizirani bolnički sistem primjedbi i pohvala; ili kroz konsultacijske procese koji se odnose na planove razvoja specifičnih službi.

Nadzorni odbor

- 2.29** Imenovan je nadzorni odbor kao organ kontrole poslovanja bolnice.
- 2.30** Postoji dokumentirana struktura i opis djelatnosti nadzornog odbora.
- 2.31** Postoji dokumentacija o radu nadzornog odbora.

Poslovno planiranje

- 2.32** Bolnica ima strateški plan pružanja usluga, razvoja i poboljšanja izvedbe i kvaliteta.
Uputstvo: Strateški plan je u skladu s federalnim i kantonalnim planovima i prioritetima za organizacione jedinice.
- 2.33** Bolnica ima godišnji plan u kojem su izloženi koraci koje bi trebalo poduzeti kako bi se ti kratkoročni i dugoročni ciljevi postigli.
Uputstvo: Godišnji plan uključuje mjerljive ciljeve. Za svaki od ciljeva u planu su izloženi načini na koje će se to postići, vremenski okvir, kao i ime osobe koja će biti odgovorna za poduzimanje tih koraka.
- 2.34** Svi članovi osoblja su uključeni u proces planiranja i razvoja organizacije i imaju priliku da izlože svoje prijedloge i komentare na predložene planove razvoja, strateške planove i planove rada.
Uputstvo: Osoblje može biti uključeno kroz razgovore o godišnjim planovima na sastanku organizacione jedinice, na otvorenim sastancima osoblja, putem proslijđivanja nacrtnih planova, gdje im se daje određeno vrijeme za konsultacije i povratne komentare. Prijedlozi osoblja se prikupljaju i uključuju u nacrne planove.
- 2.35** Postoji zvanična povratna informacija prema osoblju o tome koji su prijedlozi uključeni u završne planove razvoja, strateške planove i planove rada.

2.36 Planovi razvoja i strateški planovi uključuju potrebe za obukom osoblja da bi se ti planovi mogli implementirati.

2.37 Poslovni plan je mjerljiv a ostvarenje plana revidira menadžment bolnice.

Politike i procedure

2.38 Politike i procedure se razvijaju u skladu sa zakonskim propisima za sva operativna polja bolnice.

Uputstvo: Tu spadaju svi zakonski propisi koji mogu imati utjecaja na bilo koji aspekt rada bolnice / jedinice, ali i u skladu sa dobrom praksom.

2.39 Politike i procedure se razvijaju uz doprinos osoblja.

Uputstvo: Osoblje se može uključiti putem diskusija o određenim pitanjima na sastancima tima ili osoblja organizacione jedinice, ili putem konsultacija o nacrtnim politikama i procedurama. Osoblje se također može uključiti i putem članstva u radnim grupama, čiji je zadatak izrada nacrtnih dokumenata o politikama i procedurama.

2.40 Sve politike i procedure su datirane i pregledaju se minimalno svake tri godine.

Uputstvo: Svaki dokument koji predstavlja politiku ili proceduru trebalo bi da je objavljen ili pregledan u periodu od zadnje tri godine. Tamo gdje je objavljeno novo uputstvo ili je izašao novi zakonski propis na federalnom ili kantonalm nivou, možda će biti potrebno pregledati politike i procedure i prije isteka tri godine, kako bi one odražavale te promjene.

2.41 Politike i procedure se objavljaju s imenom osobe ili imenima grupe ljudi koji su odgovorni za izradu nacrtta i za pregled valjanosti.

2.42 Politike i procedure na prvoj stranici imaju broj verzije koji se mijenja sa svakom promjenom u dokumentu.

2.43 Politike i procedure se indeksiraju na jednom mjestu i sastavljaju u priručnik za politike koji sadrži detalje o cirkuliranju svake pojedinačne politike i procedure.

2.44 Politike i procedure službeno odobravaju direktor i menadžment bolnice.

2.45 Politike i procedure se distribuiraju u cijeloj bolnici.

Uputstvo: Trebalo bi da postoji dokument o procesu kontrole cirkuliranja politika i procedura, koji bi mogao sadržavati potpise koji se daju po prijemu politika i procedura, kao i kontrolu vraćanja dokumenata koji su zamijenjeni novim verzijama.

2.46 Osoblje ima pristup dokumentiranim politikama i procedurama koje se odnose na njihovo polje rada i poznaje te politike i procedure.

Uputstvo: To uključuje i privremeno zaposleno osoblje.

- 2.47** Vrši se provjera kvaliteta radne prakse kako bi se osiguralo da se ona odvija u skladu s dokumentiranim politikama i procedurama.

Uputstvo: Postoji sistematski raspored provjere kvaliteta koji pokriva sve politike i procedure, kako bi se osigurala njihova dosljedna primjena i provođenje. Praksa rada se poređi s ciljem praćenja primjene i provođenja politika i procedura.

Jednake mogućnosti

- 2.48** Postoji datirana, dokumentirana politika o jednakosti, antidiskriminatornoj praksi i jednakosti u pristupu uslugama. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Uputstvo: Pitanje jednakosti uključuje, npr. izjave o jednakosti rasa, kultura, jezika, spolova, nesposobnosti (invalidnosti), seksualne orientacije, godina i religije, kao i izjave jednakosti pacijenata/korisnika s mentalnim problemima i poteškoćama u učenju.

- 2.49** Pacijenti/korisnici, njegovatelji i osoblje imaju jednaku mogućnost pristupa politici o jednakim mogućnostima i jednakom pristupu bolničkim uslugama.

Standard 3: Upravljanje kvalitetom na nivou bolnice

Bolnica ima uspostavljen sistem kojim se osigurava visok kvalitet pružanja zdravstvenih usluga putem implementacije multidisciplinarnog upravljanja kvalitetom i rizikom koji uključuju korištenje i ocjenu dokaza kliničke efikasnosti i kliničkog kvaliteta.

Organizacija upravljanja

- 3.1** Imenovana je osoba čija je funkcija i odgovornost nadgledanje poboljšanja kvaliteta u bolnici.
- 3.2** U bolnici postoji dokumentirana sveobuhvatna strategija i planovi poboljšanja kvaliteta, napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Strategija bi trebalo da uključuje mjerljive ciljeve, vremenske rokove i nosioce funkcija odgovorne za njeno implementiranje; odgovornost menadžmenta za vršenje upravljanja kvalitetom; organizacionu strukturu podrške izvršenju; identificiranje potrebnog znanja i vještina; identificiranje potreba za obukom i detalja o tome kako će se obuka realizirati; izvještavanje; raspored implementacije; mehanizme pregleda. Bolnica ima mehanizam kojim se obezbjeduju potrebni resursi za podršku poboljšanju kvaliteta i evaluaciju poduzetih aktivnosti.
- 3.3** Strategija poboljšanja kvaliteta pokriva i kliničke i nekliničke usluge.
- 3.4** Strategija poboljšanja kvaliteta uključuje kliničku učinkovitost (efektivnost).
- 3.5** Strategija poboljšanja kvaliteta uključuje pregled kliničkog kvaliteta (klinička revizija, audit).
- 3.6** Strategija poboljšanja kvaliteta sadrži uputstva za podnošenje žalbi i parničenje.
- 3.7** Strategija poboljšanja kvaliteta uključuje kontinuirani profesionalni razvoj kliničkog osoblja.
- 3.8** Strategija poboljšanja kvaliteta sadrži uputstva za dobvanje povratnih informacija od pacijenata/korisnika.
- 3.9** Strategija poboljšanja kvaliteta i napredak u odnosu na ciljeve koji su postavljeni u strategiji pregledaju se jednom godišnje.
- 3.10** Strategija poboljšanja kvaliteta (ili bolnički plan implementacije) razvijen je u suradnji s osobljem i interesnim grupama.
Uputstvo: Interesne grupe mogu biti: konsultanti, fondovi zdravstvenog osiguranja, liječnici porodične medicine, predstavnici pacijenata/korisnika usluga.

- 3.11** Strategija poboljšanja kvaliteta je distribuirana u cijeloj bolnici.
- 3.12** Svi zaposleni u bolnici su uključeni u sprovođenje strategije poboljšanja kvaliteta.
- 3.13** Komisija za poboljšanje kvaliteta podnosi godišnji izvještaj o svojim aktivnostima direktoru i menadžmentu bolnice.
- 3.14** Postoji izvještaj o evaluaciji implementacije strategije za poboljšanje kvaliteta i njenom utjecaju na ishod u skladu s poduzetim aktivnostima.
Uputstvo: Izvještaj sadrži procjenu smanjenja troškova, povećanje aktivnosti, bolju iskorištenost osoblja, porast zadovoljstva pacijenata/korisnika i smanjenje vremena čekanja na smještaj, rezultate ispitivanja i otpusna pisma.
- 3.15** Postoji dogovoren program aktivnosti menadžmenta u svrhu ocjene kvaliteta, mjerena izvršenja i ishoda u vezi sa tretmanom pacijenata u bolnici.
Uputstvo: Programom bi trebalo pokazati jasnu vezu između inicijative poboljšanja kvaliteta sa tretmanom pacijenata, konsultacijama osoblja u ovoj oblasti i menadžmentom ljudskih resursa. Budući da se plan i program poboljšanja kvaliteta izrađuje za ustanovu kao cjelinu i za pojedine organizacione jedinice, formalno jedinistvo tih aktivnosti bi trebalo postići u jednom dokumentu koji svjedoči o evaluaciji ispunjenja plana i programa poboljšanja kvaliteta na nivou ustanove.
- 3.16** Sve zaposleno osoblje u bolnici ima pristup izvještaju o implementaciji strategije kvaliteta i aktivno doprinosi izvještaju.
- 3.17** Postoje sistemi za uvezivanje i sređivanje informacija o aktivnostima u cijeloj bolnici koje se odnose na upravljanje kvalitetom i rizikom.
Uputstvo: Tu spadaju informacije o: upravljanju rizikom, zdravlju i sigurnosti; edukaciji, obuci i kontinuiranom profesionalnom razvoju; kliničkoj provjeri kvaliteta i efikasnom razvoju prakse; provjeri sadržaja zdravstvene dokumentacije; pregledu žalbi; istraživanju i razvoju; i inicijativama na poboljšanje nekliničkog kvaliteta. Okvirni plan upravljanja kvalitetom i rizikom bi trebalo da bude povezan i koordiniran s ostalim inicijativama i komisijama/grupama za implementaciju.

Provjera kliničkog kvaliteta (klinička revizija)

- 3.18** Organizacijski prioriteti za provjeru kliničkog kvaliteta utvrđuju se i dokumentiraju u programu provjere kliničkog kvaliteta za cijelu bolnicu.

3.19 Postoje dokumentirane procedure za provođenje projekta provjere kliničkog kvaliteta.

Uputstvo: To uključuje zahtjev za definisanjem ciljeva i zadataka provjere koja će se sprovoditi, veličinu uzorka i vremenske rokove. U dodatku procedure mogu se pokrivati pitanja kao što su evidencije s održanih redovnih sastanaka provjere kliničkog kvaliteta sa zaključcima; izvještaj provjere kliničkog kvaliteta sadrži akcioni plan za izmjene; evidentira se prisustvo sastancima provjere kliničkog kvaliteta; postoji evidencija o poduzetim aktivnostima menadžmenta na osnovu rezultata provjere; uključuje i teme kao što je multidisciplinarni karakter razvoja provjere kliničkog kvaliteta.

3.20 U program provjere kliničkog kvaliteta uključeno je sve osoblje bolnice/jedinice.

3.21 Vodi se evidencija sastanaka provjere kliničkog kvaliteta.

Uputstvo: To uključuje, npr. listu prisutnih, teme o kojima se diskutiralo i zaključke ili napravljene preporuke.

3.22 Preporuke nastale kao rezultat programa provjere kliničkog kvaliteta se obavezno implementiraju.

Uputstvo: Bolnica bi trebala biti u stanju da prikaže primjere promjena u praksi koje su uvedene kao rezultat programa provjere kliničkog kvaliteta.

3.23 Programi provjere kliničkog kvaliteta su podržani i usklađuju se u cijeloj bolnici.

Uputstvo: Sredstva su srazmjerna veličini organizacije. Npr. glavna sestra bolnice može imati odgovornosti za koordinaciju aktivnosti provjere kliničkog kvaliteta.

3.24 Bolnice međusobno razmjenjuju rezultate provjere kliničkog kvaliteta u svrhu kolegijalnog pregleda.

Uputstvo: AKAZ je zadužen i odgovoran za razmjenu dobre prakse.

3.25 Bolnica/jedinica provjerava implementaciju aktuelnih dokumentiranih procesa procjene i tretmana pacijenata .

Uputstvo: To bi trebalo biti uključeno u planirani program provjere kliničkog kvaliteta.

3.26 Konačni ishodi tretmana pacijenta kako kratkoročni (tamo gdje je moguće) tako i dugoročni, provjeravaju se na tekućoj osnovi.

Uputstvo: Metode provjere mogu uključivati slučajne uzorke historija bolesti za pacijente koji su još u bolnici/jedinici, te slučajne uzorke završenih slučajeva. Provjera ishoda trebalo bi biti sastavni dio planiranog programa aktivnosti provjere kliničkog kvaliteta.

3.27 Sastavni dio programa provjere kliničkog kvaliteta je i distribucija rezultata provjere kvaliteta.

Uputstvo: Sistem distribucije rezultata provjere kvaliteta može uključivati redovne izvještaje i biltene s novostima. Trebalo bi evaluirati i efikasnost sistema distribucije koji se koristi.

- 3.28** Izmjene u praksi uvode se kao rezultat programa provjere kliničkog kvaliteta.
- Uputstvo: Izmjene mogu biti uvedene kao rezultat nalaza provjere kliničkog kvaliteta provedene bilo gdje i/ili kao rezultat provjere nepovoljnih događaja.*
- 3.29** Minimalno se na bolničkom nivou provodi provjera kliničkog kvaliteta o slučajevima maternalne smrtnosti; perioperativnim smrtnim slučajevima; o broju mrtvorodene djece i o slučajevima smrti u ranom djetinjstvu; i o broju samoubojstava u bolnici.
- Uputstvo: Riječ je o običnoj bolničkoj statistici u vezi sa ozbiljnim događajima a u okviru indikatora sigurnosti («sentinel events»), osim za perioperativni mortalitet koji se može analizirati u sklopu kliničke revizije.*

Klinička učinkovitost

- 3.30** Zdravstveni profesionalci imaju pristup najnovijim informacijama o nalazima istraživanja i kliničkoj praksi koja se zasniva na dokazima.
- Uputstvo: Bolnica bi trebala omogućiti pristup informacijama iz profesionalnih publikacija i drugih izvora preko interneta.*
- 3.31** Postoji sistem za diseminaciju informacija o učinkovitoj kliničkoj praksi unutar bolnice/jedinice.
- Uputstvo: Metode mogu uključivati sastanke za provjeru kliničkog kvaliteta, cirkulaciju sadržaja stranica i specifičnih članaka iz medicinskih časopisa.*
- 3.32** Postoji sistematski pristup kliničkim indikatorima kvaliteta i njihovoj ocjeni unutar bolnice.
- Uputstvo: Rutinska i sistematska ocjena indikatora kliničkog kvaliteta uključuje, npr. otakzane operacije i tretmane; neriješene slučajeve žalbi ili nezadovoljavajuće rješenje; greške s lijekovima; mortalitet i morbiditet, uključujući komplikacije koje se mogu izbjegći; slučajeve neočekivane (iznenadne) smrti i nepovoljne kliničke događaje.*
- 3.33** U hirurgiji akutnih slučajeva i bolnicama/jedinicama za dužu hospitalizaciju prati se i procjenjuje incidencija dekubitus-a.
- 3.34** U bolnici se prati i procjenjuje incidencija padova pacijenata.
- 3.35** Prati se i ocjenjuje stopa neplaniranih ponovnih prijema na hirurškim odjelima.
- Uputstvo: Kad je jednom sprovedena inicijalna procjena indikatora, korisno je postaviti zadatke i ciljeve za unapređenje u vezi s indikatorima ishoda, tako da mjerljivi napredak može biti procjenjen u svako vrijeme.*

Kliničke vodilje i putevi zaštite

- 3.36** U bolnici/jedinici postoji planirani program za adaptaciju i implementaciju vodilja za kliničku praksu i/ili puteve zaštite.
Uputstvo: Putevi zaštite trebali bi biti razvijeni unutar sistema zaštite koji može prelaziti unutarnje i vanjske granice bolnice.
- 3.37** Osoblje koje je odgovorno za razvoj kliničkih vodilja prošlo je obuku iz metodologije razvoja vodilja.
- 3.38** Razvoj, implementacija i evaluacija vodilja za kliničku praksu baziraju se na organizaciji razvoja koju je uspostavio AKAZ, vodiljama koje su prihvачene na državnom nivou i vodiljama profesionalnih tijela.
- 3.39** Postoje vodilje za rutinske kliničke procedure postavljene od strane bolnice koje su u skladu s državnim vodiljama ako ove postoje.
Uputstvo: To mogu biti obrasci integriranih puteva zaštite ili lokalne vodilje.
- 3.40** U razvoju i procjeni puteva zaštite i vodilja za kliničku praksu koriste se povratne informacije od pacijenata kako bi se dobilo njihovo mišljenje.
Uputstvo: To može uključivati studije o pacijentima, objavljenu literaturu ili tekuće studije koje se lokalno provode.
- 3.41** Uspostavljena je mreža za razmjenu iskustava unutar bolnice i s vanjskim organizacijama za razvoj i implementaciju kliničkih vodilja i puteva zaštite.
Uputstvo: To uključuje izvještaje o neslaganju u vezi sa kliničkim vodiljama i putevima zaštite. To bi trebalo biti uključeno u planirani program aktivnosti provjere kliničkog kvaliteta.
- 3.42** Bolnica provodi rutinsku provjeru kliničkog kvaliteta u odnosu na implementirane kliničke vodilje.
Uputstvo: To uključuje izvještavanje o varijacijama u praksi u odnosu na vodilje i trebalo bi biti sastavni dio provjere kliničkog kvaliteta.
- 3.43** Postoje veze s drugim bolnicama, akademskim institucijama i vanjskim agencijama putem kojih se razmjenjuju iskustva o dobroj praksi, kao i informacije o kliničkoj učinkovitosti i praksama koje se zasnivaju na dokazima, te putem kojih se osigurava upotreba resursa na najbolji način.

Trajni profesionalni razvoj

- 3.44** Bolnica prikuplja podatke o učešću cjelokupnog kliničkog osoblja u programima trajnog profesionalnog razvoja u skladu s preporukama nadležnih komora i profesionalnih udruženja.
- 3.45** Postoje programi edukacije i obuke za kliničko osoblje kojima se omogućava pružanje zdravstvene zaštite koja se zasniva na trenutno dostupnim dokazima.
Uputstvo: Programi edukacije bi trebalo da pomognu osoblju u razumijevanju filozofije kliničke prakse koja se zasniva na dokazima, zatim hijerarhije nalaza istraživanja, načina na koje mogu pristupiti relevantnim informacijama, te načina na koje mogu razlikovati dobro od lošeg istraživanja, te primijeniti nalaze istraživanja na zdravstvenu zaštitu.
- 3.46** Programi edukacije i obuke su povezani s nalazima provjere kliničkog kvaliteta i pomažu profesionalcima da promijene svoju praksu.
Uputstvo: Organizacija bi trebalo da osigura kliničkom osoblju sticanje odgovarajućeg obrazovanja i vještina.
- 3.47** Postoji dokumentirana procedura inkorporiranja novih znanja i vještina u kliničke odluke, nove tretmane i postupke.
- 3.48** Postoje programi za povećanje mogućnosti samostalnog učenja, samoocjene, osobnog i profesionalnog razvoja, kontinuirane edukacije i poduke.
Uputstvo: Osim obezbeđenja uslova za trajnu edukaciju ovaj kriterij se za sada neće primjenjivati

Istraživanje i programi razvoja

- 3.49** Postoji datirana, dokumentirana politika koja formulira da li je potrebno vršiti istraživanja u bolnici. Politika je u pisanoj formi i revidirana u zadnje tri godine
- 3.50** Ako je u politici formulirano da je potrebno vršiti istraživanja unutar bolnice, postoje pisane procedure koje se odnose na istraživačke projekte, posebno na sigurnost, naučnu validnost i etička pitanja.
Uputstvo: Svaki istraživački projekt mora uključivati odgovarajuću zaštitu za pacijenta i zaposlenike.
- 3.51** Svi istraživački projekti odobreni su od etičkog komiteta koji je multidisciplinaran i uključuje više institucija.
- 3.52** Imenovan je voditelj svakog istraživačkog projekta i za to postoji odgovarajući dokument.
Uputstvo: Odgovornosti voditelja projekta uključuju upravljanje istraživačkim projektom i praćenje napretka projekta.

- 3.53** Postoji dokumentirani sporazum radi raspodjele odgovornosti između svih uključenih strana.
Uputstvo: Sporazum može uključivati farmaceutske kompanije, druge zdravstvene organizacije, edukacijske ustanove, vladine i nevladine agencije.
- 3.54** Zapisi iz svih istraživačkih projekata se čuvaju 15 godina nakon završetka projekta. Zapisi uključuju podatke o uključenosti pacijenta ili podatke o pacijentima čiji su podaci korišteni prilikom istraživanja.
- 3.55** Kada su pacijenti uključeni u istraživanje, postoji protokol za dobvanje pristanka pacijenta i njegovatelja za njihovo učešće u istraživačkom projektu.
- 3.56** Imenovana je osoba koja je odgovorna osigurati da je poduzeti istraživački projekt podesan za ustanovu i da je podesno vođen.
- 3.57** Kada je osoblje uključeno u istraživanje, postoji forum na kome osoblje može diskutirati o etičkim pitanjima koja se nameću u istraživačkom projektu
Uputstvo: To obuhvata, npr. usvajanje multidisciplinarnog pristupa prilikom razmatranja etičkih pitanja (kliničkih i nekliničkih). Ovaj kriterij ne treba shvatiti kao obavezan forum. Naime, svaki istraživački tim raspravlja o etičkim pitanjima prije nego što ona budu na Etičkom komitetu. Važno je da članovi istraživačkog tima zapisnički konstatiraju da su razmotrili neka etička pitanja (ako ih je uopće bilo). Uostalom, to se navodi i u istraživačkom protokolu. Etički komitet je tu samo da preispita prethodno postavljena pitanja i doneše odluku.

Etički komitet

- 3.58** Postoji etički kodeks na nivou bolnice koji je usaglašen s misijom i planovima bolnice, napisan/revidiran u zadnje tri godine.
Uputstvo: Etički kodeks tretira pitanja etičke prakse vezane za marketing, prijem, premještaj, otpust, liječenje, utvrđivanje cijena usluga, žalbi pacijenata i klijenata (unutarnjih i vanjskih).
- 3.59** Etički komitet (odbor, komisija) kreira i tumači etički kodeks zdravstvene ustanove, te rješava etičke dileme.
Uputstvo: Preporučuje se da u sastavu etičkog komiteta budu predstavnici zdravstvenih organizacija, univerziteta i laičke osobe. Uobičajeni sastav čine: liječnici, medicinske sestre i tehničari, farmaceuti, socijalni radnik, pravnik.
- 3.60** Prave se izvještaji o radu etičkog komiteta koji se prezentiraju najmanje jednom godišnje menadžeru bolnice i upravnom odboru.
- 3.61** Stavovi/odluke etičkog komiteta se u pisanoj formi dostavljaju podnosiocima zahtjeva.

Standard 4: Upravljanje žalbama

Uspostavljen je sistem kojim se ispituju žalbe pacijenata/korisnika, njegovatelja i javnosti putem transparentnih procedura, a podaci o jedinicama/službama na koje se žalba odnosi koriste se za poboljšanje kvaliteta.

Organizacija upravljanja žalbama

- 4.1** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure postupanja po žalbama i istraživanja žalbi pacijenata/korisnika, njegovatelja ili pojedinaca. Politika i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 4.2** Bolnica ohrabruje pacijente/korisnike i njegovatelje da daju komentare, sugestije te žalbe na rad organizacijskih jedinica/službi. Mehanizmi ovog načina komunikacije sadržani su u informativnom materijalu za pacijente/korisnike i njegovatelje.
Uputstvo: Informacije za pacijente/korisnike o žalbama moraju sadržavati ime osobe kojoj se žale, njezinu funkciju te načine uručenja žalbe i postupanja po žalbi.
- 4.3** Objavljene informacije za pacijente / korisnike i njegovatelje sadržavaju informacije o njihovim pravima na potpunu istragu slučajeva kliničkih i nekliničkih žalbi.
- 4.4** Podnositelj žalbe prima potvrdu o prijemu žalbe najkasnije u roku dva dana od prijema njegove žalbe (osim u slučaju kada potpuni odgovor može dobiti unutar 3 radna dana, za koje vrijeme je direktor ustanove dužan donijeti rješenje po žalbi).
- 4.5** U komplikovanim slučajevima puni odgovor na žalbu pravi se u roku od dvadeset radnih dana od prijema žalbe ili, ako je istraga još u toku, šalje se pismo s objašnjenjem razloga kašnjenja odgovora a puni odgovor se onda pravi u roku 5 dana od donošenja odluke.
- 4.6** Svi zaposleni upoznati su s donošenjem procedure za žalbe, i upoznati su sa sadržajem žalbe kao i procedurama za primanje žalbi i postupanje po žalbama.
- 4.7** Osoblje koje je zaposleno u administriranju žalbi, na istrazi i koje radi na poslovima odgovora na žalbe obučeno je za primjenu procedure o žalbama.
- 4.8** Tamo gdje se to zahtijeva, pacijentima i/ili članovima porodice ili njegovateljima osigurava se podrška u korištenju procedure žalbe.

- 4.9** Tamo gdje se liječe i njeguju djeca, osoblje je svjesno poteškoća ispoljavanja zabrinutosti ili žalbi i upoznato je s načinima kako se djeci može pomoći da to prevladaju.
- 4.10** Čuva se evidencija o žalbama, uključujući i odgovore na žalbe pacijenata/korisnika, njegovatelja ili pojedinaca, kao i rezultati istraga i poduzetih aktivnosti.
- 4.11** Pravi se izvještaj o žalbama i poduzetim aktivnostima u njihovom rješavanju i prezentira menadžmentu i upravnom odboru.
- 4.12** Pravi se godišnji izvještaj o podnesenim žalbama, s pregledom karaktera svake žalbe i poduzetim aktivnostima za njihovo rješavanje.

Uputstvo: Izvještaji o žalbama i završni godišnji izvještaj o žalbama koristi se za poboljšanje kvaliteta bolničkih usluga, nakon kategorizacije žalbi. (Neformalne, formalne, pismene i usmene, pristup, sestrinskanjega, liječnička usluga, ishrana, čistoća, te mogu biti vezane za dostupnost zaštite, komunikacij, informacije i informisanje, tretman, prava pacijenta, okruženje, administracija i sl.)

Standard 5: Upravljanje humanim resursima

Postoji strategija i politika koja se odnosi na osoblje kao i procedure koje omogućuju organizaciji ispunjavanje njenih zadataka i koje pomažu etičkom pristupu upravljanja osobljem.

Proces

- 5.1** Postoji datirana, dokumentirana strategija humanih resursa koja je uvezana s poslovnim planom bolnice i koja je tako oblikovana da omogućuje radne uvjete koji vode ka osiguranju dobrog zdravlja i dobre izvedbe svih zaposlenih. Strategija je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Pitanja koja se razmatraju u strategiji uključuju tražene vještine i kvalifikacije osoblja za pružanje usluga; planiranje radne snage; angažman i zadržavanje osoblja; nagomilavanje i premještanje osoblja; obuku i razvoj osoblja; zdravlje i sigurnost osoblja na radnom mjestu; međuljudske odnose; jednake mogućnosti; upravljanje izvedbom osoblja; sistem plaćanja i nagradivanja; i vremenske tačke u kojima treba evaluirati strategiju. Sve organizacione jedinice bolnice moraju poznavati generalnu strategiju humanih resursa i pokazati na koji je način primjenjuju na lokalnom nivou.
- 5.2** Strategija humanih resursa utvrđuje indikatore koji se koriste u mjerenu izvedbe upravljanja humanim resursima na centralnom nivou i u upravljanju ljudima u cijeloj bolnici.
Uputstvo: Indikatori mogu biti, na primjer, fluktuacija radne snage, apsentizam i troškovi osoblja koje vodi računa o humanim resursima kao procenat od ukupnih troškova osoblja u cijeloj bolnici.
- 5.3** Strategija humanih resursa proslijedi se na svaku organizacijsku jedinicu bolnice.
- 5.4** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure koje se odnose na osoblje i koje definiraju načine zapošljavanja, uvođenja u rad, te obuku i zadržavanje osoblja. Politike i procedure su u skladu sa zakonom o radu i napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5.5** Politike i procedure razvijene su suradnički s doprinosom službi medicine rada i sektora/ustanova koje se bave promocijom zdravlja i prevencijom.
- 5.6** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za izvještavanje o uznemiravanju osoblja od strane drugih članova osoblja ili pacijentata/korisnika, napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Trebalo bi evidentirati incidente uznemiravanja na radnom mjestu. Politika može sadržavati, npr. prava osoblja da bude tretirano od kolega i pacijentata učitivo, dostojanstveno i s poštovanjem.

- 5.7** Prije zapošljavanja novog osoblja pravi se analiza potreba u skladu s radnom normom da se odredi potreba za punim ili skraćenim radnim vremenom.
- 5.8** U bolnici postoji opći akt, odnosno dokumenat koji utvrđuje kvalifikaciju, iskustvo i vještine koje treba da ispunji svaka osoba (kandidat) koji se zapošljava i kriterija za izbor.
Uputstvo: Za svako radno mjesto utvrđuje se broj izvršilaca, stručna spremna, radno iskustvo u struci, stručno ili naučno zvanje i posebni uslovi.
- 5.9** Broj zaposlenika utvrđuje se godišnjim programom rada bolnice, a u skladu sa standardima i normativima zdravstvene zaštite, planom rada bolnice i drugim propisima.
- 5.10** Evidentira se ocjena kandidata pri zapošljavanju u odnosu na utvrđenu kvalifikaciju, iskustvo i vještine.
- 5.11** Prije zapošljavanja se vrši provjera kvalifikacije, iskustva i vještina kandidata, kao i ličnih preporuka ranijih poslodavaca i obrazovnih institucija.
- 5.12** Svi članovi osoblja imaju dokument o opisu posla, kojim se imenuje radno mjesto odnosno njegova kategorija, opisuje svrha i ciljevi tog radnog mesta i reguliraju dužnosti i odgovornosti osoblja koje se zapošljava ili koje je zaposleno.
- 5.13** Postoji datirana, dokumentirana procedura o zapošljavanju i izboru osoblja koja je u skladu s organizacijskom politikom jednakih mogućnosti.
Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura uključuje, npr., detalje o oglašavanju slobodnih radnih mesta; pisanju opisa poslova; načinu određivanja traženih kvalifikacija, iskustva i vještina; postavljanju izbornih kriterija; dobivanju referenci o kandidatima; pitanju zdravstvenog stanja kandidata i slanju pisama o zapošljavanju, odnosno obaveštavanju drugih kandidata.
- 5.14** Procedure zapošljavanja uključuju intervju s kandidatom prije zapošljavanja. U personalnom dosjeu uspješnog kandidata postoji zapisnik vođenog intervjuja.
- 5.15** Sve osoblje koje je uključeno u proces izbora poznaje selekciione kriterije za prijem kandidata i adekvatno je pripremljen za intervju kandidata.
Uputstvo: Na primjer, intervjuer bi trebalo da poznaje tehnike intervjua i ocjene kandidata.
- 5.16** Prije zapošljavanja kandidata, traže se reference (preporuke) od barem dva zadnja poslodavca i te preporuke nalaze se u personalnom dosjeu zaposlenika.

- 5.17** Prije zapošljavanja kandidata traži se njegova izjava da nije pod policijskom istragom u BiH i inozemstvu i da ranije nije počinio krivično djelo. Također se traži izjava da kandidat nije pod istragom profesionalnih tijela; da prethodno nije bio udaljavani iz prakse; da je registriran u odgovarajućoj profesionalnoj komori i da njegova licenca pokriva tražene kvalifikacije za radno mjesto.
- 5.18** Sve osoblje koje se zapošljava prima pisani ugovor o radu unutar mjesec dana, kod ugovora na neodređeno vrijeme, odnosno, isti dan kod ugovora na određeno vrijeme.
- 5.19** Svi priručnici i kompjuterizirani personalni podaci podliježu zakonu, propisima, politikama i procedurama o zaštiti podataka.
Upustvo: To se odnosi na aplikacijske forme, curriculum vitae, preporuke i druge reference, ugovore o zapošljavanju, ažurirani opis poslova, detalje o kvalifikacijama, zapise o sprječenosti za rad i detalje o ličnom izvršenju. Ovo se neće primjenjivati do donošenje Zakona o zaštiti ličnih podataka u zdravstvu.
- 5.20** Svi zaposlenici se informiraju o njihovim pravima da pristupe informacijama koje ih opisuju i koje se drže u njihovom personalnom dosjeu.
- 5.21** Postoji priručnik za osoblje koje se prima u službu.
Upustvo: Priručnik može biti u pisanoj ili elektronskoj formi i postavljen na organizacijskom intranetu. Svi članovi osoblja trebali bi biti upoznati s najnovijim priručnikom.
- 5.22** Novopostavljeno osoblje završava program uvođenja u rad širom bolnice/jedinice u određenom vremenskom roku.
- 5.23** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s protivpožarnom zaštitom.
- 5.24** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje sa sigurnosti na radu.
- 5.25** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s povjerljivosti pacijenta / korisnika.
- 5.26** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s izvještavanjem o nesrećama i nepovoljnim događajima.
- 5.27** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s procedurama reanimacije i lokacijom opreme za reanimaciju.
- 5.28** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje sa sistemom fizičkog obezbjeđenja.

- 5.29** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s kontrolom infekcije.
- 5.30** Program uvođenja u rad uključuje uvod u politike i procedure bolnice.
Uputstvo: Novo osoblje trebalo bi biti upoznato s politikama i procedurama koje se odnose na njihovu oblast rada kao i strukturu dokumenta i načinom nalaženja procedure kako bi im mogli pristupiti ukoliko se ukaže potreba.
- 5.31** Program uvođenja u rad uključuje promociju zdravlja osoblja i sporazume za odsustvo u slučaju bolesti.
- 5.32** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s ocjenom izvršenja osoblja.
- 5.33** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s vrijednostima i zadacima bolnice.
- 5.34** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje s pravima pacijenta da napravi izbor kao i uključivanje pacijenta u donošenje odluka.
- 5.35** Program uvođenja u rad uključuje upoznavanje sa zaštitom pacijenta u bolnici.
- 5.36** Sadržaj programa uvođenja u rad bolnice/jedinice ocjenjuje se jednom godišnje.
- 5.37** Postoji evidencija o završenom programu uvođenja u rad bolnice/jedinice.
Uputstvo: Trebala bi postojati evidencija prisustvovanja programu uvođenja u rad za svakog novozaposlenog.
- 5.38** Postoji datiran, dokumetiran plan obuke i razvoja kadrova u bolnici/jedinici. Plan je napisan/revidiran u zadnje tri godine.
Uputstvo: Plan određuje, npr. potrebe za obukom u skladu sa zadacima bolnice; potrebe za obukom kao rezultat potrebe za izmjenom prakse u skladu sa zakonom i novim tehnologijama; za ispunjavanje individualnih potreba za obukom koje su utvrđene u sklopu ocjene izvršenja.
- 5.39** Plan obuke i razvoja kadrova uključuje kratak pregled razvojnih potreba bolnice/jedinice koje su povezane s ciljevima bolnice.
- 5.40** Plan obuke i razvoja kadrova uključuje utvrđivanje resursa za obuku i razvoj.
Uputstvo: Resursi se odnose na novac, objekte, opremu, ekspertizu, ljudi i vrijeme. Bolnica može imati budžet za obuku i razvoj centralno ili se budžet planira na nivou organizacione jedinice.

- 5.41** Plan obuke i razvoja kadrova se ocjenjuje u odnosu na ostvarenje ciljeva bolnice.
Uputstvo: Plan obuke i razvoja kadrova uključen je u poslovni plan bolnice i pregleda se na tri nivoa: individualnom, organizacione jedinice i bolničkom.
- 5.42** Mogućnosti za edukaciju i razvoj svega osoblja su objavljeni i svima dostupni.
Uputstvo: Te mogućnosti su, na primjer, kursevi, profesionalna usavršavanja i obuka uz rad.
- 5.43** Svi članovi osoblja imaju priliku da svake godine prođu obuku.
Uputstvo: Planovi pojedinačnog razvoja se dogovaraju s neposrednim nadređenim. Mora se pokazati da sva obuka koju organizacija vrši doprinosi njenom razvoju kao i njenim ciljevima.
- 5.44** Održava se zapis o odlasku na stručna usavršavanja na nivou bolnice i organizacijskih jedinica.
- 5.45** Napravljen je raspored osoblja kako bi se osiguralo da postoji zamjena za osobu koja će pohađati obuku.
- 5.46** Ako bolnica održava nastavu za studente, postoji pisani sporazum između bolnice i edukacijske ustanove s detaljima o odgovornostima za uvođenje, podučavanje, superviziju i ocjenu.
- 5.47** Bolnica promovira podršku za osoblje u razvoju vještina i proširivanju iskustva.
Uputstvo: Inicijative mogu uključiti nadzor, mentorstvo, sekundiranje, istraživačke projekte, tematsku nastavu i slično.
- 5.48** Postoji dokumentirani sistem ocjene izvršenja za sve osoblje koji je razvijen i sproveden uz učešće menadžera. Sistem je razvijen/revidiran u zadnje tri godine.
Uputstvo: Metode ocjenjivanja osoblja mogu varirati. Npr., evaluacija od strane supervizora/menadžera, samoocjena i/ili podaci od strane suradnika na poslu.
- 5.49** Ocjena izvršenja svakog pojedinog člana osoblja zasniva se na opisu posla i vrši se jednom godišnje kao dio procesa ocjene izvršenja.
- 5.50** Ocjena izvršenja svakog pojedinog člana osoblja bazira se na postavljenim ciljevima – individualnim, timskim, odjeljenskim i/ili ciljevima bolnice/jedinice za protekli period od 12 mjeseci.
- 5.51** Ocjena izvršenja svakog pojedinog člana osoblja identificira kvalitet izvršenja i oblasti koje je potrebno poboljšati.

- 5.52** Ocjena izvršenja svakog pojedinog člana osoblja identificira individualne, timskе, odjeljenske i/ili ciljeve organizacije koje treba ostvariti ili doprinijeti njihovom ostvarenju do sljedeće ocjene.
- 5.53** Ocjena izvršenja koristi se u svrhu utvrđivanja potrebe za obukom. Za svakog člana osoblja njegova/njezina ocjena izvršenja koristi se kao osnov osobnog plana razvoja.
- 5.54** Sistem ocjene izvršenja uključuje datum sljedeće ocjene za pojedine članove osoblja. Datum sljedeće ocjene je u periodu kraćem od 12 mjeseci.
- 5.55** Kriteriji koji se koriste za evaluaciju ocjene dostupni su svem osoblju kao dio sistema ocjene izvršenja.
- 5.56** Sistem ocjene izvršenja redovno se prati i dopunjava ako je potrebno.
- 5.57** Menadžeri/supervizori koji su odgovorni za ocjenu izvršenja i ocjenu potrebne obuke, obučeni su za to u zadnje tri godine.
- 5.58** Postoji datirana, dokumentirana politika odsustvovanja u slučaju bolesti koja vrijedi za sve osoblje. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.59** Menadžeri su prošli obuku u administriranju politike za slučaj odsustvovanja s posla zbog bolesti.
Uputstvo: Bitno je da se politika konzistentno primjenjuje prema svem osoblju s izvjesnim stupnjem fleksibilnosti i diskrecije kako bi se izbjeglo otuđivanje zaposlenih s autentičnom nesposobnosti za rad.
- 5.60** Postoji pisana informacija za zdravstvene profesionalce koja eksplicitno utvrđuje da se svaki prekršaj objavljenih kodeksa ponašanja smatra disciplinskim prekršajem.
Uputstvo: Informacije mogu biti sadržane u ugovoru o zapošljavanju, ugovoru za obavljanje posla ili u priručniku za osoblje.
- 5.61** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja utvrđuje odgovornosti za obavještavanje profesionalnih tijela o osoblju koje je suspendovano na kliničkom ili profesionalnom planu, s ograničenjem obavljanja prakse ili povlačenjem iz kliničke prakse. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.62** Postoje dokumentirani kanali za otvorenu komunikaciju sa svim osobljem u slučajevima žalbe ili svađe.
Uputstvo: Procedure koje se slijede u slučajevima žalbi ili svađe trebalo bi da budu objavljene, npr. u priručniku za osoblje, cirkularnim pismima za osoblje ili na oglasnoj ploči za osoblje.

- 5.63** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za rukovođenje osobljem unutar bolnice/jedinice. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To uključuje, npr. disciplinske procedure, procedure za žalbe, procedure u slučaju svađe, procedure za molbe i aranžmane za evaluaciju posla.*
- 5.64** Postoje dokumentirani aranžmani za podršku osoblja za vrijeme velikih promjena unutar službe i/ili u cijeloj organizaciji.
- Uputstvo: Aranžmani bi trebalo uključivati program akcija za pripremanje i pomoć osoblju za vrijeme trajanja perioda promjena, ocjenu potećeeg sistema komunikacija uz adaptaciju ako je potrebno, identifikaciju potrebnе obuke za menadžera za upravljanje promjenama. Aranžmani bi trebali biti unaprijed pripremljeni i ocijenjeni u skladu sa stepenom učešća u velikim promjenama. Aranžmani mogu biti posebni dokumenti ili sadržaji, uz jasnu identifikaciju, uključeni u strategiju humanih resursa.*
- 5.65** Postoji sistem za prikupljanje, čuvanje i objedinjavanje podataka o osoblju u skladu sa zahtjevima zakonodavca i zahtjevima za planiranjem radne snage.
- 5.66** Evidencija o obolijevanju i odsustvovanju osoblja s posla čuva se i prati.
- Uputstvo: Evidencija o bolesti trebalo bi ukazivati na potrebu otpuštanja s posla ili potrebu penzionisanja.*
- 5.67** Čuva se i prati evidencija o fluktuaciji osoblja.
- 5.68** Čuva se i prati evidencija o radnim satima.
- 5.69** Čuva se i prati evidencija o specifičnom odsustvovanju s posla (npr. u slučajevima majčinstva/očinstva).
- 5.70** Imenovan je rukovodilac sestrinske službe u bolnici/jedinici (glavna sestra ili tehničar) koja je odgovorna tokom radnog vremena službe.
- 5.71** Imenovana je glavna sestra za svaku kliničku službu/jedinicu. Svaka glavna sestra je odgovorna za sestrinsku praksu unutar odjela za koji je imenovana tokom radnog vremena službe.
- Uputstvo: Imenovana glavna sestra trebala bi biti kvalificirana za rad s odgovarajućom grupom pacijenata.*
- 5.72** Sve sestre imaju mogućnost dobivanja profesionalnih sestrinskih savjeta za sve vrijeme rada službe.
- 5.73** Postoji datirana, dokumentirana sestrinska strategija koja odražava tekuća stručna uputstva. Strategija je razvijena u zadnje tri godine uz zalaganje svih sestara širom bolnice/jedinice.
- Uputstvo: Sestrinska strategija trebala bi se bazirati na stručnim uputstvima i trebala bi biti osjetljiva na pacijentove/korisnikove potrebe, naročito osjetljivih grupa kao što su djeca, osobe s onesposobljenjem i stare osobe. Strategija bi trebalo pokrivati pitanja kao što su: razvoj sestrinstva, obuka na radnom mjestu i pitanja kvaliteta.*

- 5.74** Sestrinski timovi se sastaju kako bi razvili dokumentirane procedure za implementaciju ciljeva i zadataka sestrinske službe.
- 5.75** Svaka sestra ima potrebnu kvalifikaciju za poslove koje obavlja.
Uputstvo: To bi trebala biti kvalifikacija koja je je potrebna za rad sa određenom grupom pacijenata /korisnika.
- 5.76** Tamo gdje se pruža specijalizirana sestrinska njega, u smjeni je prisutno osoblje s potrebnim kvalifikacijama i iskustvom.
- 5.77** Imenovan je mentor za kvalificirano osoblje bez radnog iskustva.
- 5.78** Osoblje koje se vratilo u praksi nakon pet godina pauze ima imenovanog nastavnika.
- 5.79** Osoblje koje se vratilo u praksi nakon pet godina pauze prolazi obuku za povratak u praksi.
Uputstvo: Obuka se sprovodi za osoblje koje je bilo u praksi manje od 100 dana ili 750 sati u prethodnih pet godina.
- 5.80** Sestrinsko osoblje koje je bilo na porodiljskom odsustvu ili na dugotrajnom bolovanju prolazi dodatnu obuku.
- 5.81** Kao dio tekuće edukacije i kontinuiranog profesionalnog razvoja, sestre imaju zaštićeno vrijeme za čitanja i studij.
- 5.82** Sve sestrinsko osoblje ima mogućnost učešća u programu profesionalnog razvoja u skladu s ciljevima i zadacima bolnice /jedinice.
Uputstvo: To bi moglo biti sadržano u individualnom planu razvoja dogovorenom kroz sistem ocjene izvršenja.
- 5.83** Postoji dodatna obuka za podršku sestrinskog osoblja u razvoju njihove uže oblasti profesionalnog rada.
- 5.84** Obim profesionalnog rada koji obavljaju sestre, a posebno njihove uloge, definirani su i dokumentirani kroz standarde sestrinskog rada.
Uputstvo: To može uključivati pitanja koja se tiču sestrinske dijagnoze kao i algoritme zdravstvene njege. Sestra je član multidisciplinarnog tima, odgovorna za planiranje, upravljanje, sudjelovanje i evaluaciju sestrinske njege u području njene kompetencije.
- 5.85** Sestrinska evidencija vodi se za svakog pacijenta/korisnika.
Uputstvo: Evidencija bi trebalo da sadrži biografske podatke o pacijentu, podatke o procjeni pacijenta, sestrinsku dijagnozu, individualni plan njege pacijenta, podatke o pruženoj njezi, podatke o praćenju i evaluaciji njege.

- 5.86** Profesionalna sestrinska praksa, uključujući i pridržavanje profesionalnih uputstava, i sestrinska evidencija provjeravaju se i ocjenjuju
Uputstvo: Profesionalna sestrinska praksa i sestrinska evidencija mogu se ocijeniti putem sistema unutrašnje provjere kvaliteta (audit) i stručnog nadzora..
- 5.87** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja određuje uvjete za aplikaciju liječnika u bolnicu i evaluaciju njihove stručnosti. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.88** Aplikacijski proces uključuje zahteve o pribavljanju pojedinosti o kvalifikacijama, sadašnjem poslu, relevantnom prethodnom iskustvu i aktivnostima na kontinuiranom profesionalnom razvoju.
- 5.89** Postoji sistem za provjeru liječničke kompetencije. Sistem uključuje provjeru registracije u odgovarajućem profesionalnom tijelu, kvalifikacije, obuku i iskustvo liječnika za određenu vrstu posla i provjeru identiteta (rodni list, lična karta, vozačka dozvola, pasoš).
- 5.90** Postoji datirana, dokumentirana procedura o proširenju oblasti prakse kada liječnik namjerava da proširi svoje polje rada. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.91** Liječnici su dužni redovno učestvovati u provjeri svoje prakse (klinički audit).
- 5.92** Bolnica ima datiranu, dokumentiranu strategiju za osiguranje zdravih radnih mјesta. Strategija je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Strategija može uključiti, na primjer, postavljanje dugoročnih ciljeva u odnosu na zdravlje osoblja, konsultacije s osobljem da bi se ugradile potrebe osoblja, ciljeve za ostvarivanje zdravih radnih mјesta, kriterije za evaluaciju i mehanizme za praćenje implementacije, te alokaciju resursa za implementaciju strategije.
- 5.93** Bolnica ima komisiju (odbор, povjerenstvo) za aktivnosti u osiguranju zdravih radnih mјesta.
Uputstvo: Komisija treba da podržava osoblje u njihovom uključivanju u aktivnosti koje za cilj imaju održavanje i prevenciju fizičkog i mentalnog zdravlja, na primjer, planiranje, organizacija sastanaka s ciljem uvećanja interesa osoblja, edukacija osoblja, evaluacijski izvještaji radi informiranja i poboljšanja uvjeta na radnim mjestima.
- 5.94** Postoji datirana, dokumentirana politika o zabrani pušenja u objektima bolnice. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.95** Postoji datirana, dokumentirana politika o zabrani konzumiranja alkohola u objektima bolnice, posebno u radnim satima. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 5.96** Postoji datirana, dokumentirana politika o zabrani uživanja opojnih droga u objektima bolnice. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.97** Postoji datirana, dokumentirana politika o zdravoj prehrani osoblja (posebno u vezi sa hranom koja se uzima u bolničkoj kuhinji). Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.98** Postoji datirana, dokumentirana politika o skriningu osoblja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.99** Postoji datirana, dokumentirana politika o mentalnom zdravlju osoblja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 5.100** Svi dostupni izvori stresa na radnom mjestu se utvrđuju, dokumentiraju, prate i analiziraju.
Uputstvo: To je moguće utvrditi putem stres audit-a, anketiranjem osoblja i dobivanjem podataka u procesu pregleda izvršenja osoblja ili intervjuiranjem osoblja koje napušta bolnicu.
- 5.101** Osoblje ima mogućnost povjerljivog savjetovanja sa specijaliziranim stručnjacima.
- 5.102** Bolnica raspolaže s informativnim materijalima za osoblje o održavanju zdravlja, njegovojo promociji i prevenciji i osigurava takve usluge za osoblje.
Uputstvo: To mogu biti mogućnosti za izbor odgovarajuće hrane u bolničkoj kuhinji ili osiguranje automata za ishranu i osvježavanje u bolnici; pristup uslugama za prestanak pušenja; pristup edukaciji iz tehnika prevladavanja stresa na radnom mjestu; konsultacije za žensko i muško zdravље; skrining holesterola, krvnog tlaka i indeksa tjelesne mase.
- 5.103** Bolnica utvrđuje radna mjesta s posebnim uslovima rada na kojima se skraćuje radno vrijeme srazmjerno uticaju na zdravlje zaposlenika, odnosno njegovu radnu sposobnost.
Uputstvo: Radna mjesta s posebnim uslovima rada su uobičajeno: specijalisti radiolozi, rtg tehničari, zaposleni u mikrobiološkoj laboratoriji, prosekturni i nuklearnoj medicini. Ovi zaposlenici izjednačeni su u pravima i obavezama sa zaposlenicima s punim radnim vremenom.
- 5.104** Pravilnikom o zaštiti na radu, bolnica propisuje koja radna mjesta zbog napora, težine i štetnosti po zdravlje zahtijevaju primjenu mjera zaštite na radu.
Uputstvo: Uobičajeno su to radna mjesta s povećanim rizikom od povređivanja, nastanka profesionalnih oboljenja i oštećenja zdravlja zaposlenika; i radna mjesta koja s ciljem bezbjednijeg i uspješnijeg rada uslovljavaju posebne zdravstvene i psihofizičke sposobnosti na tim radnim mjestima.

- 5.105** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura o ocjeni zdravlja kandidata prije zapošljavanja. Politika i procedura su napisane/ revidirane u zadnje tri godine.
- 5.106** Postoji program imunizacije osoblja.
- 5.107** Imunizacija osoblja prati se i ocjenjuje realizacijom programa imunizacije.
- 5.108** Postoji evidencija o imunizaciji protiv B hepatitisa za sve takvo osoblje i sistem praćenja za non-respondere i one koji nisu imunizirani.
- 5.109** Svi zdravstveni profesionalci koji su inficirani putem krvi (hepatitis B, hepatitis C, HIV) tretiraju se prema propisanim kliničkim vodiljama i protokolima.
- 5.110** Svim zdravstvenim profesionalcima koji su inficirani putem krvi (hepatitis B, hepatitis C, HIV) uručuju se pisane instrukcije o koracima koje trebaju poduzeti u pogledu pridržavanja uputa što su date za tretman takvih slučajeva.
- 5.111** Postoji dokumentirana procedura za menadžment povredivanja oštrim predmetima, uključujući i ubod iglom. Procedura je napisana/ revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Trebalo bi da postoji sporazum o 24-satom savjetovanju osoblja nakon povredivanja oštrim predmetima, uključujući profilaksu HIV infekcije i drugih infekcija koje nastaju putem krvi. Sistem treba osigurati pristup specijalisti infektologu koji je za to ovlašten.
- 5.112** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure o odsustvovanju s posla zbog bolesti i penzionisanja. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 5.113** Postoji dokumentirana procedura za zdravstveni nadzor opasnosti na radnom mjestu. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Zdravstveni nadzor opasnosti na radnom mjestu obuhvata obilazak takvih mesta (lab., radiologija, tehnički blok, itd), mjerjenje koncentracije opasnih tvari u zraku, uzimanje uzorka iz zraka, uzimanje briseva sa radnih površina i od zdravstvenih radnika u svrhu kontrole infekcije, sistematski i ciljani periodični ljekarski pregledi, nadzor izvora plamena i zapaljivih eksplozivnih materijala, procjena pobrojanih rizika, analiza apsentizma, itd.
- 5.114** Postoje aktivnosti kojima se podstiče osoblje da izrazi svoje mišljenje o načinu na koji bolnica/jedinica vodi brigu o zdravlju pacijenta.
Uputstvo: To mogu biti raznovrsni mehanizmi, kao što su davanje sugestija, anketiranje osoblja, upravljačka politika "otvorenih vrata".

- 5.115** Mišljenje i stavovi osoblja se redovno prate.
Uputstvo: Osoblje cijele organizacije trebalo bi imati mogućnost učešća u anketama o mišljenju osoblja najmanje jednom godišnje. Mogu se koristiti standardizirane ankete, fokusne grupe i/ili pojedinačni intervjui za dobivanje mišljenja osoblja.
- 5.116** Postoje dokumentirani ciljevi za svako ispitivanje prilikom praćenja mišljenja osoblja putem anketiranja, fokusnih grupa ili pojedinačnih intervjeta.
- 5.117** Ankete, intervjui ili fokusne grupe u svrhu dobivanja mišljenja osoblja osiguravaju povjerljivost ispitanika.
Uputstvo: Studije koje sprovode nezavisne organizacije mogu prevazići nepovjerenje osoblja o povjerljivosti i povećati stopu odgovora na pitanja. Anketiranje osoblja može se provesti širom organizacije ili na specifičnim odjelima.
- 5.118** Sakupljeni rezultati anketiranja ili fokusnih grupa provedenih u svrhu dobivanja mišljenja osoblja predstavljaju referentnu vrijednost za mjerjenje poboljšanje kvaliteta rada.
Uputstvo: Obim tema može obuhvatati, npr. organizacione vrijednosti i zadatke, komunikacije, opis posla, način upravljanja, razvoj osoblja, radni ambijent, fizičko i mentalno zdravlje, fleksibilan rad i jasnoću politika i procedura.
- 5.119** Upitnici koji se koriste za anketiranje osoblja pilotiraju se i ocjenjuju prije izvođenja ankete.
Uputstvo: Izrada upitnika nije jednostavna. Potrebno je razmotriti da li je upitnik dobro dizajniran i uzorkovan, da li analizira postojeće vještine i da li bi trebala pomoći nezavisne organizacije prilikom izvođenja anketiranja osoblja.
- 5.120** Upitnici koji se koriste za proučavanje mišljenja osoblja sadržavaju način diseminiranja rezultata anketiranja.
- 5.121** Rezultati ankete/fokusnih grupa/ ili pojedinačnih intervjeta se ocjenjuju a potom se razvija akcioni plan kao odgovor na rezultate ispitivanja.
Uputstvo: Za dobivanje maksimalnog rezultata prilikom proučavanja mišljenja osoblja, potrebno je poduzeti akcije na informiranju odgovornih ljudi, što može biti od koristi kao prvi korak u ocjeni rezultata u malim grupama ili na odjelima.
- 5.122** Ključni rezultati anketiranja fokusnih grupa i akcionog plana su diseminirani (s odgovarajućim detaljima) osoblju, menadžmentu, odnosno šefovima odjela.
Uputstvo: Npr. rezultati se mogu prezentirati na sastanku osoblja.
- 5.123** Organizacione izmjene, napravljene kao odgovor na provedeno proučavanje mišljenje osoblja, oglašavaju se širom bolnice.
Uputstvo: Npr. na oglasnoj ploči, sastancima timova, u biltenima i kao godišnji izvještaj.

- 5.124** Postoje neformalni sistemi davanja ideja od strane osoblja.
Uputstvo: To bi trebalo uključivati sugestije i sistem povratnih informacija u odgovoru na zaključke s kratkih sastanaka timova.
- 5.125** Prilikom napuštanja posla osoblje ispunjava upitnik o razlozima napuštanja bolnice ili se s takvim osobljem obavlja intervju.
- 5.126** Prikupljene informacije iz upitnika ili intervjeta koriste se za utvrđivanje organizacijskih i drugih problema u bolnici.
- 5.127** Prikupljene informacije iz upitnika ili intervjeta koriste se za utvrđivanje potreba za obukom i razvojem osoblja.
- 5.128** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure kojima se podstiče osoblje da izrazi svoje stavove po pitanju ostvarivanja svojih prava i položaja.
Uputstvo: Utvrđivanje zadovoljstva osoblja odnosi se na ostvarivanje prava koja im pripadaju po osnovu radnog odnosa (plata, plaćena i neplaćena odsustva, mogućnost edukacije i obuke, napredovanje u službi, primjena mjera zaštite na radu, adekvatno radno okruženje).
- 5.129** Ispitivanje zadovoljstva osoblja vrši se kvalitativnim metodama (opservacija, intervjeti) i kvantitativnim metodama (upitnici) najmanje jedanput godišnje.
- 5.130** Obezbijedena je povjerljivost podataka dobivenih ispitivanjem zadovoljstva osoblja.
Uputstvo: Obrađene podatke bolnica koristi za planiranje poboljšanja zadovoljstva osoblja. O rezultatima ispitivanja zadovoljstva osoblja izvještavaju se direktor bolnice i upravni odbor.
- 5.131** Postoji informacioni sistem kojim se prati doprinos osoblja u sistemu poboljšanja njihovog zadovoljstva.

Standard 6: Upravljanje informacija i informacijske tehnologije

Organizacija ima konzistentan i sistematski pristup upravljanju informacijama i elektronskim informacijskim sistemima.

Upravljanje i politika upravljanja informacija i informacijskim tehnologijama

- 6.1** Postoji upravljačka grupa, ili drugo ekvivalentno tijelo koje nadgleda upravljanje informacija i informacijskim tehnologijama, kao i njihovo korištenje i razvoj unutar bolnice.
- 6.2** Imenovana je osoba koja upravlja informacija i informacijskim tehnologijama, kvalificirana za rad s kompjuterskim tehnologijama i koja posjeduje iskustvo u radu s programima i aplikacijama koje se koriste u bolnici.
- 6.3** Postoji sveobuhvatna politika koja se odnosi na upravljanje informacija i informacijske tehnologije. Ona je usaglašena na upravnom odboru i uklapa se u godišnji plan razvoja bolnice.
- 6.4** Upravljanje informacija i nabavka informacijskih tehnologija u skladu su s izjavama iz politike o upravljanju informacija i informacijskim tehnologijama u bolnici.
- 6.5** Postoji datirana, dokumentirana strategija informacijskih tehnologija (IT). Strategija je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Strategija bi trebala opisivati tekuću opremljenost IT službe, te identificirati težnje za uvođenjem IT unutar ustanove.
- 6.6** Strategija informacijskih tehnologija povezana je s ciljevima i poslovnim planovima organizacije u cijelini.
- 6.7** Politiku i strategiju informacijskih tehnologija odobrava menadžment bolnice ili upravni odbor.
- 6.8** Upravljanje informacija i nabavka informacijskih tehnologija u skladu su s politikom i strategijom o upravljanju informacija i informacijskim tehnologijama u bolnici.
Uputstvo: Sistemi IT kao i oprema koja se koristi u cijelokupnoj bolnici trebali bi se nabaviti preko centralnog odjela prema dokumentiranoj specifikaciji napravljenoj između IT odjela i krajnijih korisnika.

- 6.9** Informacijama i informacijskim tehnologijama upravljaju i bave se ljudi koji su obučeni za to i koji imaju iskustva s korištenjem informacijskih tehnologija u bolnici.
- 6.10** Bolnica održava detaljan popis računarske opreme, s opisom ugrađenih komponenti i inventarskim brojevima.
- 6.11** Strategija informacijskih tehnologija utvrđuje ko ima odgovornost u osiguranju da su softverske aplikacije uredno licencirane.
Uputstvo: Imenovana je jedna ili više odgovornih osoba za instaliranje softvera i njegovo licenciranje.
- 6.12** Programske aplikacije koje se koriste u organizaciji su licencirane.
Uputstvo: Korištenje nelicenciranih programskih aplikacija je nelegalno i menadžer organizacije može biti krivično odgovoran. Licenca bi trebalo da postoji na radnom mjestu gdje je aplikacija instalirana ili kod osobe koja je odgovorna za osiguranje licence.
- 6.13** Postoji datirana, dokumentirana procedura da se svaki dodatni program koji pojedini korisnici zahtijevaju ili instaliraju autorizira od strane osobe odgovorne za licenciranje. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 6.14** Postoji dokumentirana sigurnosna politika informacijskog sistema bolnice.
Uputstvo: Politika se zasniva na novom međunarodnom standardu za zaštitu informacija ICO/IEC 27001. Svrha je ove politike da definira prihvatljive i neprihvatljive načine ponašanja, da jasno raspodijeli zadatke i odgovornosti, te da propiše sankcije u slučaju nepridržavanja.
Pravila rada i ponašanja koja definira sigurnosna politika vrijede za: svu računarsku opremu koja se nalazi u prostorima bolnice; administratore informacionih sistema; korisnike (zaposlenici, i vanjski suradnici); vanjske organizacije koje po ugovoru rade na zajedničkom projektu i organizacije koje rade na održavanju opreme ili softvera.
Generička politika trebala biti dovoljno fleksibilna kako se ne bi morala često mijenjati, dok su prateći pravilnici i procedure pisani kao upute za rješavanje konkretnih problema i mogu se češće mijenjati.
- 6.15** Strategija informacijskih tehnologija i Sigurnosna politika utvrđuju koliko je kritična svaka pojedinačna softverska aplikacija i IT službe za rad bolnice.
- 6.16** Računarska oprema koja obavlja kritične funkcije, neophodne za funkcioniranje informacionog sistema, ili koja sadrži povjerljive informacije, fizički se odvaja u prostor u koji je ulaz dozvoljen samo ovlaštenim osobama, tzv. sigurne zone.
- 6.17** Bolnica održava popis ovlaštenih osoba koje imaju pristup u sigurne zone.
Uputstvo: U pravilu su to samo zaposlenici koji administriraju mrežnu i komunikacijsku opremu.

- 6.18** Kritična oprema je zaštićena od problema s napajanjem električnom energijom.
Uputstvo: To znači da električne instalacije moraju biti izvedene kvalitetno, da se koriste uređaji za neprekidno napajanje (UPS On-line), a po potrebi i generatori električne energije.
- 6.19** Postoji datirana, dokumentirana procedura za oporavak kritičnih sistema radi osiguranja neprekinutosti poslovanja.
Uputstvo: To je potrebno kako bi u slučaju nesreće i zamjene izvršitelja novouposleni djelatnici mogli brzo reagirati.
- 6.20** Strategija informacijskih tehnologija i Sigurnosna politika opisuju sisteme i procedure za *back up* ili zaštitu i vraćanje ključnih IT sistema i podataka.
Uputstvo: Sistemi i procedure će varirati od ustanove do ustanove i identificiranog rizika. Npr. bolnica/jedinica koja koristi nezavisne radne stanice može napraviti rezervni sistem na floppy diskovima (ili drugom mediju).
- 6.21** Postoje datirane, dokumentirane procedure za *backup* datoteka individualnih kompjutera na *floppy* diskove, *zip drive* ili CD-ove, gdje kompjuteri nisu umreženi u *backup* sistem. Procedure su napisane / revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Kako bi se sačuvali kritični podaci i informacije u slučaju nezgoda, poput kvarova na uređaju, požara, ili ljudskih grešaka, potrebno je redovito izrađivati rezervne kopije svih vrijednih informacija, uključujući i konfiguraciju softvera. Preporučuje se izrada više kopija, koje se čuvaju na različitim mjestima, po mogućnosti u zaštićenim ormarima.
- 6.22** Ustanova povremeno provjerava upotrebljivost rezervnih kopija podataka i izvodi vježbe oporavka sistema.
Uputstvo: Vježbe se izvode na rezervnoj opremi, u laboratorijskim uvjetima.
- 6.23** Postoji datirani, dokumentirani tačan popis svih mrežnih priključaka i umreženih uređaja, uključujući i prenosive računare, kojima raspolaže administrator zadužen za upravljanje mrežom u bolnici.
- 6.24** Postoje dokumentirane procedure o spašavanju podataka nakon „pada“ servera, tamo gdje organizacija ima mrežni sistem.
- 6.25** Svi IT korisnici u bolnici/jedinici mogu kontaktirati imenovanu osobu za slučaj pada servera.
Uputstvo: To je imenovana osoba unutar bolnice ili vanjska organizacija koja daje podršku bolnici.
- 6.26** Bolnice koje posjeduju mrežu i svoje vlastite mrežne i komunikacijske uređaje imaju pravila i procedure koje određuju ovlaštenja, odgovornosti, odobrenja i dokumentaciju za priključivanje računara u mrežu, ko upravlja mrežom, konfiguriše mrežne uređaje, dodjeljuje adrese i kreira virtualne LAN-ove.

- 6.27** Bolnica ima poseban pravilnik ukoliko je podržan pristup i rad na daljinu (*remote access*), na primjer, kada se djelatnicima dopušta da sa kućnog računara ažuriraju podatke.
Uputstvo: S ovim pravilnikom moraju biti upoznati svi koji rade na daljinu.
- 6.28** Postoji pravilnik radi zaštite povjerljivih informacija pri prijenosu mrežom. Bolnica u pravilniku definira vrstu enkripcije, obavezan softver, procedure za dodjelu i čuvanje kriptografskih ključeva i slično.
- 6.29** Strategija informacijskih tehnologija i Sigurnosna politika utvrđuju rizike infekcije kompjuterskim virusima i donose mjere čijom implementacijom se bolnica brani od takvih prijetnji.
- 6.30** Postoji datirana, dokumentirana procedura za spajanje na mrežu gostujućih računara, koja donose sa sobom vanjski suradnici, predavači, poslovni partneri i serviseri.
Uputstvo: Ne smije se dozvoliti da oni po svom nahođenju priključuju računare na mrežu bolnice, radi opasnosti od širenja virusa ili namjernih agresivnih radnji, poput presretanja mrežnog prometa, prikupljanja informacija, itd. Bolnica može odrediti priključna mesta, na primjer u predavaonicama, bibliotekama, gdje je dozvoljeno priključiti gostujuće računare, te konfiguracijom mreže spriječiti da se s tog segmenta mreže dopre do ostalih računara u bolnici.
- 6.31** Postoji datirana, dokumentirana procedura za sprečavanje otuđenja i oštećenja računarske opreme.
Uputstvo: Na portirnici treba provjeriti da li oprema koja se iznosi ima potrebne prateće dokumente, izdatnice, radne naloge za popravak, itd.

Upravljanje informacijama

- 6.32** Postoji datirana, dokumentirana politika kojom je utvrđen način povjerljivog osiguravanja informacija o pacijentima, njihovim porodicama i osoblju unutar bolnice. Politika je u pisanoj formi i revidirana je u zadnje tri godine.
- 6.33** Da bi se pristupilo povjerljivim podacima koji se nalaze na bilo kojem elektronskom sistemu bolnice, potrebna je bar jedna lozinka. Svakom članu osoblja je dodijeljena jedinstvena lozinka.
Uputstvo: Npr. informacijama o pacijentima može pristupiti samo određena osoba s individualnom lozinkom. Klinički detalji bi trebali biti na raspolaganju svim osobama koje su uključene u njegu pacijenta.

- 6.34** Svaka osoba koja pristupa povjerljivoj opremi, sigurnoj zoni ili osjetljivim informacijama potpisuje Izjavu o čuvanju povjerljivih informacija.
Upustvo: Bolnica može u ugovore s vanjskim organizacijama ugraditi odredbe kojima obavezuje poslovne partnere na poštivanje sigurnosnih pravila. Ugovorom će se regulirati pristup, čime se podrazumijeva pristup prostorijama, pristup opremi ili logički pristup povjerljivim informacijama. Treću stranu treba obvezati na čuvanje povjerljivih informacija s kojima dođu u dodir pri obavljanju posla, npr. radi servisiranja, održavanja, podrške, obuke, zajedničkog poslovanja, konsultacija, itd.
- 6.35** Kompjuterski monitori koji imaju pristup povjerljivim podacima nisu postavljeni na mesta gdje ih mogu vidjeti neovlaštene osobe i ne ostavljaju se bez nadzora kada se povjerljivi podaci mogu vidjeti.
- 6.36** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje reguliraju kontrolu prenošenja podataka, kako unutar tako i prema vani. Procedure obezbjeđuju da su identifikacioni podaci pacijenta zaštićeni prilikom prijenosa ili je rizik njihovog otkrivanja minimiziran. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 6.37** Ako bolnica ima Extranet postoji poseban pravilnik za Extranet u kojem se regulišu prava i obaveze korisnika, a s vanjskim organizacijama kojima se dopušta pristup podacima u intranetu ugovara se obaveza na poštivanje sigurnosnih pravila i čuvanje povjerljivosti informacija.
- 6.38** Bolnica zadržava pravo nadzora nad instaliranim softverom i podacima koji su pohranjeni na umreženim računarima, te nad načinom korištenja računara.
Upustvo: Nadzor se smije provoditi radi: osiguranja integriteta, povjerljivosti i dostupnosti informacija i resursa; provođenja istrage u slučaju sumnje da se dogodio sigurnosni incident; provjere da li su informacijski sustavi i njihovo korištenje uskladjeni sa zahtjevima sigurnosne politike.
- 6.39** Nadzor obavljaju samo osobe koje je bolnica za to ovlastila.
Upustvo: Pri provođenju nadzora ovlaštene osobe dužne su poštivati privatnost i osobnost korisnika i njihovih podataka. U slučaju da je korisnik prekršio pravila sigurnosne politike, ne može se više osigurati povjerljivost informacija otkrivenih u istrazi, te se one mogu koristiti u disciplinskom ili sudskom postupku.
- 6.40** Informacijski sistem podržava upravljanje kvalitetom i rizikom na nivou bolnice tako da se putem integracije podataka koristi za kontrolu i poboljšanje kvaliteta.
Upustvo: Obim podataka treba da uključuje finansije, radnu snagu, kliničke ishode, nepovoljne događaje, nesretne slučajevе, žalbe i mišljenja pacijenata i osoblja.
- 6.41** Bolnica/organizacijska jedinica ustupa skupove podataka za izradu studija o zdravstvenoj zaštiti na nivou države, surađujući s ustanovama javnog zdravstva, zavodima zdravstvenog osiguranja, zdravstvenim organizacijama i agencijama koje se bave prikupljanjem podataka iz domena upravljanja kvalitetom i rizikom u bolničkoj sredini.

- 6.42** Postoji sistem rutinske provjere tačnosti upisanih podataka o pacijentu, kako u elektronskoj tako i u pisanoj formi.
Uputstvo: Sistem bi trebalo uključivati provjeru valjanosti obrade podataka i provjeru mogućnosti pristupa podacima.
- 6.43** Osoblje u cijeloj bolnici, koje koristi informacijski sistem, obučeno je da koristi, tumači i diseminira podatke.
- 6.44** Učinkovitost informacijskog sistema se redovno provjerava.
Uputstvo: To treba uključivati, npr. sistematsku reviziju podataka prilikom donošenja odluka od strane menadžmenta; redovno istraživanje mišljenja pacijenata u skladu s unapređenjem prikupljanja i diseminacije informacija; i redovno uzorkovanje podataka u svrhu provjere njihove tačnosti, kompletnosti i blagovremenosti.
- 6.45** Postoji datirana, dokumentirana politika za kreiranje, upravljanje, postupanje, sigurno pohranjivanje i uništavanje svih zapisu u bolnici.
Uputstvo: Zapis uključuju: medicinske zapis o pacijentu, lične podatke zaposlenih, zapis o postupanju s ugovaračima i zapis o davanju odgovora u marketinške svrhe. Može biti praktično imati politiku upravljanja cjelokupnim zapisima, npr. jedan set procedura koje se odnose na sve aspekte upravljanja pacijentovim zapisima. Procedura se odnosi i na »otvaranje istorije bolesti«, »otvaranja kartona« (ko, kada, gdje, ovlaštenja), postupanje (fizičko prenošenje, privremeno čuvanje – odjel, kartoteka, pristup, ključevi, duplikati, kopiranje, zaštita od požara, uljeza, neovlaštenog pristupa podacima, računarsko pohranjivanje, slanje dokumentacije e-mailom), a ne samo arhivsko pohranjivanje i uništavanje.
- 6.46** Podaci koji se po zakonu moraju čuvati zadržavaju se tokom perioda propisanog zakonom.
- 6.47** Dokumentirane su specifične odgovornosti imenovanih nosilaca funkcije za ažuriranje i čuvanje podataka.
Uputstvo: To može uključivati specifični opis posla sadržan u procedurama za upravljanje informacijama ili biti prezentirano u obliku dijagrama.

Standard 7: Marketing i komunikacije

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

Marketing

- 7.1** Bolnica/jedinica ima datiran, dokumentiran plan marketinga. Plan je napisan/revidiran u protekle tri godine.
- 7.2** Marketinški material napisan je jezičnim stilom odabranim prema korisnicima kojima je namijenjen.
Uputstvo: Npr. zdravstveni profesionalci kao što su liječnici opće prakse drugačiji su korisnici od javnosti.
- 7.3** Postoji datirana, dokumentirana procedura za odobravanje sveg marketinškog materijala od strane imenovanog iskusnijeg menadžera prije štampanja i distribucije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Menadžer mora obezbijediti da je u marketinškom materijalu opravdana svaka činjenica koja se tiče službi bolnice/jedinice.
- 7.4** Postoji dokumentirani vodič o korporativnom stilu ustanove i korištenje logotipa.
Uputstvo: Korporativni stil zdravstvene ustanove je zapravo korporativni (organizacijski) identitet te ustanove koji obuhvata naziv ustanove, logotip, razne simbole koji informiraju pacijente, korištene boje, internet prezentaciju, akreditacijske pločice, načine oglašavanja, pojedine slogane, zaglavљa pisama, vizit-karte, propisane vizuelne elemente prilikom power point prezentacija ispred ustanove, fotografije koje se mogu koristiti u marketinškim materijalima, bilténima i sl.
- 7.5** Osoblje koje je odgovorno za formuliranje nacrta reklamnog materijala za bolnicu/jedinicu i njene službe poznaje standarde za reklamiranje zdravstvene zaštite.
Uputstvo: Marketinški materijal bi trebalo biti formuliran i napravljen tako da zaštitи pacijenta od nerealnih očekivanja od izvjesnih procedura, npr. kozmetičke hirurgije.
- 7.6** Marketinškom bazom podataka upravlja se u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka.

- 7.7** Postoji datirana, dokumentirana procedura za pravljenje marketinških poštanskih adresara. Marketinški adresari mogu biti sastavljeni od javnih adresa i/ili adresa pojedinaca koji su naznačili da žele primati obavještenja od bolnice/jedinice. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Javne informacije obuhvataju imena i adrese lječnika opće prakse, ambulante i djelatnike ministarstva zdravstva i zdravstvenih profesionalnih tijela. elektronske biltene zdravstvenih ustanova i e-mail liste saradničkih organizacija
- 7.8** Svi individualni primaoci poštanskog materijala uvijek mogu odbiti da primaju naredna obavještenja iz bolnice.
- 7.9** Marketinški plan i njegovi različiti elementi ocjenjuju se jednom godišnje.
- 7.10** Postoji datirana, dokumentirana strategija komunikacije u bolnici/jedinici. Strategija je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Strategija bi trebalo sadržavati uputstva za komunikacije s internim osobljem, pacijentima/korisnicima, lokalnom zajednicom i drugim organizacijama koje pružaju zdravstvenu zaštitu, lokalnim medijima kao i korištenje informacijskih tehnologija za komuniciranja unutar ustanove i prema vanjskoj sredini.
- 7.11** U cijeloj bolnici postoji sistem komuniciranja, od upravljačkog tima do svih nivoa osoblja.
Uputstvo: To može uključivati cirkulirajuća pisma, informacione kaskade (npr. za informiranje timova), otvorene sastanke svih članova osoblja, elektronske oglasne ploče i oglasne ploče za osoblje. Trebalo bi da postoje i paralelni kanali za komunikaciju, za svaki slučaj.
- 7.12** Postoje definirani kanali za komunikaciju prema višim nivoima bolnice.
Uputstvo: To se može ostvariti putem sistema kratkog izyještavanja tima, politike "otvorenih vrata", sistema odgovora putem elektronske pošte, sugestionskih shema i/ili putem formalnih konsultacija.
- 7.13** Postoji datirana, dokumentirana lista vanjskih organizacija koja sadrži detalje o svakoj organizaciji i informacije koje rutinski cirkuliraju prema njima. Lista je sastavljena/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Vanjske organizacije mogu uključivati, npr. ministarstva, zdravstvene organizacije, zdravstvene stručnjake/komisije, organizacije primarne zdravstvene zaštite, lječnike opće prakse i udruženja pacijenata/korisnika usluga.
- 7.14** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se utvrđuju smjernice za komunikaciju s medijima, uključujući osiguranje tajnosti pacijenata i njihovih porodica. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: To će obuhvatati smjernice za odgovaranje na zahtjeve medija (kao što je zahtjev za informacijama o poznatim ličnostima), kao i smjernice kako prezentirati informacije o kojima bolnica želi izvijestiti medije.
- 7.15** Prati se djelotvornost strategije komunikacije i sistema komuniciranja.

Standard 8: Kupovina i prodaja roba i usluga

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

Ugovori

- 8.1** Između bolnice/jedinica i drugih organizacija pregovara se i sklapaju se ugovori o kupoprodaji roba i usluga.
- 8.2** Postoji register ugovora koje je bolnica sklopila s vanjskim organizacijama.
- 8.3** Kada se radi o kupovini, proces ugoveranja podrazumijeva natjecateljski tender radi osiguranja vrijednosti za novac.
- 8.4** Postoje formalne komunikacijske veze između imenovanog člana bolnice koji je odgovoran za ugoveranje nabavki roba i usluga i menadžera organizacije koja prodaje i isporučuje te robe i usluge.
- 8.5** Uloge i odgovornosti osoba koje pregovaraju i sklapaju ugovore u ime bolnice jasno su definirane i dokumentirane.
Uputstvo: Osoblje bolnice koje je uključeno u ugoveranje i sklapanje ugovora mora imati odgovarajući nivo ovlaštenja u odlučivanju.
- 8.6** Odgovorno osoblje – za one organizacione jedinice koje učestvuju u ugoveranju usluga ili ih isporučuju drugoj organizaciji – uključeno je u specificiranje takvih usluga, određivanje obima i vrste usluga i postavljanje indikatora kvaliteta za isporučene usluge.
Uputstvo: To uključuje definiranje usluga koje će se ponuditi, obim i vrste usluga (uključujući sat / vrijeme odgovora na zahtjeve/ objekte i opremu) i nqualificiranost osoblja koje će isporučiti usluge kupcu. Ispunjeno ovog kriterija verificira se analizom ostvarenja ugovora ovlaštenih osoba za ugoveranje i njihovim potpisima.
- 8.7** U realizaciji ugovora uzimaju se u obzir mišljenja pacijenata i osoblja koja su dobivena prethodnim anketiranjem.
Uputstvo: Mišljenja pacijenata mogu se dobiti i putem predstavničkih tijela pacijenata ili anketama o zadovoljstvu korisnika uslugama. Za nove usluge bit će potrebno dobiti posebne inpute. Misli se na opravdanost, efikasnost i uspješnost usluga koje su ugovorene s drugim organizacijama, što se provjerava anketiranjem osoblja i pacijenata. Kriterij je poželjan a ne obavezan
- 8.8** Svi ugovori su potpisani od strane predstavnika bolnice/jedinice, bilo da organizacija kupuje ili prodaje.

- 8.9** Ugovori sadrže specifikacije usluga i roba koje se nabavljuju ili prodaju.
- 8.10** Ugovori uključuju specifikaciju perioda važnosti ugovora, s tačno određenim vremenskim intervalima za provjeru ugovornih obaveza tokom perioda valjanosti potписанog ugovora.
- 8.11** Ugovori za kliničke i tehničke usluge uključuju zahtjev za angažmanom obučenog i kvalificiranog osoblja te superviziju u slučaju angažmana nekvalificirane radne snage.
Uputstvo: Ako se neka bolnica ne nalazi u datom kriteriju, uvijek je moguće napisati da to nije primjenljivo i da se traži izuzimanje od ocjene. Postoje bolnice koje pružaju kliničke usluge drugima, pa su vjerovatno moguće i situacije da bolnica pruža neke tehničke usluge drugima. Supervizija je u našim uslovima nadzorni organ ili komisija koja prima i odabrava radove prema zaključenom ugovoru, uključujući i nekvalificiranu radnu snagu (farbanje, čišćenje i sl.).
- 8.12** Tamo gdje je to potrebno, ugovori sadrže detalje o angažmanu osoblja izvan radnog vremena i za slučajeve hitnih intervencija.
Uputstvo: Misli se na treća lica ili firmu koje pod ugovorom vrše hitne tehničke intervencije (popravke).
- 8.13** Ugovori sadrže specifikaciju objekata i opreme koji se traže za obavljanje usluga i izjave o odgovornostima davaoca takvih usluga i kupca takvih usluga.
Uputstvo: Misli se na drugu ugovornu stranu kojoj u ugovoru treba predložiti na koje se objekte misli (tehnički blok, npr.) i opremu unutar tog objekta, itd.
- 8.14** Ugovori sadrže troškove odnosno određivanje cijene te metode i učestalost plaćanja.
- 8.15** Ugovori sadrže specifikacije o nivoima definiranih aktivnosti.
Uputstvo: To, na primjer, uključuje učestalost sesija ili isporuka, dužinu kliničkih sesija ili broj pacijenata koji će se pregledati sedmično ili ugovoreni sedmični plan čišćenja ili održavanja.
- 8.16** Ugovori sadrže specifikacije o nadzoru kvaliteta isporučenih usluga, koje su ugovorene sporazumom dviju strana, o pregledu obavljenog posla i posredovanju ako postoje problemi u kvaliteti isporučenih usluga.
- 8.17** Ugovori uključuju specifikacije o traženom završetku ili produženju pružanja usluga.

- 8.18** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru ugovora, te sporazumijevanje i autorizaciju promjena u odnosu na ugovor. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: To uključuje podatak o ovlaštenoj osobi za provjeru ugovora i donošenje amandmana na ugovor.
- 8.19** Svi zapisi o provjeri ugovora i amandmanima na ugovor se čuvaju.
- 8.20** Za kupovinu i prodaju usluga koje ne podliježu ugovaranju prave se dogовори u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice.
Uputstvo: Ovdje se radi o popisu internih klijenata i putevima razmjene usluga, što je s apskektom menadžmenta važno (radne relacije, opterećenost službi, mjerjenje izvršenja, uočavanje slabosti u radnim procesima i sl.). Naravno, ako je ovo bolničkoj administraciji prekomplikirano, može zajedno sa menadžmentom razmotriti opravданost ovog zahtjeva i iskazati to kao «nije primjenljivo» i budući da za te relacije postoje odgovarajući indikatori ili druge vrste informacija. Ako zdravstvena ustanova smatra da ovaj kriterij nije primjenjiv može zatražiti njegovo izuzeće..
- 8.21** Interni dogовори u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice donose se između odjeljenja u bolnici kada jedna organizaciona jedinica direktno snabdijeva drugu organizacionu jedinicu.
- 8.22** Dogовори u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice uključuju definiciju usluge.
- 8.23** Dogовори u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice uključuju zahtjev da isporučene usluge pruži obučeno i kvalificirano osoblje, odnosno da nekvalificirano osoblje podliježe superviziji.
- 8.24** Dogовори u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice uključuju aranžmane za pružanje usluga izvan radnog vremena ili hitnih usluga, tamo gdje je to primjenljivo.
- 8.25** Dogовори u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice uključuju praćenje kvaliteta pružanja usluga i korake koji se poduzimaju u slučaju problema s kvalitetom isporučenih usluga.
- 8.26** Dogовори u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice jasno navode objekte i opremu koji se traže za pružanje usluga i odgovornosti davaoca usluga i organizacione jedinice u kojoj se takve usluge nabavljaju.
- 8.27** Ispunjenošć dogovora u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice prati se i provjerava.

- 8.28** Za interne dogovore u pogledu usluga na nivou organizacione jedinice, davatelj i korisnik zajednički pregledaju ispunjenost dogovora.
- 8.29** Postoje datirane, dokumentirane procedure kupovine potrošnog materijala. Procedure su napisane i pregledane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure treba da definiraju nivo odgovornosti za narudžbe i ovlaštenja za pojedine narudžbe.
- 8.30** Potrošni materijali i oprema kupuju se prema pisanim specifikacijama.
- 8.31** Pisane specifikacije se prave zajedno sa krajnjim korisnicima materijala/opreme.
- 8.32** Postoje datirane, dokumentirane procedure za provjeru primljenih roba u odnosu na pisane specifikacije za kupovinu tih roba. Procedure su napisane i pregledane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure bi trebalo da pokriju povrat pogrešno uručenih roba ili roba koje ne odgovaraju traženoj specifikaciji.
- 8.33** Postoji proces rotacije zaliha radi osiguranja da se uskladišteni materijali koriste dok su još u dobrom stanju.
- 8.34** Upravlja se nivoima i sigurnosti zaliha koje se redovito kontroliraju.
Uputstvo: Provjeru zaliha i evidenciju o tome treba vršiti redovno. Sistem provjere zaliha uključuje kontrolu snabdjevenosti i valjanosti, te procedure uklanjanja materijala kojima je istekao rok trajanja.

Standard 9: Kućni red bolnice

Bolnica ima kućni red koji propisuje ponašanje pacijenata i zaposlenika.

Kućni red bolnice

- 9.1** Postoji propisani kućni red postavljen na vidno mjesto (bolesničke sobe, hodnici, prostorije za dnevni boravak). Kućni red se može dati pacijentu u pisanoj formi, u obliku brošure, prilikom prijema u bolnicu.

Uputstvo: U kućnom redu su opisana ponašanja pacijenata i zaposlenika u skladu sa zakonskim propisima i pravima pacijenata.

Kućni red za pacijente propisuje vrijeme ustajanja i vrijeme počinka, vrijeme objedovanja, vrijeme vizite te obaveze pacijenta za vrijeme iste, kretanje pacijenta u prostorijama odjela, zabranjuje ili ograničava upotrebu radio i video aparata, muzičkih instrumenata i mobitela, unošenje oružja i opasnih materija na odjel, unošenje i konzumiranje alkohola i opojnih droga, pušenje, uvođenje kućnih ljubimaca, unošenje i čuvanje veće količine novca i nakita, propisuje vrijeme posjete, način odijevanja, ponašanja i odgovornosti posjetilaca za eventualno nastala oštećenja i remećenje kućnog reda.

Kućni red za zaposlene propisuje nošenje identifikacijskih kartica (akreditacije), vrijeme i mjesto davanja informacija o pacijentima, zabranjuje unošenje i konzumiranje alkohola i opojnih droga, pušenje, unošenje oružja, propisuje obavezno isticanje knjige primjedbi, pohvala i žalbi na vidno i pristupačno mjesto za sve pacijente/korisnike, njegovatelje i posjetioce.

- 9.2** Postoji datirana, dokumentina procedura koja regulira način odijevanja zaposlenika u skladu s propisima iz oblasti zaštite na radu i u skladu sa bolničkim preporukama u pogledu izgleda i ponašanja zaposlenih.

Uputstvo: Zakonski okvir je prvi korak. Drugi je procedura koja treba da sadrži obrazloženja zasnovana na dokazima zašto je u kontroli infekcije važno i neophodno držati uniforme čistima i ispeglanima. Kakva je praksa pranja bolničkog veša i uniformi u pogledu dekontaminacije (temperatura, vrsta deterdženta)? Na koji način izgled uniformi tangira imidž osobe i organizacije? U proceduru spada i poželjan izgled zdravstvenog radnika (kosa, nokti, nakit, pokrivanje tetovaže i piersinga, brza identifikacija zdravstvenih i drugih radnika na temelju izgleda uniforme i sl.).

- 9.3** Pacijenti i osoblje su dužni poštivati kućni red, te novčano nadoknaditi eventualno nastalu štetu prema pravilima o odgovornosti za štetu.

Uputstvo: Zakon o obligacionim odnosima (SL SFRJ, br. 29/78, SN SR BiH, br. 2/92), čl. 159 – duševno lice ne odgovara za štetu koju prouzrokuje drugom; čl. 160 – maloljetnik do 7 godina ne odgovara za štetu (za njega odgovara roditelj), od 7 do 14 godina ne odgovara, osim ako se dokaže da je bio sposoban za rasudivanje, od 14 godina odgovara po opštим pravilima; čl. 167. – za štetu koju prouzrokuje maloljetnik odgovara institucija pod čijim je nadzorom (uključena i bolnica), osim ako dokaže da je nadzor vršen na način koji je obavezan.

Standard 10: Finansijski menadžment

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

Finansijski sistemi

- 10.1** Postoji napisani godišnji budžet bolnice koji je uskladen sa poslovnim planom.
- 10.2** Postoje sistemi interne finansijske kontrole da bi se osigurala imovina od neovlaštenog korištenja ili raspolaganja.
- 10.3** Postoje sistemi interne finansijske kontrole radi održavanja potpunih računovodstvenih zapisa za sve finansijske transakcije.
- 10.4** Pouzdanost proizvedenih finansijskih informacija sistematski se provjerava.
- 10.5** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za sve finansijske i računovodstvene funkcije. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 10.6** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje navode korake u prevenciji prevara u svim fazama finansijskih transakcija. Poceudure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: To uključuje, naprimjer, sva gotovinska plaćanja, ovlaštenja za nabavku potrošnih materijala, platne spiskove, transakcije s bankama.

Upravljanje budžetom

- 10.7** Postoje dokumentirane odgovornosti za upravljanje budžetom.
Uputstvo: To može stajati u poslovnom planu, u dodatku godišnjeg budžeta ili u opisu poslova.
- 10.8** Finansijski izvještaj dostavlja se menadžmentu bolnice jedanput mjesečno.
- 10.9** Izvještaj pokriva varijacije u budžetu s obzirom na prihode i rashode.
- 10.10** Postoji sistem za upravljanje pitanjima dužnika i kreditora unutar specifičnih ciljeva.

Upravljanje imovinom

10.11 Rutinski se održava registar kapitalne imovine.

10.12 Postoji program za kapitalna ulaganja.

Finansijska revizija

10.13 Bolnica održava sistem interne finansijske kontrole.

10.14 Izvještaji interne i vanjske finansijske kontrole dostavljaju se menadžmentu bolnice.

10.15 Postoji sistem provjere koji osigurava primjenu preporuka nakon dostavljenih izvještaja finansijske revizije.

Prikupljanje finansijskih sredstava

10.16 Aktivnosti na prikupljanju finansijskih sredstava u ime bolnice obavlja se u skladu sa statutom.

Opaska: Kriterij za sada se neće koristiti u osjenjivanju. Vidi i kriterij 50.73.

10.17 Postoje datirane, dokumentirane procedure za utvrđivanje, raspoređivanje i potvrđivanje doniranih sredstava. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

Upravljanje dobrotvornim sredstvima

10.18 Bilo koji preostatak dobrotvornih sredstava investira se u skladu s tekućim zakonom.

Finansijske transakcije s pacijentima

10.19 Služba za ekonomsko-finansijske poslove odgovorna je i koordinira naplatu usluga od pacijenata, kada to odgovara.

10.20 Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru statusa osiguranja svakog pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

10.21 Bolnica daje informacije pacijentima o cijeni svojih usluga i cijeni smještaja.
Uputstvo: Ove informacije se obezbeđuju na zahtjev a prije hospitalizacije ili ambulantnog tretmana koje treba platiti.

10.22 Pacijenti koji plaćaju punu cijenu bolničkih usluga informiraju se unaprijed o plaćanju depozita i svim finansijskim aranžmanima.
Uputstvo: Bolnica bi trebalo da unaprijed izračuna procjenjene ukupne troškove tretmana prije nego što on započne da bi minimizirala rizik izlaganja pacijenta nepredviđenim finansijskim troškovima.

10.23 Postoji sistem za provjeru slučajnog uzorka faktura u odnosu na utrošene lijekove i klinički tretman na njihovu tačnost i kompletност.

Drugi dio: Upravljanje rizikom

Standard 11: Opća pitanja

U bolnici/jedinici postoji izgrađen pristup upravljanju rizikom kojim se ostvaruje sigurniji sistem rada, sigurnija praksa, sigurniji prostor te veća svijest o opasnostima i odgovornosti na radu.

Opći dio

- 11.1** Postavljene su odgovorne strukture za upravljanje rizikom unutar bolnice/jedinice, uključujući i klinički rizik.
Upustvo: Za upravljanje cijelokupnim rizikom odgovoran je menadžer bolnice/jedinice; odgovornost za klinički rizik može biti povjerena iskusnjem kliničaru.
- 11.2** U bolnici/jedinici postoji strategija upravljanja rizikom koja obuhvata i upravljanje kliničkim rizikom.
Upustvo: Strategija bi trebalo sadržavati detaljan opis kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, individualnu odgovornost, te oblasti kao što su poslovno planiranje, okruženje, ljudski resursi i upravljanje službom. Može obuhvatati i sljedeće elemente: kontinuiranu identifikaciju i stavljanje prioriteta na ključne rizike; opis poduzetih aktivnosti na upravljanju svim rizicima; detaljan opis načina na koji se pristupilo riziku i kako se mjerio rizik; te detalje o sistemu izvještavanja o incidentu/nesretnom slučaju u bolnici. Uređenje upravljanja kliničkim rizikom može biti izloženo i u strategiji upravljanja kvalitetom.
- 11.3** Sve osoblje je upoznato sa strategijom upravljanja rizikom čime se osigurava izgradnja svijesti o odgovornostima u vezi s prevencijom i kontrolom rizika.
- 11.4** Imenovan je kliničar u svakoj službi/odjelu čija je odgovornost da se provede procjena kliničkog rizika.
- 11.5** Postoji program procjene rizika u svakoj službi/odjelu u organizaciji, čiji su rezultati dokumentirani.
Upustvo: Procjenu rizika bi trebalo pregledati i ažurirati sistematski, kao i u slučaju kad se promijene okolnosti, naprimjer, kada se služba/odjel preseli iz nekih prostorija, pa treba renovirati prostorije ili kad se uvede nova oprema.
- 11.6** Bolnica / jedinica vodi ili uređuje način na koji osoblje može proći obuku iz oblasti procjene kliničkog rizika.
- 11.7** Nalazi procjene rizika kao i svi drugi podaci o riziku prikupljaju se na jednom mjestu i koriste se za planiranje prioriteta u organizaciji, a radna praksa se ocjenjuje i mijenja na način koji je neophodan da bi se smanjio rizik.
- 11.8** Mjere kontrole rizika (preventivne i zaštitne) se dokumentiraju, klasificiraju po prioritetima i provode.

- 11.9** Postoji sistem izvještavanja o nepovoljnim događajima, koji obuhvata sve nepovoljne događaje uključujući i nepovoljne događaje koji su izbjegnuti “za dlaku”.
- Uputstvo: Svi odjeli u bolnici koriste standardne obrasce, odnosno sistem izvještavanja o nepovoljnim događajima. Sistem bi trebalo da uključuje i metod identificiranja trendova nepovoljnih događaja po tipu, ozbiljnosti, mjestu, grupi osoblja, itd. Sistem izvještavanja o nepovoljnim događajima bi trebalo da ima podršku odgovarajuće baze podataka za njihovo prikupljanje i analizu.*
- 11.10** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura u kojoj je detaljno izložen način na koji se pristupa nepovoljnim događajima, te kako se vodi istraga o njima.
- Uputstvo: Tu mogu biti i koraci koje bi trebalo poduzeti u slučaju istrage, ko je ospozobljen da poduzme istragu i obuku koju ta osoba mora proći u tu svrhu, mehanizme izvještavanja o rezultatima istrage, kao i postupke na sprečavanju ponavljanja incidenta.*
- 11.11** Vodi se, prati i ocjenjuje evidencija o svim nesrećama i nepovoljnim događajima koji su se desili kao i događajima koji su “za dlaku” izbjegnuti, kako bi se mogle poduzeti odgovarajuće aktivnosti u svrhu izbjegavanja njihovog ponavljanja.
- Uputstvo: Trebalo bi voditi evidenciju o svim vrstama nepovoljnih događaja, naprimjer kliničkim incidentima, neočekivanoj smrti pacijenta, nesretnim slučajevima koji su se desili osoblju, slučajevima nasilnog ponašanja prema osoblju, provalama, vandalizmu ili oštećenju imovina uslijed požara.*
- 11.12** Sve nepovoljne događaje (kliničke incidente) pregleda posebno imenovana grupa u organizacijskoj jedinici.
- 11.13** Svi izvještaji o nepovoljnim događajima koji su se desili i o onima koji su izbjegnuti, kao i žalbama, integriraju se i analiziraju.
- 11.14** Izvještaji o nepovoljnim događajima koji su se desili i onim koji su “za dlaku” izbjegnuti prave se sistematski i dostavljaju menadžementu, koji vrši pregled i poduzima odgovarajuće radnje.
- Uputstvo: Izvještaji bi trebalo da uključuju i analize trendova i poređenja po periodima.*
- 11.15** Greške s lijekovima i nepovoljne događaje koji su “za dlaku” izbjegnuti prate i evaluiraju članovi menadžmenta.
- Uputstvo: U praćenje i evaluaciju bi trebalo uključiti farmaceutsko osoblje, glavnu sestru bolnice i jednog od menadžera.*
- 11.16** Ocjenjuju se izmjene u praksi koje su uvedene kao rezultat žalbi, nepovoljnih događaja, grešaka i događaja koji su “za dlaku” izbjegnuti.

- 11.17** Postoji sistem evaluacije načina na koje bolnica uobičajeno odgovara na žalbe pacijenata i incidente.
- Uputstvo: Ovo može otkriti dodatne probleme koji su povezani sa kliničkom i administrativnom praksom.*
- 11.18** Imenovana je osoba za obradu zahtjeva/tužbi prema organizaciji i vezu s pravnim profesionalcima, osiguravajućim društvima i podnosiocima zahtjeva/tužbe.
- 11.19** Prave se zbirni izvještaji o zahtjevima/tužbama i parnicama u toku, koji se prezentiraju upravnom odboru i komisiji za kvalitet.
- 11.20** Bolnica ima plan za slučajeve kriznih i potencijalno opasnih situacija, napisan/revidiran u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Ti događaji uključuju, npr. prijetnje bombama i eksplozivom, požare, poplave, nestajuću struje i vode, opasnosti od curenja gasa, hemikalija. Plan uključuje i procedure za evakuaciju.*
- 11.21** Postoji imenovani iskusniji član menadžmenta odgovoran za sve aspekte aktivnosti u slučaju kriznih situacija, a aktuelni podaci za kontakt s imenovanom osobom (uključujući i izvan radnog vremena) dostupni su svem osoblju zaposlenom u bolnici/jedinici.
- Uputstvo : Odgovornost se može rotirati između iskusnijih menadžera na bazi dežurstava, a osobni podaci za kontakt, kao što su kućni brojevi telefona, brojevi mobitela, ne trebaju biti široko dostupni osoblju ali moraju biti pristupačni na poznatoj lokaciji i na zahtjev.*
- 11.22** Sve ključne organizacione jedinice koje imaju ulogu prilikom pojave kriznih situacija uključene su u pripremu akcionog plana.
- Uputstvo: Ključne organizacione jedinice su, npr. hitni prijemi, tehničke službe, itd. Akcioni plan osigurava da je sve osoblje syjesno svoje individualne odgovornosti prilikom velikih nesreća. Svaku obuku za krizne situacije trebalo bi obuhvatiti tokom razvoja akcionog plana obuke u bolnici i planova razvoja.*
- 11.23** Organizacija testira plan za slučajeve kriznih situacija najmanje svake tri godine da bi obezbijedila efikasnost plana i svijest osoblja o njima.
- Uputstvo: Idealno bi bilo da se testiranje poduzme kao dio koordinirane prakse uključujući istovremeno organizacionu jedinicu za urgente slučajeve, liječnike, sestrinstvo, upravljačko i drugo osoblje.*
- 11.24** Sve velike nesreće i incidenti se ocjenjuju i pravi se pisani izvještaj koji je razmatra menadžment.

Standard 12: Sigurnost na radu

U bolnici/jedinici je uspostavljen sistem upravljanja pitanjima sigurnosti na radu, te pitanjima obuke osoblja za mjerjenje sigurnosti u skladu sa zahtjevima njihovog posla.

Organizacija

- 12.1** Direktor bolnice/šef jedinice je odgovoran za formuliranje, provođenje i razvoj politike sigurnosti na radu.
- 12.2** Postoji datirana, dokumentirana politika sigurnosti na radu, revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Politika bi trebalo biti prilagođena zakonu, s navedenim datumom i potpisana od strane direktora.
- 12.3** Postoji multidisciplinarna komisija za sigurnost koja se redovno sastaje i izvještava menadžment o pitanjima sigurnosti na radnim mjestima.
Uputstvo: Komisija treba da uključi npr. iskusnije kliničare i druge predstavnike osoblja. Komisiju bi trebalo konsultirati prilikom razvoja, provođenja i praćenja politike sigurnosti. Takodje bi trebalo biti uključena u postavljanje i praćenje standarda izvršenja za sigurnost na radu a trebala bi biti povezana s drugim odgovarajućim grupama, npr. s komisijom za kontrolu infekcije i komisijom za kvalitet/upravljanje rizikom. O sastancima Komisije vode se zapisnici.
- 12.4** Postoji datiran, dokumentiran plan sigurnosti, napisan/revidiran u zadnjih dvanaest mjeseci.
Uputstvo: Plan bi trebalo da odredi zadatke sigurnosti, da postavi ciljeve i vremenske rokove za akciju i biti razvijen u konsultaciji s osobljem. Plan bi trebalo diseminirati osoblju kako bi bili svjesni svojih dužnosti i odgovornosti.
- 12.5** Pravi se godišnji izvještaj o sigurnosti na radu.
Uputstvo: Plan bi trebalo da bude prezentiran menadžmentu bolnice i trebalo bi da bude stavljen na raspolaganje svem osoblju unutar bolnice. Izvještaj bi trebalo da sadržava detaljan opis zadataka i ciljeva za prethodnu godinu, zajedno s inicijativama koje su bile razvijene i poduzetim aktivnostima za njihovo ispunjavanje. Izvještaj može sadržavati i nacrt zadataka za narednu godinu.
- 12.6** Prva pomoć je uređena u skladu sa zakonom.
Uputstvo: Pravila za obezbjeđenje uređaja za prvu pomoć su postavljeni u skladu sa zakonskim propisima.
- 12.7** Postoje dokumentirane procedure u upotrebi zaštitne opreme na radu.
- 12.8** Postoje dokumentirane procedure o ponašanju na specifičnim radnim mjestima i odlaganju sredstava za rad.

- 12.9** Postoji dokumentirani protokol o postupku s aparatima i instrumentima.
Uputstvo: To može uključivati uputstva o pravilnoj upotrebi aparata i instrumenata, odlaganju na odgovarajuće mjesto, dezinfekciji, sterilizaciji.
- 12.10** Postoji dokumentirani protokol o radu s ionizirajućim izvorima zračenja.
- 12.11** Postoji dokumentirani protokol o radu s otrovnim materijama.
- 12.12** Postoji dokumentirani protokol o radu s radioaktivnim supstancijama.
- 12.13** Postoji dokumentirani protokol o kontaktu i radu sa infektivnim pacijentima.
- 12.14** Postoji program obuke o sigurnosti za sve osoblje, koji se sistematski procjenjuje.
Uputstvo: Većina propisa o sigurnosti zahtijeva dovoljnu obučenost zaposlenih kako bi bili upoznati s rizikom i mjerama predostrožnosti potrebnim za njihov rad. Obuka uključuje, npr. programe uvodne obuke za sve novo osoblje uključujući i kliničko osoblje, redovnu obuku za usavršavanje za sve osoblje, obuku za premešteno ili unaprijedeno osoblje (to će biti provedeno prije nego se premjeste). U područjima gdje postoji veći rizik od nasilja, osoblje bi trebalo biti obučeno za postupanje u potencijalno agresivnim situacijama.
- 12.15** Čuva se evidencija o provedenoj obuci osoblja o sigurnosti na radu.
Uputstvo: Trebalo bi postojati evidencija za svakog zaposlenog, zajedno s datumom održavanja obuke. Trebalo bi da postoji sistem praćenja kojim se obezbeđuje da osoblje koje je propustilo obaveznu obuku bude opozvano.
- 12.16** Svim privremenim zaposlenim date su informacije o sigurnosti u bolnici/jedinici, kao i informacije o sigurnosti koje su specifične za njihovu oblast rada.
- 12.17** Postoji datirana, dokumentirana politika u pisanoj formi, koja je revidirana u zadnje tri godine, o fizičkom premeštanju i postupanju s pacijentima kojom se uspostavljuju aranžmani i oprema za smanjenje manuelnog premeštanja i postupanja s pacijentima.
- 12.18** Postoje izvještaji o povredama, oboljenjima i opasnim događajima što je u skladu sa zakonom.
Uputstvo: Svi izvještaji o povredama koji podliježu prijavi trebali bi se evidentirati unutar vremenskog perioda zahtijevanog pravilima o izvještavanju o povredama, oboljenjima i opasnim događajima.
- 12.19** Obavještenja o sigurnosti i opasnostima data su uz nadzor relevantnog osoblja.

- 12.20** Gdje je to podesno, postupa se u skladu s obaveštenjima o sigurnosti i opasnosti i takve aktivnosti su evidentirane.
- 12.21** Imenovani član osoblja određen je za primanje informacija iz Agencije za kontrolu lijekova i izvještavanje Agencije o relevantnim pitanjima.
- 12.22** Imenovani član osoblja određen je za primanje informacija iz Agencije za medicinske aparate i obavještavanje Agencije o relevantnim pitanjima (uključujući kvarove i nesreće nastale u vezi s medicinskom aparaturom).
- Uputstvo: Ovaj kriterij vrijedi samo ako je uspostavljena Agencija za medicinske aparate ili slična institucija.*

Standard 13: Protupožarna zaštita

Direktor bolnice/šef jedinice obezbjedio je odgovarajuće mjere zaštite od požara, uključujući obezbjeđenje podesne opreme za borbu protiv požara i obuku osoblja za sigurnost od požara.

Protupožarna zaštita

- 13.1** Direktor bolnice je odgovoran za godišnju dokumentiranu politiku zaštite od požara u bolnici/jedinici.

Uputstvo: Osoba koju imenuje direktor odgovorna je za ocjenu mjera zaštite od požara, podesnost požarne opreme i procedura za slučaj požara u periodima koji ne prelaze godinu dana.

- 13.2** Postoji član osoblja organizacione jedinice odgovoran za nadzor nad provođenjem mjera zaštite od požara.

- 13.3** Postoji dokumentirani plan zaštite od požara usklađen sa zakonom.

Uputstvo: Plan sadrži aktivnosti koje su već poduzete ili su preporučene u organizaciji, obrazloženje na čemu se plan bazira i planirani raspored pridržavanja plana. Vremenski raspored prikazuje evidenciju zadatih prioriteta, npr. dobivanje certifikata za relevantne dijelove objekata; preporuke koje se direktno odnose na sigurnost pacijenata/korisnika; uklanjanje velikih opasnosti od požara; rano pridržavanje preporuka kako bi se ove lakše ostvarile.

- 13.4** Na raspolaganju su izvještaji inspekcije za zaštitu od požara, a za određene oblasti (definirane zakonom) od lokalnih stručnjaka za protupožarnu zaštitu.

- 13.5** Redovno se provodi sveobuhvatna procjena rizika od požara i nalazi se dokumentiraju.

Uputstvo: Procjena bi trebalo uključivati i provođenje provjere sigurnosti objekata koji nisu u upotrebi. Procjena bi trebalo da bude u skladu s mjerama predostrožnosti od požara.

- 13.6** Postoji pisana evidencija odobrenja lokalnih stručnjaka koja se odnose na nove objekte, velike radove i / ili popravke.

- 13.7** Stepeništa i hodnici se ne koriste za skladištenje zapaljivog materijala.

- 13.8** U svim objektima bolnice jasno je označena oprema za borbu protiv požara.

Uputstvo: Oprema za borbu protiv požara trebala bi biti odgovarajuća vrsti požara koja bi se vjerovatno mogla desiti u nekom području. Oprema bi trebala biti označena po tipu i sadržavati uputstva za upotrebu. Oprema za borbu protiv požara uključuje, npr. hidrante za gašenje požara, kalem sa crijevom i čebad za gašenje požara. Naročitu pažnju bi trebalo posvetiti područjima velike opasnosti od požara, kao što su tehnička postrojenja/kotlovnice, prostori za skladištenje goriva i gasa, prostori za čuvanje medicinske dokumentacije, kuhinje, prostori za odlaganje veša i rublja, prostori za prikupljanje otpada, prostori za odlaganje otpada, prostori koji se koriste za trajno ili privremeno odlaganje zapaljivih materija i opreme, prostori za tretmane pacijenata/korisnika i prostori u kojima leže pacijenti/korisnici u kojima se koristi kisik kao potencijalno opasan gas.

- 13.9** Postoji dokumentirana evidencija koja dokazuje da se ispitivanje efikasnosti i održavanje sistema zaštite od požara i opreme za zaštitu od požara poduzima sistematski.
- Uputstvo: Sistem zaštite od požara kao i oprema trebalo bi se redovno ispitivati po predodređenom programu i od strane kvalificirane osobe.*
- 13.10** Postoje označeni požarni putevi za vozila i sredstva za gašenje požara, koji su uvijek slobodni. Požarni putevi vode od ulaza u bolnicu/jedinicu zemnim putem do svih objekata.
- 13.11** Požarni putevi su uvijek slobodni od prepreka i pristupačni.
- 13.12** Požarni putevi su dovoljno široki za evakuaciju nepokretnih pacijenata i osoblja bolnice.
- 13.13** Požarni putevi se ne koriste za skladištenje zapaljivih materija.
- 13.14** Izlazi u slučaju požara su jasno označeni.
- 13.15** Sobe za pacijente i vrata za izlaz u slučaju požara uvijek se drže otvoreni.
Uputstvo: Veza između osoblja odgovornog za zaštitu od požara i osoblja za bezbjednost od velike je važnosti u obezbeđenju da se izlazi za slučaj požara ne koriste od strane neovlaštenih osoba koje ulaze u bolnicu.
- 13.16** U područjima gdje vrata moraju biti zaključana, postoje pisane i slikovne instrukcije koje objašnjavaju značenje bijega za vrijeme požara.
Uputstvo: To se može koristiti u nekim psihijatrijskim odjelima; ta vrata trebalo bi da imaju sistem osobađanja (otvaranja) u slučaju požara.
- 13.17** Instrukcije za ponašanje u slučaju požara su jasno istaknute širom bolnice.
Uputstvo: Upustva bi trebalo sadržavati radnje koje treba poduzeti za otkrivanje požara i prepoznavanje požarnog alarma.
- 13.18** Prikazani su detalji akcija koje treba poduzeti u slučaju da se pacijent mora premjestiti iz prostorija za pacijente/korisnike.
Uputstvo: Trebalo bi definirati u kojem stupnju hitnosti se pacijent treba premjestiti, ovisno o lokaciji požara i ko donosi odluku, npr. glavna sestra odjela.
- 13.19** Sve osoblje prisustvuje obuci za zaštitu od požara najmanje jednom godišnje ili prema tome kako nalaže certifikat.
Uputstvo: Osoblje se treba obučiti, npr. za raspoznavanje požarnog alarma, rukovanju opremom za gašenje požara i tehnikama evakuacije. Sesije obuke trebalo bi često održavati i u različito vrijeme dana i noći kako bi sve osoblje imalo mogućnost prisustvovanja na različitim lokacijama u bolnici. Prisustvo osoblja se evidentira.

- 13.20** Praktične vježbe protupožarne zaštite održavaju se za dnevno i noćno osoblje a prisustvo osoblja vježbama se evidentira.

Uputstvo: Protupožarne vježbe ne trebaju uključivati evakuaciju pacijenata, ali sve osoblje bi trebalo provesti praktičnu evakuaciju unutar njihovog radnog ambijenta. Sve vježbe bi trebalo da budu evaluirane i nakon toga napravljen pisani izvještaj. Ako postoji odluka politike da se ne sprovode protupožarne vježbe, to mora biti dokumentirano i mora postojati jasna evidencija da su protupožarne procedure u potpunosti ispitane na neki drugi način.

- 13.21** Sve vježbe se ocjenjuju i o njima se izvještava upravni odbor i menadžment bolnice.

- 13.22** O svim slučajevima požara se izvještava i provodi se istraga od strane imenovanog referenta.

Uputstvo: To se može obaviti zajedno s lokalnim stručnjacima za slučajeve požara. Za izvještavanje trebalo bi koristiti bolnički sistem izvještavanja o nepovoljnim događajima.

Standard 14: Kontrola infekcije

Postoje osoblje, dokumentacija i sistemi koji osiguravaju da je rizik pacijenta/korisnika od dobivanja infekcije za vrijeme boravka u bolnici/jedinici sведен na najmanju moguću mjeru.

Odgovornosti

- 14.1** Postoji kvalificirana osoba koja daje pravovremene savjete za kontrolu infekcije, uključujući formulaciju i objavu politike za kontrolu infekcije.
- 14.2** Postoji tim za kontrolu infekcije koji pomaže osobi odgovornoj za kontrolu infekcije u provođenju mjera kontrole infekcije u cijeloj bolnici.
Uputstvo: Tim za kontrolu infekcije uključuje, npr. liječnika za kontrolu infekcije, medicinsku sestru za kontrolu infekcije (ako liječnik nije infektolog) i specijalistu mikrobiologa. Tim je operativni dio Komisije, a nadležnosti Komisije date su u kriteriju 14.3.
- 14.3** Postoji multidisciplinarna komisija (odbor, povjerenstvo) za kontrolu infekcije koja savjetuje i podržava tim za kontrolu infekcije.
Uputstvo: Komisija (odbor, povjerenstvo) preispituje pitanja kao što su: godišnji program kontrole infekcije, skorašnje izbjijanje infekcije, rezultate provjere kvaliteta kontrole infekcije i sve procedure koje su u vezi s kontrolom infekcije. Također diskutira o specifičnim područjima na koja je ukazao tim za kontrolu infekcije i dogovora vodilje za nadzor infekcija i mogućnosti nastanka infekcija. Članovi komisije (odbora, povjerenstva) su, npr. tim za kontrolu infekcije, specijalisti infektologije, mikrobiologije i epidemiologije, predstavnici zaposlenih liječnika, medicinskih sestara i menadžmenta, paramedicinskog osoblja i osoblja službi za podršku, ako je to podesno, npr. apoteke, inžinjeringu i službe za sterilizaciju.
- 14.4** Komisija (odbor, povjerenstvo) za kontrolu infekcije sastaje se najmanje dva puta godišnje i vodi zapisnike svojih sastanaka.
Uputstvo: Komisija (odbor, povjerenstvo) osigurava da svi zapisnici sa sastanaka i bilo koji izvještaj budu proslijedjeni menadžmentu organizacije, šefovima odjela, stručnom vijeću, komisiji za zdravlje i sigurnost i/ili komisiji za kvalitet.
- 14.5** Imenovana je odgovorna medicinska sestra za kontrolu infekcije, što je uključeno u njezin opis poslova a postoji i određeno vrijeme koje posvećuje aktivnostima na kontroli infekcije.
- 14.6** Odgovorna medicinska sestra je obučena za kontrolu infekcije i može pružiti dokaz o kontinuiranom profesionalnom razvoju u vezi sa svojom ulogom u kontroli infekcije.

Proces rada

- 14.7** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure kontrole infekcije koje se odnose na univerzalne mjere predostrožnosti za kontrolu infekcije. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 14.8** Postoji datirana, dokumentirana procedura o pranju ruku kao važnom elementu kontrole infekcije. Dokument je napisan/revidiran u zadnje tri godine.
- 14.9** Postoji datirana, dokumentirana procedura za uklanjanje kliničkog i nekliničkog otpada u svrhu kontrole infekcije. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 14.10** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja se primjenjuje prilikom izbjivanja infekcije. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: To uključuje određene detalje o kontroliranju velikog izbjivanja zaraznih bolesti i upravljanje karantinom, kao i procedure koje treba slijediti prije ponovnog korištenja bolesničkih soba.
- 14.11** Postoji datirana, dokumentirana procedura za tehnike izolacije i zaštitu profesionalnog osoblja, koja je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: To uključuje uputstvo o zaštiti osoblja od infekcije kao što je tuberkuloza (uključujući multirezistentne bacile tuberkuloze) i uputstvo za izolaciju pacijenata.
- 14.12** Postoji datirana, dokumentirana procedura i vodilje za prevenciju širenja virusa koji se prenose putem krvi i profilaksu nakon izlaganja tim virusima. Politika i vodilje napisani su/revidirani u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo uključiti uputstva za zaštitu osoblja od infekcija i trebalo bi je uvezati s procedurom prilikom uboda iglom.
- 14.13** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja se primjenjuje u slučajevima povrede oštrim predmetima (uključujući i ubode injekcionim iglama). Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 14.14** Postoji datirana, dokumentirana procedura za kontrolu mikroorganizama rezistentnih na antibiotike, kao što su multirezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA) i vankomicin rezistentni *Enterococcus* (VRE). Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 14.15** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja pokriva rad s visoko rizičnim pacijentima/korisnicima (npr. imunosuprimiranim) i onim sa zaraznim bolestima. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 14.16** Postoji datirana, dokumentirana procedura za kontrolu tuberkuloze, uključujući i multirezistentnu tuberkulozu. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 14.17** Postoji datirana, dokumentirana procedura za kontrolu i prevenciju infekcija za vrijeme prikupljanja, pakovanja, rukovanja i isporuke laboratorijskih uzoraka. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 14.18** Postoji datirana, dokumentirana politika propisivanja antimikrobnih lijekova. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 14.19** Postoji datirana, dokumentirana procedura rukovanja s medicinskom opremom (aparatima) koja se provodi u poznatim ili sumnjivim slučajevima Creutzfeld-Jakobove bolesti. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 14.20** Postoje datirane, dokumentirane procedure za kontrolu infekcija u službi održavanja čistoće, perionici i kuhinji. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 14.21** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje daju uputstva za postupanje s mrtvaczem i uputstva za radne procese u mrtvačnici u vezi s kontrolom infekcije. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 14.22** Politike i procedure koje se odnose na kontrolu infekcije se distribuiraju širom organizacije.
Uputstvo: Distribuciju bi trebalo prilagoditi radu različitih službi / odjela unutar šire organizacije.
- 14.23** Odgovorna medicinska sestra imenovana za kontrolu infekcije ima pristup najnovijim zakonima i objavljenim profesionalnim vodičima u vezi s pitanjima kontrole infekcije te politikama i procedurama koje se na njih odnose.
Uputstvo: To bi trebalo da uključi dokument tipa vodiča za zaposlene u kliničkoj zdravstvenoj zaštiti koji se odnosi na zaštitu od infekcija virusima koji se prenose putem krvi; preporuke za AIDS i hepatitis; uputstvo za sterilizaciju medicinskih aparata; i uputstvo za upravljanje i kontrolu bolničkih infekcija.
- 14.24** Politike i procedure su sadržane u bolničkom priručniku.

Obuka osoblja

- 14.25** Postoji tekući program obuke za kontrolu infekcija za sve osoblje unutar organizacije.
Uputstvo: Sve osoblje redovito se obavještava o mjerama za kontrolu infekcije u djelokrugu svog rada. Kada se uvode novi sistemi rada, treba razmotriti potrebu za ažuriranjem informacija o kontroli infekcije.
- 14.26** Tim za kontrolu infekcije ili odgovorna medicinska sestra imenovana za kontrolu infekcije uključeni su u pokretanje programa za kontrolu infekcije unutar organizacije kada se u posao uvodi novo osoblje.

Mjere kontrole infekcije

- 14.27** Osigurane su prostorije za infektivne pacijente i one koji zahtijevaju izolaciju.
- 14.28** Postoje uređaji za pranje ruku u svim dijelovima klinike/bolnice, koji su tako dizajnirani da minimiziraju širenje infekcije.
Uputstvo: To bi trebalo uključivati slavine kojima se manipulira laktom i posude s tečnim sapunom.
- 14.29** Postoji godišnji program nadzora infekcije širom organizacije koji uključuje prikupljanje, analizu i diseminaciju podataka.
Uputstvo: Rezultate godišnjeg programa nadzora infekcije trebalo bi uvezati s drugim studijama provjere kliničkog kvaliteta.
- 14.30** Prati se i ocjenjuje stopa intrahospitalnih infekcija kod ležećih bolesnika.
Uputstvo: Za hiruršku službu, podatke o stopi stečenih bolničkih infekcija trebalo bi prezentirati specifično za pojedine odjele.
- 14.31** Izvještaj o rezultatima programa nadzora prezentira se Komisiji za poboljšanje kvaliteta i stručnom vijeću i relevantnom osoblju, npr. kliničarima i medicinskim sestrama. Postoji evidencija da je postupljeno po dobivenim rezultatima.
- 14.32** Tim za kontrolu infekcije procjenjuje rizike infekcije.
- 14.33** Postoji godišnji program provjere kvaliteta kontrole infekcije.
Uputstvo: Program provjere kvaliteta kontrole infekcije trebalo bi uključiti provjeru higijene kliničkog ambijenta, praćenje rutinskih procedura, npr. čišćenja odjela, provjeru programa nadzora infekcije i provjeru kvaliteta politika i procedura za kontrolu infekcije s obzirom na procedure i vremenski plan.
- 14.34** Izvještaji o rezultatima programa provjere kvaliteta kontrole infekcije dostavljaju se odgovarajućim bolničkim i vanbolničkim organizacijskim strukturama.
Uputstvo: To bi trebalo vršiti kroz godišnje izvještaje, u sklopu Komisije za poboljšanje kvaliteta ili godišnjeg izvještaja o sigurnosti.
- 14.35** Od tima za kontrolu infekcije traže se savjeti u pogledu opreme i potrošnih materijala koji su namijenjeni pacijentima/korisnicima s ciljem osiguranja da su oprema i svaki predmet u skladu sa standardima za kontrolu infekcije.
Uputstvo: Gdje to odgovara, trebalo bi donijeti preporuke za sterilizaciju opreme.

- 14.36** Odgovorna medicinska sestra i članovi tima koji su imenovani za kontrolu infekcije daju savjete kao dio procesa ugovaranja za čišćenje, spremanje jela, perionicu i odlaganje kliničkog otpada.
- Uputstvo: Dogovori na nivou organizacione jedinice trebalo bi uključiti standarde koji će se održavati radi osiguranja kontrole infekcije i praćenja korištenih mehanizama.*
- 14.37** Odgovorna medicinska sestra koja je imenovana za kontrolu infekcije daje savjete prilikom planirane izgradnje i inžinjerskih radova kao i nabavke medicinskih aparata i opreme u svrhu osiguranja da je sve to u skladu sa zahtjevima kontrole infekcije.
- 14.38** Odgovorna medicinska sestra koja je imenovana za kontrolu infekcije ima ovlasti u pogledu osiguranja prevencije i kontrole infekcije, koji se razmatraju kao dio razvoja svih službi i odjela.
- 14.39** Postoji stalna komunikacija tima za kontrolu infekcije ili odgovorne medicinske sestre koja je imenovana za kontrolu infekcije s liječnikom za kontrolu zaraznih bolesti (u najboljem slučaju infektologom).
- Uputstvo: To je važno prilikom postupanja s izbjanjenjem infekcije.*
- 14.40** Postoji stalna komunikacija između tima za kontrolu infekcije ili odgovorne medicinske sestre koja je imenovana za kontrolu infekcije s laboratorijima unutar organizacije.
- Uputstvo: Specijalista mikrobiolog, kao konsultant, podržava rad službe za kontrolu infekcije, uključujući interpretaciju rezultata, bilo u bolnici, bilo putem referentnih centara. Korištenje mikrobiološke laboratorije potrebno je za podršku službe za kontrolu infekcije putem obrade, davanja podataka, nadzora i specijalističkog testiranja.*
- 14.41** Postoji stalna komunikacija između odgovorne medicinske sestre koja je imenovana za kontrolu infekcije i Komisije za poboljšanje kvaliteta, odnosno stručnog vijeća.
- 14.42** Postoji stalna komunikacija između tima za kontrolu infekcije i službe medicine rada, odnosno službi za zaštitu na radu.
- Uputstvo: To je važno radi osiguranja da su savjeti i procedure dosljedni s mjerama koje se poduzimaju u sprečavanju prijenosa infekcije između zdravstvenih radnika i pacijenata ili na druge članove osoblja ili posjetitelje.*
- 14.43** Postoji stalna komunikacija između tima za kontrolu infekcije i komisije (odbora, povjerenstva) za zdravlje i sigurnost.

Standard 15: Dekontaminacija i sterilizacija

Postoji potrebna oprema, dokumentacija i sistem pomoću kojih se osigurava učinkovit proces dekontaminacije i sterilizacije.

Odgovornosti

- 15.1** Postoje dokumentirane i jasne linije odgovornosti za sve faze procesa dekontaminacije i sterilizacije.
Uputstvo: To može biti u formi dijagrama toka, mape procesa, izjave u politici ili je to operativna procedura za dekontaminaciju i sterilizaciju.
- 15.2** Linije odgovornosti uključuju ugovarače i profesionalnu odgovornost, bilo da organizacija kupuje ili prodaje usluge drugim organizacijama.
- 15.3** Godišnji izvještaj o efikasnosti procesa dekontaminacije upućuje se Komisiji za poboljšanje kvaliteta, odnosno stručnom vijeću.
Uputstvo: Praćenje procesa dekontaminacije trebalo bi biti u skladu s vodiljama koje su relevantne za te zadatke, što može uključiti, npr. priručnik za službu sterilizacije, standarde kvaliteta i preporučenu praksu za odjele sterilizacije, kao i vodič za dekontaminaciju.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 15.4** Šef službe kvalificiran je za upravljanje jedinicom za sterilizaciju.

Osoblje – razvoj i edukacija

- 15.5** Sve osoblje uključeno u procese dekontaminacije/sterilizacije prošlo je obuku o zdravlju i sigurnosti i kontroli infekcije koji su specifični za njihov rad na odjelu. Prisustvo obuci se evidentira u dosje o obuci svakog zdravstvenog profesionalca.
Uputstvo: Osoblje bi trebalo imati godišnje usavršavanje iz zdravlja i sigurnosti koje je specifično za njihov rad na odjelu. Obuka bi trebalo obuhvatati kontrolu infekcije, naročito slučajevе povreda oštrim predmetima i izvještavanje o nepovoljnim događajima, nesretnim slučajevima i greškama.
- 15.6** Sve osoblje prošlo je tehničku obuku potrebnu za rad u jedinicama za sterilizaciju i korištenje opreme. Prisustvo obuci se evidentira u dosje o obuci svakog zdravstvenog profesionalca.
Uputstvo: To uključuje obuku na radnom mjestu, koju izvodi iskusnije osoblje jedinice za sterilizaciju, osoblje za kontrolu infekcije, inžinjeri; ili obuku osigurava proizvođač opreme. Obuka odgovara potrebnim tehničkim kvalifikacijama za osoblje sterilizacije.

Proces rada

- 15.7** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure koje definiraju i kontroliraju sve faze dekontaminacije i sterilizacije i ponovno korištenje medicinskih aparata i hirurških instrumenta za višekratnu upotrebu. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To može biti zaseban dokument koji pokriva navedena pitanja ili može biti sadržan u operativnim procedurama službe. Politike i procedure bi trebalo osigurati način za praćenje gdje se medicinski aparati/instrumenti nalaze u određenom momentu i vođenje evidencije o obavljenim postupcima koji su povezani s procesom dekontaminacije/sterilizacije. Operativne procedure za službu trebalo bi da budu u skladu s propisanim standardima kvaliteta i preporučenoj praksi za jedinice za sterilizaciju.*
- 15.8** Postoje datirane, dokumentirane procedure za korištenje i uklanjanje predmeta nakon upotrebe koji su od proizvođača označeni kao predmeti za jednokratnu upotrebu. Procedure također daju uputstva za korištenje i povlačenje predmeta s ograničenom upotrebotom. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Procedure bi trebalo osigurati da predmeti za jednokratnu upotrebu budu jasno označeni i da se ne steriliziraju u svrhu dalje upotrebe.*
- 15.9** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje prilikom rasipanja hemikalija. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 15.10** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s potencijalno infektivnim instrumentima i materijalima. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 15.11** Postoje datirane, dokumentirane procedure za korištenje formaldehida, glutaraldehida, etilen oksida. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 15.12** Postoji datirana, dokumentirana procedura za zagubljene instrumente. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 15.13** Postoje datirane, dokumentirane procedure za perače/dezinfektore u vezi s provjerom njihovog funkciranja. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 15.14** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sakupljanje i pakovanje instrumenata. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

- 15.15** Postoji dokumentirani sistem kontrole postavljen za identifikaciju steriliziranih predmeta, evidenciju i opoziv procesa koji pokriva sve predmete koji se sterilišu unutar bolnice/jedinice.
Uputstvo: Dobar je primjer 'Meditrax' sistem. Učinkovitost korištenog sistema trebalo bi ocjenjivati godišnje kao dio steučnom vijeću..
- 15.16** Postoje datirane, dokumentirane procedure za neispravne/kontaminirane proekte koji se šalju na popravak. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: To bi trebalo uključiti potvrdu o dekontaminaciji.
- 15.17** Postoje datirane, dokumentirane procedure za pakovanje instrumenata i medicinskih aparata koji se šalju poštom. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Vanjska koverta trebalo bi sadržavati pune detalje o unutarnjem sadržaju i način na koji se paket sigurno otvara.
- 15.18** Postoji datirana, dokumentirana procedura za raspakivanje i provjeru korištenih instrumenata. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 15.19** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sigurno rukovanje i transport instrumenata. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 15.20** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje su specifične za službe u kojima se vrši proizvodnja. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 15.22** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja određuje uvjete kada je potrebno poduzeti manuelno čišćenje i/ili sušenje instrumenata i sve korake koje pritom treba slijediti.
Uputstvo: Ručno pranje/sušenje poduzima se samo u neizbjježnim okolnostima.
- 15.23** Pisane politike i procedure o dekontaminaciji/sterilizaciji dostupne su svem osoblju koje je uključeno u bilo koji aspekt procesa dekontaminacije/sterilizacije.
- 15.24** Sve osoblje koje je uključeno u proces dekontaminacije/sterilizacije ima pristup aktuelnim zakonima i objavljenim profesionalnim vodičima o dekontaminaciji /sterilizaciji i radu službi za sterilizaciju.

Ambijent u službi

- 15.25** Svi potencijalno mikrobiološki kontaminirani medicinski aparati i instrumenti za višekratnu upotrebu drže se, prikupljaju i transportiraju do jedinice za dekontaminaciju / sterilizaciju na način kojim se izbjegava rizik kontaminacije pacijenata, osoblja i drugih prostora u bolnici/jedinici.
- Uputstvo: Pojam «kontaminacija» odnosi se na bilo koju vrstu infekcije prilikom korištenja aparata i instrumenata od osbe koja je zaražena.*
- 15.26** Dekontaminacija/sterilizacija i ponovno stavljanje u upotrebu medicinskih aparata za višekratnu upotrebu vrši se u jedinici za sterilizaciju koja zadovoljava standarde određene zakonom.
- 15.27** Svi medicinski aparati, oprema i instrumenati koji su se koristili u tretmanu pacijenta s poznatom ili suspektnom Creutzfeld-Jakobova (CJ) bolesti ili kod onih s visokim rizikom za CJ bolest, podliježu procedurama dekontaminacije i sterilizacije prema zakonu.
- 15.28** Objekat službe za sterilizaciju je dizajniran tako da omogućava odvajanje čistih od prljavih aktivnosti.
- 15.29** Aparati za sterilizaciju u službama za sterilizaciju validiraju se, održavaju i njima se upravlja u skladu sa zakonom.
- 15.30** Dnevnik sterilizacije čuva se za svaku mašinu.
- Uputstvo: Svi sterilizatori, uključujući i prenosne trebaju imati dnevnike. Dnevnik treba sadržavati redovne unose (dnevne ili sedmične ovisno o korištenju) i priloženu historiju zapisa za svaku mašinu.*
- 15.31** Opterećenje opreme je kompatibilno sa sterilizatorima.
- 15.32** Sterilizatori za sterilizaciju poroznih materijala su u skladu s EN 285: 1997 Sterilizacija – Sterilizatori s vodenom parom – Veliki sterilizatori.
- 15.33** Sterilizator s vodenom parom koristi se i namijenjen je za određeni materijal. Validira se, održava i njime se rukuje u skladu s uputstvima proizvođača.
- 15.34** Postoji faza sušenja nakon sterilizacije kada se sterilizirani predmeti odlažu za buduće korištenje, što uključuje inspekciju paketa i umotanih predmeta s ciljem osiguranja da su ovi suhi nakon sterilizacije.
- 15.35** Oprema za podizanje, transport i rukovanje održava se prema uputstvima proizvođača. Postoje dokumentirane instrukcije o korištenju ove opreme.

- 15.36** Osoblje ima zaštitnu opremu i odjeću u skladu s vrstom usluge koja se pruža.
Uputstvo: Zakon o zaštiti na radu (SL SR BiH, br. 22/90), čl. 19 – poslodavac obezbeđuje zaštitnu opremu i stalno praćenje njene ispravnosti.
- 15.37** Sva oprema u organizacionoj jedinici je postavljena, provjerena i servisirana u skladu s uputstvima proizvođača.
Uputstvo: Opremu ne bi trebalo modificirati bez traženja savjeta proizvođača o sigurnom funkcioniranju modificirane opreme.
- 15.38** Postoji planirani program preventivnog održavanja i zamjene opreme u organizacionoj jedinici.
Uputstvo: Sva oprema bi trebalo da bude u skladu s propisima o zdravlju i sigurnosti.
- 15.39** Čišćenje, dezinfekcija, skladištenje i korištenje fleksibilnih ili čvrstih endoskopa poduzimaju se u skladu s MDA DB 9607.
- 15.40** Mehanički perači-dezinfektori se specificiraju, odobravaju i nadgledaju u skladu sa BS 2745 i HTM 2030.
- 15.41** Organizaciona jedinica ima pristup rezervnoj opremi i službi za hitne popravke u slučaju kvara na opremi.
- 15.42** Šef organizacione jedinice je uključen u aktivnosti nabavke opreme za organizacionu jedinicu.
- 15.43** Namještaj i oprema koji zahtijevaju popravku se označavaju oznakom «nije za upotrebu» i odstranjuju se radi popravke/uklanjanja.
- 15.44** Deterdženti se koriste u skladu s podacima o sigurnosti materijala.
- 15.45** Postoji označen prostor unutar organizacione jedinice za inspekciju i slaganje rublja.
- 15.46** Postoji označen prostor unutar organizacione jedinice za čišćenje medicinskih instrumenata i dezinfekciju.
- 15.47** Postoji označen prostor unutar organizacione jedinice za pripremu i skladištenje sirovina za sterilizaciju.
- 15.48** Postoji označen prostor unutar organizacione jedinice za predmete koji čekaju na popravak.
- 15.49** Sve vrijeme osoblje nosi zaštitnu odjeću koja je podesna za posao koji obavlja u jedinici.

- 15.50** U jedinici postoje objekti za pranje ruku.
Uputstvo: Trebalo bi da se nalaze blizu glavnih ulaznih/izlaznih vrata koja koristi osoblje.
- 15.51** Postoji raspored čišćenja odjela a podaci o čišćenju se čuvaju.
- 15.52** Postoji postupak za čišćenje i dezinfekciju transportne opreme.
Uputstvo: To uključuje teretna kolica za transport setova instrumenata, operacionog rublja.
- 15.53** Postoji posebno skladište za materijale i opremu koji su namijenjeni čišćenju.
Uputstvo: Trebalo bi da postoji posebna (odvojena) oprema za čišćenje prljavog od čistog prostora.
- 15.54** Postoji odvojen pristup materijalima.
- 15.55** U skladištima sirovina i predmeta rada i prostorima za izdavanje, svi materijali su uskladišteni dalje od poda i u suhom, čistom ambijentu.
Uputstvo: Radi osiguranja čistog ambijenta, prozori ne bi trebalo da se otvaraju.

Poboljšanje kvaliteta

- 15.56** Sve jedinice koje daju usluge sterilizacije drugim organizacijama trebalo bi biti certificirane prema ISO 13485.
Uputstvo: Riječ je o certifikaciji za sigurnost ljudi, onih koji konstruišu, izrađuju ili koriste medicinske proizvode i usluge, tokom fabrikacije i poslje.

Standard 16: Upravljanje otpadom

Svim otpadom, kliničkim i nekliničkim, upravlja se i postupa, a ovaj se odlaže i odstranjuje na takav način kojim se osigurava da su rizici po zdravlje i sigurnost pacijenata/korisnika i osoblja svedeni na najmanju moguću mjeru, kao i rizici po okolinu.

Odlaganje otpada

- 16.1** Postoji datirana, dokumentirana strategija odlaganja otpada koja je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Strategija bi trebalo uključivati imenovanje odgovorne osobe, odvajanje i označavanje otpada, smanjenje produciranja otpada (uključujući i ciljeve smanjene produkcije otpada), ponovnu upotrebu opreme i recikliranje otpada, različite opcije rentabilnosti odlaganja otpada, ulogu tima za kontrolu infekcije i obuku osoblja.
- 16.2** U bolnici postoji komisija za upravljanje bolničkim otpadom, a predsjedavajući komisije je odgovoran za sve poslove u vezi s dispozicijom otpadnih tvari.
- 16.3** Postoji datirana, dokumentirana procedura za sigurno odlaganja otpada, uključujući razdvajanje otpada – općeg, kliničkog, kontaminiranog i povjerljivog, na mjestu njegovog nastanka i korištenje kodova u boji za označavanje kesa i kontejnera s odgovarajućim nazivima kako bi se omogućilo vraćanje kontejnera na mjesto nastanka otpada. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine
Uputstvo: Procedure za odlaganje kliničkog otpada trebale bi biti u skladu sa Zakonom o zaštiti okoliša, kojim se definira dužnost organizacije da obezbijedi sigurno odlaganje otpada.
- 16.4** Postoji datirana, dokumentirana procedura za odlaganje oštih predmeta u odgovarajuće kontejnere, uključujući označavanje kontejnera etiketom uz oznaku datuma, na mjestu gdje su postavljeni i njihovo pečaćenje i uklanjanje kada su dvije trećine puni. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 16.5** Postoji datirana, dokumentirana procedura za označavanje i odlaganje citotoksičnog i radioaktivnog otpada tamo gdje se nalazi u objektu. Procedura je napisana/ revidirana u zadnje tri godine.

- 16.6** Postoji datirana, dokumentirana procedura za sigurno rukovanje kontaminiranim otpadom, uključujući korištenje obilježenih vreća s kontaminiranim otpadom i zaštitnom odjećom i skladištenje kontaminiranog otpada prije spaljivanja ili uklanjanja s mjesta. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 16.7** Postoji datirana, dokumentirana procedura za pravovremeno i sigurno odlaganje velikih otpadnih predmeta, uključujući skladištenje, prije uklanjanja (npr. dušeka izloženih izvoru infekcije). Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 16.8** Postoji datirana, dokumentirana procedura za uklanjanje otpadnih farmaceutskih pripravaka i lijekova koja daje uputstva kako se neiskorišteni lijekovi i pripravci vraćaju da bi bili uklonjeni, jasno definirajući odgovornosti osoblja farmaceutskog odjela i drugog osoblja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 16.9** Nadzire se i provjerava kvalitet provođenja procedura koje se odnose na rukovanje otpadom i njegovo uklanjanje.
Uputstvo: Npr. to može biti funkcija komisije za sprječavanje i suzbijanje intrahospitalnih infekcija.

Objekti za uklanjanje otpada

- 16.10** Obilježeni kontejneri za svaku pojedinu vrstu nastalog otpada osigurani su za sve organizacione jedinice.
Uputstvo: To uključuje obezbjeđenje vreća za sakupljanje nekliničkog i kliničkog otpada, kontejnere za oštре predmete i podesne ogradene prostore za držanje vreća i kontejnera. Kontejneri koji se koriste za cestovni transport kliničkog otpada moraju zadovoljavati zahteve UN za odobrenje prijevoza cestovnim putem, uključujući označavanje oznakom za biohazard i odgovarajući UN broj.
- 16.11** Uskladišteni otpad drži se na količinskom minimumu i na siguran način sve vrijeme.
Uputstvo: Npr. klinički otpad bi trebalo biti uskladišten u zaključanoj ograđenoj ostavi koja omogućuje 'jednostavno rukovanje' otpadom. Kontejneri za oštре predmete moraju se držati u sigurnom prostoru da bi se sprječilo njihovo uzimanje.
- 16.12** Sastavljen je dnevni i sedmični raspored prikupljanja otpada i postoje dogовори sa službama koji odražavaju stepene rizičnosti i opasnosti i vrste nastalog otpada.

16.13 Osigurana je zaštitna odjeća za osoblje koje radi na slanju i transportu otpada.

Uputstvo: To uključuje, npr. rukavice, zaštitne naočale, odjeću ili čizme otporne na temperature, ovisno o vrsti otpada i intenzitetu rukovanja otpadom. Najmanje bi trebalo nositi rukavice.

16.14 Vozila koja se koriste za transport otpada redovito se čiste.

Uputstvo: Vozila bi trebalo čistiti najmanje jednom sedmično, kao i u slučaju curenja i prosipanja otpada. Izraz "vozila" uključuje teretna kolica koja se koriste za prenošenje otpada u bolnici/jedinici.

16.15 Postoje zasebna vozila za transport otpada i transport predmeta koji se ne ubrajaju u otpad.

16.16 Sve osoblje koje rukuje kliničkim otpadom prošlo je obuku.

Uputstvo: Obuka bi trebalo uključivati kontrolu infekcije, pitanja zdravlja i sigurnosti i pitanja upravljanja rizikom.

16.17 Osoba ili pravno lice (operator) koja radi na pećima za spaljivanje otpada ima odgovarajuću dozvolu za rad koju izdaje Federalno ministarstvo prostornog uređenja i okoliša.

Uputstvo: Član.12 Zakona o upravljanju otpadom F BiH- Službene novine F BiH br. 33/03

Standard 17: Bezbjednost (Sistem fizičkog obezbjeđenja)

U bolnici/jedinici postoje mjere sigurnosti kojima se obezbjeđuje da pacijenti/korisnici, osoblje, njihova imovina, objekti i oprema budu sigurni od nametnika/upadača.

Strategija i komunikacije

- 17.1** Postoji strategija bezbjednosti u bolnici/ jedinici.
Uputstvo: Strategija uključuje pitanja: odgovornosti menadžmenta za bezbjednost; obuke osoblja o mjerama bezbjednosti; sprečavanja kriminala; pristupa objektima; sigurnosnog sistema i opreme; izveštavanja o incidentima fizičke bezbjednosti; narušavanja bezbjednosti; tekuće ocjene sigurnosnih pitanja. Strategija bi trebalo uključivati i pitanja provjere bezbjednosti u noćnim satima, inspekcijskih obilazaka zgrada, praćenja dešavanja unutar i izvan objekata putem sistema interne televizije i reflektora na parking prostorima.
- 17.2** Osoba zadužena za upravljanje službom bezbjednosti poznaje zakonske odredbe koje se tiču bezbjednosti ili ima mogućnost dobivanja savjeta po tim pitanjima od kvalificirane i kompetentne osobe.
- 17.3** Postoje sporazumi s policijom u slučajevima incidenata narušavanja bezbjednosti.
Uputstvo: Sporazumi mogu uključivati tekuće savjete od policije, te učešće policije u sprečavanju kriminala prilikom obuke osoblja.

Proces rada

- 17.4** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje se odnose na kontrolu fizičkog pristupa u objekte ustanove. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure obuhvataju i pitanja koja se tiču ulaza u objekte a koji trebaju biti zaključani van radnog vremena.
- 17.5** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje se slijede u slučaju nestanka pacijenta. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 17.6** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje se odnose na zaključavanje objekata te pitanja posjedovanja ključeva.
Uputstvo: Procedure bi trebalo imenovati osobe koje mogu imati ključeve, te definirati način pristupa službama u slučaju opsanosti, kada je neophodno imati ključeve vanjskih ulaznih vrata.

- 17.7** Postoje datirane, dokumentirane procedure korištenja sistema interne televizije, ako je postavljena. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Procedure bi trebalo uključivati odgovornost za održavanje sistema i postupanja sa trakama.*
- 17.8** Postoje datirane, dokumentirane procedure za rukovanje novcem tamo gdje je osoblje odgovorno za sakupljanje i transport novca. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To obuhvata, npr. novac od naplaćenog korištenja parkinga, od naplaćene hrane, ispraznjenih telefonskih govornica i drugih automata.*
- 17.9** Postoje datirane, dokumentirane procedure za ponašanje prilikom narušavanja bezbjednosti akcijama koje se poduzimaju u tim situacijama. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To obuhvata sljedeća pitanja: izvještavanja policiji o incidentima, ponovnog podešavanja alarmnog sistema, oblaganja prozora/vrata zaštitnim rešetkama, obavještavanje šefa odjela na kojem je došlo do narušavanja bezbjednosti, internu evidenciju o incidentima, podatke o ukradenim predmetima.*
- 17.10** Postoje datirane, dokumentirane procedure osiguravanja voznog parka. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Procedure bi trebalo uključivati aranžmane za noć, npr. osvjetljavanje i povremeni obilazak parkinga.*

Mjere bezbjednosti

- 17.11** Postoji sistem identifikacije za sve zaposleno osoblje.
- Uputstvo: Svi zaposleni uvijek nose identifikacijske bedževe, na kojima je upisan minimalni set identifikacijskih podataka osobe: ime osobe, naziv (oznaka) organizacione jedinice, a mogu sadržavati i identifikacijsku fotografiju.*
- 17.12** U bolnici/jedinici se redovno poduzima ocjena rizika narušavanja bezbjednosti, najmanje jednom godišnje
- Uputstvo: To bi trebalo uključivati procjenu rizika narušavanja bezbjednosti za sve prostorije u radno vrijeme i izvan radnog vremena, te za vrijeme dežure. Dodatno bi procjena rizika trebalo da bude poduzeta kada se organizaciona jedinica preseli, obnavlja ili se izvode građevinski radovi. Procjena rizika bezbjednosti trebalo bi uključivati preporuke i akcione planove.*
- 17.13** U visoko rizičnim/osjetljivim područjima poduzimaju se posebne mjere predostrožnosti za smanjenje rizika.
- Uputstvo: Visoko rizična / osjetljiva područja obuhvataju apoteke, skladišta lijekova i prostorije sa kompjuterima i drugom elektronskom opremom. Mjere predostrožnosti mogu uključivati, npr. kodirane brave na vratima, sebove sa vremenskim podešavanjem, zonske alarmne sisteme koji se postavljaju u neke sobe ili odjele.*

- 17.14** Imenovano osoblje službe obezbjeđenja ima komunikacionu opremu kao što je radio stanica, mobilni telefoni.

Upustvo: Komunikaciona oprema bi trebalo obezbjediti kontinuiranu međusobnu komunikaciju osoblja unutar organizacije.

- 17.15** Osoblju su na raspolaganju aparati za slučaj ugrožavanja lične sigurnosti.

Upustvo: To uključuje, npr. dugmad za aktiviranje alarma, mobilne telefone.

- 17.16** Postoje konsultacije sa referentom za zaštitu od požara prije provođenja mjera fizičkog obezbjeđenja, kao što je postavljanje zaštitnih šipki na prozore i unutrašnja vrata.

Osoblje – razvoj i edukacija

- 17.17** Osoblje odgovorno za obezbjeđenje je prošlo obuku o načinu ponašanja u situacijama fizičkog nasilja i verbalnog vrijeđanja.

- 17.18** Osoblje koje radi na obezbjeđenju prošlo je obuku o komunikacijskim vještinama i brizi za klijente.

Osoblje – podrška osoblju

- 17.19** Postoji služba koja daje uputstva osoblju o ponašanju kada je uključeno u nasilne i verbalne incidente.

Upustvo: To bi trebalo uključivati mogućnost dobijanja savjeta, ako je potrebno.

- 17.20** Uputstva za ponašanje u slučaju fizičkog i verbalnog nasilja pristupačne su svem osoblju.

Upustvo: Uputstva sadržavaju savjete koji se tiču evidentiranja incidenata kao što su: verbalni incidenti i prijetnje, te informacije o obuci za osoblje u visoko rizičnim / izloženim područjima.

Standard 18: Reanimacija

Provedena je potrebna obuka osoblja i postoji oprema za brzi odgovor na poziv za hitnu reanimaciju koja se provodi na odgovarajući način.

Proces rada

- 18.1** Postoji datirana, dokumentirana politika o reanimaciji, napisana/revidirana u protekle tri godine i koja je u skladu s aktuelnim vodiljama za kliničku praksu te etičkim i pravnim pitanjima za donošenje odluka o reanimaciji.
- 18.2** Politika o reanimaciji je razvijena kroz diskusiju s iskusnijim zdravstvenim profesionalcima a odobrava je stručno vijeće.
Uputstvo: U formuliranje politike trebalo bi da su uključeni: glavna sestra klinike/bolnice, predsjedavajući medicinskog savjetodavnog vijeća.
- 18.3** Politika teži za tim da se pregleda svaka odluka o reanimaciji pojedinačnih pacijenata i uključuje vodič za to.
- 18.4** Politika o reanimaciji donosi specifična uputstva za odlučivanje i tretman u situacijama ‘ne oživljavati’ kritično bolesne pacijente.
Uputstvo: Kriterij za sada ne koristiti u ocjeni. Kada se postigne nacionalni konsenzus o ovom etičkom pitanju i ova materija zakonski uredi, kriterij će se koristiti kao dio prava pacijenat na samoodređenje.
- 18.5** Sve odluke ‘ne oživljavati’ su dokumentirane, a dokumentacija sadrži naveden razlog za takve odluke i datum radi provjere medicinske dokumentacije pacijenta.
Uputstvo: Vidi kriterij 18.4.
- 18.6** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja definira sastav tima/ova za hitnu reanimaciju i/ili kardijalni arest kao i odgovornosti svakog člana tima/ova. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 18.7** Postoje datirane, dokumentirane procedure za reanimaciju odraslih osoba, a tamo gdje se tretiraju djeca i reanimaciju djece, koje su u skladu s vodiljama za kliničku praksu. Procedure su napisane/ revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedure mogu biti u formi dijagrama toka ili postera, izložene u bolnici/jedinici.
- 18.8** Postoje datirane, dokumentirane procedure za njegu pacijenta nakon reanimacije i za hitni premještaj pacijenta, kada je to indicirano. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

- 18.9** Postoji datirana, dokumentirana procedure za tretman anafilakse. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Uputstvo: Procedura bi trebalo biti u skladu s vodiljama za kliničku praksu.

- 18.10** Klinička praksa u odjelu za reanimaciju i provođenje politike reanimacije provjerava se najmanje svake tri godine.

Uputstvo: To bi trebalo obuhvatati provjeru kvaliteta prateće medicinske dokumentacije o sljedećem: ritam kod aresta, lijekove koji se daju tokom reanimacije i način njihove primjene, broj izvedenih defibrilacija, administriranu tekućinu, održavanje prohodnosti disajnih puteva tokom pokušaja reanimacije i ocjenu ishoda reanimacije.

Osoblje – iskustvo osoblja

- 18.11** Sve osoblje poznaje procedure za pozivanje u pomoć u slučajevima zastoja rada srca i disanja.

Uputstvo: To bi trebalo biti u programu uvođenja u rad osoblja bolnice/jedinice.

- 18.12** Politika o reanimaciji daje se na uvid svem kliničkom osoblju a osobito zdravstvenim profesionalcima.

Uputstvo: Politika o reanimaciji je sadržana u programu uvođenja u rad osoblja bolnice/jedinice.

- 18.13** Tokom cijelog dana na dužnosti su zdravstveni profesionalci koji potpuno razumijevaju politiku reanimacije i njezinu primjenu i raspoloživi su radi odlučivanja o reanimaciji.

Osoblje – razvoj, edukacija i podrška

- 18.14** U svim bolničkim jedinicama u kojima se tretiraju pacijenti na dužnosti je tokom cijelog dana najmanje jedan član osoblja koji je prošao obuku o osnovnim tehnikama reanimacije kao i zanovljenu obuku jednom godišnje.

- 18.15** U jedinicama za njegu akutnih ležećih pacijenata sve osoblje koje je u direktnom kontaktu s pacijentima prošlo je obuku iz osnovnih tehnika reanimacije, kao i dopunsku obuku jednom godišnje.

- 18.16** U bolničkim jedinicama za tretman akutnih ležećih pacijenata postoji najmanje jedna osoba na službi i sve vrijeme koja je prošla naprednu obuku za održavanje života kao i zanovljenu obuku jednom godišnje.

- 18.17** Kada se primaju djeca na tretman, postoji najmanje jedna osoba na službi i sve vrijeme koja je prošla naprednu obuku za održavanje života djece kao i zanovljenu obuku najmanje jednom godišnje.

- 18.18** Vježbe reanimacije izvode zajedno članovi tima/ova za hitnu reanimaciju i kardijalni arest najmanje jednom svakih šest mjeseci.
- 18.19** Imenovan je liječnik za reanimaciju koji koordinira obuku za reanimaciju za sve osoblje i koji je odgovoran za to da su politike bolnice/jedinice, procedure i praksa reanimacije u skladu s najnovijim vodiljama.

Iskustvo pacijenta

- 18.20** Postoji obazrivo ispitivanje želja pacijenta sposobnih za donošenje odluka u pogledu reanimacije koji boluju od srčane i respiratorne insuficijencije ili imaju neizlječive bolesti.
Uputstvo: Vidi kriterij 18.4.
- 18.21** Prava pacijenta zauzimaju centralno mjesto u donošenju odluka o reanimaciji, uzimajući u obzir i zaživotnu volju pacijenta koju zastupaju članovi porodice, njegovatelji ili advokat.
Uputstvo: Vidi kriterij 18.4
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju..

Oprema za reanimaciju

- 18.22** Oprema za reanimaciju je lako pristupačna i sve osoblje je upoznato gdje se ona nalazi.
Uputstvo: U akutnim bolnicama, u sve prostorije za pacijente mora se unijeti defibrilator u roku tri minute od nastanka srčanog zastoja. To obuhvata ambulante, fizikalnu terapiju i radiologiju, a osim defibrilatora uključuje i mobilne skenere, tamo gdje se koriste.
- 18.23** Za vrijeme uvođenja u rad sve osoblje se upoznaje s mjestom na kojem se nalazi oprema za reanimaciju.
- 18.24** Neakutne jedinice, kao što su rehabilitacija i ambulante za vanjske pacijente imaju na rapolaganju Brooks-ov airway.
Uputstvo: Neke neakutne zdravstvene ustanove, kao što su dnevni centri za osobe s poteškoćama u učenju i timovi mentalnog zdravlja u zajednici ne trebaju trenutni pristup opremi za reanimaciju.

- 18.25** Jedinice za akutni bolnički tretman imaju na raspolaganju slijedeću opremu za reanimaciju pacijenata: napajajući defibrillator s EKG monitorom; prenosni aparat za kisik s odgovarajućim ventilima, maske; mjerni sistem za isporuku energije; prvu liniju lijekova za reanimaciju; opremu za održavanje prohodnosti disajnih puteva, a ako se u bolnici tretiraju djeca, svaka kolica imaju pedijatrijski set za intubaciju, opremu za intravenske infuzije i Broselow–u kesu u označenom prostoru.

Uputstvo: Jedinice za akutni bolnički tretman trebalo bi kao minimum imati jedna kolica za reanimaciju u prostoriji za oporavak, uz jedna kolica na svaka dva odjela, ili jedna kolica na svakom odjelu ukoliko su odjeli na različitim katovima.

- 18.26** Oprema za reanimaciju se svakodnevno provjerava (ako drugačije nije preporučeno u uputama proizvođača) a zalihe se obnavljaju radi osiguranja da je sva oprema ispravna i uvijek prikladna za korištenje, a provjere se evidentiraju uz potpis osobe koja je izvršila provjeru.

- 18.27** Oprema za reanimaciju se čisti i dezinficira nakon svake upotrebe, uključujući i njeno korištenje nakon uvježbavanja timova.

- 18.28** Čuva se pisana evidencija opreme za reanimaciju kako bi bila dostupna svim prostorijama u bolnici/jedinici.

Uputstvo: Po mogućnosti kolica za hitne slučajeve u bolnici/jedinici bi trebala sadržavati standardnu opremu i raspored.

Treći dio: Iskustvo pacijenta

Standard 19: Prava pacijenta

Svi članovi osoblja koje je uključeno u njegu i tretman priznaju i poštivaju prava svih pacijenata bez obzira na godine, onesposobljenje, rasu, religiju, spol i spolnu orijentaciju.

Iskustvo pacijenta

- 19.1** Osoblje bolnice/organizacione jedinice poštuje povjerljivost informacija o pacijentu.
Uputstvo: Pacijentu bi trebalo reći zašto se zahtijevaju njihovi lični/osobni podaci i na koji način će se koristiti.
- 19.2** Osoblje bolnice/organizacione jedinice postupa s pacijentima, njegovateljima i posjetiteljima s poštovanjem i ljubaznošću.
Uputstvo: Posebnu pažnju bi trebalo obratiti na način na koji osoblje postupa sa starijim osobama koje su zbumjene, s osobama koje imaju poteškoće u učenju i s onima čije ponašanje predstavlja izazov organizacionoj jedinici.
- 19.3** Lično/osobno dostojanstvo pacijenta se poštiva u svim situacijama.
Uputstvo: Posebnu pažnju bi trebalo obratiti na postavljanje pregrada i paravana, sanitарne prostorije, prostorije za ličnu higijenu i kabine za presvlačenje.
- 19.4** Osoblje u bolnici/organizacionoj jedinici poštiva privatnost pacijenta.
Uputstvo: Bolnički pacijenti/korisnici bi trebalo da imaju prostor za privatnost ako to žele, što se može organizirati, naprimjer, korištenjem pregrada i zastora.
- 19.5** Osoblje u cijeloj bolnici/organizacionoj jedinici poštiva kulturološke i religiozne tradicije pacijenata/korisnika, prepoznaje ih i udovoljava im.
Uputstvo: Ovo obuhvata obezbjeđenje odgovarajuće hrane, prostorija za pranje i molitvu. Jednokrevetne sobe s obezbjeđenim prostorijama dovoljne su da se zadovolje zahtjevi za pranjem i molitvom.
Zakon o zdravstvenoj zaštiti (SN Federacije BiH, br. 29/97), čl. 26. – pravo građanina na prostor za obavljanje vjerskih obreda, ishranu u skladu sa svjetonazorom.
- 19.6** Ako je moguće, ispunjava se želja pacijenata koji traže da ih po njihovom izboru njeguje/liječi muški ili ženski član osoblja.
Uputstvo: Želje pacijenata/korisnika bi trebalo evidentirati čak i u situaciji kada je struktura osoblja u smjeni takva da se ovakve želje ne mogu u potpunosti ispuniti.
- 19.7** Postoji datirana, dokumentirana procedura o oslovljavanju pacijenata na način koji preferiraju, imenom ili titulom.
Uputstvo: Pacijent može zahtijevati da se oslovljava formalno, titulom ili prezimenom. Takav zahtjev bi trebalo evidentirati. Pacijenta bi trebalo oslovljavati formalno i kada se on osoblju obraća na neformalan način.

- 19.8** Kada se pacijent podvrgava intimnom pregledu (urogenitalni trakt), ovaj se obavlja u prisustvu najmanje još dva zdravstvena radnika ili u prisustvu članova porodice.
- 19.9** Omogućeno je primanje posjeta pacijentu za vrijeme boravka u bolnici/ organizacionoj jedinici i postoje istaknute informacije o vremenu posjete.
Uputstvo: Pacijenti također imaju pravo da odbiju posjetu ukoliko je ne žele, a osoblje će im u tome pomoći ukoliko je potrebno.

Informacije o pravima pacijenata

- 19.10** Poštju se pacijentova prava o donošenju odluka o njezi ili tretmanu, uključujući i pravo da unaprijed izraze želju za odbijanjem hitne reanimacije.
Uputstvo: Vidi kriterij 18.4.
- 19.11** Postoje objavljene informacije za pacijente o njihovom pravu na pristup njihovoj zdravstvenoj dokumentaciji (u skladu sa Zakonom o slobodi pristupa informacijama).
Uputstvo: U informaciji bi se trebalo jasno navesti kako pacijent dostavlja zahtjev za uvid u dokumentaciju i koliki su troškovi davanja ovakvih informacija.
Zakonom o slobodi pristupa informacijama (Službene novine Federacije BiH 32/01) reguliraju kako se podnosi zahtjev i koliko iznose troškovi kopiranja.
- 19.12** Postoje objavljene informacije za pacijente o njihovom pravu da budu upućeni drugom zdravstvenom profesionalcu ako je to izvodljivo.
Opaska: Kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 19.13** Postoje objavljene informacije za pacijente o njihovom pravu da traže mišljenje drugih liječnika o dijagnozi i opcijama tretmana i postoje informacije o mehanizmu kojim se ostvaruje to pravo.
Uputstvo: U informaciji treba eksplisitno navesti da se dodatne konsultacije dodatno plaćaju
Opaska: Kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 19.14** Postoje objavljene informacije za pacijente o njihovom pravu da učestvuju ili ne učestvuju u obuci kliničkog osoblja.
- 19.15** Pacijenti se unaprijed obaviještavaju o promjeni datuma ili vremena njihovog tretmana ili operacije.
Uputstvo: Trebalo bi da postoji procedura koju će u toj situaciji slijediti osoblje. Također bi trebalo voditi evidenciju da je pacijent informiran o nastalim izmjenama, uključujući i vrijeme kad je obaviješten o izmjenama, što bi trebalo biti sadržano u pacijentovoj zdravstvenoj dokumentaciji.

- 19.16** Osoblje vodi računa o zahtjevu da osobe koje donose odluke u ime pacijenata s duševnim smetnjama imaju ovlaštenje za zastupanje.

Uputstvo: To se odnosi na situacije u kojima osoba sa duševnim smetnjama ne može rezumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog lječničkog postupka i na osnovu toga donijeti odluku. Saglasno Zakonu o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama («Službene Novine Federacije BiH» br. 37/01, 40/02), kada je ovakva situacija utvrđena od strane lječnika psihijatra, za dijete ili maloljetnu osobu pristanak daje zakonski zastupnik. To je roditelj ili staralac (dijete nema roditelja ili mu je oduzeto roditeljsko pravo). Za punoljetnu osobu pristanak, takođe, daje zakonski zastupnik (punomoćnik, staralac). Ukoliko ga nema, odluku donosi komisija za zaštitu osoba sa duševnim smetnjama pri bolnici. Ovi pristanci se ne pribavljaju ukoliko je život pacijenta ugrožen ili prijeti opasnost težeg narušenja zdravlja. O hitnosti postupanja odlučuje šef odjela ili psihijatar koga on ovlasti.

Pravomoćni pristanak na medicinski tretman

- 19.17** Postoje objavljene informacije za pacijente o njihovom pravu da im se jasno objasni njihovo stanje, tretman, pretraga ili procedura koja im je preporučena, uključujući i rizike i druge alternative, prije dogovaranja o toku aktivnosti koje će se poduzeti.

Uputstvo: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (SN Federacije BiH, br. 29/97), čl. 26 – građanin ima pravo na obavlještenje i poduku o pitanjima zdravlja, odbijanje da se vrši pregled i tretman bez njegove saglasnosti, izbor između oblika medicinske intervencije, mora dati pristanak na istraživanje.

- 19.18** Postoje objavljene informacije za pacijente o njihovom pravu da daju pravomoćni pristanak na kliničko istraživanje, ili da odbiju sudjelovati u takvom istraživanju.

- 19.19** Pacijenti koji će se operirati daju pismeni pristanak na operaciju i s tim moraju biti upoznati.

Standard 20: Informacije za pacijente/korisnike

Postoje tačne informacije za pacijente, njihove njegovatelje i javnost o bolnici/odjelu i njenim organizacionim jedinicama, uključujući jasne informacije za pacijente/korisnike o njihovom tretmanu.

Vodič za pacijente

- 20.1** Objavljuje se vodič za pacijente, koji je dostupan pacijentima, njegovateljima i potencijalnim pacijentima i sadrži tačne informacije o uslugama koje se pružaju. Vrši se pregled vodiča za pacijente jednom godišnje, a po potrebi se on dopunjava i češće.
- Uputstvo: Vodič za pacijente treba da sadrži informacije koje su slične onima koje stoje u Statutu bolnice. Možda će biti potrebno prilagoditi takve informacije iz Statuta bolnice, kako bi se osiguralo to da informacije budu izražene jasnim rečenicama, relevantnim za pacijenta i u formi koja odgovara profilu pacijenata bolnice/odjela u pogledu jezika i prijevoda, te pacijentima s čušnim onesposobljenjima i problemima u učenju.*
- 20.2** Vodič za pacijente sadrži informacije o tome kako se dostavljaju primjedbe, prijedlozi ili žalbe o uslugama u bolnici/na odjelima.
- 20.3** Vodič za pacijente sadrži dio u kojem se pacijenti/korisnici pozivaju da daju preporuke i komentare o samom vodiču.
- 20.4** Postoji spisak svih organizacionih jedinica za pacijente/korisnike u bolnici.
Uputstvo: Spisak sadrži sve usluge koje se pružaju u bolnici, lokaciju svake organizacione jedinice, imena, adrese i brojeve telefona glavnog osoblja koje treba kontaktirati u različitim organizacionim jedinicama. Spisak može biti sastavni dio vodiča za pacijente ili se može posebno publicirati.
- 20.5** Spisak je na raspolaganju pacijentima/korisnicima i njegovateljima po njihovom zahtjevu.

Informacije za pacijente koje se odnose na tretman

- 20.6** Prije podvrgavanja tretmanu pacijentima je na raspolaganju informativni materijal, koji im pomaže da naprave izbor u vezi sa svojim stanjem i opcijama tretmana, zasnovan na najboljim postojećim dokazima o efikasnim i odgovarajućim intervencijama. Materijal je napisan sažeto, bez stručnih izraza, kako bi osobe koje nisu zdravstveni profesionalci mogle da razumiju šta procedura obuhvata, koje alternative postoje i koji se ishodi mogu očekivati, koji su opći rizici i rizici kod specifičnih procedura, te koje komplikacije mogu nastati i koji su sporedni efekti mogući kod hirurških ili nekih drugih tretmana.

Uputstvo: Ako je moguće, pacijentima se šalje ovaj informativni materijal s opcijama u vezi s njihovim tretmanom prije zakazanog termina, ukoliko se ne radi o hitnim stanjima, kako bi ih mogli unaprijed razmotriti. Ako se materijal ne može poslati prije tretmana, trebalo bi ostaviti dovoljno vremena u terminu za pregled kod specijaliste, kako bi im se mogla dati pojašnjenja i razgovarati o materijalu. U tom slučaju, trebalo bi da pacijenti mogu ponijeti informativni materijal kući.

- 20.7** Pacijenti se potiču da razgovaraju o informacijama koje im se daju prije donošenja odluke.

Uputstvo: Odluka pacijenta da ne želi sam donositi odluke o svom tretmanu bi se također trebala poštivati. U takvim slučajevima odluku u ime pacijenta bi trebali donijeti kliničari.

- 20.8** Tamo gdje je to od interesa a radi uske saradnje pacijenta sa zdravstvenim radnicima u dijagnostici, liječenju i prilikom izvođenja drugih procedura, preporučuje se izrada kliničke vodilje/puta koji su namijenjeni pacijentima, npr. u formi pisanih informacija za preoperativnu pripremu, ponašanje nakon intervencije i slično.

Uputstvo: Informacije za pacijente bi trebalo da budu napisane jednostavnim jezikom, bez stručnih izraza.

- 20.9** Pacijentima se po otpustu daju dokumentirana uputstva o ponašanju nakon provedene procedure, operacije ili tretmana, koja bi trebalo da ponesu kući.

- 20.10** Postoje informacije za pacijente koje govore o korištenju medicinske dokumentacije u svrhu projekata provjere kliničkog i općeg kvaliteta. Informacije sadrže formular za pacijente u kojem mogu dati svoje pismeno odobrenje ili odbiti da se njihovi podaci koriste u navedene svrhe ali samo pod uslovom da se uvidom u te podatke može izvršiti identifikacija pacijenta.

Uputstvo: Podatke može koristiti osoblje koje nije direktno uključeno u njegu pacijenta u svrhu provjere kvaliteta. Informacije o provjeri kvaliteta bi trebalo da budu na raspolaganju svim pacijentima. Popunjeni formular u kojem pacijent prihvata ili odbija da se njegovi podaci koriste za provjeru kliničkog i općeg kvaliteta trebalo bi da bude stavljen u pacijentovu medicinsku dokumentaciju.

Opće informacije

- 20.11** Sve osoblje nosi identifikacijske bedževe s upisanim imenom i pozicijom.

- 20.12** Pacijentima/korisnicima se rutinski daju informacije o specijalističkim službama unutar i van bolnice, uključujući ostale službe za podršku, kao što su dobrovoljne grupe i grupe za samopomoć, ako je to moguće.

- 20.13** Informacije o promociji zdravlja nalaze se na recepciji, u čekaonicama i sobama za dnevni boravak.

Upustvo: Ove informacije obuhvataju teme koje se tiču, naprimjer, dijetetske ishrane, dobrobiti od redovnog vježbanja, prestanka pušenja, sigurnog seksa, specijalističkih usluga, te sigurnog konzumiranja alkohola.

Priprema informativnog materijala

- 20.14** Informativni materijal za pacijente/korisnike je napisan sažetim, jednostavnim jezikom pri čemu se vodi računa o potrebama pojedinih grupa pacijenata/korisnika.

Upustvo: Prilikom pravljenja informativnog materijala trebalo bi voditi računa o potrebama osoba s poteškoćama u učenju, nedovoljno obrazovanim osobama, kao i osobama s čulnim onesposobljenjima. U tom slučaju bi trebalo razmotriti mogućnost štampanja informativnog materijala na većem formatu, s većim slovima kao i snimanje materijala na audio trakama. Za osobe s poteškoćama u učenju, informacije se prezentiraju u formi Makatonovih simbola ili slikovno, ukoliko je moguće.

- 20.15** Informativni materijal za pacijente/korisnike je preveden na druge jezike lokalne zajednice kao i na jezik koji odgovara profilu pacijenata/korisnika bolnice.

Upustvo: Korisnije bi bilo da prijevod informacija bude na audio/ video traci nego u štampanoj formi. U bolnicama/ na odjelima koji pružaju usluge zdravstvene zaštite na osnovu međunarodnih ugovora, očekuje se da informacije budu dostupne na odgovarajućim jezicima. Tamo gdje profil pacijenata/korisnika ukazuje na to da služba gotovo isključivo pruža usluge pacijentima/korisnicima čiji je govorni jezik b/h/s, ne očekuje se da postoji prevedeni materijal na jezike izvan b/h/s govornog područja, koji bi zadovoljavao samo povremene potrebe za drugim jezicima.

- 20.16** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se definira koje osoblje može provjeriti i ocijeniti tačnost i adekvatnost pisanih informacija za pacijente/korisnike, njegovatelje i posjetioce prije njihove distribucije. Procedura je napisana/pregleda se najmanje jednom u tri godine.

Upustvo: Ocjena se odnosi na sadržaj, jasnoću i jednostavnost jezika, pogodnost informacija za određene korisnike i njihovu kulturu. Informacije ne smiju biti dvomisljene ili navoditi na pogrešan zaključak.

Uključivanje pacijenata

- 20.17** Informativni materijal za pacijente/korisnike i njegovatelje promovira koncept zajedničkog odlučivanja.

- 20.18** Pacijenti/korisnici i njegovatelji se konsultiraju kad se priprema novi ili revidirani informativni materijal za pacijente/korisnike i njegovatelje.

- 20.19** Istaknute su informacije za pacijente/korisnike s naglaskom na to kako da daju svoje prijedloge i primjedbe o organizacionim jedinicama ili uslugama u bolnici.

Standard 21: Individualne potrebe pacijenta

Osoblje je svjesno i udovoljava individualnim potrebama pacijenta. Zdravstvenom zaštitom se upravlja na individualnoj osnovi kako bi se fizičke, intelektualne, emocionalne, duhovne i socijalne potrebe pacijenata i njegovatelja mogle ocijeniti, te na osnovu toga planirati zdravstvena zaštita i implementirati i evaluirati koliko su te potrebe ispunjene.

Vjerske i duhovne potrebe

- 21.1** Pacijentima, njegovateljima i osoblju su na raspolaganju informacije o mogućnostima koje se odnose na prakticiranje vjerskih obreda i duhovnu podršku u bolnici.
- Uputstvo: Ove informacije bi trebalo da sadrže dane i vrijeme dolaska vjerskog službenika, ili vrijeme kada se održava vjerska služba, a ukoliko je moguće, pacijentima treba dati brojeve telefona gdje mogu dobiti duhovnu podršku.*
- 21.2** Pacijentima i osoblju su na raspolaganju tekstovi religioznih sadržaja, i to za različite religije, a prevedene informacije su pripremljene u konsultaciji s religijskim grupama.
- Uputstvo: Materijal koji je na raspolaganju bi trebalo da bude prilagođen profilu lokalne populacije (i/ili profilu pacijenata koji koriste usluge bolnice/jedinice). Tekstovi religioznog karaktera za pacijente, pripadnike najčešćih religioznih grupa, korisnika usluga bolnice/jedinice bi trebalo da budu na raspolaganju na licu mjesta.*
- 21.3** U stacionarnom dijelu bolnice postoji posebna soba za molitve, meditaciju i razmišljanje.
- Uputstvo: Ukoliko postoji prostorija za molitve, trebalo bi da bude stalno na raspolaganju. Ako pacijenti koriste jednokrevetne sobe, ovakav prostor zadovoljava standard, iako bi se mogao odrediti prostor unutar bolnice/odjela koji bi se u određenim dijelovima dana mogao koristiti za molitvu, kao, naprimjer, soba za dnevni boravak.*
- 21.4** Vjerski službenici imaju pristup uredskom prostoru i telefonima.
- Uputstvo: Vjerski službenici su članovi multidisciplinarnog tima, imaju pravo na upotrebu bolničkih prostora i telefona radi davanja podrške pacijentima i njihovim porodicama.*
- 21.5** Ako je moguće, vjerski službenici se pozivaju da prisustvuju sastancima bolnice/jedinice.
- Uputstvo: Takvi sastanci mogu uključivati forum o poboljšanju kvaliteta, sastanke za unapređenje partnerstva s pacijentima, i sastanke koji se tiču razvoja organizacione jedinice općenito.*
- 21.6** Postoji spisak s kontakt informacijama različitih vjerskih službenika koji je na raspolaganju svim članovima osoblja.
- 21.7** Vjerski službenik je po potrebi na raspolaganju kao podrška osoblju.

- 21.8** Služba prepoznaće i udovoljava posebnim emocionalnim i fizičkim potrebama starijih osoba.

Uputstvo: To podrazumijeva pristup i prilagođavanje onima koji imaju fizička i čulna onesposobljenja, te pratnju za starije osobe s otežanim kretanjem. Također bi trebalo razmotriti mogućnost štampanja informativnog materijala velikim slovima, te odvajanja dovoljno vremena za razgovor o tim informacijama sa starijim osobama kad je to potrebno.

- 21.9** Služba prepoznaće i udovoljava posebnim emocionalnim i fizičkim potrebama mentalno oboljelih osoba.

Uputstvo: Trebalo bi posebno razmotriti rad s pacijentima koji se lječe zbog nekih općih zdravstvenih stanja, a imaju problema s mentalnim zdravljem, ili koji su zbumjeni.

- 21.10** Služba prepoznaće i udovoljava posebnim emocionalnim i fizičkim potrebama ljudi s fizičkim i čulnim onesposobljenjima.

Uputstvo: Davaoci usluga bi trebalo da poduzmu aktivnosti za promjenu prakse, politika ili procedura koje otežavaju korištenje usluga osobama s onesposobljenjima.

- 21.11** Služba prepoznaće i udovoljava posebnim potrebama osoba koje imaju probleme u učenju.

Uputstvo: Posebno bi trebalo voditi računa o specijaliziranom informativnom materijalu za ljude koji imaju probleme u učenju, te o vremenu koje je potrebno osoblju da uspostave učinkovitu komunikaciju.

- 21.12** Informacije za pacijente/korisnike su na raspaganju u oblicima koji su prilagođeni osobama s oštećenjem sluha i vida, poteškoćama u čitanju i učenju.

Uputstvo: To obuhvata, naprimjer, znakovne informacije za gluhe, informacije pripremljene na Brajevom pismu, audio kasetama, materijal štampan velikim slovima, letke u odgovarajućim bojama za olakšavanje čitanja osobama s oštećenjem vida i Makatonove simbole. Za pacijente s problemima u čitanju, posebnu pažnju bi trebalo posvetiti pružanju informacija u pristupu njegovatelja, ako je to moguće. Informativni materijal koji je na raspaganju u bolnici/jedinici trebalo bi da odražava profil organizacije. Trebalo bi da postoji sistem koji osigurava ove resurse informacija, ukoliko se javi povremena potreba za njima.

- 21.13** Imenovan je savjetnik za pitanja onesposobljenja u bolnici.

Uputstvo: Savjetnik je odgovoran za koordiniranje aktivnosti na pristupu licima s onesposobljenjima, savjetovanje službe prilikom provođenja propisa o nediskriminaciji lica s onesposobljenjima i povećanju svijesti osoblja u vezi s pitanjima koja se tiču onesposobljenja. Savjetnik može biti zaposlen po ugovoru ili na bazi konsultacija. Veće bolnice mogu imati savjetnika za pitanja onesposobljenja, koji će biti zadužen za cijelu organizaciju i zaposlen u njoj. U tom slučaju, moraju postojati dokazi o zvaničnim kanalima komuniciranja, odnosno traženja i davanja savjeta u organizaciji.

Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.

- 21.14** Uspostavljen je sistem koji omogućava komuniciranje s pacijentima/korisnicima koji ne govore lokalni jezik.
- Uputstvo: U hitnim slučajevima poslije radnog vremena kada prevodilac nije na raspolaganju u organizaciji, njegove/njene usluge se mogu koristiti telefonskim putem. U tom slučaju bi trebalo pozvati prevodioca što je moguće prije. Nije dobra praksa ako se rutinski koristi član obitelji kao prevodilac. Broj prevodilaca koji su na raspolaganju bolnici po pozivu trebalo bi da odražava profil pacijenata bolnice/odjela.*
- 21.15** Osoblje bi trebalo da udovoljava individualnim potrebama pacijenata i obitelji različite etničke, vjerske ili kulturno-geografske pripadnosti.
- Uputstvo: Posebno treba razmotriti sljedeća pitanja: posebna ishrana pacijenata, spol medicinskog osoblja za vrijeme medicinskih pregleda i drugih intervencija, vjerski običaji i uvjerenja za vrijeme liječenja, medicinskog tretmana i njege, tokom umiranja i poslije smrti, pranje i kupanje, mješoviti smještaj. Informacije o svim gore navedenim pitanjima bi trebalo da budu dostupne osoblju.*
- 21.16** Postoji dokumentirana filozofija njege terminalno oboljelih i palijativne zaštite.
- Uputstvo: Filozofija bi trebalo da definira način na koji se zaštita i udobnost pružaju pacijentima koji umiru, kako bi se osiguralo da se poštuje njihovo dostojanstvo, te njihove emocionalne, duhovne i vjerske potrebe.*
- 21.17** Nivoi kliničkog osoblja bi trebalo da omogućavaju posvećivanje pažnje potrebama fizičke zaštite pacijenta i da osiguravaju kontrolu ublažavanja bola i simptoma, i to od strane osoblja koje je obučeno za udovoljavanje potrebama terminalno oboljelih i njihovim obiteljima.
- Uputstvo: Nivo obuke zavisiće od učestalosti pružanja usluga osobama s terminalnim oboljenjem. Minimum koji treba ispuniti jeste da se ima dovoljan broj sestara obučenih za njege koji će moći udovoljiti potrebama pacijenata s terminalnim oboljenjima i njihovih porodica. Ovakva obuka može se proći i kroz edukaciju u lokalnoj ustanovi za palijativnu zaštitu.*
- 21.18** Obitelj i prijatelji pacijenta uključeni su u planiranje i zaštitu tokom terminalnog perioda bolesti i umiranja (ukoliko to pacijent želi).
- 21.19** Posjete bolnici nisu ograničene za članove obitelji i njegovatelje pacijenta s terminalnim oboljenjem i dozvoljeno im je da ostanu s pacijentom tokom noći.
- Uputstvo: Poštujte se želja pacijenta da ne prima posjete.*
- 21.20** S pacijentima se razgovara o njihovim željama koje se tiču palijativne zaštite i postupcima nakon smrti ukoliko to pacijent želi, što se dokumentira u plan njege.

- 21.21** Postoji dokumentirana procedura o ispunjavanju direktiva koje pacijenti/korisnici daju za života. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Uputstvo: Procedura bi trebalo da navodi potrebnu obuku osoblja o zakonskom i etičkom statusu direktiva koje pacijenti daju za života, naprimjer, direktiva mora biti data dok je pacijent sposoban za davanje validnog pristanka. Osoblje bi također trebalo proći obuku o tome na koji način bi se mogli upoznati s takvim direktivama, s načinom na koji se one čuvaju (naprimjer, u medicinskoj dokumentaciji bi trebalo da postoji evidencija o direktivama koje pacijenti daju za života) i na koji se provode.

Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.

- 21.22** Postoje datirane, dokumentirane procedure postupanja nakon smrti pacijenta, koje su u skladu sa zakonskim propisima, kliničkim procedurama, te kulturološkim i vjerskim uvjerenjima i potrebama.

Uputstvo: Procedure bi trebalo da naglašavaju potrebu da se tijelo umrlog u toku cijelog procesa tretira s dostojanstvom i poštovanjem.

- 21.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura obavlještanja rodbine o smrti pacijenta. Procedura je napisana / revidirana u protekle tri godine.

Uputstvo: Procedura se odnosi i na, naprimjer, bilježenje imena i prezimena i časa smrti umrlog, koliko vremena je pacijent proveo s rodbinom, ko je bio ključni zdravstveni profesionalac, imenovana sestra ili vjerski službenik, te sporazum u vezi s viđenjem umrlog.

- 21.24** Postoji datirana, dokumentirana procedura za vraćanje svojine pacijenta/korisnika nakon smrti. Svojina se vraća rodbini u čvrstoj, diskretnoj i neoznačenoj vrećici ili kutiji. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Uputstvo: U tu svrhu organizacija bi trebalo da ima posebne vrećice ili kutije. Plastične vrećice iz supermarketa ili vrećice za otpatke nisu podesne za ovu priliku.

- 21.25** Članovima obitelji i njegovateljima je dozvoljeno da vide tijelo umrlog u privatnosti, a obitelj dobiva informacije koje predstavljaju podršku nakon smrti pacijenta.

Uputstvo: Korisne informacije za članove obitelji odnose se na način organiziranja sahrane ili kremiranja, zatim način na koji mogu dobiti usluge savjetovališta za ožalošćene, te na informacije o prijavi smrti.

- 21.26** Postoje datirane, dokumentirane procedure o hitnoj medikaciji. Procedure su u skladu s važećim zakonskim propisima i napisane su / revidirane u protekle tri godine.

Uputstvo: U procedurama bi trebalo da stoji ko je ovlašten za davanje lijeka u hitnim situacijama, i da je pojašnjen način na koji se dobija pristup ormaru s lijekovima za hitnu medikaciju (naprimjer, sistem duplog ključa). Procedure bi trebalo da se odnose na hitnu medicinsku stanju, kao što su nepovoljna reakcija na anestetik, anafilaktički šok uslijed alergije na hranu, te na pacijente s mentalnim problemima.

- 21.27** Postoji datirana, dokumentirana procedura o fizičkom zadržavanju pacijenta. Procedura je u skladu sa zakonom i napisana je/revidirana u protekle tri godine.

Uputstvo: Procedura bi trebalo da se odnosi na postupanje sa zbuđenim pacijentima kao i s pacijentima koji su potencijalno nasilni ili imaju mentalnih problema. Procedura bi trebalo da daje jasna uputstva osoblju o načinima fizičkog zadržavanja takvih pacijenata/korisnika.

Standard 22: Partnerstvo s pacijentima

Pacijenti i njihovi njegovatelji se podstiču da daju svoje mišljenje o uslugama, aktivno su uključeni u praćenje i evaluiranje i imaju mogućnosti da daju svoj doprinos razvoju usluga koje primaju.

Uključivanje pacijenata u rad i razvoj službe

- 22.1** Postoji datiran, dokumentirani plan za uključivanje pacijenata, koji je u skladu s ciljevima bolnice/odjela. Plan je napisan/revidiran u protekle tri godine.
- 22.2** Plan obuhvata odgovornosti za implementiranje različitih aspekata uključivanja pacijenta.
- 22.3** Definiran je vremenski okvir za postizanje svakog elementa plana.
- 22.4** Pacijenti su uključeni u razvoj organizacione jedinice/usluga.
Uputstvo: To se može odnositi na dobivanje povratnih informacija od pacijenata kroz ciljne grupe kao što su forumi pacijenata, žalbe, studije i sugestije, te korištenje povratnih informacija za planiranje razvoja službe. Organizacija bi trebalo da prikaže primjere poboljšanja nastalih kao rezultat mišljenja pacijenata.

Mišljenje pacijenata

- 22.5** Postoji datirana, dokumentirana politika za dobivanje povratnih informacija od pacijenata i njihovih njegovatelja u pismenoj formi, koja je revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Politika bi trebalo da definira ciljeve organizacije za prikupljanje i korištenje povratnih informacija, čime će se obezbijediti plan za cijelu organizaciju u okviru kojeg će pojedinačni odjeli/službe po potrebi moći razvijati svoje mehanizme.
- 22.6** Jednom godišnje vrši se anketiranje mišljenja pacijenata i njihovih njegovatelja o kvalitetu tretmana i pružene zdravstvene zaštite.
- 22.7** Od pacijenata i njegovatelja se traži mišljenje o kvalitetu primljenih informacija koje se odnose na njihovo stanje, opcije kod tretmana, kvalitet pruženog tretmana i date medikacije.
Uputstvo: Ovo treba obuhvatiti i pismene i usmene informacije.
- 22.8** Od pacijenata i njegovatelja se traži mišljenje o njihovom uključivanju u donošenje odluka o njihovom tretmanu.

- 22.9** Od pacijenata i njegovatelja se traži mišljenje o efikasnosti tretmana bola koji se provodi u službi.
- 22.10** Od pacijenata i njegovatelja se traži mišljenje o načinu komuniciranja s profesionalnim osobljem.
- 22.11** Od pacijenata i njegovatelja se traži mišljenje o važnosti informacija koje se dobivaju prije prijema u bolnicu, zatim važnosti informacija o planiranju otpuštanja i informacija koje se dobiju prilikom otpuštanja iz bolnice.
- 22.12** Od pacijenata i njegovatelja se traži njihovo mišljenje o ishrani i prostorijama.
- 22.13** Jednom godišnje pravi se sažetak izvještaja o mišljenjima i zadovoljstvu pacijenata i njegovatelja, koji se prezentira menadžmentu bolnice/jedinice, i Komisiji za poboljšanje kvaliteta i stručnom vijeću.
- 22.14** Kopija sažetka izvještaja o mišljenju i zadovoljstvu pacijenata i njegovatelja stoji na raspolaganju pacijentima, njegovateljima i potencijalnim pacijentima na njihov zahtjev.
- 22.15** Aktivnosti koje je organizacija poduzela kao odgovor na sažetak izvještaja o mišljenju pacijenata i njegovatelja prezentiraju se jednom godišnje Komisiji za poboljšanje kvaliteta i stručnom vijeću i na raspolaganju su svim članovima osoblja.

Uputstvo: Bolnica/organizaciona jedinica bi trebalo da koristi upitnike za pacijente kao dio procesa procjene ostvarenja ciljeva.

Četvrti dio: Put pacijenta

Standard 23: Upućivanje i prijem

Bolnica/jedinica hitno i učinkovito odgovara na sve uputnice i stoji na raspolaganju pacijentima, njegovateljima i liječnicima opće, odnosno obiteljske prakse koji upućuju pacijente. Pacijenti imaju planirani program prijema i održava se kontinuitet njihove zdravstvene zaštite.

Upućivanje

- 23.1** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s pacijentima koji dolaze u bolnicu/jedinicu bez uputnice. U proceduri se navodi da se od pacijenta traži pristanak da se neki njegovi klinički detalji o tretmanu i njezi za koje on smatra da su osobito povjerljivi ne mogu proslijediti porodičnom/obiteljskom liječniku, a navedeni su i koraci koje bi trebalo poduzeti u tom slučaju. Pacijentov pristanak ili nepristanak na to da se njegovi detalji mogu proslijediti porodičnom/obiteljskom liječniku evidentiraju se u njegovu zdravstvenu dokumentaciju. Procedura za pacijente bez uputnica je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Uputstvo: Ako pacijent ne pristane na to da se neki njegovi klinički detalji o tretmanu i njezi za koje on smatra da su osobito povjerljivi mogu proslijediti porodičnom/obiteljskom liječniku, kopija medicinske dokumentacije koja se uobičajeno šalje porodičnom liječniku se daje pacijentu, kako bi se mogla kasnije koristiti.

- 23.2** Procedure o upućivanju su na raspolaganju liječnicima opće prakse (obiteljskim liječnicima) i drugim jedinicama koje pružaju zdravstvene usluge, gdje je to moguće.

Uputstvo: Bolnički liječnici treba da su upoznati sa važećim referalnim sistemom.

- 23.3** U slučajevima gdje se pruža dugotrajni tretman ili njega, liječniku koji je uputio pacijenta šalje se izvještaj o napretku u liječenju.

- 23.4** Podesnost i blagovremenost uputnice u bolnicu se prati i evaluira u odnosu na dogovorene kriterije.

- 23.5** Bolnica/jedinica se može kontaktirati telefonskim putem u hitnim situacijama i poslije radnog vremena.

Uputstvo: To se može odnositi na osoblje koje dežura.

Prijemi

- 23.6** Postoji datirana, dokumentirana politika o prijemu rutinskih i hitnih pacijenata u bolnicu. Politika s opisanim procedurama je u pisanoj formi i revidirana u protekle tri godine.
- Upustvo: Bolnica uspostavlja i implementira pisanu politiku prijema da bi zaštitila zdravlje i sigurnost pacijenta. U politici prijema su, pored ostalog, opisani: indikacije za prijem po stupnju hitnosti, po pragu prijema, po sindromima ili dijagnostičkim kategorijama; principi i procedure prijema za vrijeme vikenda, praznika, štrajka zdravstvenih djelatnika; procedure pravovremenog zbrinjavanja pacijenta na odgovarajućem odjelu ili specijalističkoj jedinici; uključivanja konsultanata u hitnim stanjima i sl.*
- 23.7** Postoji datirana, dokumentirana procedura za rutinske prijeme u bolnicu/jedinicu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Upustvo: Procedura za prijem u bolnicu bi trebalo da obuhvata procedure za hitne prijeme, gdje je to potrebno.*
- 23.8** Postoji datirana, dokumentirana procedura za hitne prijeme u bolnicu/jedinicu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Upustvo: U proceduri se navodi, naprimjer, ko može primiti hitan slučaj i koji su kriteriji za prijem (ali ne za svako stanje posebno).*
- 23.9** U bolnicu pacijente prima licencirani liječnik specijalista koji je odgovoran za prijem u skladu s politikom i procedurama prijema.
- Upustvo: U politici prijema jasno su definirane okolnosti kada pacijenta može primiti mladi liječnik (specijalizant) i koje su odgovornosti starijeg liječnika (specijaliste) u tim okolnostima.*
- 23.10** Prilikom prijema osiguran je unos minimalnog skupa podataka za svakog pacijenta.
- Upustvo: Prilikom prijema unose se, ali nisu limitirani, sljedeći minimalni podaci: ime i prezime pacijenta, datum i mjesto rođenja, JMBG, matični broj historije bolesti, datum, mjesto (bolnica, odjel) i vrijeme prijema, adresa pacijenta i/ili kontakt adresa, podaci o osiguranju, prijemna dijagnoza, poznate komorbidne dijagnoze, stanje pri prijemu, ime liječnika koji vrši prijem.*
- 23.11** Pri prijemu se svaki pacijent informira o svojim pravima i dužnostima i načinima ostvarenja svojih prava.
- Upustvo: Osim pisane izjave bolnice o pacijentovim pravima koja im se uručuje na prijemu u bolnicu, ili se oni usmeno obavještavaju o tome, pacijentu i članovima njegove familije moraju se jasno saopćiti razlozi zbog kojih se zadržava u bolnici, okvirni plan budućih ispitivanja i procjenjena dužina hospitalizacije. Informacije kod prijema uključuju, osim toga, praktične, administrativne, finansijske, socijalne i komunikacijske aspekte budućeg tretmana u bolnici. Na primjer, za pacijente su važne informacije o njegovim odgovornostima za vrijeme hospitalizacije u pogledu pušenja ili buke, a za familiju – vrijeme i dužina posjeta, te raspored pružanja informacija o stanju bolesnika.*

- 23.12** Pacijent ne može biti zadržan u bolnici protiv njegove volje, odnosno volje roditelja (za osobe mlađe od 18 godina) ili volje staratelja.
Upustvo: U zakonu su predviđeni izuzeci, vidi naprimjer Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama.
- 23.13** Kada pacijent nije fizički i/ili duševno sposoban da odlučuje ili kada se radi o maloljetnoj osobi, utvrđuje se i bilježi u medicinsku dokumentaciju zakonski zastupnik koji odlučuje u pacijentovo ime.
- 23.14** Bolnica osigurava da pacijenti koji ne govore na jednom od lokalnih jezika imaju načina da se izraze i budu shvaćeni.
Upustvo: Bolnica angažira stalno ili povremeno kvalificirane prevodioce.
- 23.15** Njegovatelji/najbliža rodbina se informiraju o prijemu u bolnicu ako se pacijent s tim slaže.

Hitni prijemi

- 23.16** U hitnim slučajevima, bolnica prihvata sve pacijente bez razlike i bez obzira na status zdravstvenog osiguranja.
- 23.17** Za sve hitne slučajeve organizirano je pružanje usluga bez čekanja, uzimajući u obzir stupanj hitnosti.
- 23.18** Bolnica osigurava da pacijenta s hitnim oboljenjem, stanjem/povredom mora pregledati i tretirati stariji liječnik specijalista za takvo oboljenje, stanje ili povredu unutar propisanog vremenskog intervala.
- 23.19** Bolnica osigurava reanimaciju pacijenta i kardio-respiratorni monitoring planiranom organizacijom i resursima.
Upustvo: Reanimacija se izvodi ili u prijemno-trijažnom traktu bolnice ili u jedinici za intenzivnu njegu, a izvodi je obučeno osoblje s opremom za reanimaciju.
- 23.20** Bolnica organizira hitne dijagnostičke laboratorijske pretrage koje izvodi obučeno osoblje.
- 23.21** Bolnica organizira hitne radiološke pretrage koje izvodi obučeno osoblje.
- 23.22** Bolnica organizira hitne endoskopske pretrage koje izvodi obučeno osoblje.
- 23.23** Bolnica osigurava mrežu konsultanata koja podržava hitnu trijažu i prijem.
- 23.24** Bolnica označava koji odjel treba da zbrinjava zarazne pacijente i organizira siguran transport i prijem takvih bolesnika.
- 23.25** Bolnica organizira logističke službe koje podržavaju hitnu trijažu, transport i prijem bolesnika.

Planirani prijemi

- 23.26** Pacijenti imaju planirani program prijema i kontinuirane zaštite koji obuhvata medicinske i administrativne aspekte planirane hospitalizacije.
Uputstvo: Naprimjer, prijem se očekuje u zakazano vrijeme; pretrage su već planirane, historija bolesti već je pripremljena za unos podataka; uvjeti smještaja i zadovoljavanja potreba tokom hospitalizacije već su dogovoreni s pacijentom ili njegovom porodicom.
- 23.27** Prije prijema u bolnicu, pacijentima se dostavljaju informacije koje sadrže detalje o kontaktnim telefonima u bolnici, mjestu i vremenu prijema, osobi u bolnici koja je zadužena za planirani prijem, te informacije o javnom prevozu do bolnice i parkingu.
- 23.28** Prije prijema u bolnicu, pacijentima se dostavljaju informacije koje sadrže savjet o uzimanju propisanih lijekova prije prijema, kao i broj kontakt telefona u bolnici/na odjelu.
Uputstvo: Savjet o propisanim lijekovima može se odnositi na prestanak uzimanja pilula za kontracepciju, prestanak uzimanja HRT-a za sprečavanje postoperativne tromboze ili prestanak uzimanja antikoagulanata za sprečavanje krvarenja u toku invazivnih procedura.
- 23.29** Prije prijema u bolnicu, pacijentima se dostavljaju informacije o tome kako da se pripreme za prijem u bolnicu (naprimjer, šta da ponese, koja odjeća im je potrebna, te informacije o uzdržavanju od jela). Također se dostavljaju informacije o predviđenom trajanju ležanja u bolnici.
- 23.30** Prije prijema, pacijentu se daje ime zdravstvenog profesionalca koji će biti zadužen za njegovu kliničku njegu i tretman.
- 23.31** Bolnica elektivno prima samo pacijente s urednom ispravom o zdravstvenom osiguranju (zdravstvena knjižica/iskaznica) i propisnom uputnicom.

Posebni slučajevi

- 23.32** Bolnica koja hospitalizira pacijente sa duševnim smetnjama, ima politiku prijema sa datiranim i dokumentiranim procedurama koja je u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama.
Uputstvo: Vidjeti članove 21 – 27. Zakona o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama.
- 23.33** Bolnica koja hospitalizira pacijente sa zaraznim bolestima, ima politiku prijema sa datiranim i dokumentiranim procedurama koja je u skladu sa Zakonom.
- 23.34** Postoji datirana, dokumentirana procedura zbrinjavanja većeg broja bolesnika, povrijeđenih i unesrećenih u slučajevima epidemija, udesa, masovnih nesreća i prirodnih katastrofa.
- 23.35** Postoji datirana i dokumentirana procedura zbrinjavanja većeg broja bolesnika i povrijeđenih u ratnim okolnostima.

Standard 24: Tretman i njega

Vrši se pojedinačna procjena svih pacijenata radi uvida u potrebnu zdravstvenu zaštitu i želje pacijenata. Nakon procjene prave se planovi njegi i tretmana, koji se provode i evaluiraju. Njega i tretman su usmjereni na pacijenta koji je uključen u sve aspekte procesa.

Procjena

- 24.1** Vrši se pojedinačna pravovremena, podesna i tačna procjena svih pacijenata.
- 24.2** Postoji datirana, dokumentirana procedura o procjeni pacijenata. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 24.3** Proces procjene osigurava da sve procjene imaju jasan cilj, a pacijentu se daje objašnjenje o tome šta je cilj procjene.
- 24.4** Pacijent je uključen u procjenu.
Uputstvo: To zavisi od mentalnog stanja i nivoa svijesti pacijenta. Svaki pokušaj uključivanja pacijenta bi trebalo da budu dokumentirani.
- 24.5** Sve procjene vrši registrirani zdravstveni profesionalac.
- 24.6** Pravi se potpuna procjena pacijenta.
Uputstvo: To obuhvata, naprimjer, fizičke, emocionalne, socijalne, kulturnalne, religiozne, duhovne, radne, novčane, stambene, obrazovne i rekreativne potrebe, ukoliko je primjenjivo i to uz saglasnost pacijenta.
- 24.7** Pacijenti imaju pristup sažetku procjene i preporukama i o njima mogu razgovarati s osobljem.
Uputstvo: U slučajevima gdje to nije primjenjivo, kopija sažetka procjene i preporuka se daje osobi koja se brine o pacijentu, koji o tome može razgovarati s osobljem.
- 24.8** Posebno se vodi računa o procjeni potreba starijih pacijenata.
- 24.9** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata s fizičkim i/ili čulnim onesposobljenjima.
- 24.10** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata koji imaju specifične etničke ili vjerske zahtjeve.
- 24.11** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata djece ili adolescenata.

- 24.12** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata koji imaju govorna onesposobljenja.
- 24.13** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata koji imaju probleme u učenju.
- 24.14** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata čije ponašanje predstavlja problem.
- 24.15** Posebno se procjenjuju potrebe pacijenata s duševnim smetnjama.
- 24.16** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata koji su zadržani na osnovu Zakona o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama.
Uputstvo: To se odnosi na situacije u kojima osoba s duševnim smetnjama ne može rezumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog liječničkog postupka i na osnovu toga donijeti odluku. Saglasno Zakonu o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama («Službene Novine Federacije BiH» br. 37/01, 40/02), kada je ovakva situacija utvrđena od strane liječnika psihijatra, za dijete ili maloljetnu osobu pristanak daje zakonski zastupnik. To je roditelj ili staratelj (dijete nema roditelja ili mu je oduzeto roditeljsko pravo). Za punoljetnu osobu pristanak, također, daje zakonski zastupnik (punomoćnik, staratelj). Ukoliko ga nema, odluku donosi komisija za zaštitu osoba sa duševnim smetnjama pri bolnici. Ovi pristanci se ne pribavljaju ukoliko je život pacijenta ugrožen ili prijeti opasnost težeg narušenja zdravlja. O hitnosti postupanja odlučuje šef odjeljenja ili psihijatar koga on ovlasti.
- 24.17** Posebno se vodi računa o procjeni potreba pacijenata koji se brinu sami o sebi.
Uputstvo: Osobi koja se brine sama o sebi bit će potrebne informacije o budućem tretmanu njihovog zdravstvenog stanja kod kuće, te o tome na koji će to način utjecati na njihovu sposobnost da se i dalje brinu sami o sebi.

Planiranje tretmana i njege

- 24.18** Imenovani zdravstveni profesionalac odgovoran je za planiranje individualizirane njege pacijenta.
Uputstvo: To obuhvata koncept imenovane sestre. Ta osoba može biti glavna sestra odjela, ili se odgovornosti dijele kroz tim sestara.
- 24.19** Pravi se pismeni plan njege za svakog pacijenta.
Uputstvo: Plan njege bi trebalo da bude što je moguće više integriran i multidisciplinaran.
- 24.20** Pravi se pismeni plan tretmana za svakog pacijenta.
Uputstvo: Plan tretmana bi trebalo da bude što je moguće više integriran i multidisciplinaran.

- 24.21** Pacijent se uključuje u planiranje svoje njege. Ukoliko je to moguće, uzimaju se u obzir želje i zahtjevi pacijenta.
- 24.22** Pacijent se uključuje u planiranje svog tretmana. Ukoliko je to moguće, uzimaju se u obzir želje i zahtjevi pacijenta.
- 24.23** Plan njege zasniva se na procjeni potreba zdravstvene zaštite pacijenta.
Uputstvo: Plan njege obuhvata mjerljive ciljeve i korake koje bi trebalo poduzeti da se on ostvari, te vremenski plan za postizanje ciljeva. Za pacijente koji dugo leže u bolnici redovno se vrši ponovna procjena potreba, kako bi se osiguralo da je plan njege u skladu s tekućim potrebama pacijenta.
- 24.24** Plan tretmana zasniva se na procjeni potreba zdravstvene zaštite pacijenta.
Uputstvo: Plan tretmana obuhvata mjerljive ciljeve i korake koje bi trebalo poduzeti da se on ostvari, te vremenski plan za postizanje ciljeva. Za pacijente koji dugo leže u bolnici redovno se vrši ponovna procjena potreba, kako bi se osiguralo da je plan tretmana u skladu s tekućim potrebama pacijenta.
- 24.25** Planovi njege odnose se na efikasnu kliničku praksu i sigurnost pacijenta.
- 24.26** Planovi tretmana odnose se na efikasnu kliničku praksu i sigurnost pacijenta.
- 24.27** Planovi njege odnose se na specifične kliničke vodilje propisane od strane relevantnih institucija zdravstvenih profesionalaca i ministarstava zdravstva.
- 24.28** Planovi tretmana odnose se na specifične kliničke vodilje propisane od strane relevantnih institucija zdravstvenih profesionalaca i ministarstava zdravstva.
- 24.29** Individualni plan njege pravi se po unaprijed određenom formatu, a pojašnjenja o njemu se daju pacijentu.
Uputstvo: Pacijenti bi trebalo da imaju mogućnost dopisivanja želja u svoj plan tretmana i njege ako to žele.
- 24.30** Individualni plan tretmana pravi se po unaprijed određenom formatu, a pojašnjenja o njemu se daju pacijentu.
Uputstvo: Pacijentii bi trebalo da imaju mogućnost dopisivanja u svoj plan tretmana i njege ako to žele.
- 24.31** Pacijenti imaju kopiju svog plana tretmana i njege ili mu imaju pristup.
- 24.32** Sumnja u sposobnost pacijenta da bude uključen u planiranje svog tretmana i njege se razmatra s pacijentom, i gdje je to potrebno, s advokatom. Bilo kakva sumnja u sposobnost pacijenta se dokumentira i redovno preispituje.

Validni (pravomoćni) pristanak na medicinski tretman

- 24.33** U cijeloj bolnici se koriste standardizirani formulari za pristanak pacijenata na medicinske procedure, koji su u skladu s uputstvima Ministarstva zdravstva ili za to nadležne ustanove o sadržaju formulara za pristanak na medicinski tretman.
- 24.34** Postoji datirana, dokumentirana politika i procedura za dobivanje validnog pristanka od pacijenata kod kojih se vrše pretrage ili obavlja neka procedura. Politika i procedura su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Politika i procedura sadrže reference koje se odnose na rutinsku medikaciju, anesteziju, davanje sedativa, elektrokonvulzivnu terapiju, procedure koje uključuju signifikantne rizike sporednih efekata, štetne procedure procjene, sudjelovanje u istraživačkim projektima, fotografsko i audiovizuelno snimanje, hirurške procedure i neuobičajene medikacije i puteve administriranja.
- 24.35** Politika i procedura o validnom pristanku sadrže uputstvo o tome ko može dobiti pristanak i u kojim okolnostima.
Uputstvo: Uputstvo bi trebalo da sadrži: pristanak mora dobiti doktor koji je upoznat s procedurom i rizicima koji je prate i bilo kojim alternativnim procedurama / tretmanom. Ako proceduru ne sprovodi doktor, onda pristanak mora dobiti zdravstveni profesionalac koji bi trebalo da izvrši proceduru. Kada se smatra da pacijent očekuje da će proceduru izvršiti jedan, a zna se da će to uraditi drugi doktor, trebalo bi dokumentirati da je pacijent bio obaviješten o tome da proceduru neće izvršiti doktor kojeg on očekuje.
- 24.36** Politika i procedura za validan pristanak sadrži proceduru o popunjavanju formulara za pristanak.
Uputstvo: Ta procedura može da sadrži uputstva, kao naprimjer, da se u formularu ne smiju upisivati skraćenice, da na sve promjene i pacijent i zdravstveni profesionalac stave svoje inicijale i datum, te da se uzme novi formular, uz dogovor s pacijentom, ukoliko je planirana procedura promijenjena.
- 24.37** Procedura o validnom pristanku sadrži korake koje treba slijediti u slučaju kad se mora sprovesti medicinski tretman i/ili hirurška intervencija kod pacijenta koji nije u stanju dati pristanak, a tretman se smatra suštinski važnim i u najboljem interesu pacijenta.
Uputstvo: Ovo se može odnositi na pacijenta koji nije sposoban uslijed mentalnog oboljenja ili ozbiljnog problema u učenju ili na pacijenta koji je u besvjesnom stanju ili komi.
- 24.38** Postoji dokumentirana procedura kada pacijent nije sposoban dati valjan pristanak, da bi se utvrdilo šta je u njegovom najboljem interesu. U obzir se tada uzima mišljenje njegovog pravnog zastupnika, roditelja, supružnika, bliskog rođaka ili staratelja, osim ako nije životno ugrožen, što se evidentira u kliničku dokumentaciju pacijenta.
Uputstvo: Odluku o tome da li će se vršiti tretman u ovakvim okolnostima donose specijalista i/ili sud.

- 24.39** Od pacijenata se traži zvanični usmeni pristanak na intimne preglede.
Upustvo: Činjenica da je dat usmeni pristanak evidentira se u kliničku dokumentaciju.
- 24.40** Pacijentima se objašnjavaju kliničke procedure na takav način da mogu razumjeti sve što tretman podrazumijeva i koje su im opcije na raspolaganju. To im omogućava da daju pristanak ili da odbiju proceduru (ili čak i medicinski savjet). Pristanak, odbijanje procedure ili odbijanje medicinskog savjeta se evidentira u medicinsku dokumentaciju pacijenta.
Upustvo: Validan pristanak na proceduru zahtijeva od kliničara da saslušaju pacijenta, kako bi se osiguralo da oni razumiju na šta daju pristanak, te da pacijentu daju dovoljno kliničkih informacija, imajući u vidu specifične potrebe svakog pojedinog pacijenta.

Sprovođenje njega i tretmana

- 24.41** Pacijenti se konsultiraju u slučajevima kad će u toku konsultacije/pretrage biti prisutno osoblje koje nije direktno uključeno u njihov slučaj.
- 24.42** Plan njega potpisuje i datira registrirani zdravstveni profesionalac.
Upustvo: Registrirani zdravstveni profesionalci su doktori, sestre, srodnici zdravstveni profesionalci i ostali klinički profesionalci.
- 24.43** Plan tretmana potpisuje i datira registrirani zdravstveni profesionalac.
- 24.44** Sva dokumentacija koja se čuva u organizacionoj jedinici drži se u prostoriji koja je osigurana za čuvanje dokumentacije.
Upustvo: U stacionarnom dijelu bolnice, podaci o pacijentima koji trenutno leže na odjelu su uvijek pod nadzorom kliničkog osoblja, naprimjer, u jedinici za sestre.
- 24.45** Postoji datirana, dokumentirana procedura o čuvanju povjerljivih informacija u kliničkoj dokumentaciji pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Upustvo: Procedura sadrži uputstva za čuvanje dokumentacije u prostoru jedinice, pristup pacijenta dokumentaciji, ovlašteni pristup, transport između klinika i zaštitu podataka.
- 24.46** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sigurno čuvanje predmeta u vlasništvu pacijenta dok im se pruža njega ili tretman u bolnici. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Upustvo: Korisno bi bilo da se pacijenti pridržavaju preporuka sadržanim u informacijama koje dobiju prije prijema, te da ne nose mnogo novca i nakita u bolnicu/organizacionu jedinicu. Svaki prostor za pružanje njega trebalo bi da ima ormariće s ključem, da pacijent drži ključ kod sebe ili da odjel ima sef koji stoji na raspolaganju pacijentima/korisnicima.

Samostalno uzimanje lijekova

- 24.47** Postoji pisana politika i procedura o samostalnom uzimanju lijekova koja je u skladu s dužnostima zaštite u odnosu bolnice prema pacijentu. Politika i procedura su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 24.48** Procedura definira proces kojim se procjenjuje rizik i donose se odluke na osnovu procjene tog rizika da se pacijentima omogući samostalno uzimanje lijekova.
- 24.49** Sporazumi za samostalno uzimanje lijekova prave se uz dogovor s pacijentom, glavnom sestrom i liječnikom koji je odgovoran za tretman pacijenta, o čemu postoji evidencija u medicinskoj dokumentaciji.
- 24.50** Lijekovi koji su propisani za samostalno uzimanje od strane pacijenata imaju potpuna uputstva i upozorenja iz registra lijekova.
- 24.51** Lijekovi se čuvaju u ličnom ormariću ili ladici koja se može zaključati, ključ se nalazi kod pacijenta a rezervnom ključu pristup ima kliničko osoblje. Ukoliko ovi uslovi ne postoje, lijekovi se čuvaju u odjeljenskoj apoteci.

Pregled njege i tretmana

- 24.52** Procjenu, planiranje i sprovođenje plana tretmana i njege pregleda multidisciplinarni tim u dogovorenim vremenskim intervalima.
- Uputstvo: Ovo je potrebno uraditi kako bi se osiguralo da plan njege i tretmana ispunjava kontinuirane potrebe pacijenta i da se prati progres u odnosu na ciljeve.*

Partnerstvo s osobama koje se brinu o pacijentima

- 24.53** Kada je to u interesu pacijenta, osoba koja se brine o pacijentu učestvuje u njegovoj procjeni.
- Uputstvo: Osobe koje se brinu o pacijentu mogu biti prijatelji, osobe plaćene za svoje usluge ili članovi porodice. Kad god je to moguće, trebalo bi dobiti pristanak pacijenta prije uključivanja osobe koja se brine o pacijentu.*
- 24.54** Kada je to u interesu pacijenta, osoba koja se brine o pacijentu učestvuje u planiranju njegovog tretmana i njege.
- Uputstvo: Uz validan pristanak pacijenta, osobama koje se brinu o pacijentima daju se informacije o potencijalnim dobrobitima i rizicima svakog toka tretmana, uključujući i sporedne efekte uzimanja lijekova.*
- 24.55** Kada je to u interesu pacijenta, osoba koje se brine o pacijentu učestvuje u pregledu tretmana i njege.

Standard 25: Otpuštanje pacijenta

Postoji planirani program otpuštanja pacijenata kojim se osigurava kontinuitet zdravstvene zaštite.

Politika otpuštanja pacijenata

- 25.1** Postoji datirana, dokumentirana procedura za otpust pacijenata iz bolnice. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura obuhvata, naprimjer, saradnju s lječnikom opće prakse/obiteljskim lječnikom koji vodi pacijenta, informacije koje se dostavljaju tom lječniku, uključivanje svih članova multidisciplinarnog tima koji pruža zdravstvenu zaštitu pacijentu u planiranje otpusta pacijenta, informacije koje se daju pacijentu za tretman njegovog medicinskog stanja u budućnosti, tretman medicinskog stanja kod kuće i/ili savjete za promjenu načina života, nadzirani otpust pacijenata i informacije o uslugama u bolnici koje se odnose na finansiranje dugoročne zaštite ukoliko je potrebna.
- 25.2** Politika otpuštanja obavezuje na siguran i pravovremen otpust pacijenata.
Uputstvo: Politika se odnosi i na potrebu planiranja otpusta od dana prijema u bolnicu ili prije prijema, ukoliko je to moguće.
- 25.3** Procedure otpuštanja obuhvataju detaljne podatke o tome ko je ovlašten da otpušta pacijente.
- 25.4** Politika otpuštanja obuhvata sisteme komuniciranja kojim se osigurava kontinuitet zaštite između primarne zaštite, usluga u zajednici i bolničkih službi.
- 25.5** Za stacionarne službe postoji datirana, dokumenirana procedura kojom se definira način na koji odjeli i apoteka osiguravaju da lijekovi, zavoji i ostala pomoćna sredstva koja pacijent nosi kući budu isporučeni odjelima dovoljno prije planiranog vremena otpusta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Predmeti koje pacijenti nose sa sobom kući moraju im se dati najmanje jedan sat prije termina otpusta. To će dati osobljlu dovoljno vremena da pacijentima objasni uputstva za korištenje lijekova, zavoja i pomoćnih sredstava za njegu a pacijentima dovoljno vremena da saslušaju i traže dodatna uputstva ako je to potrebno.
- 25.6** Politika otpuštanja se odnosi i na utvrđivanje kategorija pacijenata koje zahtijevaju posebnu pažnju pri planiranju otpusta.
Uputstvo: Kategorije pacijenata koji zahtijevaju posebnu pažnju uključuju pacijente koji žive sami, koji su stari i lošeg zdravlja, umiruće pacijente, bebe i djecu kod kojih postoji neki rizik, psihijatrijske pacijente i osobe s trajnim onesposobljenjem.

- 25.7** Postoji datirana, dokumentirana procedura za siguran, naručeni premještaj pacijenata u druge bolnice ili službe. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Siguran, naručen premještaj uključuje, naprimjer, sva pitanja koja se odnose na nadzor otpusta pacijenata, informacije za finansiranje dugoročne zaštite ukoliko je potrebna i minimalne upute koje mogu tražiti vanjske službe uključene u zaštitu poslije otpusta pacijenta iz bolnice.*
- 25.8** Postoji datirana, dokumentirana procedura za hitni premještaj pacijenata u bolnice koje pružaju hitne medicinske usluge ili usluge intenzivne njegе. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Uvijek postoji potreba, naročitoza regionalne bolnice, da se pacijent premjesti u neku drugu bolnicu radi adekvatnije zaštite. Procedura hitnog premještaja mora se formalno unaprijed dogovoriti s bolnicom koja prima pacijenta.*
- 25.9** Održavaju se informacije, koje su na raspolaganju svem relevantnom osoblju, a koje se odnose na službe koje se mogu pozvati na osnovu zakonske obaveze, na dobrovoljnoj osnovi ili u nezavisnom sektoru kako bi se udovoljilo potrebama pacijenata kod otpusta.

Planiranje otpuštanja iz bolnice

- 25.10** Planiranje otpusta počinje prije prijema ili u roku od 24 sata od prijema.
- Uputstvo: U dokumentaciji koja se koristi za planiranje otpusta nalazi se i prostor za datum kada počinje planiranje.*
- 25.11** Za planiranje otpusta odgovorna je imenovan zdravstveni profesionalac.
- 25.12** Planiranje otpusta odvija se u dogовору с pacijentом и njegovateljima.
- 25.13** Planiranje napuštanja jedinice / otpusta iz bolnice koordinira se s drugim ustanovama koje sudjeluju u kontinuiranom tretmanu i njezi pacijenta.
- Uputstvo: Sve jedinice koje će pružati zaštitu nakon otpusta pacijenta iz bolnice obavještavaju se o otpustu pacijenta (ili samovoljnem napuštanju bolnice).*
- 25.14** Pacijenti se ne otpuštaju iz bolnice sve dok se ne obezbijedi odgovarajuća kućna njega od strane lokalnog sestrinstva ili druge službe za pomoć, osim ako je otpust odobren od strane odgovornog kliničara.
- Uputstvo: Ovaj kriterij se odnosi prije svega na pacijenta slabijeg imovnog stanja i ekonomskog standarda.*
- 25.15** Služba ima standardizirane kontrolne otpusne liste u koje osoblje upisuje savjete date pacijentima o oporavku (naprimjer, savjeti o dijetalnoj ishrani, tretmanu zdravstvenog problema, vježbama, socijalnim i rekreativnim aktivnostima).
- 25.16** Kontrolna otpusna lista sadrži podatke o lijekovima koje pacijent nosi sa sobom, previjanju i pomoćnim sredstvima za njegu.

- 25.17** Kontrolna otpusna lista sadrži i načine praćenja pacijenta.
- 25.18** Prilikom otpusta, pacijentima (ili njegovateljima) se daje ime kontakt osobe, medicinske sestre ili drugog zdravstvenog profesionalca i njen/njegov broj telefona u bolnici/organizacionoj jedinici.
- 25.19** Kontrolna otpusna lista sadrži prostor za upisivanje podatka da je pacijentu (ili, gdje je to primjenjivo, njegovatelju) uručena kopija otpusnog pisma.
- 25.20** Postoji paket informacija koje se daju pacijentima prilikom otpusta, a koje se odnose i na odgovarajuću samonjegu i način života poslije otpuštanja iz bolnice za uobičajena stanja.
- 25.21** Informacije koje se pacijentu daju prilikom otpusta obuhvataju informacije o uzimanju lijekova, previjanju, sredstvima za inkontinenciju i raznim medicinskim pomoćnim sredstvima koja pacijent nosi kući, uključujući i informacije/instrukcije za njihovu upotrebu. Paket informacija također sadrži i formular za upisivanje povratnih informacija od strane pacijenta.
Upustvo: Savjeti za uzimanje lijekova i korištenje zavoja i pomoćnih medicinskih sredstava mogu se dati na prethodno otštampanim papirima ili upisati u otpusnu listu pacijenta. Svako uputstvo koje se daje prilikom otpusta trebalo bi biti prilagođeno individualnim potrebama pacijenata. Korisno je, ali nije obavezno, da se ovakve informacije uvežu u poseban registrator. Formular za povratne informacije bi trebalo da omogućava pacijentima da daju svoje komentare ili prijedloge, te da pojašnjava proces podnošenja žalbi. Trebalo bi obratiti pažnju na način strukturiranja formulara, koji bi trebalo da podstiče komentare o specifičnim aspektima pacijentovog iskustva, kao, naprimjer, o kvalitetu informacija koje su mu date, poštivanju njegove privatnosti i dostojanstva, ublažavanju boli, te o stavu članova osoblja. Formular s povratnim informacijama pacijenata bi mogao da predstavlja izvor informacija za dodatno anketiranje pacijenata.
- 25.22** Otpusno pismo, koje potpiše kliničar koji otpušta pacijenta, šalje se pacijentovom liječniku opće prakse/obiteljskom liječniku u roku od dva radna dana.
Upustvo: Kopija otpusnog pisma bi trebalo da bude data pacijentu da je ponese kući. U slučaju da je ljekar odsutan na dan kad se pacijent vraća kući, kopija bi mu se trebala poslati elektronskim putem ili poštom. Otpusno pismo mora biti čitko. Trebalo bi da sadrži: sažetak procedura koje su izvršene, dijagnozu, propisane lijekove, preporuke, zakazani kontrolni pregled, detalje o ambulantnom pregledu, detalje o organiziranoj patronažnoj njezi, mjesto na koje se pacijent otpušta, te bilo koje zakonske propise (naprimjer, u slučaju pacijenata s mentalnim oboljenjima).
- 25.23** Otpusno pismo i plan otpusta se prenosi zajedno s pacijentom, gdje je to moguće.
Upustvo: Možda će biti potrebno da se iz dokumentacije prenesu samo relevantni dijelovi, što zavisi od vrste bolesti/stanja, pristanka specijaliste i pristanka pacijenta. Da se važni dijelovi dokumentacije ne bi izgubili za vrijeme transfera potrebno je upisati sve detalje koji se odnose na uzeti dio dokumentacije. Odgovorni liječnik je zadužen da u otpusnu listu upiše termine za kontrolne pregledе pacijenta, ukoliko je to potrebno.

- 25.24** Otpusno pismo kao izvod iz dokumentacije pacijenta dostavlja se doktoru opće prakse/obiteljskom liječniku i drugim ustanovama koje su uključene u kontinuiranu zaštitu i tretman.
- Uputstvo: Detaljni klinički sažetak uključuje, naprimjer, informacije o određenim potrebama, medikaciji i sporednim efektima, bilo kakvom rizičnom ponašanju, te bilješkama o napretku u odnosu na ciljeve. Sažetak bi trebalo poslati liječniku opće prakse/porodičnom liječniku u roku od jedne sedmice. Prije prenošenja bilo kakvih informacija, trebalo bi tražiti pristanak pacijenta.*
- 25.25** Ukoliko pacijenta nije uputio liječnik opće prakse, odnosno liječnik porodične/obiteljske medicine, te ukoliko odbije da se detalji o tretmanu pošalju njegovom liječniku opće prakse/obiteljske medicine, otpusno pismo se daje pacijentima, kako bi ga mogli koristiti u budućnosti ili dati svom liječniku.

Ambijent za pacijente

- 25.26** Pacijenti koji idu kući mogu sačekati na prijevoz u sigurnoj i ugodnoj prostoriji, gdje se nalaze udobna mjesta za sjedenje, telefon i osvježenja.
- Uputstvo: To može biti i uobičajena čekaonica, ali pacijentu treba osiguratu telefonsku komunikaciju i mogućnost osvježavanja.*
- 25.27** Dok pacijenti čekaju na prijevoz kući, ukoliko je potrebno, na raspolaganju im стојi pomoć od strane zdravstvenog profesionalca.
- Uputstvo: Pacijente može nadgledati medicinska sestra ili asistent za njegu, koji se nalazi u blizini čekaonice, gdje je i alarm za hitne slučajeve.*

Smrt pacijenta

- 25.28** Postoji datirana, dokumentirana procedura za utvrđivanje vremena i uzroka smrti i prijavu umrlih pacijenata. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 25.29** Postoji datirana, dokumentirana procedura za otkazivanje zakazanih pregleda i prekid rutinske pismene komunikacije nakon smrti pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 25.30** Postoji datirana, dokumentirana procedura za obavještavanje doktora opće prakse/obiteljskog liječnika, koji vodi pacijenta, o smrti pacijenta.

Standard 26: Upravljanje zdravstvenom dokumentacijom i njen sadržaj

Tačna i čitljiva klinička dokumentacija vodi se za svakog pacijenta. Sadržaj dokumentacije omogućava pružanje efikasne i neprekidne njegе, te identifikaciju pacijenta bez rizika od grešaka.

Dokumentacija omogućava efikasno komuniciranje unutar tima, lakše prikupljanje podataka za istraživanje, edukaciju i provjeru kliničkog kvaliteta (*audit*) i može se koristiti kao dokumentacija na sudu.

Isti kriteriji se primjenjuju i za pisano i za dokumentaciju u elektronskoj formi, s tim da je pisana dokumentacija izvorna i obavezna.

Detalji o pacijentu

- 26.1** Vodi se sveobuhvatna zdravstvena dokumentacija za svakog pacijenta.¹
Uputstvo: Svaki pacijent trebalo bi da ima jedan zapis. Ukoliko to nije moguće, organizacija bi trebalo da se zadovolji time što zna gdje se u svakom trenutku nalaze drugi zapisi.
- 26.2** Dokumentacija sadrži ažurirani i hronološki pregled zdravstvene zaštite pacijenta.
- 26.3** U dokumentaciji se nalazi otpusno pismo, koji sadrži sve demografske i administrativne podatke o pacijentu, koji su relevantni za prijem.
Uputstvo: Otpusno pismo se može čuvati na prvoj strani bilješki ili nekom drugom određenom mjestu u dokumentaciji. Bilješke bi trebalo da budu poređane hronološki, tako da se odmah može doći do otpusnog pisma. Otpusno pismo bi trebalo da sadrži: datum prijema i otpusta, ime specijaliste kod kojeg je pacijent primljen, sve dijagnoze i procedure (koristeći odobrene načine klasificiranja), te spisak svih prethodnih prijema, s detaljima o odjelima i specijalistima koji su posjećeni. U slučajevima gdje nisu na raspolaganju sve neophodne informacije, trebalo bi da postoji privremeno otpusno pismo. Ukoliko se otpusno pismo vodi u elektronskoj formi a glavna dokumentacija na papiru, u glavnu dokumentaciju se mora priložiti kopija otpusnog pisma. Otpusno pismo bi trebalo popuniti po otpustu ili kad relevantne informacije budu na raspolaganju.
- 26.4** Dokumentacija sadrži jedinstveni matični broj pacijenta na svakoj stranici.
- 26.5** Dokumentacija sadrži ime i prezime pacijenta na svakoj stranici.
- 26.6** Dokumentacija sadrži adresu, poštanski i telefonski broj pacijenta.
- 26.7** Dokumentacija sadrži datum rođenja i spol pacijenta.

¹ Ako drukčije nije navedeno, pod zapisom, odnosno dokumentacijom podrazumijeva se *historija bolesti*.

- 26.8** Dokumentacija sadrži kontakt detalje pacijentovog porodičnog/obiteljskog ili nadležnog liječnika primarne zdravstvene zaštite.
- 26.9** Dokumentacija sadrži ime i prezime specijaliste koji je primio pacijenta.
- 26.10** Dokumentacija sadrži i datum prijema pacijenta u bolnicu, te datum otpusta ili premještanja.
- 26.11** Dokumentacija sadrži detalje o najbližem srodniku ili nekoj drugoj osobi koja se može obavijestiti u hitnom slučaju, među kojima je i broj telefona.
- 26.12** U dokumentaciji se navodi naziv ustanove koja upućuje pacijenta.

Klinički podaci

- 26.13** Dokumentacija sadrži klinički razlog za prijem/otpust pacijenta, s datumom i vremenom konsultacije.
Uputstvo: Evidentiranje datuma omogućava pravovremeno kompletiranje podataka na jednom mjesecu, što je posebno važno u slučajevima podnošenja tužbi. Neophodno je upisivati vrijeme kod hitnih prijema.
- 26.14** Historija bolesti sadrži anamnezu pacijenta.
Uputstvo: To bi trebalo obuhvatati: podatke o prethodnim bolestima i sadašnjoj bolesti, porodičnu anamnezu, podatke o uzimanju lijekova, podatke o zaposlenju, te higijensko-epidemiološki status, ukoliko je potrebno.
- 26.15** Dokumentacija sadrži podatke o prvom pregledu od strane kliničara, uključujući i podatke, kao što su visina i težina pacijenta, gdje je to potrebno.
Uputstvo: Visina i težina su potrebne, naprimjer, za izračunavanje doza nekih lijekova.
- 26.16** Dokumentacija sadrži plan njege i sprovođenje plana njege za pacijenta.
Uputstvo: To može biti u obliku formulara za put njege pacijenta.
- 26.17** Dokumentacija sadrži plan tretmana i sprovođenje plana tretmana za pacijenta.
Uputstvo: To je najmanje temperaturna lista. Bolnički pacijent s akutnim oboljenjem bi trebalo da ima bar jednu sestrinsku zabilješku po smjeni. Dokumentacija mora sadržavati bilješke o svim nepovoljnim i neočekivanim događajima, te poduzetim aktivnostima na njihovom rješavanju.
- 26.18** Dokumentacija sadrži redovne i blagovremene bilješke o napretku, opservacije i sve izvještaje nakon pregleda (*Decursus morbi*).
Uputstvo: Redovnost bilježenja napretka će se odrediti na osnovu individualnih potreba pacijenta, naprimjer, medicinsku zabilješku svaka 24 sata. Dokumentacija mora sadržavati bilješke o svim nepovoljnim i neočekivanim događajima, te poduzetim aktivnostima na njihovom rješavanju.

- 26.19** Dokumentacija sadrži detalje o bilo kakvim sudskim nalozima koji se odnose na pacijenta, gdje je to potrebno.
Uputstvo: To se odnosi, naprimjer, na sudske naloge o starateljstvu, pritvoru pacijenta ili njezi djece.
- 26.20** Dokumentacija sadrži kratak hronološki pregled obavljenih dijagnostičkih procedura i pretraga.
Uputstvo: To se odnosi i na upućivanje u druge terapeutске službe, kao naprimjer, psihoterapiju, radnu terapiju, te govornu terapiju ili mišljenje dijetetičara.
- 26.21** Dokumentacija sadrži kratak hronološki pregled njege pacijenta.
- 26.22** Dokumentacija sadrži sve rezultate dijagnostičkih procedura i pretraga.
Uputstvo: Uz rezultate pretraga bi trebalo da stoe datum i potpis, kako bi se vidjelo da se na njih reagiralo.
- 26.23** Dokumentacija sadrži sve rezultate njege pacijenta.
- 26.24** Dokumentacija sadrži podatke o ordiniranim lijekovima, uključujući naziv lijeka, dozu, način primjene i učestalost, kao i vrijeme davanja doze.
- 26.25** Dokumentaciju o terapiji lijekovima potpisuje onaj ko propiše lijek.
- 26.26** Dokumentacija sadrži pismene detalje o usmenim uputstvima koja su data i dokumentirane informacije o opcijama koje se odnose na tretman i samonjegu nakon otpusta koji se daju pacijentima i/ili njegovateljima.
Uputstvo: Ove detalje bi trebalo da upisuju osobe koje su dale uputstva / informacije. Prihvatljiv je i sažetak informacija.
- 26.27** Postoji sistem upozorenja zdravstvenih profesionalaca na alergije pacijenata.
Uputstvo: Time bi se trebalo osigurati da oznake o bilo kakvim alergijama budu odmah uočljive u dokumentaciji. Ukoliko se upozorenje koristi na prednjoj strani, trebalo bi ga ponoviti i na receptima i/ili listama za tretman. Na bilo kojem formularu u dokumentaciji gdje se nalazi prostor za upozorenja, ukoliko nije poznato da pacijent ima ikakve alergije, staviti će se «nije poznato», a ne ostaviti prazno. Sistem upozorenja bi trebalo koristiti dosljedno u zdravstvenoj dokumentaciji.

Hirurške/invazivne procedure

- 26.28** Dokumentacija pacijenata koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama sadrži njihov validni (pravomočni) pristanak na predložene/planirane hirurške/invazivne procedure.
- Uputstvo: Trebalo bi da postoji potpisani formular pristanka na procedure koji od pacijenta dobiva liječnik upoznat s procedurom, a formular sadrži podatke o potencijalnim rizicima povezanim s procedurom, kao i podatke o alternativnim mogućnostima rješavanja pacijentovog stanja. Postoji potpisana evidencija da je provedena procedura dobivanja pristanka na proceduru za slučajeve s posebnim okolnostima (nprimjer, kod djece mlađe od 16 godina, Jehovinih svjedoka). U hitnim slučajevima može se poduzeti medicinski tretman i/ili hirurška intervencija iako pacijent nije u stanju dati svoj pristanak ukoliko je to neophodno i u najboljem je interesu pacijenta. To bi trebalo evidentirati u historiji bolesti. Na formularu o pristanku ne bi trebalo koristiti skraćenice.*
- 26.29** Dokumentacija pacijenata koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama sadrži podatke o preoperativnoj dijagnozi ili indikacijama za operativni zahvat/pretragu, koje je postavio liječnik s odgovarajućim kvalifikacijama.
- 26.30** Kod pacijenata koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama, zapisane su informacije prije same procedure u zdravstvenoj dokumentaciji koje potvrđuju da se s pacijentom razgovaralo o uobičajenim komplikacijama i rijetkim komplikacijama koje mogu dovesti do ozbiljnih posljedica.
- 26.31** Dokumentacija pacijenata koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama sadrži operativni/operacijski list, odnosno nalaz.
- Uputstvo: List bi trebalo sadržavati sljedeće podatke: ime i potpis hirurga koji je obavio operativni zahvat, imena asistenata operatora, imena anesteziologa i anestetičara i ime instrumentarke; opis nalaza za vrijeme operacije, dijagnozu stanja, naziv provedene procedure. Drugi važni podaci obuhvataju detalje o uklonjenim tkivima, oštećenim ili ugrađenim, podatke o serijskom broju ugrađene proteze, te podatke o šavovima i transfuzijama krvi. Mora postojati tačan opis svake poteškoće koja se javila u toku operacije (uključujući i povrede iglama), te načina na koji je riješena. Operativni/operacijski list bi trebalo da napiše i potpiše glavni hirurg.*
- 26.32** Dokumentacija pacijenata koji se podvrgavaju hirurškim/invazivnim procedurama sadrži podatke o anesteziji.
- Uputstvo: To bi trebalo obuhvati: podatke o planiranoj i izvedenoj operaciji, podatke o hitnosti slučaja (po rasporedu/hitna operacija/neplanirana operacija), podatke o provjeri pacijenta prije operacije, podatke o preoperativnoj procjeni pacijenta provedenoj od strane anesteziologa (uključujući i potencijalne rizike), ime anesteziologa i poimenični sastav hirurškog tima; podatke o provjeri aparata u prostoru za anesteziju i operacionoj sali, naziv i dozu, te načine administracije lijekova apliciranih zajedno s anesteticima za vrijeme operacije, podatke o praćenju vitalnih znakova tokom operacije, podatke o gubitku tjelesnih tečnosti i apliciranoj intravenoznoj supstitucionalnoj terapiji, podatke o korištenju specijalizirane opreme, kao što je aparat za zagrijavanje krvi i zagrijavanje tijela, metode*

korištene za održavanje prohodnosti disajnih puteva i rješavanje bilo koje smetnje tokom operacije, podatke o provedenoj profilaksi tromboze, kontroli tjelesne temperature i pozicioniranju ekstremiteta, podatke o nepovoljnim događajima, ime i potpis uključenih anesteziologa, precizne zabilješke, te vremenskom planiranju događaja i datum.

Otpust

- 26.33** Dokumentacija pacijenta koji se premješta u drugu bolnicu/jedinicu sadrži datum i razlog premještanja kao i naziv bolnice/jedinice u koju se premješta.
- 26.34** Dokumentacija sadrži kopiju bilješki (epikrizu) koje se prave neposredno prije premještaja.
Uputstvo: Dokument s bilješkama trebalo bi da sadrži kratak pregled svih poduzetih procedura, dijagnozu, preporuke za dalji tretman i liječenje. Najčešće, bilješke kompletira sestra i mogu biti proforma. Bilješke bi trebalo da budu kompletirane na dan otpusta a kopiju bi trebalo proslijediti porodičnom/obiteljskom liječniku pacijenta.
- 26.35** Dokumentacija sadrži kopiju otpusnog pisma liječnika koji je vodio pacijenta namijenjenu porodičnom/obiteljskom liječniku, odnosno nadležnom liječniku primarne zdravstvene zaštite.
Uputstvo: Pismo bi trebalo predstavljati kratki pregled kliničkih bilješki i sadržavati: lične podatke pacijenta, konačnu dijagnozu, sve poduzete procedure, kratak pregled historije bolesti, sve abnormalnosti pronađene prilikom pretraga, sve značajne rezultate testova, detalje o liječenju, sve informacije date pacijentu i preporuke za kontrolni pregled.
- 26.36** Otpusno pismo pacijenta šalje se njegovom porodičnom/obiteljskom liječniku, odnosno nadležnom liječniku primarne zdravstvene zaštite u dogovorenom vremenskom roku, ali ne kasnije od 4 sedmice nakon otpuštanja.
Uputstvo: Ukoliko pacijenta nije uputio njegov porodični/obiteljski liječnik, otpusno pismo može se dati pacijentu da ih on preda porodičnom/obiteljskom liječniku, što bi trebalo biti evidentirano u dokumentaciji.
- 26.37** Dokumentacija sadržava uputstva o kontinuiranom liječenju.
- 26.38** U slučaju smrti pacijenta, dokumentacija sadrži uzrok smrti (ako je poznat), te datum i vrijeme smrti.
- 26.39** Dokumentacija sadrži kopiju obavještenja o smrti pacijenta za porodičnog/obiteljskog liječnika, odnosno nadležnog liječnika primarne zdravstvene zaštite (napravljenu 24 sata nakon smrti).

Obdukcija

- 26.40** Dokumentacija sadrži anatomsку dijagnozu i kopiju posmrtnog izvještaja (obdukcije). (Privremena anatomska dijagnoza se postavlja u roku od 72 sata od časa smrti, a potpuna dijagnoza se postavlja u roku od mjesec dana).
- 26.41** Kopija izvještaja o obdukciji se šalje porodičnom/obiteljskom liječniku, odnosno nadležnom liječniku primarne zdravstvene zaštite, što se upisuje u dokumentaciju.
- 26.42** Dokumentacija sadrži pregled kliničke dijagnoze i nalaze obdukcije.
Uputstvo: Nalazi obdukcije mogu biti važni u svrhu provjere kliničkog kvaliteta.

Upisivanje podataka

- 26.43** Prilikom svakog upisivanja podataka bilježi se datum i vrijeme.
Uputstvo: U patronažnim i ambulantnim službama upisivanje vremena možda neće biti neophodno.
- 26.44** Svako upisivanje podataka se potpisuje, a pored upisanih podataka stoji ime i prezime potpisnika štampanim slovima.
Uputstvo: Inicijale ne bi trebalo koristiti umjesto potpisa. Za dokumentaciju koja se vodi u papirnoj formi, može se koristi pečat s imenom i funkcijom, što će olakšati ovaj proces. Prilikom upisivanja podataka u kompjuter, mora se tačno znati ko ih upisuje.
- 26.45** Svi unosi i izmjene u dokumentaciji su napisani čitko.
- 26.46** Uz sve izmjene ili dodatno upisivanje u dokumentaciju stoji datum, vrijeme, potpis. Izmjene se upisuju tako da se mogu pročitati prvobitni podaci.
Uputstvo: Bilješke u dokumentaciji ne bi trebalo mijenjati. Ako se utvrdi da je neki podatak u dokumentaciji netačan, nejasan, ili pogrešno upisan, takvu grešku bi trebalo posebno evidentirati. U medicinskoj dokumentaciji ne bi trebalo koristiti korektor.
- 26.47** Korištenje simbola i skraćenica u medicinskoj dokumentaciji bi trebalo biti svedeno na minimum i u skladu s lokalnim vodiljama.
- 26.48** Dokumentacija ne bi trebalo da sadrži uvredljive komentare o pacijentima.
Uputstvo: Dokumentacija bi trebalo da sadrži samo objektivne podatke koji su neophodni u svrhu kontinuirane njegе ili medicinsko-pravne svrhe.
- 26.49** Podaci u dokumentaciji bi trebalo da budu pisani jezikom razumljivim pacijentima.
- 26.50** Zdravstvena dokumentacija bi trebalo da sadrži i formular o pristanku na korištenje podataka u svrhu provjere kliničkog kvaliteta, koji popunjava pacijent.
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.

- 26.51** Sadržaj dokumentacije se arhivira u skladu s načinom na koji je zdravstvena dokumentacija organizirana i izdijeljena unutar historije bolesti.
- 26.52** Sadržaj dokumentacije unutar fascikle ili kartona se pričvršćuje.

Upravljanje zdravstvenom dokumentacijom

Pacijentovom/korisnikovom medicinskom dokumentacijom se upravlja na način koji osigurava povjerljivost i raspoloživost u slučaju njenog korištenja u budućnosti.

- 26.53** Zdravstvenom dokumentacijom upravlja kvalificirana osoba.
- 26.54** Postoji komisija/povjerenstvo za zdravstvenu dokumentaciju, odnosno neka druga ekvivalentna komisija/povjerenstvo.
Uputstvo: Komisija za zdravstvenu dokumentaciju bi trebalo da uključuje predstavnike različitih kliničkih grupa koji upisuju podatke u zdravstvenu dokumentaciju, te predstavnike administrativnog osoblja koje radi s dokumentacijom. Upute komisije bi trebalo da se odnose na način organiziranja dokumentacije u fasciklama, kao i njen oblik.
- 26.55** Vrši se redovna provjera kvaliteta sadržaja, tačnosti i čitkosti kliničke dokumentacije.
Uputstvo: Provjera kvaliteta zdravstvene dokumentacije bi trebalo da se vrši u odnosu na kriterije navedene u ovim standardima. Rezultati provjere kvaliteta bi trebalo da se prikupljaju i da se bilježe trendovi u toku određenog vremenskog perioda. Na osnovu toga bi trebalo izraditi plan aktivnosti kojim će se riješiti uočeni problemi.
- 26.56** Sve osoblje koje radi sa zdravstvenom dokumentacijom prolazi posebnu obuku i kontinuiranu obuku o povjerljivosti i sigurnosti medicinskih zapisa o pacijentima, a posebno u slučajevima gdje postoji elektronska zdravstvena dokumentacija. Prisustvo takvoj obuci se bilježi.

Sistemi zdravstvene dokumentacije

- 26.57** Dokumentacija u elektronskoj formi je zaštićena lozinkom. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Korisnici sistema medicinske dokumentacije ne bi trebalo da ostavljaju aktivan sistem bez nadzora u svom odsustvu.
- 26.58** Kod elektronske dokumentacije, postoji kontrola kojom su korisnici sistema ograničeni na specifične funkcije, a što je definirano od strane osobe zadužene za upravljanje sistemom medicinske dokumentacije.
- 26.59** Važan dio sistema elektronske dokumentacije jesu testiranja u svrhu provjere kvaliteta zdravstvene dokumentacije pacijenta, a koja se odnose na bilježenje svih dodavanja, brisanja i gledanja pojedinačnih zdravstvenih dokumentacija.

- 26.60** Postoji sistem arhiviranja papirne dokumentacije koji omogućava brzo izuzimanje i sprečava pogrešno arhiviranje dokumentacije.
- 26.61** Sistem arhiviranja papirne dokumentacije uključuje efikasan sistem nalaženja dokumentacije.
- 26.62** Postoji standarni fascikl za dokumentaciju u kojem su podaci sigurni, omogućeno je umetanje dodataka i jasno je označeno mjesto svakog dijela dokumentacije.
Uputstvo: Mjesto svakog dijela zdravstvene dokumentacije se može označiti na odštampanom indeksu sadržaja ili uz pomoć stranica u boji. Prilikom određivanja dizajna novih fascikli, trebalo bi tražiti mišljenje osoblja.
- 26.63** Standardni fascikl za dokumentaciju je napravljen od čvrstog materijala podesnog za rukovanje i transport.
- 26.64** Svi povjerljivi podaci se čuvaju na sigurnom mjestu, u zaključanoj sobi, kabinetu ili zaštićenom kompjuterskom sistemu.
- 26.65** Ovlašteno osoblje ima pristup arhiviranoj dokumentaciji u toku cijelog dana.

Proces rada

- 26.66** Postoji dokumentirana procedura za numerisanje pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 26.67** Postoji dokumentirana procedura za unos podataka. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo da definira, naprimjer, ko je ovlašten za upisivanje podataka, datiranje, potpisivanje i štampanje, imena i funkcije potpisnika prilikom svakog upisivanja, te da se odnosi na čitkost, skraćenice i simbole koji se mogu koristiti u dokumentaciji i neunošenje ličnih komentara uvredljivih za pacijenta ili njegovatelja.
- 26.68** Postoji dokumentirana procedura za zaštitu podataka od gubitka, oštećenja ili korištenja od strane neovlaštenih osoba. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 26.69** Postoji dokumentirana procedura kojom se definira ko je ovlašten da dobije pristup pacijentovim podacima, tamo gdje se za identifikaciju pacijenta koristi kodirani identifikator. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Originalna dokumentacija, kopije ili izvodi iz dokumentacije dostupni su samo ovlaštenom bolničkom osoblju i drugim licima (pravnim i fizičkim) u skladu sa zakonom. Zdravstveni djelatnici su svjesni pitanja povjerljivosti podataka iz historije bolesti i drugih bolničkih evidencija.

- 26.70** Rokovi za čuvanje podataka su regulisani prema federalnom zakonu o čuvanju registraturskog materijala i ustanova ih se pridržava.
Uputstvo: Zakon o arhivskoj građi Federacije Bosne i Hercegovine (Službene novine Federacije br. 45/2002)
- 26.71** Postoji dokumentirana procedura za kopiranje zdravstvene dokumentacije na medij podesan za arhiviranje, naprimjer, na kompakt disk ili mikrofilm. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 26.72** Postoje dokumentirane procedure o kompiliranju i spajanju duplicitirane zdravstvene dokumentacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura definira, naprimjer, ko je ovlašten da umnožava podatke i kako bi to duplicitiranje trebalo da izgleda.
- 26.73** Postoji dokumentirana procedura za prenos zdravstvene dokumentacije unutar bolnice/jedinice kao i prenos zdravstvene dokumentacije putem pošte (unutrašnje i vanjske). Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 26.74** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja definira način udovoljavanja zahtjevima pacijenta za pristupom podacima iz dokumentacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Zakon o slobodi pristupa informacijama (SN Federacije BiH, br. 32/01), čl.11 – lične informacije daju se na zahtjev osobe na koju se odnose, zakonskog zastupnika i punomoćnika.
- 26.75** Postoji dokumentirana procedura za provjeru tačnosti podataka unešenih u elektronski sistem zdravstvene dokumentacije.
- 26.76** Osoblju su na raspolaganju procedure koje se odnose na zdravstvenu dokumentaciju.
Uputstvo: Procedure za unos podataka, zaštitu podataka i povjerljivosti bi trebalo da budu diseminirane svem osoblju koje generira ili koristi podatke.
- 26.77** Redovno se provjerava da li se dokumenti/podaci nalaze na odgovarajućem mjestu u zdravstvenoj dokumentaciji.

Okruženje

- 26.78** Lokacija odjela za dokumentaciju omogućava brzo uzimanje i distribuiranje podataka.
- 26.79** Prostor za arhiviranje je dovoljan da zadovolji tekuće potrebe.

26.80 Aktivna i neaktivna dokumentacija zaštićena je od gubitaka, oštećenja ili pristupa od strane neovlaštenih lica.

Uputstvo: To se može postići, naprimjer, postojanjem kodiranih brava u prostorijama za čuvanje dokumentacije.

26.81 Služba je opremljena protivpožarnim alarmom.

Peti dio: Upravljanje organizacionom jedinicom

Standard 27: Ciljevi i planiranje organizacione jedinice

Svaka organizaciona jedinica radi u skladu s ciljevima koji su dosljedni ciljevima bolnice a definirani su u planu organizacione jedinice.

Planiranje organizacione jedinice

- 27.1** Postoji plan rada organizacione jedinice, napisan za svaku finansijsku godinu i u skladu s poslovnim planom bolnice.
- 27.2** Sve osoblje u organizacionoj jedinici ima mogućnost da bude uključeno u izradu plana rada.
Uputstvo: Osoblje se može uključiti tako što će im se dostaviti nacrt dokumenta, zatim kroz diskusije na sastancima tima ili organizacione jedinice, gdje se ciljevi organizacione jedinice postavljaju na osnovu procesa individualnog pregleda izvršenja.
- 27.3** Plan organizacione jedinice sadrži pregled dosadašnjeg rada organizacione jedinice i uključuje sve planove za razvoj.
Uputstvo: Razvoj se, naprimjer, odnosi na promjene načina pružanja usluga, nove usluge koje će se pružati, rekonstrukciju objekta i kupovinu nove opreme.
- 27.4** Plan organizacione jedinice obuhvata mjerljive ciljeve koji su usklađeni s ciljevima bolnice.
Uputstvo: Ciljevi su specifične i mjerljive izjave, kojima se definira način na koji se mogu postići kratkoročni ciljevi organizacione jedinice.
- 27.5** Plan organizacione jedinice obuhvata plan obuke i razvoja u skladu s potrebama osoblja.
Uputstvo: Plan obuke i razvoja osoblja bi trebalo da bude u skladu s planom razvoja organizacione jedinice i povezan s planovima razvoja osoblja.
- 27.6** Plan organizacione jedinice obuhvata dokumentirane ciljeve poboljšanja kvaliteta.
Uputstvo: Ciljevi poboljšanja kvaliteta bi trebalo da budu mjerljivi i mogu obuhvatiti, naprimjer, poboljšanje okruženja za pacijente ili osoblje, procese restrukturiranja procesa rada, kako bi bili efikasniji i učinkovitiji i poboljšanje korištenja resursa.
- 27.7** Plan organizacione jedinice je u skladu s drugim planovima koji se odnose na tu organizacionu jedinicu, a koji se prave unutar bolnice.

- 27.8** Povratne informacije i primjedbe od strane pacijenata/korisnika, njegovatelja i drugih aktera koriste se kao informacije za izradu plana organizacione jedinice.

Uputstvo: Ukoliko je potrebno, u rad organizacione jedinice mogu se uključiti druge organizacione jedinice, korisnici usluga, osiguravatelji, ili porodični liječnici. Povratne informacije i komentari mogu se prikupljati iz prijedloga, upitnika o općem zadovoljstvu pacijenata i sažetaka žalbi, kao i specifičnih konsultacija o razvoju organizacione jedinice.

Pregled rada organizacione jedinice

- 27.9** Vrši se praćenje napretka u odnosu na ciljeve definirane planom.

Uputstvo: Trebalo bi da postoji proces kojim će se vršiti ocjena napretka, te slati izvještaji osoblju u organizacionoj jedinici o postignutom napretku. Izvještaj može biti u pisanoj formi ili se može usmeno prezentirati na sastanku osoblja. Ukoliko se o napretku izvještava usmeno, u zapisnik sa sastanka bi trebalo uključiti sažetak o napretku. Izvještaji o napretku svake organizacione jedinice bi trebalo da se dostavljaju menadžmentu, tako da se mogu prikupljati izvještaji iz cijele bolnice na jednom mjestu.

- 27.10** Organizaciona jedinica daje svoj doprinos izradi publikacija, kao što su bilteni, brošure i godišnji izvještaj.

Uputstvo: To se odnosi, naprimjer, na informacije o uslugama koje se pružaju, o broju osoba koje su koristile usluge organizacione jedinice, uspjehe organizacione jedinice, uspjehe pojedinačnog osoblja, te informacije o žalbama i načinu na koji su razriješene, na ciljeve za narednih 12 mjeseci i rezultate praćenja, evaluiranja i provjere kvaliteta.

Standard 28: Timski rad, upravljanje i imenovanje

Upravljanje organizacionom jedinicom i učinkovito i efikasno imenovanje osoblja vrši se u skladu s ciljevima organizacione jedinice.

Struktura i odgovornosti menadžmenta

- 28.1** Postoji datirana organizacijska shema postojeće strukture organizacione jedinice.
Uputstvo: U organizacijskoj shemi tačno su navedene postojeća radna mjesta osoblja i linije odgovornosti. Osoblje treba imati pristup organizacijskoj shemi i dobro poznavati organizacijsku strukturu organizacione jedinice.
Zakon o radu (SNF 43/99, 32/00, 29/03), čl. 107 utvrđuje da organizacija koja ima više od 15 zaposlenika donosi opšti akt kojim se uređuju pitanja organizacije.
Bolnica u Pravilniku o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji treba da ima organizacijsku shemu.
- 28.2** Osoblje poznaje koje su odgovornosti šefova organizacionih jedinica, voditelja timova i njihove odgovornosti za sveukupno izvršenje i učinkovitost.
- 28.3** Šef organizacione jedinice je odgovoran za sveukupni menadžment osoblja u organizacionoj jedinici.
Uputstvo: Ovo treba obuhvatiti, naprimjer, uključivanje u proces upošljavanja osoblja, disciplinske procedure i procedure žalbi osoblja, pregledе raznolikosti vještina i reorganizaciju ili restrukturiranje odjela.
- 28.4** Šef organizacione jedinice je odgovoran za razvoj i implementaciju operativnih politika, planova i procedura za postizanje ciljeva organizacione jedinice.
- 28.5** Šef organizacione jedinice je odgovoran osigurati da profesionalci u službi rade u skladu s objavljenim kodeksom profesionalne prakse koji je u skladu s njihovom profesionalnom ulogom.
- 28.6** Šef organizacione jedinice je odgovoran osigurati praćenje i evaluaciju kvaliteta usluga koje se pružaju kroz implementaciju ciljeva poboljšanja kvaliteta.
- 28.7** Šef organizacione jedinice osigurava pregled izvršenja za sve osoblje u službi.
- 28.8** Šef organizacione jedinice sudjeluje u izradi i praćenju budžeta organizacione jedinice.
Uputstvo: Standard/kriterij se odnosi samo na one organizacione jedinice koje imaju vlastiti budžet.

- 28.9** Šef organizacione jedinice pravi plan razvoja i obuke osoblja kao sastavni dio plana organizacione jedinice.
- Uputstvo: Ovo bi trebalo povezati s mehanizmom za pregled izvršenja i planovima razvoja pojedinaca. Razvoj i obuka osoblja također mogu obuhvatiti obuku na radnom mjestu, mentorstvo i slanje osoblja na rad u drugu organizacionu jedinicu bolnice.*
- 28.10** Odgovornosti šefa organizacione jedinice obuhvataju njegovo uključivanje u obuku i razvoj osoblja kao trenera i mentora.
- Uputstvo: To uključuje i odgovornost na razvoju razumijevanja procesa učenja.*
- 28.11** Definirani su načini kako se određuje zamjenik odnosno preuzima odgovornost za organizacionu jedinicu u slučaju kada je šef/menadžer odsutan.

Imenovanja

- 28.12** Sve zdravstveno osoblje u organizacionoj jedinici je registrirano u strukovnom udruženju (komori).
- Uputstvo: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (SN Federacije BiH, br. 29/97), čl. 152 – svi zdravstveni radnici se obavezno uključuju u komore (ljekarska, farmaceutska, zdravstveni tehničara) kao strukovna udruženja. Ovu obavezu bolnica propisuje Pravilnikom o radu.*
- 28.13** Postoji sistem za provjeru registracije prilikom imenovanja i kontrolu periodične registracije postojećeg osoblja.
- Uputstvo: Trebalo bi omogućiti da se registracija kliničkog osoblja provjeri telefonom u odgovarajućoj komori ili udruženju.*
- 28.14** Sistem za provjeru registracije obuhvata procedure za poduzimanje akcije ukoliko se utvrdi da je registracija istekla.
- Uputstvo: Potrebna je ažurirana dokumentacija o osoblju koja sadrži imena, registracijske brojeve i pozicije.*
- 28.15** Sve osoblje privremeno zaposleno u organizacionoj jedinici mora biti kvalificirano i registrirano u skladu s pozicijom na koju je imenovano.
- Uputstvo: Kvalifikacije treba provjeriti prije nego što privremeno osoblje (pripravnički staž, volontiranje) započne raditi.*
- 28.16** Sve osoblje treba imati ažuriran, dokumentiran opis posla/profila uloge ili sličan opis u kojem su definirani uloga i istaknute glavne odgovornosti i aktivnosti. Ovo obuhvata i zdravstvene radnike na praksi.
- Uputstvo: Za zdravstvene radnike na praksi ovo može biti kratka informacija, ili slično, i ne treba se izjednačavati s opisom posla/profilom uloge.*
- Zakon o radu (SN Federacije BiH, br. 43/99, 32/00, 29/03), čl. 107 – obavezan Pravilnik o radu kojim se reguliraju i ova pitanja.*

- 28.17** Pregled opisa posla/profila uloge vrši se jednom godišnje kao dio procesa pregleda izvršenja.
- Uputstvo: Ovo je rutinska godišnja provjera koju provodi bolnička administracija s ciljem da se obuhvate moguće promjene koje se odnose na uvođenje nove opreme, izmjenjene radne uvjete i sisteme.*
- 28.18** Pregled opisa posla/profila uloge vrši se kada je ta pozicija upražnjena.
- 28.19** Da bi se ocijenile potrebe za kvalificiranom radnom snagom, koja je neophodna za efikasan rad organizacione jedinice, potreban broj utvrđuje se pregledom mješavine vještina. Pregled se vrši u utvrđenim intervalima, a uvijek kada se izvrše promjene u organizacionoj jedinici.
- Uputstvo: Potreban je sistem za planiranje rotacije osoblja i raspodjelu rada. Sistem treba koristiti za prikupljanje podataka koji se mogu koristiti za odlučivanje o zapošljavanju i premještanju osoblja. Sistem može biti kompjuterski ili manuelan.*
- 28.20** Potrebe za radnom snagom odražavaju rezultate pregleda mješavine vještina, tako da kvalificirano, stručno i iskusno osoblje na dužnosti može zadovoljiti potrebe pacijentata/korisnika za vrijeme rada organizacione jedinice.
- 28.21** Potrebe za radnom snagom uključuju bilo koji dodatni angažman u bolnici i van bolnice.
- Uputstvo: To uključuje, naprimjer, rad u lokalnim odborima, učenje, superviziju, zakonski obaveznu obuku, mentorstvo i rad na procjenjivanju.*
- 28.22** Pružanje usluga obuhvata i usluge izvan radnog vremena i hitne usluge, gdje se to zahtijeva.
- Uputstvo: Potrebno je uputstvo za maksimalan broj dodatnih sati rada osoblja po pozivu ili u pripravnosti za pružanje hitne medicinske zaštite. Ovo treba biti u skladu sa uputstvom za implementaciju regulativa o radnom vremenu.*
- 28.23** Ažuriran spisak dežurstva i spisak pripravnosti dostupni su osoblju i nalaze se na mjestu određenom za to.
- Uputstvo: Spiskovi dežure treba da budu u skladu s regulativom o radnom vremenu.*
- 28.24** Šef/menadžer organizacione jedinice ima pristup dokumentaciji o osoblju i statističkim podacima o radnom vremenu, neodobrenom odsustvu, bolovanju i zamjenama drugim osobljem, koji se prate u odnosu na postavljene ciljeve.
- Uputstvo: Praćenje se može obavljati centralno (na nivou bolnice) u kojem slučaju šef/menadžer ima pristup podacima za organizacionu jedinicu.*
- 28.25** Dokumentacija o osoblju je povjerljiva, a dostupnost podataka definira se dokumentiranim procedurom.

Podrška i nadzor osoblja

- 28.26** Svaka grupa osoblja ima profesionalnog vođu, (naprimjer, menadžera/savjetnika).
- 28.27** Kvalificirano osoblje nadzire rad sveg nekvalificiranog osoblja/studenata koji rade s pacijentima/korisnicima.
Uputstvo: Nekvalificirano osoblje može obuhvatiti dobrovoljce.

Timski rad

- 28.28** Dokumentirani su sastav i odgovornosti pojedinaca u timu i radni dogovori članova tima.
Uputstvo: Tim može biti na razini organizacione jedinice ili može postojati mnoštvo timova unutar organizacione jedinice. Dogovori timova se dokumentiraju u knjigu osoblja, organizacijski dijagram (organigram) ili u materijale za uvođenje u rad.
- 28.29** Sastanci tima održavaju se u određenim redovnim intervalima.
Uputstvo: U ovisnosti o lokalnim uvjetima, sastanci se održavaju sedmično, svakih četrnaest dana ili mjesечно. Apsolutni minimum je da se sastanci tima održavaju svaka tri mjeseca.
- 28.30** Učestalost, mjesto, vremenski raspored i trajanje sastanaka dogovaraju članovi tima, a sastanci se održavaju tako da odraze željene opcije, koliko je to moguće.
- 28.31** Timovi se sastaju u vrijeme koje svim radnicima, uključujući i one u turnusima, omogućuje da budu prisutni.
- 28.32** Svi članovi tima obavještavaju se o datumu održavanja sastanka tima.
- 28.33** Svi članovi tima aktivno se potiču da postave pitanja za diskusiju.
Uputstvo: Pitanja koja se razmatraju na sastancima tima mogu uključiti, naprimjer, pitanje razvoja organizacione jedinice, postavljanje ciljeva i praćenje aktivnosti na njihovom postizanju, zamjene osoblja, potrebe članova tima za obukom i postavljanje službenih pitanja o incidentima.
- 28.34** Pripremljeni i prethodno dostavljeni dnevni red za sastanke olakšava doprinos članova tima otvorenoj diskusiji i odlučivanju.
- 28.35** Zapisnici sa sastanaka dostupni su članovima tima, bez obzira da li su prisustvovali sastanku.

- 28.36** Komunikacije između članova tima, osim na sastancima, omogućene su kroz sisteme prenošenja informacija o održanim sastancima, knjigama primopredaje, biltenima, oglašnim pločama, elektronskom poštom i formalnim sistemima za primanje, preuzimanje i slanje poruka.
- 28.37** Tim ima ažuriran popis telefonskih brojeva, brojeva mobilnih telefona, pejdžera, e-mail adresa i vremenskih planova rada na drugim mjestima/u drugim organizacijama, ako to odgovara.

Proces rada

- 28.38** Postoje operativne procedure specifične za rad organizacione jedinice. Procedure su u pismenoj formi i revidirane najmanje jednom u protekle tri godine.
- 28.39** Operativne politike uvijek su dostupne u prostorijama organizacione jedinice.
- 28.40** Postoji sistem za informiranje osoblja o promjenama politika i procedura.
- 28.41** Objavljeni etički kodeksi ili dokumentirana profesionalna praksa za zdravstvene radnike dostupni su osoblju unutar svake relevantne zdravstvene profesije.

Dogovori na nivou organizacione jedinice

- 28.42** Osoblje koje je odgovorno za pružanje usluga uključeno je u razvoj dogovora na nivou organizacione jedinice.
- 28.43** Postoji lokalni sistem za praćenje dogovora na nivou organizacione jedinice koji je dostupan drugim organizacionim jedinicama i korisnicima usluga.

Rad s drugim organizacionim jedinicama

- 28.44** Postoji datirana, dokumentirana procedura o suradnji i koordinaciji organizacione jedinice s drugim organizacionim jedinicama. Procedura je napisana i revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: To uključuje uloge i odgovornosti svake organizacione jedinice kao i odgovornosti osoblja kada radi u multidisciplinarnom okruženju. Multidisciplinarni rad uključuje praćenje zajedničkog rada više organizacionih jedinica i odgovornosti za administriranje uputnica, premještaja i prijema.*

- 28.45** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prenošenje informacija o pacijentu/korisniku vanjskim službama/agencijama.

Uputstvo: Procedura definira osiguranje povjerljivosti informacija. Treba da osigura uputstvo za osoblje u kojem se navodi kada osoblje može dati informacije o pacijentu vanjskim organizacijama, i kako se čuvaju ove informacije prilikom prenošenja (ovo je posebno važno zbog nesigurnosti sredstava prijenosa, kao što su fax ili e-mail). Procedura mora biti u skladu sa zakonom, odnosno uputstvima o zaštiti podataka.

Upravljanje rizikom na nivou organizacione jedinice

- 28.46** Na nivou svake organizacione jedinice vrši se procjena rizika u skladu s organizacijskom strategijom o upravljanju rizikom.
- 28.47** Rezultati procjene rizika se dokumentiraju.
Uputstvo: Procjene rizika vrše se u pogledu rukovanja, prevoza liftom, opreme koja ima ekran, kliničkih rizika i ostalih rizika u ovisnosti o radu organizacione jedinice.
- 28.48** Implementirane su preventivne i zaštitne mjere na osnovu rezultata procjene rizika.
- 28.49** Zdravstvena i sigurnosna procjena obavlja se na planirani i sistematičan način.
Uputstvo: Zdravstvena i sigurnosna procjena razlikuju se od procjene rizika i trebalo bi ih obavljati redovno kako bi se osiguralo da su objekti i oprema u ispravnom i sigurnom stanju i da su odgovarajući za upotrebu.
- 28.50** Svem osoblju su dostupne kopije pravila o zdravlju i sigurnosti.
- 28.51** Postoji imenovana i obučena osoba u bolnici koja je odgovorna za zdravlje i sigurnost, što obuhvata i procjenu rizika kod korištenja opasnih hemikalija.
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.
- 28.52** Procjena rizika od opasnih hemikalija vrši se za sve potencijalno opasne materije koje se koriste u organizacionoj jedinici.
Uputstvo: Ovo treba da bude u skladu sa zakonom, odnosno propisima za kontrolu opasnih supstanci.

Standard 29: Razvoj i edukacija osoblja

Uspostavljen je program razvoja i edukacije osoblja, koji olakšava profesionalni razvoj svakog zaposlenog člana i koji je dosljedan ciljevima bolnice.

Profesionalna orijentacija i uvođenje u rad organizacione jedinice

- 29.1** Sve imenovano osoblje završilo je program profesionalne orijentacije i uvođenja u rad, koji je specifičan za organizacionu jedinicu. Organiziranje programa za uvođenje osoblja u rad organizacione jedinice se dokumentira.
- 29.2** Postoje posebne dokumentirane procedure za uvođenje u rad organizacione jedinice stalnih zaposlenika, privremenog osoblja, osoblja na zamjeni, osoblja pod ugovorom o djelu, pripravnika, učenika i studenata na praksi i volontera.
- 29.3** Program uvođenja u rad organizacione jedinice obuhvata ciljeve koji su specifični za organizacionu jedinicu.
- 29.4** Program uvođenja osoblja u rad organizacione jedinice priprema osoblje za njihove specifične uloge i odgovornosti, tako što se objašnjavaju struktura organizacione jedinice i/ili tima, poslovne relacije novog člana s drugim osobljem i njihovim specifičnim poslovima.
- 29.5** Program uvođenja u rad organizacione jedinice jasno navodi politike i procedure bolnice i organizacione jedinice s kojima svaki određeni zaposlenik mora biti upoznat.
- 29.6** Program uvođenja u rad organizacione jedinice sadrži objašnjenja procedura koje se sprovode u hitnim slučajevima, kao što su požar, kolabiranje pacijenta, kvar na glavnoj opremi, te ostalih potrebnih procedura.
- 29.7** Program uvođenja u rad organizacione jedinice sadrži objašnjenja metoda koje se primjenjuju za ocjenu izvršenja tog člana osoblja, te metoda za ocjenu izvršenja organizacione jedinice.
- 29.8** Organiziranje lokalne profesionalne orijentacije i programa uvođenja u rad organizacione jedinice pregledaju se jednom godišnje zajedno s osobljem organizacione jedinice.
- Uputstvo: Dio pregleda bi trebalo da se odnosi i na povratne informacije iz evaluacija od strane osoblja koje je učestvovalo u programu.*

Obuka i kontinuirana edukacija

- 29.9** Svaki zaposlenik ima dokumentiran godišnji plan ličnog/osobnog razvoja. Po jedan primjerak plana zadržavaju zaposlenik i šef/menadžer organizacione jedinice.
- Uputstvo: Planovi ličnog/osobnog razvoja su dio kontinuiranog profesionalnog razvoja koji sve kliničko osoblje mora obavljati u skladu sa zahtjevima profesionalnih institucija. Kontinuirani profesionalni razvoj može se vršiti kroz multidisciplinarnu obuku ili podučavanje vještinama u toku samog rada.*
- 29.10** Ukupan broj zaposlenih u organizacionoj jedinici omogućuje osoblju da učestvuje u aktivnostima koje se odnose na obuku i razvoj.
- 29.11** Svi prijedlozi o novim operativnim elementima (kao što su nova usluga, nova oprema ili novi tehnički sistemi) uključuju i procjenu potreba za obukom koja se na njih odnosi, kao i plan zadovoljenja tih potreba.
- 29.12** Sve osoblje koje radi s pacijentima prošlo je obuku o tehnikama reanimacije. Obuka se obnavlja jednom godišnje.
- Uputstvo: U organizacionim jedinicama koje rade s pacijentima kod kojih postoji «nizak rizik» za reanimaciju, kao što su organizacione jedinice za mentalno zdravlje i poteškoće u učenju, u svakoj smjeni mora biti dežurno osoblje koje je prošlo obuku i obnovilo godišnju obuku o osnovnim tehnikama reanimacije.*
- 29.13** Sve osoblje uključeno u nošenje, premještanje i rukovanje s pacijentima, opremom i drugim teškim predmetima, prošlo je odgovarajuću obuku i dodatnu obuku jedanput godišnje.
- 29.14** Sve osoblje pohađa dodatnu obuku o pitanjima koja se odnose na zdravlje i sigurnost i koja su važna za njihov rad.
- Uputstvo: Na primjer, sve osoblje koje je uključeno u podizanje ili premještanje pacijenata, opreme i teških predmeta pohađa obuku o rukovanju teretom i dodatnu obuku jednom godišnje.*
- 29.15** Sve osoblje pohađa protivpožarnu obuku jednom godišnje u skladu sa Zakonom o zaštiti od požara.
- 29.16** Sve osoblje koje koristi opremu pohađa obuku o sigurnom korištenju opreme.
- Uputstvo: Obuka bi trebalo da se odnosi na opremu, njenu kompleksnost i potencijalne opasnosti. Obuku mogu vršiti kolege, firma preko koje se nabavlja oprema ili to može biti zvanična obuka.*

- 29.17** Osoblje je obučeno o razvoju, implementaciji i pregledu aktivnosti na kvalitetu.
- Uputstvo: Posebno je važno obučiti osoblje koje je odgovorno za koordiniranje lokalnih aktivnosti na kvalitetu.*
- Ovo pitanje rješava AKAZ organiziranjem odgovarajuće obuke za facilitatore, koordinatorе kvaliteta, menadžment ustanove, unutrašnje i vanjske ocjenjivače i članove komisija za kvalitet.*
- 29.18** Osoblje pohađa obuku o vještinama komunikacije i odnosa s pacijentima/korisnicima.
- 29.19** Osoblje pohađa obuku o uključivanju pacijenta i njihovoј obuci, kako bi pacijenti bili u stanju da učestvuju u donošenju odluka o svojoj zdravstvenoj zaštiti i tretmanu.
- Uputstvo: Vidi uputstvo 29.17.*
- 29.20** Osoblje pohađa obuku o drugim oblastima koje su važne za organizacionu jedinicu, uključujući i ažuriranje politika i procedura, te poduzimanje aktivnosti kao rezultat provjere kvaliteta.
- Uputstvo: Obuka bi trebalo da uključuje, po potrebi, kontrolu infekcije, rad s hranom, upravljanje otpadom, propise o kontroli supstanci štetnih po zdravlje, te propise o povredama, bolestima i opasnostima.*
- Ova obuka bi se organizirala u AKAZ-u kao kombinacija primjene odgovarajućih standarda, kriterija, politika i procedura i stručne materije iz pojedinih oblasti.*
- 29.21** Sve osoblje koje ima nove menadžerske odgovornosti ili odgovornosti supervizora pohađa obuku o vještinama menadžera/supervizora, kao i pregledu izvršenja i razvoja osoblja.
- Uputstvo: U zavisnosti od prethodnog iskustva i/ili obuke, nova obuka se može odnositi na osnovne vještine, ili će jednostavno biti usmjerena na lokalne običaje i praksu.*
- Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.*
- 29.22** Vodi se evidencija o obuci o svim edukacijskim i profesionalnim aktivnostima za svakog člana osoblja.
- 29.23** Materijal za obuku koji koristi organizaciona jedinica se ažurira u skladu s tekućom praksom, evaluira poslije svakog kursa obuke i modificira po potrebi.
- Uputstvo: Materijal za obuku može se modifcirati u svjetlu lokalnih potreba, što se potvrđuje sistemom pregleda izvršenja, intervjuima prilikom napuštanja organizacione jedinice ili ocjenom od strane osoblja.*
- 29.24** Obuka koja se organizira za učenike i studente koji rade unutar organizacione jedinice prati se i evaluira.

- 29.25** Kontinuirana edukacija i profesionalni razvoj su u skladu s propisima dogovorenim na lokalnom i državnom nivou (uključujući i propise profesionalnih tijela i institucija).
- Uputstvo: Ovo obuhvata, naprimjer, obuku uslijed zakonskih promjena, podršku za pokretanje istraživanja, podršku za uvođenje inovacija i njihovu primjenu u praksi, te informiranje o novim dostignućima u praksi.*
- 29.26** Kontinuirana edukacija i dodatna obuka o novim vještinama za zdravstvene profesionalce u skladu su s planovima obuke i razvoja i relevantni su za klinički rad i procedure koje se poduzimaju.
- 29.27** Programi obuke i uvođenja u rad osoblja uključuju i planiranje i provođenje otpusta pacijenata.
- 29.28** Osoblje evidentira i ažurira pohađanje obuke (izrađuje dokument o ličnom/osobnom profesionalnom profilu).
- 29.29** Nova literatura, priručnici, brošure, časopisi i zakonska uputstva, kodeksi ponašanja i relevantni udžbenici stoje na raspolaganju osoblju organizacione jedinice.
- 29.30** Evidencija o prisustovanju konferencijama, seminarima i sastancima čuva se i pregleda jednom godišnje.
- Uputstvo: Evidencija bi trebalo da obuhvata evaluiranje korisnosti učešća u spomenutim aktivnostima za rad same organizacione jedinice/ tima te ostvarenje individualnih ciljeva.*
- 29.31** Organizaciona jedinica evaluira ishode specifičnih aktivnosti na obuci, kako na individualnom nivou, tako i na nivou organizacione jedinice.
- Uputstvo: Željene ciljeve bi trebalo identificirati u fazi planiranja obuke i koristiti kao osnovu za mjerjenje uspjeha. Šefovi/menadžeri su odgovorni za pregled kojim se može utvrditi da li se tek stečene vještine i znanje primjenjuju u praksi.*

Standard 30: Razvoj kliničkih organizacionih jedinica

Svi pacijenti/korisnici primaju usluge zdravstvene zaštite u skladu sa standardima dobre prakse, na bazi dokaza o učinkovitosti.

Upravljanje rizikom u organizacionoj jedinici

- 30.1** Organizaciona jedinica poduzima procjenu kliničkog rizika u vezi s pruženim tretmanom pacijentima za proteklih dvanaest mjeseci. Rezultati ocjene rizika se evidentiraju.
- Uputstvo: Svaki tim ili grupa osoblja koja radi na istim zadacima trebalo bi diskutirati o opasnostima (rizicima) povezanim s obavljanjem kliničkog rada i načinima za smanjenje tih rizika. To bi trebalo obuhvatati procjenu rizika za pacijente s dekubitusom, dubokom venskom trombozom, ili za službe mentalnog zdravlja, rizik od nasilja pacijenta prema sebi i prema drugima. Procjena kliničkog rizika trebalo bi obuhvatati i rizik povezan s drogama, lijekovima i tretmanom pacijenata.*
- 30.2** Najmanje jedan član osoblja službe je prošao obuku za poduzimanje procjene kliničkog rizika.
- Uputstvo: Osoblje je prošlo obuku o načinima procjene kliničkog rada (prakse) u pogledu faktora rizika, te kako gradirati i prioritizirati utvrđeni rizik. To bi trebalo obuhvatati obuku o korištenju formulara i drugih sistema koje se koriste u organizaciji. Obuka može biti vanjska, ili u samoj službi, ali bi trebalo odrediti vrijeme za obuku i dokumentirati u evidenciji o obuci osoblja.*
- Ovo bi se moglo organizirati susretno AKAZ i odgovarajuća zdravstvena ustanova.*
- 30.3** Izvještava se o svim nepovoljnim događajima putem formulara za izvještavanje o kliničkim nepovoljnim događajima. Formulari se proslijeduju do osobe koja je odgovorna za prikupljanje tih formulara širom bolnice.

Vodilje za kliničku praksu / putevi zaštite

- 30.4** Sve osoblje u službi poznaje kliničke vodilje i puteve zaštite pacijenta.
- 30.5** Osoblje raspolaže svim sredstvima s ciljem pridržavanja kliničkih vodilja i puteva zaštite.
- 30.6** Kliničke vodilje i putevi zaštite obuhvataju faze procjene pacijenta i hitne zaštite.
- 30.7** Kliničke vodilje i putevi zaštite obuhvataju dugoročni tretman i rehabilitaciju pacijenta za vrijeme boravka u bolnici.
- 30.8** Kliničke vodilje i putevi zaštite moraju biti napisani jasnim i razumljivim jezikom.

- 30.9** Kliničke vodilje obuhvataju raspon uobičajenih odstupanja od puteva zaštite. Izbori načina provođenja tretmana i njege pacijenta ovise o stanju pacijenta i mogu se povezati sa sistemom ocjene faktora rizika pacijenta.
- 30.10** Kliničke vodilje i putevi zaštite sadrže uputstva o kliničkim opcijama tretmana pacijenta a koja kliničari trebaju slijediti.
- 30.11** Kliničke vodilje i putevi zaštite sadrže kriterije za izbor različitih opcija tretmana i njege pacijenta na osnovu faktora rizika, kao što su: starosna dob, opće stanje zdravlja, prateće bolesti i stanja i drugi faktori u skladu s kliničkom procjenom pacijenta.
- 30.12** Kliničke vodilje i putevi zaštite sadrže uputstva koja se tiču terapije lijekovima s uputstvom za upotrebu.
- 30.13** Kliničke vodilje i putevi zaštite definiraju odgovornosti različitih članova tima za administrativne aspekte tretmana.
- 30.14** Svaka osoba koja je uključena u puteve zaštite stavlja svoj potpis i ime upisano štampanim slovima te poziciju na najmanje jednom mjestu u dokumentaciji koja se odnosi na put zaštite pacijenta, a na svim drugim mjestima u dokumentaciji stavlja svoje inicijale (paraf).
Uputstvo: Unošenje podataka vrši se prilikom pregleda pacijenta.
- 30.15** Osoblje je kompetentno da preuzme svoj dio puta zaštite pacijenta.

Klinička revizija

- 30.16** Bolnica/jedinica vrši kontinuiranu provjeru provođenja dokumentiranih procedura za ocjenu i tretman pacijenta.

Standard 31: Ambijent za pacijente i osoblje

Ambijent, objekti i oprema omogućuju sigurnu, efikasnu i efektivnu zaštitu pacijenata/ korisnika i osoblja.

Ambijent za pacijente

- 31.1** Oznake unutar i izvan prostorija organizacione jedinice postavljene su na vidnim mjestima i napisane jezikom razumljivim za pacijente.
- 31.2** Prilaz organizacionoj jedinici je prilagođen i osobama s onesposobljenjima i to na svim mjestima koje pacijenti posjećuju.
- 31.3** Ambijent i prostorije za pacijente i korisnike omogućuju vizuelnu i zvučnu privatnost.
- 31.4** Prostorije za pacijente uključuju i sobe za povjerljive konsultacije.
- 31.5** U dijelovima organizacione jedinice gdje se vrše pregledi/tretmani/konsultacije, ambijent i prostorije zadovoljavaju potrebe pacijenata s oštećnjima čula/osjetila.
- 31.6** Ukoliko se u organizacionoj jedinici nalazi prostor za pregled/tretman/konsultacije djece, okruženje mora zadovoljavati potrebe djece.
- 31.7** U organizacionim jedinicama gdje borave pacijenti, postoji garnitura za sjedenje prilagođena broju i vrsti pacijenata i posjetilaca koji koriste usluge.
Uputstvo: Sjedišta bi trebalo da budu različite visine, prilagođena potrebama osoba koje imaju poteškoće sa sjedenjem/ustajanjem.
- 31.8** U organizacionim jedinicama koje pružaju polikliničku zaštitu, postoje prostorije za toalet i obavljanje lične higijene, koje su im na raspolaganju.
Uputstvo: Pristup treba da bude omogućen ovim prostorijama i pacijentima s onesposobljenjima.
- 31.9** Organizacione jedinice imaju jednu mirnu prostoriju, koju koriste ožalošćena/uznemirena rodbina i prijatelji.
- 31.10** U organizacionim jedinicama postoji pristup prostoriji u kojoj se mogu nahraniti i presvući bebe.
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristit u ocjenjivanju.

- 31.11** Tamo gdje pacijenti moraju ići na više spratove/katove do različitih odjela, postoje liftovi za njih.
- 31.12** Sobe za presvlačenje pacijenata omogućuju pacijentu privatnost i dostojanstvo.
- 31.13** Pacijentima se daju ogrtači prilikom presvlačenja i pregleda.
- 31.14** Organizacione jedinice imaju sistem poziva za sestrinsku pomoć koji je povezan sa sobama u kojima leže pacijenti, apartmanima, toaletom i kupatilom, te sobama za dnevni boravak.
- 31.15** Stacionarne organizacione jedinice imaju posebne odjele za žene, a posebne za muškarce.
Uputstvo: U slučajevima gdje se «odjel» sastoji od nekoliko soba, ovaj kriteriji se ne primjenjuje.
- 31.16** Hospitalizirani pacijenti oba spola imaju pristupe odvojenim toaletima.

Ambijent za duže ležanje

- 31.17** Prostorije koje se koriste za dnevni boravak ili ručavanje pacijenata koji duže leže su u skladu s profilom organizacione jedinice.
- 31.18** Znakovi i obavještenja u takvima prostorijama se koriste što je manje moguće.
Uputstvo: To isključuje znakove koji su potrebni po zakonu, kao što su znakovi za izlaz u slučaju požara.

Ambijent za osoblje

- 31.19** Šef organizacione jedinice i više osoblje, gdje je to podesno, imaju svoj uredski prostor.
- 31.20** Postoji uredski prostor za osoblje koje pruža usluge.
- 31.21** Postoji soba za odmor osoblja.
- 31.22** Postoje sanitarne prostorije i prostorije za presvlačenje osoblja.
- 31.23** Organizacione jedinice imaju opremu za učenje, sobu za seminare/za obuku i aktivnosti na razvoju.

31.24 Oglasne ploče su postavljene na vidno mjesto, uredne su i sadrže aktuelne informacije.

31.25 Osoblju su na raspolaganju materijal i oprema, potrebni za izvršavanje njihovih dužnosti.

Skladište i kontrola zaliha

31.26 Skladišni prostor zadovoljava potrebe procesa rada i obezbeđuje odgovarajući smještaj materijala i opreme, a osobito onih koji zahtijevaju posebne uslove (lijekovi, eksplozivne materije i sl.).

Uputstvo: Zakon o prometu eksplozivnih materija (SL SFRJ, br.30/85) članovi 24 – 29 reguliraju uslove za smještaj eksplozivnih materija.

Zakon o prometu eksplozivnih materija i zapaljivih tečnosti i gasova (SL SR BiH, br. 39/89, 36/90), čl. 32 – držanje eksplozivnih materija za potrebe djelatnosti i čl.30 – evidencije koje se moraju voditi.

Pravilnik o ispunjavanju uvjeta prostora, opreme i kadra za čuvanje i primjenu lijekova u zdravstvenim ustanovama (SN Federacije BiH, br. 38/03), čl. 3, 7, 9 utvrđuju uslove za smještaj i čuvanje lijekova u ambulantama i na bolničkim odjelima.

31.27 Predmeti koji su osjetljivi na toplotu i/ili svjetlost skladište se pod optimalnim uslovima, u prostoru koji je pod kontrolom.

31.28 Svi artikli na skladištu odjela/organizacione jedinice se rotiraju, da bi se iskoristili prije isteka roka trajanja i bili u optimalnom stanju prilikom upotrebe.

31.29 U bolničkim ambulantama i odjelima lijekovi se čuvaju pod uslovima koji obezbeđuju efikasnu zaštitu od nepovoljnih vanjskih uticaja i sprečavaju neovlašten pristup.

Uputstvo: Uslovi su dati u federalnom Pravilniku koji se tiče opremljenosti prostora, čuvanja prema deklaraciji, čeličnih kasa za opojne droge i sl. (Pravilnik o ispunjavanju uvjeta prostora, opreme i kadra za čuvanje i primjenu lijekova u zdravstvenim ustanovama, SN Federacije BiH, br. 38/03).

Rizici u okruženju

31.30 Postoji sistem za redovno kalibriranje mjerne opreme bilo koje vrste.

Uputstvo: To obuhvata sve aparate, kao što su vase, dozimetri, termometri, i sva oprema za praćenje pacijenata, kod koje postoji očitavanje. Ovaj sistem može se odnositi i na ugovaranje s firmama koje servisiraju opremu.

31.31 Hodnici i vrata ne smiju imati prepreke koje sprečavaju kretanje.

- 31.32** Vrata za izlaz u slučaju požara se drže zatvorena ali ne zaključana.
Uputstvo: Zakon o zaštiti od požara (SL SR BiH, br. 15/87, 37/88, 38/89, 19/90, 36/90, 13/93) – mjere zaštite od požara obuhvataju i određivanje prilaza i prolaza.
Prihvatljivo je da požarna vrata imaju magnetne brave koje se automatski otvaraju po aktiviranju požarnog alarma.
- 31.33** Materijalima za prvu pomoć se lako pristupa.
- 31.34** Specijaliziranu opremu koristi samo osoblje koje je obučeno i kompetentno za rad s ovom vrstom opreme.
- 31.35** Oprema za podizanje, transport i rukovanje održava se prema uputstvima proizvođača. Postoje dokumentirane instrukcije o korištenju ove opreme.
- 31.36** Osoblje ima zaštitnu opremu i odjeću u skladu s vrstom usluge koja se pruža.
Uputstvo: Zakon o zaštiti na radu (SL SR BiH, br. 22/90), čl. 19 – poslodavac obezbeđuje zaštitnu opremu i stalno praćenje njene ispravnosti.
- 31.37** Sva oprema u organizacionoj jedinici je postavljena, provjerena i servisirana u skladu s uputstvima proizvođača.
Uputstvo: Opremu ne bi trebalo modificirati bez traženja savjeta proizvođača o sigurnom funkcioniranju modificirane opreme.
- 31.38** Postoji planirani program preventivnog održavanja i zamjene opreme u organizacionoj jedinici.
Uputstvo: Sva oprema bi trebalo da bude u skladu s propisima o zdravlju i sigurnosti.
- 31.39** Vodi se evidencija o održavanju i servisiranju opreme.
- 31.40** Postoje datirane, dokumentirane procedure za utvrđivanje i izvještavanje o kvarovima na opremi. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: To se odnosi na kolica, krevete, protivpožarnu opremu, kompjutersku opremu, rtg opremu, pumpe, aparate za vještačku ventilaciju i ostalu opremu koja se koristi u organizacionoj jedinici.
- 31.41** Organizaciona jedinica ima pristup rezervnoj opremi i službi za hitne popravke u slučaju kvara na opremi.
- 31.42** Šef organizacione jedinice je uključen u aktivnosti nabavke opreme za organizacionu jedinicu.
- 31.43** Namještaj i oprema koji zahtijevaju popravku se označavaju oznakom «nije za upotrebu» i odstranjuju se radi popravke/uklanjanja.

Šesti dio: Specifične kliničke usluge

Standard 32: Laboratorijska dijagnostika

Laboratorijsku dijagnostiku obavlja kvalificirano i obučeno osoblje koje koristi sigurna i učinkovita sredstva i opremu. Procesi laboratorijske dijagnostike i uređena kontrola kvaliteta obezbeđuju sigurnost za pacijente.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 32.1** Svakom disciplinom unutar službe upravlja odgovarajući specijalista za tu disciplinu.
- 32.2** Rukovodilac (šef) službe je osposobljen da preuzme profesionalne, konsultativne, organizacione i administrativne i naučne odgovornosti za službu.
- 32.3** Postoje datirane, dokumentirane procedure kojima se regulira koji članovi/profili osoblja mogu obavljati koju pretragu. Šef službe je odgovoran osigurati da su odgovornosti povjerene odgovarajućem medicinskom ili tehničkom laboratorijskom osoblju. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Moraju postojati pisani dokazi o osposobljenosti osoblja za obavljanje procedura ili pretraga u laboratoriji.*
- Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.*
- 32.4** Uspostavljene su i održavaju se linije komunikacije između laboratorijske službe i drugih službi i odjela.
- Uputstvo: Druge službe i odjeli mogu obuhvatiti, npr: odjel hitne pomoći, odjel za dnevne slučajeve, hirurške odjele, odsjek za kontrolu infekcije, zaštitu na radu; i jedinice za posebnu njegu (npr. intenzivnu njegu i njegu djece).*
- 32.5** Laboratorijsko osoblje je zastupljeno u multidisciplinarnim komisijama u kojima je neophodna uključenost laboratorija.
- Uputstvo: To uključuje učešće u radu komisija ministarstava zdravstva i drugih unutarnjih i vanjskih komisija u odnosu na zdravstvenu organizaciju, npr. komisije za izradu standarda i normativa, komisija za kontrolu infekcija, komisija za sigurnost na radu, komisija za edukaciju, itd.*
- 32.6** Tamo gdje se pružaju usluge izdvojenih laboratorija, njihova djelatnost je definirana i dokumentirana.
- 32.7** Tamo gdje se pružaju usluge izdvojenih laboratorija, laboratorijsko osoblje je uključeno u sheme osiguranja kvaliteta.
- 32.8** Sve službe čije se usluge koriste, a nisu uz glavnu službu, neovisno se akreditiraju.
- Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.*

Proces rada

- 32.9** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za obavljanje službe, uključujući opis obima usluga koje se pružaju, npr. usluge koje se obavljaju unutar organizacije, po ugovoru ili usluge koje se obavljaju van radnog vremena. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 32.10** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvođenje svake pretrage uključujući princip metode, vrstu uzoraka, reagenasa i kontrolni materijal, postupak rada, linearnost reakcije ukoliko je poznata, izračunavanje rezultata, referentne vrijednosti, itd.
Uputstvo: Postoje datirana dokumentirana uputstva za rad i održavanje laboratorijske opreme.
- 32.11** Postoje datirane, dokumentirane procedure za uputnicu za laboratorijske pretrage. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Te procedure bi trebale osigurati da uputnica sadržava sve važne kliničke podatke i podatke o pacijentu koji su čitko napisani. Podaci bi trebalo sadržavati: puno ime i prezime pacijenta, ime oca, bolnički broj pacijenta, datum rođenja i spol; faksimil lječnika koji zahtijeva pretrage; izvor zahtjeva; zahtijevane pretrage, vrsta uzorka i važne kliničke detalje, uključujući specifičnu terapiju, datum i vrijeme uzimanja uzorka.
- 32.12** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sakupljanje i transport uzoraka. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Trebalo bi obuhvatati uputstva za: uzorkovanje humanih materijala, prikupljanje uzoraka; označavanje uzoraka (uključujući identifikacijske podatke pacijenta/korisnika); konzerviranje uzoraka; objekte za prijem i mjere sigurnosti kojih se treba pridržavati. Pohranjivanje, transport i pakiranje uzoraka koji se šalju poštom, mora zadovoljiti regulaciju UN602.
- 32.13** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za odlaganje iskorištenih uzoraka i reagenasa, uključujući uklanjanje kliničkog i drugog otpada koji nastaje u laboratoriju. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Ove procedure uraditi uz sugestije službe zaštite na radu i/ili higijensko epidemiološke službe.
- 32.14** Procedure za prikupljanje uzoraka dostupne su svem osoblju koje radi na dobivanju uzoraka od pacijenata/korisnika i/ili transportu uzoraka do laboratorija.
- 32.15** Laboratorij čuva evidenciju o svim primljenim uzorcima.
- 32.16** Laboratorij čuva evidenciju svih uzoraka koji su proslijedjeni drugim laboratorijima.
Uputstvo: To bi trebalo sadržavati ime i odredište primaoca.

- 32.17** Postoji datirana, dokumentirana procedura za izvještavanje o rezultatima pretraga. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebala osigurati slijedeće: ovjeru rezultata prije otpremanja, jasno označenje identifikacijskih podataka pacijenta, označavanje lokacije kliničara koji je zahtijevao pretragu i brzo izvještavanje na neposredni zahtjev kliničara.
- 32.18** Postoji datirana, dokumentirana procedura za usmeno prenošenje i primanje rezultata pretraga. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedurom bi trebalo osigurati da samo u iznimnim slučajevima imenovano osoblje može prenositi i primati rezultate pretraga putem telefona, te da postoji štampani primjerak kojim se potvrđuje transfer podataka, napravljen uz minimum zakašnjenja za obavljenim usmenim prijenosom podataka. Štampani primjerak nakon obavljenog transfera rezultata usmenim putem bi trebalo da sadrži slijedeće podatke: ime osobe koja je dala izvještaj o pretragama, ime osobe koja je primila izvještaj, identitet pacijenta/korisnika, rezultate pretraga, datum i vrijeme usmenog izvještavanja o rezultatu pretraga. Izvještavanje o rezultatima pretraga na smrznutim rezovima prenose se direktno hirurgu koji je zahtijevao pretragu i praćeno je pisanim izvještajem.
- 32.19** Formulari sa rezultatima pretraga dizajnirani su tako da se mogu umetnuti u historiju bolesti pacijenta.
- 32.20** Postoje datirane, dokumentirane procedure za prikupljanje, etiketiranje, pohranjivanje, konzerviranje, transport krvi i krvnih pripravaka. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 32.21** Postoje datirane, dokumentirane procedure za postupanje u slučaju transfuzionih reakcija. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 32.22** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje u slučajevima zahtjeva za laboratorijskim pretragama izvan radnog vremena. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 32.23** Kopija pravila o sigurnosti u laboratoriju uručena je svem postavljenom laboratorijskom osoblju i sadrži informacije o vremenu kada se pravila ponovo pregledaju i revidiraju.
- 32.24** Postoji datirana, dokumentirana politika kojom se regulira provođenje istraživanja na odjelu, uključujući bilo koje vrste istraživanja i programe razvoja. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Ambijent u službi

- 32.25** Unutar laboratorija postoji označen prostor za primanje, otpremanje i rukovanje uzorcima, uključujući i odvojen prostor za visokorizične postupke.
- 32.26** Unutar laboratorija postoji označen prostor za skladištenje uzorka, reagenasa i dokumentacije, uključujući i odvojen prostor za pohranjivanje visokorizičnih uzorka.
- 32.27** Unutar laboratorija postoje uvjeti za sigurno skladištenje krvi i krvnih pripravaka (npr. praćenje temperature i temperaturni alarmi).
- 32.28** Unutar laboratorija postoje uvjeti za sigurno odlaganje kultura, potencijalno infektivnog kliničkog materijala, organskih otapala i radioaktivnih materijala.
- 32.29** Laboratorij ima sredinu koji olakšava efikasno otjecanje i kontrolu otpadnih voda.
- 32.30** Ambijent laboratorija olakšava rad osoblja u pogledu sistema ventilacije (naročito za zagušljiva isparenja), grijanja i osvjetljenja.
- 32.31** Laboratorij ima uređaje s kontroliranom temperaturom za skladištenje uzorka.
- 32.32** Laboratorij ima cijevne sisteme gasnih instalacija gdje to zahtjeva proces rada.
- 32.33** Gdje to odgovara, mrtvačnica i prostorije za obdukcije su na raspolaganju ili je postignut formalni ugovor o pružanju takve pogodnosti. Ako se te prostorije nalaze izvan bolnice, postoje procedure za identifikaciju i evidentiranje identiteta pacijenta i/ili uzorka.

Poboljšanje kvaliteta

- 32.34** Osoblje prisustvuje sastancima provjere kliničkog kvaliteta zajedno s ostalim specijalnostima.
- 32.35** Postoje datirane, dokumentirane politike za održavanje standardne kontrole kvaliteta. To obuhvata analitičku unutrašnju i vanjsku kontrolu kvaliteta rada.

Uputstvo: Dokumenti politike kontrole kvaliteta trebali bi ukazati na izvore, datume usvajanja, poduzete aktivnosti u slučajevima loših rezultata i evidenciju o redovnoj ocjeni.

- 32.36** Pisana evidencija čuva se za sve reagense, kalibraciju opreme i ostale podatke o kontroli kvaliteta.
- 32.37** U cijeloj laboratorijskoj službi se ocjenjuje i evidentira vrijeme potrebno za dobivanje rezultata.
- 32.38** Učestalost izgubljenih rezultata redovno se ocjenjuje na širokoj osnovi unutar službe i evidentira kao indikator izvršenja i ishoda.
- 32.39** Postoje pisane procedure unutrašnjeg sistema kontrole kvaliteta.
- 32.40** Laboratorij učestvuje u vanjskom osiguranju kvaliteta.
- 32.41** Laboratorij učestvuje u državnim akreditacijskim/certifikacijskim shemama.

Standard 33: Radiološka i nuklearno-medicinska dijagnostika

Radiološku dijagnostiku provodi kvalificirano osoblje u ambijentu u kojem se upravlja rizikom, u skladu s objavljenim profesionalnim uputstvima.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 33.1** Postoji Komitet za izlaganje medicinskom zračenju koji se sastaje najmanje jedanput godišnje i ocjenjuje pridržavanje Zakona o zaštiti od jonizirajućih zračenja i radiacionoj sigurnosti.
- Upustvo: Članovi Komiteta za izlaganje medicinskom zračenju trebalo bi da budu: menadžer bolnice, šef radiologije, jedan radiolog, specijalista nuklearne medicine (ukoliko bolnica ima odjel nuklearne medicine) i lice odgovorno za zaštitu od jonizirajućeg zračenja (ovo je u skladu sa čl.19 Zakona o zaštiti od jonizirajućeg zračenja).*
- U pregledu pridržavanja Zakona, Komitet razmatra procedure zapošljavanja; liste upućivanja na pregledе; liste liječnika i tehničara; protokole za medicinska izlaganja zračenju; referentne dijagnostičke nivoе i bilo koje doze koje prelaze referentne nivoе; početnu i trajnu obuku praktičara i tehničara; i unutrašnju provjeru kvaliteta.*
- 33.2** Komitet za izlaganje medicinskom zračenju vodi zapisnik o svojim sastancima i donosi akcioni plan kao rezultat pregleda aktivnosti.
- 33.3** Postoji kvalificirani radiolog na dužnosti tokom radnog vremena službe uključujući dolazak na poziv nakon radnog vremena (pripravnost). U dežurstvu je viši radiološki tehničar ili radiolog sa inžinjerom medicinske radiologije.
- 33.4** Dijagnostičke pretrage, uključujući ultrazvuk, izvodi educirani specijalista – radiolog, odnosno specijalista nuklearne medicine uz pomoć tehničara ili inženjera medicinske radiologije.
- 33.5** Kvalificirani fizičar za medicinsko zračenje s iskustvom na raspolaganju je na poziv u toku radnog vremena službe.
- 33.6** Registrirana medicinska sestra je na dužnosti tokom radnog vremena službe.
- 33.7** Radiološki tehničari su odgovorni imenovanom šefu rendgenskih tehničara koji ih nadzire.
- 33.8** U službi postoji lice odgovorno za zaštitu od jonizirajućeg zračenja čija je uloga dokumentirana.
- Upustvo: Lice odgovorno za zaštitu od zračenja daje savjete u skladu sa zakonskim obavezama i preporukama, a tamo gdje to odgovara i na konstrukciji, dizajnu i izgradnji objekata u kojima se koristi ionizirajuće zračenje ili kako će se ono koristiti.*

- 33.9** Postoji organizirana dežurna služba izvan radnog vremena za postupanje u slučajevima hitnih zahtjeva za radiološkom dijagnostikom.
- 33.10** Sve dijagnostičke procedure provode kvalificirane osobe ili specijalizanti pod nadzorom odgovarajuće kvalificirane osobe.

Radni procesi

- 33.11** Praksa i izlaganje jonizirajućem zračenju u medicinske svrhe u skladu su sa Zakon o zaštiti od jonizirajućih zračenja i radijacionoj sigurnosti i drugim pravnim aktima.
- 33.12** Upotreba radiofarmaka je u skladu sa Zakonom o lijekovima i vodičem za kliničku administraciju radiofarmaka i korištenjem zapečaćenih radioaktivnih izvora.
- 33.13** Kada se razvijaju procedure o jonizirajućem zračenju, konsultira se osoblje službe a uključeno je i lice odgovorno za zaštitu od zračenja.
- 33.14** Dijagnostičke procedure slikanja izvode se samo na temelju zahtjeva nadležnog liječnika ili specijaliste odgovarajuće struke.
Uputstvo: To obuhvata sheme zdravstvenog skrininga, npr. hitni zahtjevi mogu se izdati usmenim putem ali moraju biti propraćeni pisanim zahtjevom.
- 33.15** Intervencijske radioološke procedure izvode se samo nakon konsultacija s kliničarom koji je tražio pretragu i uz pisani zahtjev.
- 33.16** Klinička opravdanost zahtjevâ procjenjuje se u skladu s vodiljama koje su odobrene na nivou države ili su u skladu s vodiljama na nivou ustanove.
Uputstvo: Vodilje na nivou ustanove mogu biti i prilagođeni protokoli u odnosu na državne vodilje, ili samostalno razvijene ako takve vodilje još uvijek ne postoje na državnom nivou.
- 33.17** Postoji dokumentirana lista kvalificiranih radiologa i drugih praktičara koji mogu izvještavati o nalazima. Liste sadrže informacije o tome koje nalaze može tumačiti koja osoba.
Uputstvo: Npr. ortopedski hirurg može interpretirati snimke koštano-mišićnog sistema, maksilosacialni hirurg može interpretirati snimke zuba. Radiologa bi se trebao odrediti obim za interpretiranje snimaka što bi trebalo biti evidentirano (npr. nekima, koji nisu prošli dodatnu edukaciju, ne može biti dopušteno da interpretiraju mamograme, CT snimke ili snimke magnetne rezonance).
- 33.18** Kopija nalaza se čuva u arhivi službe ili na nekom drugom lako pristupačnom mjestu za skladištenje.

- 33.19** Postoji datirana, dokumentirana procedura za utvrđivanje identiteta pacijenta/korisnika koji će se izlagati jonizirajućem zračenju. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 33.20** Postoje datirane, dokumentirane procedure o njezi pacijenata s posebnim potrebama, uključujući one koji su kritično bolesni i one za koje je potrebno preduzeti mjere predostrožnosti izolacije. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 33.21** Za slučajeve kada su nalazi kritični, postoji datirana, dokumentirana procedura o hitnom obavještavanju liječnika koji je uputio pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 33.22** Postoje datirane, dokumentirane procedure o izvođenju radioloških dijagnostičkih pretraga izvan prostorija radiološke službe. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 33.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura o izvođenju medicinsko-pravnih izlaganja jonizirajućem zračenju. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura uređuje kako, u odnosu prema svim medicinskim izlaganjima, doze ozračenja pacijenata treba držati na, koliko je to izvedivo, najnižem mogućem nivou.
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.
- 33.24** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se uređuju hitna upućivanja. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 33.25** Postoje datirane, dokumentirane procedure o sigurnosti koje su specifične za rad u službi i za korištenju opremu.
Uputstvo: To može obuhvatati opasnosti od hemikalija, rizik od kontaminacije/infekcije, opasnosti od ozračenja i protipožarnu zaštitu.

Magnetna rezonanca

- 33.26** Snimanje magnetnom rezonancom sprovodi se u skladu sa kliničkim vodiljama.
- 33.27** Dijagnostička oprema za snimanje magnetnom rezonancom je u označenoj kontroliranoj oblasti, u koju imaju pristup samo ovlaštene osobe.
Uputstvo: Sve neovlaštene osobe, uključujući i ostalo osoblje i pacijente/korisnike, moraju biti u pratinji kada se nalaze u kontroliranoj zoni.
- 33.28** Postoje istaknuti znakovi upozorenja kojima se obavještavaju osobe s ugrađenim pejsmejkerom da ne smiju ulaziti u kontroliranu oblast.

- 33.29** Postoji datirana, dokumentirana procedura za identificiranje pacijenata s ugrađenim pejsmekerima i metalnim implantatima. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 33.30** Posebna pažnja u kontroliranoj prostoriji za magnetnu rezonancu posvećuje se korištenju kompatibilne pomoćne opreme.
Uputstvo: Mora se voditi računa da nikakav feromagnetni materijal nije ugrađen u pomoćnu opremu koja se koristi.
- 33.31** Pacijentima/korisnicima koji se podvrgavaju snimanju magnetnom rezonancom i njegovateljima koji ih prate, objašnjena je procedura kojoj se podvrgavaju.
Uputstvo: To bi trebalo obuhvatati očekivane senzacije u toku snimanja (osjećaj svjetlosti, zvuka) i vjerovatnu dužinu trajanja pretrage. Pacijente/korisnike bi ponovno trebalo pitati za eventualnu trudnoću i/ili mehaničke ili metalne implantate.
- 33.32** Postoji dugme za alarm za pacijente koji se podvrgavaju ovom snimanju.
Uputstvo: Pacijentima/korisnicima bi trebalo demonstrirati brzinu oslobođanja.
- 33.33** Čuva se evidencija o izvršenim snimanjima magnetnom rezonancom.
Uputstvo: Evidencija bi trebala sadržavati identifikacijske podatke o pacijentu/korisniku, starost i spol, vrstu sekvence snimanja, dio tijela koji se snima, približno vrijeme provedeno u magnetu, i podatke o kontrastnim medijima koji su administrirani pacijentu.

Ambijent u službi

- 33.34** Postoje jasno istaknuti znakovi upozorenja za trudnice da je zračenje štetno po plod. Ako je moguće, oznake su višejezične.
- 33.35** Provodenje mjera sigurnosti od radijacije nadgleda lice odgovorno za zaštitu od zračenja.
- 33.36** Osigurana je odgovarajuća zaštita i zaštitna odjeća za rad u prisustvu opreme s biorizicima i radiografske opreme, a praksa je u skladu sa Zakonom o jonizirajućem zračenju.
- 33.37** Osoblje koje radi s radiološkom opremom nosi mjerače ozračenja.
- 33.38** Mjerači ozračenja i otvorenih izvora zračenja periodično se procjenjuju u skladu sa zakonskim propisima.
- 33.39** Izvještaj se podnosi supervizoru za zaštitu od zračenja.

- 33.40** Čuva se kontinuirana evidencija o rezultatima tokom radnog vijeka klasificiranih radnika zaposlenih u službi.
- Uputstvo: Klasificirani radnici su oni koji su primili više od 3/10 maksimalno dopuštene doze zračenja.*
- 33.41** Postoji dokumentirani raspored za procjenu sigurnosti svih soba i opreme koju provodi lice odgovorno za zaštitu od zračenje.
- 33.42** Čuva se evidencija o procjeni sigurnosti.
- 33.43** Sva oprema je kalibrirana u skladu sa zakonskim propisima a evidencija o provjeri kalibracije se čuva.
- Uputstvo: Vidi preporučene standarde Instituta za fiziku o rutinskom izvođenju testova za dijagnostičko rentgensko snimanje i sisteme snimanja.*

Poboljšanje kvaliteta

- 33.44** Služba ocjenjuje obrasce zahtjeva za snimanjem u pogledu pravovremenosti i podesnosti zahtijevane pretrage.
- 33.45** Služba ocjenjuje vrijeme čekanja na zakazani termin za snimanje.
- 33.46** Služba ocjenjuje doze radijacije koje pacijent primi tokom čestih procedura.
- 33.47** Služba ocjenjuje vrijeme koje je potrebno za slanje rezultata liječniku koji je tražio pretragu.
- 33.48** Procjenjuju se razlozi za ponovljene rentgenske snimke.

Standard 34: Farmaceutska služba

Bolnica obezbeđuje sigurno upravljanje lijekovima od strane kvalificiranih osoba.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 34.1** Bolnica obezbeđuje profesionalnu farmaceutsku službu, i sve aktivnosti u bolničkoj apoteci obavlja, vodi i nadgleda farmaceut.
- Uputstvo: Zadatak bolničke apoteke je da nabavlja, proizvodi, čuva, priprema i isporučuje lijekove i ostale medicinske materijale unutar bolnice, te da pomogne da se oni koriste na najbolji mogući način.*
- Bolnički farmaceut treba svojom profesionalnom ekspertizom doprinijeti u izradi i poštivanju radnih procedura za izdavanje lijekova pacijentima u bolnici i odjelima.*
- 34.2** Bolnička apoteka i upotreba lijekova organiziraju se na temelju zakona i propisa iz ove oblasti.
- Uputstvo: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 70 i Zakon o lijekovima, član 71.*
- 34.3** Bolnica raspolaže s datiranom politikom upotrebe lijekova koja je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 34.4** Sve lijekove i medicinski materijal, koji su potrebni pacijentima u bolnici, nabavlja i na profesionalan način isporučuje bolnička apoteka sa zadovoljavajućim prostorijama i opremom, te sposobnim i kvalificiranim osobljem sa stanovišta usluga i sigurnosti.
- Uputstvo: Bolnička apoteka nabavlja, čuva, priprema i izdaje lijekove u čistom i sigurnom okruženju prema Zakonu, propisima i profesionalnim standardima. Lijekovi se čuvaju na odgovarajući način, zaštićeni od krađe i zloupotreba i izdaju se pod nadzorom licenciranog farmaceuta. Kada se lijekovi čuvaju, pripremaju i izdaju van bolničke apoteke, na primjer u jedinicama intenzivne njege, primjenjuju se iste mjere sigurnosti. Prostorije i oprema koji se koriste u bolničkoj apoteci omogućuju apoteci da ispunji svoj zadatak na visoko profesionalan način.*
- 34.5** Ako u bolnici ne postoji bolnička apoteka, nabavka i isporuka lijekova vrši se preko druge bolničke apoteke ili javne apoteke.
- 34.6** Imenovana je osoba s odgovarajućim kvalifikacijama – diplomirani farmaceut, čija je glavna odgovornost upravljanje lijekovima, odnosno kontrola manipulacije lijekovima – nabavka, skladištenje, kvalitet, evidentiranje, izdavanja i distribucija lijekova u bolnici. Licencirani farmaceut također daje savjete o terapiji lijekovima, doziranju i savjetuje pacijente.

- 34.7** Postoji komisija za lijekove ili ekvivalentna grupa, a bolnička apoteka usko surađuje s tom komisijom koja je odgovorna za pripremanje i praktično sprovođenje bolničkih lista lijekova i vodilja za kliničku praksu s farmakološkog aspekta.

Uputstvo: Komisija ili ekvivalentna grupa nadgleda formuliranje, sporazume, dogovore i implementaciju politika korištenja lijekova u bolnici. Standardizacija terapije usmjerava propisivanje lijekova ka racionalnoj i jeftinijoj formi terapije. Najbolji put ka standardizaciji terapije ostvaruje se kroz bolničku komisiju za lijekove koju sačinjavaju liječnici različitih specijalnosti, farmaceuti i drugi zdravstveni profesionalci. Aktivnosti komisije za lijekove treba da poboljšaju ishod tretmana i smanje troškove racionalnom upotrebom lijekova.

- 34.8** Postoje datirani zapisnici sa sastanaka i izvještaji komisije za lijekove.

Informacije o lijekovima

- 34.9** Bolnička apoteka ima pristup aktuelnim, relevantnim izvorima podataka i informacija o lijekovima.

Uputstvo: Zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima moraju u svako vrijeme biti dostupne objektivne informacije o raspoloživim lijekovima, njihovoj pravilnoj upotrebi, kao i racionalnom trošenju (Zakon o lijekovima, čl. 76).

- 34.10** Bolnička apoteka ima osiguran pristup nadležnom organu, odnosno centru za lijekove i Zavodu za kontrolu lijekova radi informiranja.

Uputstvo: Zakon o lijekovima, čl. 76. Ažurirane informacije uključuju esencijalne liste lijekova, bolničke liste lijekova; liste lijekova koji se mogu propisivati i izdavati na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja; informacije nuspojava lijekova i drugo.

- 34.11** Pacijentima se daju informacije o načinu upotrebe, koristi i potencijalnoj šteti propisanog lijeka.

Uputstvo: Informacije se mogu dati usmeno i to zabilježiti u historiju bolesti, ili pismeno.

- 34.12** Postoji sistem razmjene informacija između centralne bolničke apoteke i apoteka na odjelima.

- 34.13** Bolnički informacijski sistem trebalo bi da podrži klinički rad s bazom podataka o lijekovima prema ATC klasifikaciji, uz module raspoloživih, izdatih i uskladištenih lijekova u bolničkoj apoteci.

- 34.14** Bolnički informacijski sistem trebalo bi da podrži klinički rad o potrošnji pojedinih vrsta antibiotika i raspoloživosti antibiotika s rezervne liste.

Proces rada

- 34.15** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje se odnose na pružanje usluga farmaceutske službe u radnom vremenu i izvan radnog vremena, ako je moguće. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 34.16** Postoje datirane, dokumentirane procedure za proizvodnju, prepakiranje i kontrolu kvaliteta svih lijekova proizvedenih u organizaciji. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 34.17** Postoje datirane, dokumentirane procedure za naručivanje, nabavku, prijem, skladištenje i kontrolu zaliha svih lijekova koji se koriste u bolnici i kojima se bolnica snabdijeva. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Upustvo: Procedurama se formulira čuvanje evidencije o narudžbama, prijemu, snabdijevanju, upotrebi i odlaganju svih medicinskih proizvoda i medicinskih gasova a radi provjere kvaliteta.
- 34.18** Postoje datirane, dokumentirane procedure za pripremanje, izdavanje, distribuciju i snabdijevanje odjela i pojedinih pacijenata svim lijekovima, uključujući i označavanje (etiketiranje) lijekova. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Upustvo: Lijekovi se označavaju čitko odštampanim etiketama, ne ispisano rukopisom. Zaliha lijekova koji se šalju na odjelu je u potreboj količini a lijekovi su u roku upotrebe.
- 34.19** Postoji datirana, dokumentirana procedura o korištenju ličnih lijekova pacijenta u svrhu samolječenja kojom se olakšava provjera kvaliteta za primanje, administraciju i vraćanje lijekova. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Upustvo: Procedura bi trebala obezbijediti pravljenja evidencije o donošenju lijekova u bolnicu od strane pacijenta i njegove porodice radi samolječenja; kontrolu uzoraka takvih lijekova; čuvanje lijekova na sigurnom mjestu; praćenje upotrebe takvih lijekova; i vraćanje lijekova pacijentu ili njegovom predstavniku prilikom otpusta, ako su još klinički upotrebljivi.
- 34.20** Postoji datirana, dokumentirana procedura za utvrđivanje lijekova kojima je istekao rok upotrebe. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 34.21** Postoji datirana, dokumentirana procedura za sigurno odlaganje i uništavanje lijekova kojima je istekao rok upotrebe. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Upustvo: To bi trebalo obuhvatati i zahtjev da se u slučaju smrti pacijenta u bolnici svi lijekovi koji su izdani pacijentu čuvaju jednu sedmicu prije nego što se odlože, a u svrhu eventualne potrebe za istraživanjem uzroka smrti.

- 34.22** Bolnica ima procedure za pripremu, rukovanje, odlaganje i distribuciju parenteralnih otopina i enteralne prehrane. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 34.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura o načinu pripreme, proizvodnje, skladištenja, izdavanja i kontrole magistralnih i galenskih pripravaka. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 34.24** Bolnica ima procedure za rukovanje, odlaganje, distribuciju i primjenu radioaktivnih supstancija i lijekova. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 34.25** Bolnica ima procedure za rukovanje, odlaganje, distribuciju i primjenu narkočinih supstancija i lijekova. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 34.26** Bolnica ima procedure za rukovanje, odlaganje, distribuciju i primjenu istraživačkih supstancija i lijekova. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 34.27** Bolnica ima procedure za rukovanje, odlaganje, distribuciju i primjenu krvi i krvnih preparata. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 34.28** Postoji datirana, dokumentirana procedura o aktivnostima koje se poduzimaju u slučaju pojave nepovoljne reakcije na lijek. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 34.29** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upravljanje greškama i drugim rizikom (npr. greške prilikom propisivanja lijeka, greške prilikom rukovanja, izdavanja, apliciranja lijeka, prosipanje lijeka). Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Proces izvještavanja o greškama osigurava se standardnim formularom za izvještavanje i eduicranje osoblja o procesu i značaju izvještavanja. Ovaj proces je integralni dio programa poboljšanja kvaliteta u bolnici koji se fokusira na prevenciju grešaka medikacije, putem razumijevanja vrsta najčešćih grešaka i načina poboljšanja procesa u bolnici da se takve greške izbjegnu u budućnosti. Procedura bi trebalo da ohrabri sistem otvorenog izvještavanja i kulturu neoptuživanja pojedinaca.*
- 34.30** Postoji datirana, dokumentirana procedura za izuzetne prilike, kada je lijek primjenjen bez pisane upute, npr. u situacijama spašavanja života. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Ambijent u službi

- 34.31** Unutar farmaceutske službe postoje sigurne prostorije za skladištenje kojima se obezbeđuje da se sve farmaceutske i njima sroдne supstance drže pod uslovima prilagođenim zakonskim propisima i zahtjevima proizvođača.
Upustvo: Za sve narkotične supstancije i lijekove postoji skladište koje se može zaključati, uključujući i lijekove za vanjsku upotrebu, lijekove za unutarnju upotrebu, lijekove koji se trebaju skladištiti na hladnom (u frižideru ili zamrzivaču), dijagnostičke reagense (osim testnih traka), zapaljive supstance. Vidi: Zakon o lijekovima, čl.73.
- 34.32** Ključevi svih ormara koji se koriste za skladištenje lijekova čuvaju se na sigurnom mjestu, uključujući i rezervne ključeve.
- 34.33** Lijekovi koji se skladište na hladnom mjestu čuvaju se u označenom frižideru, a temperatura frižidera se dnevno prati o čemu postoji evidencija.
Upustvo: Frižidere ne bi trebalo koristiti za čuvanje namirnica. Za praćenje temperature trebalo bi koristiti maksimum/minimum termometre a ako je temperatura izvan normalnih vrijednosti poduzimaju se odgovarajuće aktivnosti.
- 34.34** Uspostavljeni su aranžmani bezbjednosti za farmaceutsku službu.
Upustvo: To bi trebalo obuhvatati, npr. kontrolu pristupa vratima, postavljanje ključnog koda, dugme signala za uzbunu, jaka vrata sa sigurnosnom bravom kada je apoteka zatvorena i alarme.
- 34.35** Pristup apoteci izvan radnog vremena je ograničen, a pristup imaju dežurni liječnik i glavna sestra na dužnosti preko sistema dvostrukog ključa, koji zahtijeva prisustvo obje osobe za dobivanje pristupa apoteci.
- 34.36** U apoteci postoji označeni prostor za skladištenje materijala koji je pod karantinom.
Upustvo: Ovo se odnosi za materijale koji iziskuju prethodnu pripravu.
- 34.37** U apoteci postoji označeni prostor za prijem i raspakivanje dolazećih roba.
- 34.38** Postoji označen i podesno opremljen prostor za redovne apotekarske aktivnosti, uključujući proizvodnju i prepakiranje velikih pakovanja nesterilnih proizvoda i pripremanja lijekova po receptu.
- 34.39** Postoji označen i podesno opremljen prostor za pripremanje sterilnih proizvoda, parenteralne prehrane i intravenskih dodataka u skladu s principima u pogledu aseptične pripreme lijekova u bolničkoj apoteci.
- 34.40** Bolničke apoteke u kojima se pripremaju citotoksični lijekovi imaju označen i podesno opremljen prostor za pripremu citotoksičnih lijekova i odlaganje otpadnog citotoksičnog materijala.

- 34.41** Bolničke apoteke u kojima se pripremaju radioaktivni lijekovi imaju za to označen i podesno opremljen prostor.

Upravljanje lijekovima

- 34.42** Lijekovima se upravlja u skladu sa zahtjevima Zakona o lijekovima, zahtjevima Dobre apotekarske prakse, Dobre kliničke prakse, Dobre proizvodne prakse, Dobre kontrolno-laboratorijske prakse, Dobre skladišne prakse, Dobre transportne prakse i na temelju terapijskih vodiča, odnosno vodilja za kliničku praksu a prema preporukama profesionalnih udruženja.
- 34.43** Bolnica ima selektiranu bolničku listu lijekova koji se propisuju, a ti lijekovi su raspoloživi ili su u zalihi.
Uputstvo: Svaka bolnica odlučuje koji su lijekovi stalno raspoloživi za propisivanje. Odluka se temelji na misiji bolnice, potrebama pacijenata, vrstama usluga koje se pružaju i finansijskim mogućnostima.
- 34.44** Bolnica održava listu svih lijekova u zalihamu a ažurnost i tačnost liste nadgleda bolnička komisija za lijekove.
- 34.45** Bolnica održava listu rezervnih antibiotika.
- 34.46** Postoji datirana, dokumentirana procedura skladištenja lijekova. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: To obuhvata kontrolu temperature, rotiranje zaliha kako bi se osiguralo da se prvo troše najstarije zalihe i redovnu provjeru datuma roka trajanja lijekova u zalihamu.
- 34.47** Ako lijekovi s bolničke liste nisu raspoloživi ili u skladištu, bolnica / apoteka ima datiranu, dokumentiranu proceduru za nabavku istih. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 34.48** Lijekovi koji se upotrebljavaju u hitnim slučajevima uvijek su na raspolaganju i nadgledaju se s obzirom na potrošnju i datum isteka roka valjanosti, a zaštićeni su od krađe, gubitka ili zloupotrebe.
- 34.49** Narkotici su na raspolaganju, nadgledaju se, dokumentiraju i zaštićeni su od krađe, gubitka ili zloupotrebe.
- 34.50** Postoje datirane, dokumentirane strategije i procedure za sigurno propisivanje, naručivanje, provjeru narudžbi i apliciranje lijekova.
Uputstvo: Strategijama i procedurama utvrđuju se zdravstveni profesionalci kojima je dozvoljeno da propisuju, naručuju i daju lijekove pacijentima. Te procedure također bi trebalo da reguliraju provjeru novčane vrijednosti narudžbi u odnosu na dogovoren budžet za lijekove.

- 34.51** Lijekove propisuje licencirani liječnik.
- 34.52** Postoji datirana, dokumentirana procedura identifikacije pacijenta prije aplikacije lijekova, a vrsta i naziv lijeka, datum isteka, te doza i vrijeme aplikacije obavezno se ovjeravaju potpisom liječnika.
- 34.53** Postoji datirana, dokumentirana procedura upisivanja propisane i aplicirane terapije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Upisivanje se vrši na temperaturnu listu, posebne protokole ili u historiju bolesti.
- 34.54** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upisivanje nuspojava, odnosno štetnih učinaka lijekova. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Štetni učinci lijekova upisuju se u historiju bolesti i u izvještajne formulare u sklopu upravljanja rizikom u bolnici.
- 34.55** Postoji datirana, dokumentirana procedura za verifikaciju proskripcije ili naloga. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Proskripciju ili nalog kontrolira licencirani farmaceut i ako je to potrebno kontaktira liječnika koji je propisao ili naručio lijek.
- 34.56** Bolnička apoteka distribuira lijekove odjelima u njihovim originalnim pakovanjima.
Uputstvo: Ovdje se misli na originalna pojedinačna pakovanja lijekova.
- 34.57** Svi lijekovi na odjelu drže se u originalnom pakovanju.
Uputstvo: Prepakiranje lijekova, posebno u ampularnom obliku i čuvanje u kutijama koje obilježava osoblje na odjelu, jedan je od češćih razloga za zamjenu lijeka i pogrešnu aplikaciju. Vidi uputstvo 34.56.
- 34.58** Postoji siguran način za transport lijeka iz odjeljenskog ormara za lijekove do pacijenta.
- 34.59** Lijekovi koji su propisani i etiketirani (označeni) za imenovanog pacijenta ne koriste se za nekog drugog pacijenta.
Uputstvo: Lijekovi koji više nisu potrebni imenovanom pacijentu vraćaju se u apoteku.
- 34.60** Sva apotekarska evidencija čuva se od datuma otpusta ili smrti pacijenta u vremenu koje je propisao zakonodavac.
- 34.61** Postoji datirana, dokumentirana procedura upravljanja lijekovima van radnog vremena, odnosno u dežurstvu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

34.62 Postoji datirana, dokumentirana procedura upravljanja lijekovima u vanrednim situacijama. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

34.63 Postoji datirana, dokumentirana procedura o kliničkim ispitivanjima lijekova. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Poboljšanje kvaliteta

34.64 Apotekarske greške se evidentiraju, istražuju i ocjenjuju.

34.65 Bolnica provodi evaluaciju propisivanja i apliciranja lijekova kao dio sistema poboljšanja kvaliteta.

34.66 Poduzima se provjera kvaliteta (audit) na svim odjelima i u službama gdje se koristi apotekarsko snabdijevanje: skladištenje lijekova, rotacija lijekova u zalihamu i aplikacija lijekova s ciljem da se obezbijedi korištenje lijekova u skladu s politikom organizacije.

34.67 Postoji sistematska ocjena korištenja lijekova, npr. ocjena iskorištenosti lijekova.

34.68 Intervencije koje je pokrenula bolnička apoteka, odnosno farmaceut evidentiraju se i ocjenjuju.

Medicinski gasovi

34.69 Imenovana je ovlaštena osoba odgovorna za skladištenje, identifikaciju, kvalitet i čistoću svih gasova u terminalnim jedinicama i za održavanje gasnih cjevovoda.

Uputstvo: To može biti podesan kvalificirani zaposlenik ili kompanija za medicinske gasove pod ugovorom.

34.70 Tamo gdje nije zaposlena ovlaštena osoba, u bolnici postoji imenovan član osoblja delegiran da bude njihov predstavnik na mjestu kontrolora kvaliteta sistema cjevovoda medicinskih gasova i ta osoba mora imati obuku i biti upućena u sistem medicinskih gasova.

34.71 Prije korištenja novog sistema ili korištenja repariranog sistema, od imenovanog kontrolora kvaliteta zahtijeva se da pokaže zadovoljstvo pogonom sistema cjevovoda i identitetom i čistoćom gasova na terminalnim jedinicama uz verifikaciju ovlaštene osobe koja prihvata odgovornost isparavnog rada sistema gasovoda.

- 34.72** Tamo gdje postoje cjevovodi medicinskog gasa, postoji datirana, pisana procedura za postupanje u slučaju prekida linije, potpisana od ovlaštenog menadžera.
- 34.73** Svaki inžinjer (kompetentna osoba) delegiran za rad na sistemu medicinskih gasova obučen je i ovlašten za taj posao.
Uputstvo: To uključuje obezbjeđenje da je sva korespondencija u pogledu izvođenja radova na sistemu gasovoda medicinskih gasova kopirana za ovlaštenu osobu.
- 34.74** Postoji datirana, dokumentirana procedura evidentiranja isporuke, rukovanja i skladištenja praznih i punih boca medicinskih gasova s oznakom ko je odgovoran na svakom mjestu. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.
- 34.75** Obezbjedene su odvojene prostorije za skladištenje medicinskih gasova.
Uputstvo: Boce s medicinskim gasovima drži se u prostorima za skladištenje, pričvršćene lancima i daleko od potencijalno zapaljivih materija. Pune i prazne boce trebalo bi odvojeno skladištiti.

Standard 35: Odjel fizikalne medicine

Odjel fizikalne medicine sprovodi rehabilitaciju pacijenata za vrijeme i nakon bolesti i povrjedivanja, a usluge pruža kvalificirano osoblje na siguran način i u odgovarajućem i dobro opremljenom okruženju.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 35.1** Postoji dokumentirana definicija odjela, koja uključuje misiju i vrijednosti te vrstu korisnika kojima su usluge namijenjene.

Uputstvo: Definicija treba jasno obuhvatiti vrste usluga koje se pružaju i vrstu populacije kojoj se usluge pružaju (djeca, odrasli, starije osobe).

- 35.2** Imenovan je rukovodilac odjela fizikalne medicine.

Uputstvo: Rukovodilac odjela je odgovoran za pružanje usluga rehabilitacije i odgovarajućih programa. Unutar manjeg odjela može postojati samo jedan rukovodilac; ako je odjel veći, može biti više menadžera prema odsjecima i jedan generalni.

- 35.3** Usluge rehabilitacije pruža multidisciplinarni tim.

Uputstvo: Tim je sastavljen od minimum tri različite kliničke profesije, koje uključuju sestrinstvo, medicinske profesionalce, kliničke psihologe, stručnjake za terapiju radom, specijaliste fizikalne medicine, fizioterapeute, govornu i jezičnu terapiju i socijalnog radnika. Tim može također sačinjavati i osoblje bez profesionalnih kvalifikacija.

- 35.4** Postoji mogućnost pristupa i drugim zdravstvenim profesionalcima koji ne čine osnovni tim za rehabilitaciju.

Uputstvo: To je slučaj kada osnovni tim ne uključuje sve neophodne zdravstvene profesionalce kao ključne u postupcima rehabilitacije pacijenata.

- 35.5** Multidisciplinarni tim podržavaju i drugi stručnjaci.

Uputstvo: Dodatnu podršku može dati zaposleno osoblje, osoblje pod ugovorom i dobrovoljci. Druge moguće ekspertize obuhvataju muzikoterapiju, dijetetiku, ili se traži edukator koji se specijalizira za učenje odraslih, itd.

Prijem i ocjena pacijenta

- 35.6** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prijem, koja pokriva traženu dužinu tretmana pri prijemu, informacije koje se rutinski dostavljaju drugim ustanovama o prijemu i koje pojedinosti treba da sadrži dokumentacija pri prijemu. Procedura je napisana / revidirana u zadnje tri godine.

Uputstvo: Određivanje dužine tretmana pri prijemu odnosi se na minimalan period predviđenog tretmana i varira o vrsti pacijenata, njihovih potreba i usluga. Dužina tretmana ovisi također o potrebi za kasnjim premještanjem pacijenta na druge odjele bolnice.

- 35.7** Postoji datirana, dokumentirana procedura ili forma za prikupljanje svih relevantnih informacija o pacijentu nakon upućivanja s ciljem da se odredi potreba za kontrolnim pregledima i posjetama koje uključuju procjenu napretka rehabilitacije.
Upustvo: Procedura ili forma trebalo bi da pruži dovoljno informacija već u ovoj fazi da bi se moglo odrediti potencijalno 'slaganje' između uputnice i usluga koje treba pružiti.
- 35.8** Svim budućim pacijentima, a prije prihvatanja na rehabilitaciju, vrši se skrining na rizik i daje se inicijalna ocjena zdravstvenog stanja.
Upustvo: Ocjene utvrđuju potrebe svakog pacijenta s ciljem da se utvrdi da li usluge zadovoljavaju te potrebe.
- 35.9** Proces ocjene sadrži izjavu o tome da li su potrebe budućeg pacijenta u skladu s ciljem planiranih rehabilitacijskih usluga.
- 35.10** U slučajevima gdje se ocijeni da osoba nije pogodna za postupke rehabilitacije, preporučuju se alternativne usluge.

Informiranje pacijenta

- 35.11** Pacijentima se daju informacije o uslugama, postupcima rehabilitacije i drugim aktivnostima zaštite prije prijema.
Upustvo: Ove informacije trebalo bi posebno napraviti za pacijente, u razumljivom obliku, jednostavnim jezikom. Pacijentu bi ih trebalo uputiti prije prijema, ali to neće biti moguće učiniti u svakom pojedinačnom slučaju, pa ih je potrebno uručiti u trenutku prve orientacije i ulaska na odjel.
- 35.12** Kliničke i druge informacije o klijentu pregleda multidisciplinarni tim prije prijema, da bi se osigurala implementacija bilo koje pripremne aktivnosti prije ulaska pacijenta na odjel za rehabilitaciju.
Upustvo: To uključuje, naprimjer, informacije o općem stanju zdravlja, bilo koje traženo fizičko prilagođavanje, edukacijske potrebe, socijalne preferencije i porodične prilike, uključivanje njegovatelja, religiozne i kulturne potrebe.

Individualni plan rehabilitacije i njege

- 35.13** Nakon prijema pacijenta poduzimaju se naredne procjene s ciljem planiranja individualnog programa rehabilitacije i njege.
Upustvo: Ocjene su multidisciplinarne i mogu uključivati medicinske i sestrinske aspekte, kao što su pregledi neurologa, kliničkog psihologa, specijaliste terapije radom, govornog terapeuta, itd, već prema posebnim potrebama svakog pacijenta ponaosob. Ocjena može obuhvatiti fizičke, kognitivne, bihevijorale, komunikacijske i funkcionalne elemente. Svaki aspekt ocjene trebalo bi uvezati s ciljevima rehabilitacije i njege pacijenta.

- 35.14** Svaki pacijent ima dokumentiran individualan plan za rehabilitaciju i njegu, koji su utemeljeni na dokumentiranim rezultatima ocjene.
- Uputstvo: Individualni plan rehabilitacije trebalo bi skicirati i inicirati unutar lokalno dogovorenog vremena, a privremenim plan bi trebalo imati već unutar tri dana od prijema. Pacijenta, koliko god je to moguće, treba uključiti u formuliranje plana rehabilitacije i njege. U plan treba uključiti sve doprinose pojedinih članova multidisciplinarnog tima.*
- 35.15** Svaki plan rehabilitacije i njege za individualnog pacijenta odobrava nadležni liječnik.
- 35.16** Plan rehabilitacije i njege uključuje procijenjeno vrijeme i ciljeve za primjenu plana.
- Uputstvo: Plan rehabilitacije i njege trebalo bi da uključuje kratkoročne i srednjoročne ciljeve koji su uskladjeni s dugoročnim ciljevima za svakog posebnog pacijenta.*
- 35.17** Svaki član multidisciplinarnog tima vodi vlastite bilješke o progresu rehabilitacije.
- Uputstvo: Po jednom pacijentu trebalo bi da postoji jedan set bilješki sa svim zapisima svakog pojedinog člana tima koji su uloženi u historiju bolesti.*
- 35.18** Individualni plan rehabilitacije i njege pregledava se u određenim vremenskim intervalima da bi se ocijenio napredak u odnosu na postavljene ciljeve rehabilitacije.
- Uputstvo: Preglede bi trebalo vršiti u skladu sa dogovorenim vremenskim planom, ali ne manje od jednom mjesечно.*
- 35.19** Individualni plan rehabilitacije i njege prilagodava se prema nalazima pregleda napretka u rehabilitaciji.

Uključivanje njegovatelja i/ili porodice

- 35.20** Postoje planirane, formalne konferencije o pojedinačnim slučajevima kojima prisustvuju svi članovi multidisciplinarnog tima, pacijent, predstavnici pacijenta i članovi porodice/njegovatelji ako to iziskuju slučajevi rehabilitacije.
- Uputstvo: Ovo se poduzima u skladu sa dokumentiranim vremenskim planom, što ovisi o posebnoj grupi klijenata.*
- 35.21** Njegovatelji i članovi porodice uključeni su u program rehabilitacije uz saglasnost pacijenta i kliničkog tima.
- Uputstvo: Podrška se osigurava prisustvom njegovatelja, članova porodice na kliničkim sesijama, posjetama istih kod kuće s pružanjem informacija o potrebi njihovog uključivanja u program rehabilitacije; davanjem informacija o putovanju do službe i smještaju ako je to putovanje duže.*

35.22 Njegovateljima i članovima porodice daju se informacije o planu pacijentove rehabilitacije, s pristankom pacijenta, što može uključiti poziv na prisustvovanje sastancima kada se revidira plan rehabilitacije, za što je opet potreban pristanak pacijenta.

35.23 Njegovateljima i članovima porodice daju se informacije o uslugama podrške i grupama za samopomoć.

Uputstvo: Ovaj kriterij je u funkciji boljeg sučelja bolnica – PZZ (kućno liječenje) i bolnica ima funkciju zaštite u zajednici, pa treba da osigura kontakt adrese i osobe koje mogu pomoći pacijentima nakon otpusta.

Ambijent

35.24 Objekti su prilagođeni fizičkim potrebama pacijenata.

Uputstvo: To uključuje, naprimjer, šire hodnike, odgovarajuće liftove ako pacijenti moraju ići na gornje katove, dovoljno široka vrata za invalidsku kolicu, prilagođene toalete i kupatila u skladu s fizičkim potrebama pacijenata različitog profila.

35.25 Ambijent omogućuje svaku pomoć u rehabilitaciji i vraćanje pacijenta u njegovo privatno okruženje.

Uputstvo: Ambijent bi trebalo da potpomogne rehabilitaciju, ali tako da se ne pretjera sa posebnim prilagođavanjem fizičkim potrebama pacijenata ako se želi da se oni ponovo vrate u kućno okruženje. Nivo adaptacije trebalo bi da je nalik onome kakav postoji u privatnom smještu pacijenta.

35.26 Rehabilitacija se obavlja u tako oblikovanim prostorima koji omogućuju sigurno korištenje sve opreme.

Uputstvo: To uključuje, na primjer, sportsku i gimnastičku opremu, psihoterapijsku opremu, sticanje umjetničkih i zanatskih vještina, opremu za kuhanje i drugu opremu koja se koristi u svakodnevnom životu.

35.27 Pacijenti imaju pristupa prostorima izvan zgrade na otvorenom.

Prava pacijenta

35.28 Služba odgovara na potrebe pacijenata iz različitih kulturnih, vjerskih i etničkih sredina.

Otpust

- 35.29** Postoji datirana, dokumentirana procedura otpusta, koja pokriva zabilješke o dužini čekanja na otpust, informacije koje se daju drugim agencijama (uključujući ime osobe koja će nastaviti njegu pacijenta), njegovateljima i članovima porodice o otpustu, i koje pojedinosti mora sadržavati dokumentacija pri otpustu. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 35.30** Svaki pacijent ima ažurirani plan njege prije otpusta ili premještaja, čak i ako je to unutrašnji premještaj u odsjek iste organizacione jedinice.
Uputstvo: Proces ocjene trebalo bi da uključi članove tima koji su brinuli o pacijentu tokom rehabilitacije. Procjena rizika također se poduzima prilikom premještaja.
- 35.31** Svim uključenim stranama prije otpusta šalje se pismeni izvještaj koji daje sažeti prikaz pacijentovih potreba za rehabilitacijom i postignutim rezultatima.
- 35.32** Za koordinaciju otpusta odgovoran je imenovani član multidisciplinarnog tima.
Uputstvo: Jednog člana tima trebalo bi imenovati i za kontrolne pregledе pojedinih pacijenata. To bi trebalo urediti unutar jednog mjeseca od otpusta i u kontrolne pregledе uključiti članove porodice i/ili njegovatelje.

Poboljšanje kvaliteta

- 35.33** Služba poduzima reviziju (audit) mjerljivih ishoda rehabilitacije pacijenata, poredeći rezultate na otpustu sa ciljevima koji su bili postavljeni u inicijalnom planu rehabilitacije.

Standard 36: Usluge fizioterapije primjenljive za fizioterapeute

Fizioterapijske usluge pruža kvalificirano osoblje na siguran način i u odgovarajućem i dobro opremljenom okruženju.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 36.1** Svi fizioterapeuti su registrirani u udruženju fizioterapeuta kantona i komori.
- 36.2** Tamo gdje studenti fizioterapeuti rade u službi, njihov rad je pod nadzorom specijaliste fizioterapeuta.
- 36.3** Fizioterapeuti se pridržavaju kodeksa Društva fizioterapeuta s dozvolom za rad u praksi.

Osoblje – razvoj i edukacija

- 36.4** Svi fizioterapeuti su članovi profesionalne organizacije koja daje uputstvo o kontinuiranom profesionalnom razvoju.
- 36.5** Svaki fizioterapeut ima dokumentirani plan osobnog trajnog profesionalnog razvoja koji uključuje mjerljive ciljeve za učenje.
- 36.6** Plan osobnog trajnog profesionalnog razvoja obuhvata detalje o obimu aktivnosti za ostvarenje ciljeva za učenje.
- 36.7** Postoji evidencija u pisanoj formi o aktivnostima poduzetim na trajnom profesionalnom razvoju koja odražava provođenje plana.

Radni procesi

- 36.8** Postoje datirani, dokumentirani kriteriji za upućivanje pacijenata na fizikalnu terapiju. Kriteriji su napisani/revidirani u protekle tri godine.
- 36.9** Postoji datirana, dokumentirana procedura o dodjeljivanju novoupućenih slučajeva članovima tima za fizikalnu terapiju. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Uputstvo: Slučajeve bi trebalo dodjeljivati prema vještinama i iskustvu koji su potrebni za indicirani tretman, zajedno s potrebnom pravične raspodjele broja slučajeva.

- 36.10** Postoji dokumentirana procedura o uređenju rada službe izvan redovnog radnog vremena. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 36.11** Postoji dokumentirana procedura o uređenju propisnog otpuštanja pacijenata nakon što je proveden plan rehabilitacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Tretman i njega

- 36.12** Fizioterapeuti rade kao članovi multidisciplinarnog tima za rehabilitaciju pacijenata.
Uputstvo: Fizioterapeuti bi trebalo učestvovati u multidisciplinarnim aktivnostima, kao što su rasprave o slučaju, sastanci odjela i sastanci na temu pojedinih pacijenata.
- 36.13** Fizioterapeuti upoznaju ostale članove tima o svojoj ulozi i poznaju uloge drugih članova multidisciplinarnog tima.
- 36.14** Procjenjuje se potreba pacijenta/korisnika za fizikalnim tretmanom korištenjem fizikalnog pregleda kojim se dobivaju mjerljivi podaci za procjenu.
- 36.15** Ako fizioterapeut i pacijent smatraju da ne treba provoditi tretman, te se informacije prenose liječniku koji je uputio pacijenta.
- 36.16** Svaki pacijent koji je upućen na fizikalni tretman ima individualni plan rehabilitacije za provođenje fizikalnog tretmana.
- 36.17** Plan rehabilitacije obuhvata i evaluacione metode procjene postignutih rezultata liječenja.
- 36.18** Rezultati mjerjenja ishoda se evidentiraju. Testovi/mjerjenja se provode na početku i na završetku terapije.
- 36.19** Evidencija o fizikalnoj terapiji je sadržana u multidisciplinarnoj historiji bolesti pacijenta.
Uputstvo: Zapis o fizikalnom tretmanu za ležeće pacijente trebalo bi da su sadržani u integriranoj historiji bolesti pacijenta. Tamo gdje se tretman provodi ambulantno, po završetku tretmana zapise bi trebalo uvezati s bilo kojim prethodnim zapisima za pacijenta koje drži bolnica/jedinica.
- 36.20** Služba za fizikalnu terapiju osigurava informacije za multidisciplinarne procjene, planirane premještaje i otpuštanja.
- 36.21** Sažetak otpusnog pisma daje se pacijentu nakon završetka procesa rehabilitacije a kopija ostaje u historiji bolesti koja se pohranjuje u arhivi.

Prostorije

- 36.22** Prije svake procedure/tretmana vrši se procjena rizika.
Uputstvo: To obuhvata procjenu rizika, kontraindikacije za tretman i mjere predostrožnosti. Također, obuhvata provjeru opasnosti, kao što su mokri podovi, i obezbjedenje podesne odjeće, a papuče nose i fizioterapeuti i pacijenti/korisnici.
- 36.23** Rehabilitacioni program se poduzima tek nakon dobivanja rezultata procjene rizika.
- 36.24** Rizici koji su povezani s korištenjem električne opreme smanjuju se upotreboom sigurnosnih prekidača.
Uputstvo: To je naročito važno kada se oprema upotrebljava u kući pacijenta.
- 36.25** Prije upotrebe aparature ili njezine primjene na pacijentu, vrši se vizuelna i fizička provjera sigurnosti opreme.
- 36.26** Postoji dovoljno prostora i na raspolaganju su pregrade/zastori u sobi/sobama za fizioterapijski tretman koji pacijentima osiguravaju vizualnu privatnost prilikom upotrebe opreme.
- 36.27** Oprema se čuva na mjestu na kojem ne ometa prilaz izlazima u slučaju požara, ulazima, hodnicima i drugoj opremi.
- 36.28** Vodi se evidencija o posuđenoj i korištenoj opremi od strane pacijenata/korisnika.
- 36.29** Pacijentima se daju uputstva o sigurnom korištenju izdate ili posudene opreme.

Standard 37: Ambulantne bolničke usluge

Ambulantne bolničke usluge pruža obučeno osoblje u okruženju koje olakšava visokokvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 37.1 Jasno je definirana odgovornost menadžmenta i s njom su upoznati korisnici usluga.
- 37.2 Ambulante bolnice imaju specijalizirane medicinske sestre / tehničare.
Uputstvo: Na primjer, sestre koje se bave dijabetologijom, rakom dojke ili njegovom stome, kao užom strukom.
- 37.3 U pedijatrijskim ambulantama na dužnosti je pedijatrijska sestra.
- 37.4 Služba recepcije radi cijelo vrijeme dok rade i bolničke ambulante.

Pristup pacijenta ambulantama

- 37.5 Pacijentima se daju informacije prije prvog kontakta, koje uključuju datum i vrijeme zakazanog pregleda i telefonski broj radi mogućnosti postavljanja pitanja ili otkazivanja pregleda.
- 37.6 Pacijentima se daju informacije prije prvog kontakta koje uključuju mapu s tačno naznačenom lokacijom i nazivom bolnice/ambulante, kao i način transporta do bolnice i mogućnosti parkiranja kola u bolničkom krugu.
- 37.7 Pacijentima se daju informacije prije prvog kontakta koje uključuju specifične instrukcije o ishrani ili pribavljanju uzorka za bilo koja ispitivanja / tretmane.
- 37.8 Pacijenti se pri kontaktu s ambulantnom službom korektno identificiraju.
Uputstvo: To podrazumijeva ime i prezime pacijenta, datum rođenja, adresu stanovanja i ime nadležnog lječnika opće prakse / porodičnog lječnika koji je uputio pacijenta. Sistem bi trebalo od pacijenta zatražiti da sam date podatke, a ne da se ovi potvrđuju nakon upita.

Medicinska dokumentacija

- 37.9** Medicinska dokumentacija se formira prije ili u toku prve posjete.
- Uputstvo: Evidencija uključuje: ime i prezime pacijenta; adresu; poštanski broj; JMBG; naziv ustanove koja je uputila pacijenta; historiju bolesti (uključujući detalje o sadašnjoj bolesti i liječenju); zabilješke o fizikalnom pregledu; ordinirane dijagnostičke pretrage; zapise o kontrolnim pregledima; nalaze i mišljenja drugih specijalista: ime i potpis liječnika; ime i potpis sestre ako je sestra pružila uslugu; i informacije i savjete koji su dati pacijentu i njegovim / njezinim njegovateljima.*
- 37.10** Ako je pacijent već ranije dolazio u ambulantu, njegov zdravstveni karton unaprijed je pripremljen za zakazani pregled.
- Uputstvo: Ovo se odnosi samo na slučajeve zakazanih pregleda.*
- 37.11** Svi rezultati dijagnostičkih pretraga i testova su prikupljeni i raspoloživi u ambulanti prije zakazanog pregleda.

Razvoj osoblja i edukacija

- 37.12** Za osoblje recepcije osigurana je obuka iz komunikacijskih vještina, a prisustvo obuci se evidentira.
- Uputstvo: Obuka je fokusirana na potrebe pacijenata / korisnika i njegovatelje tako da osoblje recepcije u svakom trenutku može dati jasne informacije prema vrstama postavljenih upita.*

Proces

- 37.13** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje prilikom dolaska pacijenta / korisnika. Procedura je napisana / revidirana u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Na primjer, osoblje koje dočekuje pacijente treba da nosi identifikacijski bedž na uniformi; osoblje treba da je ljubazno u pozdravljanju pacijenata i u odgovaranju na pitanja; osoblje treba da pokaže empatiju za pacijente; osoblje registrira u karton dolazak pacijenta; i osoblje treba informirati pacijente o bilo kojem kašnjenju zakazanog specijalističkog pregleda.*
- 37.14** Postoje datirane, dokumentirane procedure za upućivanje pacijenta u druge ambulante/odjele ili službe. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 37.15** Postoje datirane, dokumentirane procedure za traženje dijagnostičkih ispitivanja i izvještavanje rezultata tih ispitivanja. Procedure su napisane / revidirane u zadnje tri godine.

Ambijent

- 37.16 Tamo gdje se pružaju pedijatrijske ambulantne usluge ili tretmani, ambulanta ima jednu sobu s igrackama i slikovnicama/knjigama koji su prilagođeni za različit dječiji uzrast.
- 37.17 Ambulanta ima prostor za invalidska i dječija kolica.
- 37.18 Pacijenti/korisnici imaju pristup telefonu.
- 37.19 Sve ambulante u kojima ordiniraju liječnici jasno su obilježene s imenom kliničara i vremenom ordiniranja.
- 37.20 Postoji određeni prostor za manje procedure kao što su promjena zavoja ili gipsanje.
- 37.21 Odvojeni su čisti od prljavih prostora.
- 37.22 Za invalidna lica naznačen je poseban prostor za parkiranje, blizu ambulante.

Zaštita pacijenata

- 37.23 Pacijenta može pratiti osoba po njegovom izboru.
- 37.24 Svaka ambulantna posjeta upisuje se u za to odgovarajući karton.
- 37.25 Sažetak bolničke ambulantne zaštite šalje se pacijentovom liječniku opće prakse, odnosno porodične medicine.

Uputstvo: To uključuje, na primjer, dijagnozu, promjene u tretmanu ili medikaciji, savjete i preporuke za budući tretman. Trebalo bi da postoji dogovoren vremenski rok u kojem se liječnik primarne zaštite obaveštava, kako za rutinske, tako i za hitne slučajeve.

Standard 38: Centar/jedinica urgentne medicine (C/JUM)

Bolnice osiguravaju službu C/JUM s odgovarajućim kapacitetima i obučenim i iskusnim osobljem koji su na raspolaganju na poziv cijelo vrijeme.
Ovi standardi primjenjuju se samo na bolnice koje imaju zasebnu C/JUM.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 38.1** C/JUM rukovodi specijalista urgentne medicine ili kliničar koji ima iskustvo s hitnim slučajevima koje tretira odnosna bolnica.
- 38.2** U C/JUM zaposlen je najmanje jedan liječnik koji je na raspolaganju permanentno cijelog dana radi pokrivanja usluga hitne pomoći.
Uputstvo: Liječnik je obučen i ima dovoljno iskustva da efikasno rješava većinu hitnih stanja koja dolaze u bolnicu odnosno C/JUM.
- 38.3** U svakoj smjeni prisutna je medicinska sestra koja je prošla dodatnu obuku iz urgentne medicine ili ima dovoljno radnog iskustva u C/JUM
Uputstvo: Sestre bi trebalo imati dovoljno iskustva da efikasno rješavaju većinu hitnih stanja koja dolaze u bolnicu odnosno C/JUM.
- 38.4** U C/JUM postoji tim za reanimaciju u slučaju srčanog aresta koji je na raspolaganju tokom cijelog dana.
- 38.5** Član osoblja koji je obučen i certificiran za primjenu naprednih tehnika održavanja života na dužnosti je tokom cijelog dana.
- 38.6** U C/JUM koja rješava hitne slučajeve traumatizma postoji trauma tim sastavljen od osoblja koje je obučeno i certificirano za primjenu naprednih tehnika održavanja života. Trauma tim je na raspolaganju tokom cijelog dana.
Uputstvo: Trauma tim bi trebao vježbati rutinske hitne slučajeve u punom sastavu najmanje dva puta mjesečno.
- 38.7** C/JUM koji tretiraju hitne pedijatrijske slučajeve imaju tokom cijelog dana na raspolaganju jednog člana osoblja koji je certificiran i ima iskustva u naprednim tehnikama održavanja života djece.
- 38.8** C/JUM koje tretiraju hitne pedijatrijske slučajeve imaju na dužnosti medicinsku sestru specijaliziranu za njegu djece za sve vrijeme trajanja tretmana koja je na raspolaganju na poziv tokom cijelog dana.
- 38.9** Radiološka dijagnostika je na raspolaganju tokom 24 sata.

- 38.10** Postoje aranžmani za snabdijevanje lijekovima, intravenoznim tekućinama (uključujući plazma ekspandere), sterilnim predmetima, predmetima za jednokratnu upotrebu i rubljem tokom 24 sata.
- 38.11** Unutar bolnice/jedinice postoje jedinica intenzivne njage (nivo 2 ili viši) koja je na raspolaganju za podršku C/JUM.
- 38.12** Na raspolaganju su kapaciteti za određivanje krvne grupe pacijenata i isporuke krvi i krvnih pripravaka.
- 38.13** Laboratorijski su na raspolaganju tokom 24 sata za sva rutinska ispitivanja i rutinske analize krvi, urina i drugih tjelesnih tečnosti.
- 38.14** Postoje operacione sale za hitne zahvate s hirurškim timom koji je kvalificiran za hitne operativne zahvate (anesteziolozi, hirurzi, pomoćno osoblje) koji su na raspolaganju cijelo vrijeme.

Proces rada

- 38.15** Postoji datirana, dokumentirana procedura o postupanju u slučaju iznenadne smrti (npr, smrt pri dolasku, dovezen mrtav pacijent). Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 38.16** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje u hitnim pedijatrijskim slučajevima. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 38.17** Postoje datirane, dokumentirane procedure za postupanje s pacijentovom svojinom. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

Ambijent u službi

- 38.18** Lokacija C/JUM jasno je označena unutar bolničkog kruga.
- 38.19** Postoje prostorije za ambulante kojima se lako pristupa.
- 38.20** Lokacija hitnog pristupa je označena.
- 38.21** Prilaz ambulanti je natkriven.

- 38.22** Postoje odvojeni ulazi za ambulantne slučajeve i slučajeve koji se transportuju na nosilima.
- 38.23** Ambulante su smještene u blizini prostorije za reanimaciju kojoj se lako pristupa.
- 38.24** Postoji prostor za inicijalnu procjenu pacijenta pri dolasku u kojem je osigurana privatnost.
- 38.25** Postoji prostor za opservaciju i medicinski tretman pacijenta u kojem je osigurana privatnost.
- 38.26** Postoji označen prostor za djecu koja čekaju na pregled, ispitivanje ili tretman.
Uputstvo: Prostor bi trebalo prilagoditi potrebama djece s podesnim namještajem i dekorirati ga.
- 38.27** Postoji pristup telefonu za članove porodice i njegovatelje.
- 38.28** Postoji pristup sobi za posjete u kojoj rodbina može provesti vrijeme s umrlim.
Uputstvo: Soba bi trebala biti tiha, bez medicinske opreme i podesno dekorirana, uključujući pregrade između kreveta i/ili zastore.

Njega pacijenta

- 38.29** Pacijente procjenjuju iskusni liječnik ili medicinska sestra.
- 38.30** Provedena procjena se evidentira i potpisuje.
- 38.31** Svi pacijenti se pri dolasku tačno identificiraju i šifriraju prema jedinstvenom broju evidencije.
- 38.32** Evidentira se provedeni hitni tretman pacijenta, a ako je pacijent primljen u bolnicu kopija evidencije o hitnom tretmanu je uključena u historiju bolesti na odjelu na kojem je pacijent primljen. Evidencija o hitnom tretmanu je uvijek na raspolaganju.
Uputstvo: Evidencija o hitnom tretmanu trebalo bi sadržavati minimalni skup podataka, npr. podatke o pruženom medicinskom tretmanu, podatke o sestrinskim intervencijama, podatke o kliničkim, laboratorijskim i radiološkim nalazima, podatke o informacijama koje se daju pacijentima i/ili njegovateljima prilikom otpuštanja, ime i potpis odgovornog kliničara, datum i vrijeme dolaska pacijenta, ime i potpis odgovorne sestre i vrijeme kada je pacijent bio primljen.

- 38.33** Ozbiljno bolesni pacijenti se promatraju i prate cijelo vrijeme.
- 38.34** Ozbiljno bolesni pacijenti koji se premještaju u drugu bolnicu/odjel ili u drugu organizaciju imaju pratnju koja je osposobljena za rješavanje mogućih komplikacija prilikom transporta.

Standardi 39: Hirurške službe

Hirurške usluge pružaju se u operacionim salama s odgovarajućim kapacitetima koji su opremljeni odgovarajućom opremom i od strane uvježbanog osoblja, a podržane sveobuhvatnim dokumentiranim procedurama.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 39.1** Postoji pisani opis uloge svakog člana profesionalnog osoblja u operacionoj sali (uključujući osoblje na edukaciji i gostujuće osoblje), što obuhvata raspodjelu odgovornosti za menadžment i opise uloga za: liječnike, licencirane medicinske sestre, pomoćno osoblje, hirurge, transfuziologe i specijalizirano tehničko osoblje.
- Uputstvo: To bi se trebalo nalaziti u opisima poslova ili u odjeljenskom priručniku ili u okviru procedura za operativne zahvate. Aranžmani za imenovanje i menadžment operacionom salom trebalo bi da su usklađeni s objavljenim profesionalnim uputstvom za operacije koje se obavljaju.*
- 39.2** Glavna i odgovorna licencirana sestra ili hirurg s iskustvom u radu u operacionoj sali su na dužnosti tokom cijelog dana u operacionoj sali.
- 39.3** Specijalista anesteziolog je na raspolaganju cijelo vrijeme tokom dana uključujući i njegovu pripravnost na poziv.
- 39.4** Poželjno je da svi pacijenti koji se podvrgavaju hirurškom tretmanu imaju zakazani sastanak prije prijema s hirurgom koji će izvesti proceduru.
Uputstvo: Nije uvjet moguće izvesti da pacijent i prije prijema i pred operativni zahvat pregleda hirurg koji će obaviti proceduru.
- 39.5** Hirurg koji izvodi operativni zahvat je na raspolaganju u bolnici prije nego što anesteziolog započne anesteziju.
- 39.6** Anesteziolog je prisutan u operacionoj sali za vrijeme operacije i za vrijeme oporavka pacijenta od anestetika sve do otpuštanja iz sobe za oporavak od anestezije.
- 39.7** Obučeni anestetičari na raspolaganju su ili dostupni tokom 24 sata.
- 39.8** Postoji dežurna osoba u operacionoj sali cijelo vrijeme tokom 24 sata koja je prošla obuku o naprednoj tehnici održavanja života.
- 39.9** Služba za radiološku dijagnostiku je na raspolaganju tokom 24 sata.

- 39.10** Služba intenzivne njege nivoa 1 je na raspolaganju u svim bolnicama/jedinicama koje obavljaju operativne zahvate.
- 39.11** Bolnica/jedinica pruža usluge tretmana bola koje su na raspolaganju tokom 24 sata za sve operirane pacijente.
Uputstvo: Bol se procjenjuje zajedno s pacijentom.
- 39.12** Služba za laboratorijsku dijagnostiku, uključujući i banku krvi je na raspolaganju tokom 24 sata.
- 39.13** Postoje aranžmani kojima se uređuje 24-satna raspoloživost osoblja operacione sale za potrebe osoblja u sali za hitne operacije i sobi za oporavak nakon operacije, odnosno u poluintenzivnoj njezi.
- 39.14** Postoje redovni jednomjesečni sastanci svega osoblja koje radi u operacionoj sali.
Uputstvo: Sastanci, kojima je svrha razmjena iskustava i ideja između hirurga, anesteziologa, drugog osoblja u sali i menadžmenta bolnice redovito se održavaju o čemu svjedoče zapisnici sa sastanaka.

Osoblje – profesionalno usavršavanje

- 39.15** Postoji datirana, dokumentirana politika kontinuiranog profesionalnog razvoja za medicinsko i nemedicinsko osoblje koje radi u operacionom bloku. Politika je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Medicinska dokumentacija

- 39.16** Zdravstveno stanje pacijenta prije operacije se bilježi u historiju bolesti.
- 39.17** Bilješke o izvedenoj hirurškoj proceduri unesene su u operacijski list koji je sastavni dio historije bolesti pacijenta.
Uputstvo: Bilješke o izvedenoj hirurškoj proceduri trebalo bi sadržavati: tačan kronološki slijed događaja, ime i potpis glavnog i pomoćnog hirurga; opis nalaza; dijagnozu stanja i provedenu proceduru; detalje o uklonjenim, oštećenim i umetnutim tkivima; detalje o korištenim šavovima; podatke o transfuzijama; tačan opis poteškoća koje su se javile za vrijeme operacije i način na koji su riješene; uputstva za postupke neposredno nakon operacije i datum izvođenja operacije.

- 39.18** Historija bolesti pacijenta sadrži dokument (anesteziološki list) o vođenju anestezije i evaluaciju kvaliteta pružene njegе.
- Uputstvo: Zapis o anesteziji mora sadržavati: podatke o planiranoj i izvedenoj operaciji; podatke o hitnosti slučaja (planirana/hitna /neplanirana operacija); podatke o provjeri pacijenta prije operacije i o preoperativnoj procjeni pacijenta (uključujući i potencijalne rizike), provedenoj od strane anesteziologa; ime anesteziologa i eventualno odgovornog konsultanta; podatke o provjeri aparata u prostoru za anesteziju i operacionoj sali; lijekove – nazive i doze, te načine administracije lijekova apliciranih zajedno s anesteticima za vrijeme operacije; podatke o praćenju vitalnih znakova tokom operacije; podatke o gubitku tjelesnih tečnosti i apliciranoj intravenoznoj supstitucionoj terapiji; podatke o korištenju specijalizirane opreme kao što je aparat za zagrijavanje krvi i zagrijavanje tijela; podatke o metodama koje su korištene za održavanje prohodnosti disajnih puteva i rješavanju bilo koje smetnje tokom operacije; podatke o provedenoj profilaksi tromboze, kontroli tjelesne temperature i pozicioniranju ekstremiteta; postanestezijske instrukcije (uputstva); podatke o nepovoljnim događajima, upozorenja za dalji nastavak njegе, ime i potpis prisutnog/ih anesteziologa, i tačne podatke o vremenskom slijedu događaja, te datum.*
- 39.19** Detaljan opis svih ugrađenih implantata, uključujući grupni i serijski broj implantata upisan je u historiju bolesti pacijenta kao i na glavnu listu koja se nalazi u operacionoj sali.
- Uputstvo: Glavna lista je lista koja sadrži na jednom mjestu sve detalje o ugrađenim implantatima. Kopija ovog dokumenta uručuje se i pacijentu.*
- 39.20** Održava se protokol operacija, a unosi podataka u protokol se provjeravaju. Operator unosi podatke u protokol i svojim potpisom potvrđuje da su unešeni podaci tačni, a glavna instrumentarka vodi protokol utrošenog materijala.
- Uputstvo: Registar mora sadržavati najmanje: datum i vrijeme operacije; ime pacijenta; identifikacijski broj pacijenta; odjel na kome je pacijent smješten; podatke o vrsti operacije; ime glavnog hirurga; ime pomoćnog hirurga; imena glavnog anesteziologa i pomoćnika anesteziologa; ime instrumentarke. Sestra odgovorna za brojanje tampona, igala i opreme koja je korištena tokom operacije potpisuje registar o izvršenoj provjeri broja. Provjera se provodi još jednom od strane druge osobe čiji se potpis također nalazi na spisku.*
- 39.21** Bilješke o kliničkom posmatranju za vrijeme oporavka od anestezije upisuju se u historiju bolesti pacijenta, uključujući, npr. stanje disanja pacijenta, stanje kardiovaskularnog sistema i stanje kože.
- 39.22** Postoji datirana, dokumentirana procedura o dokumentiranju sterilizacije u operacionom bloku. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura o dokumentiranju uklanjanja otpadnih materijala iz operacionog bloka i čišćenju operacionog bloka. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Proces rada

- 39.24** Postoje pisani principi i procedure za izvođenje operativnih zahvata. Procedure su razvijene od strane multidisciplinarnog tima uz priloge svakog člana tima.
- Uputstvo: Principi i procedure bi trebalo pokrivati pitanja imenovanja osoblja, opremu, instalacije, objekte i prakse u operacionoj sali.*
- 39.25** Postoji datirana, dokumentirana procedura za raspoređivanje pacijenata prema elektivnim hirurškim procedurama. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: To bi trebalo uključivati sistem interdisciplinarnih konsultacija u slučajevima izmjene rasporeda operacija ukoliko je to potrebno.*
- 39.26** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prikupljanje i primanje svih informacija u operacionoj sali prije operacije, koje su značajne za planiranje perioperativne njegе. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.27** Postoji datirana, dokumentirana procedura o provjeri prisustva planiranog osoblja prije započinjanja operacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.28** Postoji datirana, dokumentirana procedura o načinu ulaska u operacioni blok i načinu ponašanja u operacionom bloku. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.29** Postoji datirana, dokumentirana procedura za procjenu pacijenta prije uvođenja u anesteziju, koja uključuje zahtjev da anesteziolog koji će voditi anesteziju pregleda pacijenta prije operacije. Pregled anesteziologa obuhvata: procjenu općeg zdravstvenog stanja pacijenta, informiranje o lijekovima koje pacijent koristi i procjenu bilo kojeg specifičnog problema koji bi mogao utjecati na anesteziju. Procedura je napisana /revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Anesteziolog mora prodiskutirati s pacijentom plan tretmana, dati informacije o lijekovima i tretmanu, kao što su transfuzije krvi koje će se davati za vrijeme trajanja opće anestezije i objasniti opcije koje su na raspolaganju kako bi pacijent imao mogućnost da napravi izbor nakon informiranja. Procjena bi trebalo da bude blagovremena i da osigura poduzimanje odgovarajućih mjera radi pripreme pacijenta za anesteziju i provođenje dodatnih pretraga ako to iziskuje zdravstveno stanje pacijenta.*
- 39.30** Postoji datirana, dokumentirana procedura za usmene i pismene preoperativne instrukcije koje se daju pacijentu, uključujući uputstva o uzdržavanju od hrane, uzimanju lijekova koje je pacijent koristio, i pratnji do operacione sale i nakon izlaska iz sale. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

- 39.31** Postoje datirane, dokumentirane procedure za potvrdu identifikacije pacijenta nakon dolaska u operacioni blok i za ponovnu identifikaciju pacijenta od strane anesteziologa prije uvođenja u anesteziju. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Identifikacijske narukvice sadržavaju puno ime pacijenta, bolnički identifikacijski broj, datum rođenja i upisuju se neizbrisivom tintom.
- 39.32** Postoji datirana, dokumentirana procedura za potvrđivanje vrste i mesta operacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: To bi trebalo uključivati zabranu korištenja skraćenica prilikom označavanja strane tijela ili mesta operativnog zahvata.
- 39.33** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru izvršenog preoperativnog depiliranja i šišanja, uklanjanja vještačkih zubala i ostalih protetskih pomagala, kao i nakita. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.34** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru preoperativnih pretraga, kao što su rtg. snimci, EKG snimci, i drugih potrebnih dijagnostičkih pretraga. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.35** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru dokumenata o pristanku pacijenta na operativni zahvat uključujući i osiguranje informacija za pacijente. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo utvrditi odgovornost liječnika, koji poduzima operativni zahvat, za provjeru da li je prije procedure dobiven informirani pristanak pacijenta.
- 39.36** Postoji datirana, dokumentirana procedura za procjenu pacijentove podobnosti za operativni tretman, što uključuje procjene hirurga i anesteziologa o preoperativnom zdravstvenom stanju pacijenta i procjenu interniste koji je bio prethodno konsultiran.
- 39.37** Postoji datirana, dokumentirana procedura za poduzimanje koraka u prevenciji venskog tromboembolizma. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.38** Postoje datirane, dokumentirane preoperativne procedure koje pokrivaju slijedeća pitanja: postavljanje pacijenta u podesan položaj na operacionom stolu, zaštita pacijenta od dijatermijskih opekovina, zaštita pacijenta od lasera i rizika zračenja. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 39.39** Postoji datirana, dokumentirana procedura za brojanje sredstava koja se koriste tokom operacije i za postupke u slučaju njihovog neodgovarajućeg broja. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Sredstva koja treba brojati obuhvataju ali nisu ograničena slijedećim: tamponi, igle, instrumenti i skalpeli.

- 39.40** Postoji datirana, dokumentirana procedura za evidentiranje uzoraka tkiva koja su poslana na laboratorijsku analizu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.41** Postoje datirane, dokumentirane procedure za smanjenje rizika prilikom rukovanja s krvljem i tjelesnim tekućinama. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedure bi trebalo da budu uskladene s principima i procedurama ustanove za kontrolu infekcije ili u njihovom sklopu.
- 39.42** Postoji datirana, dokumentirana procedura u slučaju povrede hirurga i drugog osoblja tokom operativnog zahvata. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.43** Postoji datirana, dokumentirana procedura za obavljanje zahvata u oralnoj hirurgiji pod općom anestezijom. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.44** Postoji datirana, dokumentirana procedura o raspoloživosti operacionih sala za kritične/nepredviđene situacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Odgovarajuća raspoloživost operacionih sala za kritične/nepredviđene situacije odnosi se na hitne slučajeve tokom radnog vremena, tokom noći i za vrijeme vikenda.
- 39.45** Postoje datirani, dokumentirani kriteriji za otpuštanje pacijenta iz sobe za oporavak nakon operacije. Kriteriji su napisani/revidirani u protekle tri godine.
Uputstvo: Kriteriji bi trebalo uključiti zadovoljavajuću kontrolu боли и мућнице и јасно дефинирати да крајњу одговорност увјек има анестезиолог који је proveo anesteziju.
- 39.46** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sigurno korištenje anesteziološke opreme i korištenje opreme koja uklanja različita isparenja i ostatke anestetičkih gasova. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 39.47** Postoje datirane, dokumentirane procedure za redovito održavanje velikih dijelova opreme kao što su aparati za anesteziju, dijatermijski laseri i mikroskopi. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine, a u saradnji sa tehničkom službom za održavanje medicinske opreme.
- 39.48** Postoji datirana, dokumentirana procedura o provjeri tehničke ispravnosti svih aparata i instrumentarija u operacionom bloku. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

- 39.49** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru krvi i krvnih pripravaka za operaciju. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.50** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru snabdjevenosti operacionog bloka. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.51** Postoji datirana, dokumentirana procedura o kontroli infekcije u operacionom bloku. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.52** Postoji datirana, dokumentirana procedura o sterilizaciji u operacionom bloku. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.53** Postoji datirana, dokumentirana procedura o čišćenju operacionog bloka. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.54** Postoji datirana, dokumentirana procedura o uklanjanju otpadnog materijala iz operacionog bloka. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.55** Postoji datirana, dokumentirana procedura o postupanju sa kadaverom u operacionom bloku. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.56** Postoji datirana, dokumentirana procedura o osiguranju bezbjednosnih uvjeta u operacionom bloku. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Ambijent

- 39.57** Postoji datirana, dokumentirana politika o razvoju operacionog bloka u vezi s primjenom novih tehnologija. Politika je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 39.58** Operacione sale tako su dizajnirane da osiguravaju prihvat pacijenata iz čekaonice koja je odvojena od operacione sale i prilaznog hodnika.
Uputstvo: Dizajn operacionih sala bi trebalo omogućiti podjelu prostora na vanjske prostorije (za presvlačenje) i unutrašnje, čiste prostorije (operacioni blok). Za odjele koji pružaju usluge dječje hirurgije, čekaonica bi trebalo biti prilagođena posebnim potrebama djece (npr. odgovarajućim dekoracijama).
- 39.59** Operaciona sala je dovoljno velika da se prilagodi pacijentu, njegovoj pratnji, anesteziologu, hirurgu i njihovim pomoćnicima.

- 39.60** U operacionoj sali postoji sistem pomoćnog napajanja emergentima u slučajevima prekida u napajanju glavnog voda. Utičnice za rezervno napajanje emergentima su označene.
Uputstvo: Rezervno napajanje emergentima bi trebalo biti dovoljno za osvjetljenje operacione sale, rad aparata za anesteziju, sistem opreme za praćenje vitalnih funkcija, telefoniju i alarmni sistem.
- 39.61** Kada se koristi oprema za vještačko disanje uključen je alarm za obavještavanje o isključenju aparata.
- 39.62** Soba za oporavak nalazi se unutar operacionog bloka ali izvan prostora za prijem. Za odjele koji pružaju usluge dječije hirurgije, soba za oporavak je prilagođena posebnim potrebama djece putem dekoracija i zavjesa.
- 39.63** Soba za oporavak ima opremu za praćenje vitalnih funkcija, uključujući EKG, opremu za reanimaciju sa defibrilatorom. Soba je dovoljno velika da se prilagodi pacijentu koji leži, osoblju i opremi za reanimaciju i omogući laku komunikaciju i pristup osoblju u kritičnim situacijama.
Uputstvo: Ako stanje pacijenta ne zahtijeva premještaj na 2. ili 3. nivo intenzivne njegе, trebalo bi ga uvijek tretirati u sobi za oporavak.
- 39.64** Dizajn operacionih sala osigurava razdvajanje čistih od prljavih prostora.
- 39.65** Operaciona sala je opskrbljena instrumentima i opremom s odjela za sterilizaciju i ima pristup uređajima za ponovnu sterilizaciju instrumenata.
- 39.66** Anestezilog se brine da su potrebna oprema i lijekovi na raspolaganju i provjerava ih prije započinjanja anestezije.
- 39.67** Vođenje anestezije i operacije prati se i bilježi u skladu s minimumom standardnih podataka.
Uputstvo: Standardni podaci bi trebalo sadržavati: podatke o kontinuiranom praćenju EKG-a; puls oksimetra; evidentiranje vrijednosti krvnog tlaka svakih 5 minuta; mjerjenje koncentracije udahnutog kisika kada pacijent udiše vještačku mješavinu gasova; čuvanje pisanih podataka o anesteticima kao trajnih podataka.
- 39.68** Na raspolaganju su instrumenti i vodilje za provođenje otežane intubacije, traheostomiju, zaustavljanje masivnog krvarenja i tretman maligne hipereireksije.
- 39.69** Na raspolaganju je mobilni aparat za sukciju s neovisnim električnim napajanjem i postoji pristup rezervnom aparatu u slučaju kvara.
- 39.70** Postoji označen frižider za čuvanje krvi u operacionom bloku.
- 39.71** Osobna zaštitna oprema je na raspolaganju svem osoblju i koristi se u slučaju potrebe.
Uputstvo: Osobna zaštitna oprema uključuje, ali nije ograničena samo na: rukavice, pregače, zaštitne naočale i maske.

- 39.72** U operacionim salama instalirani su klima uređaji.
- 39.73** Postoje uređaji za čišćenje zraka u slučaju obavljanja velikih ortopedskih operativnih zahvata, npr. ugradnje vještačkog kuka.

Poboljšanje kvaliteta

- 39.74** Prikupljaju se i ocjenjuju podaci o iskorištenosti operacione sale i broju otkazanih operativnih zahvata s razlozima otkazivanja.
- 39.75** Prikupljaju se podaci za provjeru kliničkog kvaliteta o broju neplaniranih ponovljenih operativnih zahvata zbog postoperativnih komplikacija.

Standard 40: Dnevni hirurški tretman

Pacijenti koji se podvrgavaju tretmanu dnevne hirurgije dobijaju odgovarajuće informacije, tretman i podršku prije, za vrijeme i nakon izvođenja procedure.

Tretmani dnevne hirurgije mogu se izvoditi u jedinici za dnevne hirurške tretmane ili u kombinaciji s odjelom za dnevne slučajeve i glavnim hirurškim odjelom i operacionim salama. U slučaju manjeg obima izvođenja dnevnih tretmana, planirane operacije dnevnih slučajeva mogu biti ugrađene u rutinski spisak operacija.

Jedinica za dnevne hirurške tretmane je hirurška jedinica u okviru postojeće hirurške službe čije resurse koristi (odjeli, operacione sale). Dnevni hirurški tretman može se također provoditi u jedinicama kao što su kabineti za endoskopiju.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 40.1** Odjelom dnevne hirurgije upravlja menadžer sa dužnostima i odgovornostima za koordinaciju svih aktivnosti odjela.
- 40.2** Postoji odbor za dnevnu hirurgiju ili savjetodavna grupa koja uključuje sve konsultante jedinice.
Uputstvo: Odbor može uključiti predstavnike hirurga, internista, anesteziologa i sestrinstva. Zadatak je odbora da razvija i promovira politike i procedure za dnevnu hirurgiju, prati protok pacijenata kroz jedinicu, prati utilizaciju resursa i usklađuje aktivnosti na poboljšanje kvaliteta. Zapisnici sa sastanaka se čuvaju i mogu se predočiti ocjenjivačima.
- 40.3** Imenovani su hirurzi koji izvode dnevni tretman.
- 40.4** Na odjelu dnevne hirurgije prisutan je obučeni anesteziolog sve dok svi pacijenti ne dođu svijesti i oporave se od anestezije.
Uputstvo: Ako postoji kompleks sastavljen od više operacionih sala trebao bi biti prisutan najmanje jedan anesteziolog dok se svi pacijenti ne oporave.
- 40.5** Za pacijente koji se nalaze na dnevnom tretmanu na raspolaganju je obučeni hirurg sve dok svi pacijenti sa liste ne budu otpušteni.
Uputstvo: Obučeni hirurg mora biti na raspolaganju (ili u mogućnosti da se vrati na jedinicu dnevne njegе unutar lokalno dogovorenog vremena) sve dok ne budu otpušteni svi pacijenti s dnevne liste. Ako obučeni hirurg nije na raspolaganju mora postojati aranžman za propisanu zamjenu.

Proces rada

- 40.6** Postoji datirana, dokumentirana pravila odjela dnevnih tretmana. Pravila su napisana/revidirana u protekle tri godine.
Upustvo: Pravila bi trebalo uključivati sve aspekte rada odjela.
- 40.7** Pravila odjela dnevnog tretmana uključuje administrativne procedure za dnevni tretman pacijenta od pretprijema do otpuštanja.
- 40.8** Pravila odjela dnevnog tretmana specificira kliničke procedure koje se izvode u jedinici za dnevni tretman.
- 40.9** Pravila odjela dnevnog tretmana uključuje procjenu zdravstvene sposobnosti pacijenta za dnevni tretman prema odgovarajućim dokumentiranim kriterijima za pacijente koji se podvrgavaju dnevnoj hirurgiji.
Upustvo: Kriterije prikladnosti za dnevni tretman trebalo bi podijeliti svim kliničkim korisnicima kako bi se osiguralo da su pacijenti provjereni u smislu zadovoljenja kriterija prikladnosti za podvrgavanje procedurama dnevne hirurgije.
- 40.10** Pravila odjela dnevnog tretmana uključuje procjenu socijalnog statusa pacijenta koji se podvrgava dnevnom tretmanu.
Upustvo: Kada se odabiraju pacijenti za dnevni hirurški tretman, trebalo bi razmotriti mnoga pitanja. Npr. uslovi stanovanja moraju dozvoljavati pacijentu komfor za oporavak; mora postojati pristup telefonu; odraslim osobama se mora osigurati njega poslije otpuštanja s dnevnog tretmana; mjesto stanovanja pacijenta mora biti vremenski i prostorno umjerenog udaljeno od bolnice. S ovim kriterijima podesnosti za dnevni tretman trebalo bi upoznati sve korisnike kliničkih usluga.
- 40.11** Operativna pravila odjela dnevnog tretmana uključuje uputstva za tretman djece na dnevnoj hirurgiji ili ambulantnom tretmanu.
Upustvo: To bi trebalo uključivati obezbjeđenje prostorija prilagođenih potrebama djece, kao odvojen ili zatvoreni prostor (prostor najmanje mora biti odvojen zastorom od glavnog prostora); prilagođavanje dječijem uzrastu čekaonica za prijem na kliniku; prostorije za njegovatelje koji treba da budu uz djecu; posebno vrijeme za tretman djece; obezbjeđenje tretmana djece od strane pedijatra i anesteziologa za dječiji uzrast; i obezbjeđenje sestrinske njegе od strane kvalificirane pedijatrijske sestre.
- 40.12** Pravila odjela dnevnog tretmana uključuje uputstva o procedurama za prethodnu procjenu svih pacijenata koji se podvrgavaju općoj anesteziji ili sedaciji.
- 40.13** Kliničar procjenjuje opće zdravstveno stanje, hirursko stanje i obiteljski status pacijenta prije dana prijema pacijenta.
Upustvo: To može biti provedeno na klinici i savjetovalištu za preoperativnu procjenu. Ako ne postoji ambulantni pregled prije prijema na dnevni tretman, te informacije bi trebalo prikupiti prije poduzimanja procedure. Tamo gdje su sestre uključene u predprijemno savjetovalište, one bi trebalo poznavati procedure koje se izvode u okviru specijalnosti tako da bi mogle dati potpune informacije pacijentima.

- 40.14** Pisane i usmene informacije o zahtjevima za prethodnu procjenu pacijenta i pripremu daju se pacijentima prije prijema.
Uputstvo: Npr. zahtjev za uzdržavanjem od hrane, depilacija, šišanje i vrijeme dolaska. To bi trebalo dati pacijentu za vrijeme preoperativne procjene ako je moguće.
- 40.15** Pacijentima se daje broj kontakt telefona u slučaju da postoji bilo koja zainteresiranost prije tretmana/ispitivanja i/ili kada trebaju obavijestiti bolnicu o bilo kojoj promjeni okolnosti.
- 40.16** Pacijenti dobivaju, u usmenoj ili pisanoj formi, opis mogućih postoperativnih i sporednih efekata opće anestezije, npr. o pospanosti, mučnini, vrtoglavici, povraćanju i glavobolji.
Uputstvo: Ove informacije je potrebno dati pacijentu za vrijeme preoperativne procjene.
- 40.17** Prije izvođenja procedure, pacijentima se daju pisane i usmene informacije koje se odnose na zahtjeve za pacijentovo sigurno otpuštanje poslije procedure.
Uputstvo: Ako ne postoji preoperativna procjena prije prijema, ove informacije se daju ili šalju pacijentima prije poduzimanja procedure.
- 40.18** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja se odnosi na kliničke podatke i rezultate pretraga koji se prikupljaju prije operacije. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Na raspolaganju mora biti potpuna dokumentacija pacijenta uključujući i ambulantnu dokumentaciju.
- 40.19** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja se odnosi na pripremanje tačnih identifikacijskih narukvica. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 40.20** Postoji datirana, dokumentirana procedura koja se odnosi na zakazivanje ambulantnih kontrolnih pregleda, ako je to potrebno. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 40.21** Postoji datirana, dokumentirana procedura odjela koja se odnosi na otpuštanje pacijenata a kojom se uređuje da se pacijenti otpuštaju kući na njegu odrasloj osobi i uz pratinju do kuće nakon davanja općih anestetika ili sedativa. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Ako nikо nije dopratio pacijenta u jedinicu, onda bi trebalo telefonirati osobi koja prihvata pacijenta nakon tretmana, a raspoloživost te osobe za prihvatanje pacijenta bi trebalo potvrditi prije poduzimanja procedure.

- 40.22** Postoji datirana, dokumentirana procedura otpuštanja kojom se uređuje da se pacijentu i njegovatelju prilikom otpuštanja daju dokumentirane postoperativna uputstva. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Uputstva uključuju, npr. ograničenja aktivnosti nakon anestezije i sedacije, npr. ne voziti auto, ne kuhati; uputstva u pogledu posjete liječniku opće prakse; tretman bolova; njegu rane; i primjenu lijekova koje će pacijent ponijeti sa sobom.
- 40.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura odjela za otpuštanje kojom se osigurava 24-satna raspoloživost telefonskog kontakt broja u slučaju pojave medicinskih problema u operiranog pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 40.24** Adresa i telefonski broj osobe kojoj je povjeren pacijent na njegu nakon otpuštanja zapisuju se u kliničku dokumentaciju pacijenta.
- 40.25** Informativni leci o postoperativnom stanju specifični za pacijenta osiguravaju se za svaku proceduru koja se provodi na dnevnom tretmanu, npr. ekstrakcija leće, operacija hernije.
Uputstvo: Leci bi trebalo uključivati podatke o tome kada su objavljeni i datum kada bi sadržaj trebalo pregledati i ažurirati. Trebalo bi postojati lista raspoloživih letaka kako bi bilo moguće provjeriti kada letaka nema u zalihu.
- 40.26** Postoji datirana, dokumentirana procedura za obezbjeđenje medikacije za pacijente koji će ih uzimati kod kuće. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 40.27** Postoji datirana, dokumentirana procedura za neočekivane prijeme koji zahtijevaju ležanje u bolnici zbog postoperativnih komplikacija. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Medicinska dokumentacija pacijenta

- 40.28** Pripremljen je kratak pregled otpusta koji sadrži dijagnozu, proceduru kojoj je pacijent podvrgnut, sve komplikacije koje su se javile i detalje o lijekovima koje će pacijent uzimati kod kuće.
- 40.29** Kopija otpusnog pisma se šalje liječniku koji je uputio pacijenta na proceduru i/ili porodičnom liječniku pacijenta.
- 40.30** Na odjelu postoji dokumentacija za pacijente koji se podvrgavaju dnevnim hirurškim ili invazivnim procedurama. Dokumentacija je čitka, potpisana i datirana.

- 40.31** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/procedurama sadrži preoperativnu procjenu.
- 40.32** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/procedurama sadrži potpisani formular o pristanku na operativnu proceduru.
- 40.33** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/ procedurama sadrži podatke o kliničkoj njezi.
- 40.34** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/ procedurama sadrži podatke o anesteziji.
Uputstvo: Podaci o anesteziji moraju sadržavati: podatke o planiranoj izvedenoj operaciji; podatke o hitnosti slučaja (po rasporedu/ hitna /neplanirana operacija; podatke o provjeri pacijenta prije operacije; podatke o preoperativnoj procjeni pacijenta provedenoj od strane anesteziologa (uključujući i potencijalne rizike), ime anesteziologa i eventualno odgovornog konsultanta anesteziologa; podatke o provjeri aparata u prostoru za anesteziju i operacionoj sali; nazive lijekova, put primjene i doze, koji su dati pacijentu tokom anestezije; podatke o praćenju vitalnih znakova tokom operacije; podatke o gubitku tjelesnih tečnosti i apliciranoj intravenoznoj supstitucionoj terapiji; podatke o korištenju specijalizirane opreme kao što je aparat za zagrijavanje krvi i zagrijavanje tijela; metode korištene za održavanje prohodnosti disajnih puteva i rješavanje bilo koje smetnje tokom operacije; podatke o provedenoj profilaksi tromboze, kontroli tjelesne temperature i pozicioniranju pacijenta i ekstremiteta; postanestezijske instrukcije; podatke o nepovoljnim događajima; upozorenja za dalji nastavak tretmana; ime i potpis prisutnog anesteziologa; i podatke o vremenskom slijedu događaja; i datum.
- 40.35** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/procedurama sadrži podatke o operaciji.
Uputstvo: Operativna lista bi trebalo sadržavati: tačan hronološki slijed zahvata tokom operacije; ime i potpis glavnog i pomoćnog hirurga; ime odgovornog konsultanta; opis nađenog stanja; dijagnozu stanja i provedene procedure; detalje o uklonjenim, oštećenim i umetnutim tkivima; detalje o serijskom broju proteze; korištenim šavovima; podatke o transfuzijama; tačan opis poteškoća koje su se javile za vrijeme operacije i način na koji su riješene; uputstva za ponašanje nakon operacije; tačan vremenski slijed događaja; datum izvođenja operacije.
- 40.36** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/procedurama sadrži sestrinske bilješke o provedenoj njezi.
- 40.37** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/procedurama sadrži otpusno pismo s navođenjem svih lijekova koji su ordinirani pacijentu.
- 40.38** Dokumentacija o dnevnoj hirurgiji/procedurama sadrži podatke o instrukcijama koje treba slijediti i koje su date pacijentu.
- 40.39** Protokol izvedenih operacija/procedura u toku dana vodi se i čuva se u jedinici dnevne hirurgije.
Uputstvo: To može biti u kompjuterskom sistemu i kao minimum trebalo bi uključivati: datum i vrijeme operacije; ime pacijenta; jedinstveni bolnički identifikacijski broj pacijenta; vrstu provedene operacije; ime glavnog hirurga, pomoćnog hirurga, glavnog i pomoćnog anesteziologa, ime glavne sestre operacione sale/praktičara operacionog odjela.

Ambijent na odjelu

- 40.40** Postoje prostorije za preoperativnu procjenu pacijenta.
- 40.41** Postoji opremljena zona s obučenim osobljem za pacijente koji se oporavljaju od anestezije, koja se prilagođava posebnim potrebama djece.
- 40.42** U operacionim salama postoje odvojene čiste i prljave prostorije.
Uputstvo: Kada se rade mali operativni zahvati u sobi za izvođenje procedure, a ne u potpuno opremljenoj operacionoj sali, minimalno mora postojati odvojena prostorija za prikupljanje otpada.
- 40.43** Odjel za dnevnu hirurgiju je opremljena sa prilagodljivim kolicima i krevetima.
- 40.44** Odjel za dnevnu hirurgiju ima recepciju koja pacijentima i pratnji omogućuje čekanje po dolasku i prije odlaska s odjela.
- 40.45** Za potrebe dnevne hirurgije na raspolaganju su usluge laboratorija, radiologije i farmaceutske službe.
- 40.46** Postoji prostorija za vođenje povjerljivih konsultacija s pacijentima i njegovateljima.
- 40.47** Postoje prostorije za presvlačenje koje omogućavaju privatnost prilikom presvlačenja.
- 40.48** Postoji parking koji je blizu odjela za dnevni hirurški tretman.
Opaska: Ovaj kriterij ubraja se u kategoriju poželjnih.
- 40.49** Pacijenti se nakon intervencije mogu osježiti i nešto pojesti u prostoriji blizu ili unutar odjela.
- 40.50** Postoje toaleti za pacijente s ručkama, sigurnim bravama i umivaonikom.

Provjera kliničkog kvaliteta

- 40.51** Redovno se provodi provjera kliničkog kvaliteta u pogledu izvršenja i indikatora ishoda, koja pokriva neuspjele upute, odnosno nepotrebne procjene za pacijente koji nisu bili podesni za izvođenje zahvata dnevne hirurgije/procedura.

- 40.52** Postoji redovna provjera otkazivanja procedura tokom dana.
- 40.53** Postoji redovna provjera planiranih i neplaniranih otkazivanja zakazanih zahvata dnevne hirurgije/procedura.
Uputstvo: To se poduzima kvartalno.
- 40.54** Postoji redovna klinička revizija kašnjenja s početkom i završetkom planiranih operacija za taj dan.
- 40.55** Postoji kvartalna klinička provjera ostanaka u bolnici ili premještaja zbog postoperativnih komplikacija.
- 40.56** Postoji kvartalna klinička provjera ponovljenih prijema kao posljedica komplikacija poslije tretmana ili ponovnih izvođenja istih procedura kada se smatra da je tretman bio neuspješan.
- 40.57** Postoji redovna klinička revizija broja telefonskih poziva i razloga za te pozive, te ishoda.
- 40.58** Svi podaci revizija se prikupljaju i porede da bi prikazali trendove tokom vremena.

Standard 41: Kardiohirurgija

Kardiohirurgija se obavlja u bolnicama/jedinicama koje su odgovarajuće opremljene i u kojima kardiohirurški tretman obavlja uvježbano i iskusno osoblje s mrežom potrebnih konsultanata.

Proces rada

- 41.1** Kardiohirurgija se izvodi u operacionim salama koje su potpuno opremljene za tu namjenu.
- 41.2** Angiografija (PCTA) i koronarni arterijski bypass graft (CABG) izvode se u skladu s operativnim standardima koji utvrđuju vještine i iskustvo individualnih operatera i tima.
Uputstvo: Minimalan broj za CABG iznosi 50 slučajeva godišnje po kardiohirurgu a za angioplastike 75 po liječniku godišnje.
- 41.3** Postoji anesteziolog koji je odgovoran za usluge anestezije u području kardiohirurgije.
- 41.4** Nedaleko od operacionih sala nalaze se služba transfuzijske medicine, hematološki i biohemijski laboratoriji.
- 41.5** Blizu operacionih sala nalazi se satelitski laboratorij za mjerjenje krvnih gasova, elektrolita, hemoglobina i antikoagulacija.
- 41.6** Oprema za monitoring pacijenta i mašine za srčani bypass održavaju se, popravljaju i kalibriraju od strane kvalificiranih stručnjaka ili se održavaju na osnovu ugovora s vanjskim snabdjevačem. Dokumentacija o kalibraciji i održavanju je raspoloživa za svu opremu.
- 41.7** Za pacijente neposredno nakon operacije pruža se intenzivna sestrinska njega nivoa 2 (minimum).
- 41.8** Poduzima se klinička revizija kardiohirurgije u skladu s međunarodnim standardima.
- 41.9** Rezultati revizije se razmjenjuju u svrhu pregleda istovrsnika.
- 41.10** Razvijeni su integrirani putevi zaštite, kliničke vodilje ili protokoli koji uključuju i srčanu rehabilitaciju. Pacijenti koji imaju koronarnu bolest pozivaju se (prije otpusta) da učestvuju u multidisciplinarnom programu sekundarne prevencije i srčane rehabilitacije.

- 41.11** Prije otpusta obavlja se procjena fizičkih, psiholoških i socijalnih potreba za srčanu rehabilitaciju.

Uputstvo: U tu svrhu dobro je koristiti unaprijed pripremljene obrasce za bilježenje simptoma, modificirajućih riziko faktora, tretmane, zaposlenje, socijalne uvjete i rezultate značajnijih ispitivanja. Postoje validirani instrumenti procjene, kao što je hospitalna anksioznost i skala depresije (HAD).

- 41.12** Postoji napisani individualni plan radi utvrđivanja potreba za srčanom rehabilitacijom. Kopija plana uručuje se pacijentu i njegovom liječniku opće prakse/obiteljskom liječniku.

Uputstvo: Plan bi trebalo da ima mjerljive ciljeve koji se koriste da se procijeni progres.

- 41.13** Pacijentima se daju inicijalni savjeti o zdravom načinu života i zabilješka o tom savjetu bilježi se u historiju bolesti.

Uputstvo: Na primjer, razmatraju se pitanja prestanka pušenja, fizičke aktivnosti (uključujući i seks), dijeta, konzumiranje alkohola i posao.

- 41.14** Pružaju se informacije o grupama za kardijalnu podršku.

- 41.15** Pružaju se informacije o lokalnim uslugama za kardijalnu rehabilitaciju.

Uputstvo: To može uključivati usluge za prestanak pušenja, prilagođeno vježbanje, specifične grupe za promociju onih koji imaju koronarnu srčanu bolest.

Standard 42: Kozmetička hirurgija¹

Kozmetička hirurgija obavlja se na takav način da su pacijenti/korisnici upoznati s procedurama koje ova uključuje, cijenama usluga, vještinama i iskustvom specijalista koji obavljaju te procedure u dobro opremljenom i sigurnom ambijentu.

Kvalifikacije praktičara

- 42.1** Hirurzi koji izvode kozmetičku hirurgiju članovi su profesionalne organizacije koja ih okuplja i stalno se profesionalno usavršavaju.
- 42.2** Hirurzi koji izvode kozmetičku hirurgiju trebalo bi da zadovolje sljedeće kriterije: imaju potpuno priznatu osnovnu hiruršku i medicinsku obuku; posjeduju subspecijalizaciju za usluge koje pružaju i operacije koje izvode; uredno održavaju medicinsku dokumentaciju pacijenata kojima su pružili usluge i tretman; redovno provode anketiranje svojih pacijenata u pogledu zadovoljstva uslugama i operacijama.
- 42.3** Od hirurga se traži da pruže dokaze o obuci i ekspertizi za specifične procedure u domenu kozmetičke hirurgije, u skladu sa zahtjevima udruženja i struke.
- 42.4** Svi hirurzi koji se bave kozmetičkom hirurgijom imaju i održavaju lični dosje u svrhu revalidacije.
- 42.5** Od hirurga koji se bave kozmetičkom hirurgijom zahtijeva se da se osiguraju odgovornosti.

Oглаšavanje i marketing

- 42.6** Svako oglašavanje podliježe standardima nadležne profesionalne komore i odgovarajućeg profesionalnog udruženja i ne smije buditi lažne nade i očekivanja kod pacijenata kao rezultat reklamiranih kozmetičkih procedura.
- 42.7** Oглаšavanje ne nudi popust koji je vezan za zakazivanje pregleda ili operacije ili bilo koje finansijske sporazume koji su povezani s vremenom izvođenja procedura.
- 42.8** Promocijni događaji ne uključuju finansijske poticaje za potencijalne pacijente/korisnike koji žele zakazati pregled u toku tog događaja.
- 42.9** Sve osoblje i govornici na promocijnim događajima jasno se identificiraju u pogledu njihove profesije i uloge koju imaju u ustanovi.

¹ Kozmetička hirurgija pokrivena je općim hirurškim standardima i standardima za put pacijenta.

Informacije za pacijente/korisnike

- 42.10** Postoje objavljene informacije posebno za svaku kozmetičku proceduru koje se nepovratno uoručuju pacijentima pri pregledu. Te informacije uključuju opće i specifične rizike i komplikacije koji su povezani za kozmetičke hirurške procedure.
- 42.11** Postoje objavljene informacije za pacijente/korisnike koje daju pregled svih raspoloživih kozmetičkih hirurških procedura koje se obavljaju u ustanovi.
- 42.12** Informativni materijali sadrže i informacije o cijenama usluga i kozmetičkih hirurških procedura i vrlo su jasni u pogledu onoga što je uključeno u cijenu a što nije.
Uputstvo: To može imati oblik personaliziranog pisma koje se uručuje pacijentu/korisniku a tiče se svih tačaka koje su raspravljene tokom konsultacije sa pozivom na narednu konsultaciju ako je ova neophodna.

Izbor pacijenata/korisnika

- 42.13** Svi pacijenti/korisnici imaju početni zakazani sastanak sa hirurgom koji će izvoditi proceduru.
Uputstvo: Svrha prvog sastanka jest da obeshrabri potencijalne pacijente/korisnike koji nisu pogodni za kozmetičke procedure, odnosno kojima one ne trebaju.
- 42.14** Svi hirurzi koji se bave kozmetičkom hirurgijom pregledaju potencijalne pacijente/korisnike, u ustanovi u kojoj rade ili na drugim mjestima, s ciljem da procijene prikladnost kandidata za kozmetičku hirurgiju.
- 42.15** Nijedan pacijent/korisnik se ne prima na operaciju dok ne protekne najmanje dvije sedmice od inicijalne konsultacije s hirurgom. Ambulantni pacijenti/korisnici mogu se tretirati u vrijeme konsultacije nakon dobivanja informiranog pristanka za tu proceduru.
Uputstvo: Vrijeme od dvije sedmice ostavlja se pacijentu da razmisli o svojoj odluci. Pacijent/korisnik trebalo bi da potpiše izjavu da se slaže s trenutnim obavljanjem tražene procedure.

Proces

- 42.16** Hirurg je dužan savjetovati pacijenta da informira svog liječnika u primarnoj zaštiti o izvršenoj kozmetičkoj proceduri. Ako pacijent/korisnik ima prigovor na to, hirurg je dužan taj prigovor zabilježiti u medicinsku dokumentaciju.

- 42.17** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se od pacijenta/korisnika traži da se formalno saglasi ili odbije informiranje njegovog liječnika opće prakse o bilo kojem tretmanu ili medikaciji koja je u vezi sa kozmetičkom hirurgijom.
- 42.18** Ako pacijent/korisnik da pristanak, obavještenje o tome šalje se nadležnom liječniku opće prakse unutar dogovorenog vremena, ali ne više od jedne sedmice.
Uputstvo: Ako pacijent/korisnik ne pristane da se detalji o kozmetičkoj hirurškoj proceduri proslijede njegovom liječniku opće prakse, hirurg je tada odgovoran za postoperativnu zaštitu pacijenta. Kratak pregled tretmana uručuje se pacijentu.
- 42.19** Prije poduzimanja kozmetičke hirurške procedure, bolnica uzima avans od pacijenta u slučaju kada on/ona mijenja svoje mišljenje, koji će se potpuno ili djelomično refundirati. U vrijeme plaćanja depozita pacijent/korisnik je potpuno svjestan bilo kojih finansijskih konsekvensci u slučaju otkazivanja hirurške procedure.
- 42.20** Prije poduzimanja kozmetičke hirurške procedure, ustanova obezbjeđuje psihološko savjetovanje ako je to indicirano.
Uputstvo: Savjetovanje može pomoći u izbjegavanju nepotrebnih kozmetičkih operacija.
- 42.21** Prije i poslije kozmetičke hirurške procedure pacijenti/korisnici se fotografiraju.
Uputstvo: To je od koristi u slučajevima kada pacijent/korisnik nije zadovoljan estetskim rezultatima procedure, pa fotografije pružaju neovisan dokaz pacijentovog izgleda prije obavljenje procedure.

Objekti, prostori i oprema

- 42.22** Svi objekti, prostori i oprema za provođenje kozmetičke hirurgije zadovoljavaju minimalne standarde koje kontroliše nadležna inspekcijska služba.
- 42.23** Osoblje na recepciji i drugo administrativno osoblje ne nosi bijele mantile ili drugu kliničku uniformu.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 42.24** Postoje datirane, dokumentirane procedure za sigurno korištenje sve opreme koja se koristi u plastičnoj i rekonstruktivnoj hirurgiji u ustanovi. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

- 42.25** Sve osoblje koje koristi opremu završilo je obuku iz sigurne kliničke upotrebe opreme, u tome je pokazalo stručnost i njihova obuka i stručnost su dokumentirani.

Klinički kvalitet

- 42.26** Bolnica/klinika poduzima kliničku reviziju na temelju sljedećih indikatora: produženi boravak u bolnici u odnosu na planirani; povratak u operacionu salu radi ponavljanja procedure zbog nezadovoljavajućeg ishoda; neplanirani ponovni prijem unutar 28 dana; neplanirani odlazak u operacionu salu; postoperativne infekcije (rana, bolničke infekcije i sistemske infekcije); druge postoperativne komplikacije, kao što je plućna embolija, duboka venska tromboza i hemoragije; hitan ili neplanirani premještaj u jedinicu intenzivne njegе ili druge jedinice/bolnice; perioperativna smrtnost.
- 42.27** Informacije o kliničkoj reviziji koje se tiču svakog individualnog hirurga prosljeđuju se tom hirurgu, a on je dužan i odgovoran za uključivanje tih informacija u lični dosje.
- 42.28** Ponovno licenciranje hirurga uvjetovano je zadovoljavajućim informacijama koje se nalaze u ličnom dosjeu svakog hirurga.
- 42.29** O redovnim izvještajima vezanim za kliničke incidente u kozmetičke hirurgije raspravlja se u bolnici i o tome postoji evidencija.
- 42.30** Indikatori kvaliteta svih izvedenih procedura od strane svih hirurga pažljivo se ispituju tokom određenog vremena kao dio bolničkog programa kliničkog pregleda kvaliteta, a nepovoljna odstupanja analizira profesionalno udruženje koje o tome zauzima stav i gradi prijedloge za kliničke vodilje i bolju praksu.
- 42.31** Postoje dogovorenii integrirani putevi zaštite, kliničke vodilje ili protokoli koji se koriste za najčešće kozmetičke i druge hirurške procedure u plastičnoj i rekonstruktivnoj hirurgiji.
Uputstvo: Integrirane puteve zaštite trebalo bi razviti za rinoplastiku, blefaroplastiku, povećanje/rekonstrukciju/smanjenje dojki, abdominoplastiku, zatezanje lica i lasersko modeliranje lica.
- 42.32** Od svih pacijentica/korisnica koje se podvrgavaju protetičnoj grudnoj implantaciji traži se pristanak da se detalji o njihovoј operaciji pošalju u nacionalni registar. Kopija datuma i potpisa s pristankom nalazi se uložena u historiji bolesti.
- 42.33** Kliničko osoblje ima dokumentiranu edukaciju iz tehnika i vještina kozmetičke hirurgije.
Uputstvo: To može biti i lokalna edukacija iz novih tehnika i vještina koju za osoblje izvode licencirani kozmetički hirurzi.

Standard: 43. Transplantacijska hirurgija

Transplantacijska hirurgija obavlja se u skladu sa zakonskim obavezama i dobrom hirurškom praksom.

Politike i procedure

- 43.1** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za izvođenje transplantacijskih operacija, koje osiguravaju praćenje porijekla izvora svih doniranih organa i tkiva. Politike i procedure zabranjuju kupovinu i prodaju bilo kojih humanih organa i tkiva u svrhu transplantacije, na bilo koji način i iz bilo kojeg izvora. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 43.2** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure koje utvrđuju dobivanje dozvole od strane nadležnog zdravstvenog organa prije transplantacije organa između živih ljudi koji nisu genetski povezani.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 43.3** Informacije o uzimanju organa za transplantacije i organa koji su transplantirani drugim osobama prosleđuju se nadležnom organu u skladu sa zakonom o transplantaciji humanih organa i tkiva kada se iste uspostave.
- 43.4** Bolnica učestvuje u državnoj shemi za alokaciju organa i svi pacijenti – kandidati za transplantaciju – stavljuju se na državne liste čekanja.
- 43.5** Sve informacije o pacijentima kojima je izvršena transplatacija organa prate se i uključuju u nacionalnu bazu podataka za transplantaciju.
- 43.6** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za ksenotransplantacijske operacije, koje su uskladene s objavljenim vodiljama, a koje pažljivo prati i odobrava nadležno zdravstveno tijelo. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 43.7** Postoje dokumentirani i utvrđeni kriteriji i procesi za selekciju pacijenata koji su pogodni za transplantaciju, a koji su napisani ili revidirani u zadnje tri godine. Prati se pridržavanje kriterija i procesa odabira pacijenata za transplantacije.
- 43.8** U bolnicama koje izvode transplantacijsku hirurgiju, obezbijeđena je intenzivna njega nivoa 3 neposredno nakon operacije.
- 43.9** Sva medicinska dokumentacija čuva se prema odredbama zakona.

Standard 44: Pedijatrijske i hirurške usluge za djecu i adolescente u bolničkim ustanovama

U odjelu za tretman djece i adolescenata pedijatrijske i hirurške usluge pruža odgovarajuće obučeno osoblje s iskustvom u radu s djecom, u prijateljskoj atmosferi koja je prilagođena posebnim potrebama djece, adolescenata i njihovih porodica.

Upravljanje osobljem i imenovanje

- 44.1** U jedinicama koje su namijenjene djeci i na svakom odjelu namjenjenom njezi djece, postoje najmanje dvije sestre s iskustvom u njezi djece koje su na dužnosti tokom cijelog dana.
- 44.2** Kvalificirana pedijatrijska sestra odgovorna je za planiranje potreba pedijatrijske sestrinske njegе, kompletiranje pisanih podataka o planu njegе i ugovaranja rutinske njegе s porodicom.
- 44.3** Postoje veze s drugim pedijatrijskim sestrarama s ciljem edukacije i stručnog usavršavanja osoblja.
Uputstvo: Mogućnosti za razmjenu znanja, učenje i savjeti za dobru praksu i diskusije naročito su važni za rad pedijatrijskih sestara u bolnicama koje nisu specijalizirane za djecu.
- 44.4** Svako dijete njeguje imenovani pedijatar na svim pedijatrijskim odjelima a na ostalim odjelima gdje se liječe djeca, imenovani pedijatar konsultant.
- 44.5** Kada se djeca primaju na bolnički odjel postoji medicinsko osoblje na dužnosti tokom cijelog dana koje ima najmanje šest mjeseci skorašnje pedijatrijske prakse i koje je osposobljeno za naprednu pedijatrijsku podršku života (Paediatric advanced life support – PALS) ili za to ima lokalni certifikat koji je ekvivalentan.
- 44.6** Hirurške procedure za djecu ispod tri godine života (koja imaju dodatne hirurške i anestezijske rizike) provode samo dječiji hirurzi i anesteziolozi sa posebnom obukom za pedijatrijsku anesteziju.
- 44.7** Medicinske sestre, liječnici dječijih hirurških odjela i anesteziolozi, prošli su obuku o specijalnim potrebama djece s ciljem da se osigura sigurna postoperativna njega.

Proces rada

- 44.8** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prijem djece i adolescenata na odjel. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 44.9** Postoji datirana, dokumentirana procedura za hitni prijem djece i adolescenata u bolnicu. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Hitni hirurški zahvati se preporučuju samo ako je na raspolaganju sve pedijatrijsko i sestrinsko osoblje.
- 44.10** Postoji datirana, dokumentirana procedura za zadovaljavanje specifičnih potreba djece i adolescenata za slučajeve prijema u jedinicu za dnevni hirurški tretman. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 44.11** Postoje datirane, dokumentirane procedure za administraciju anestezije i lijekova djeci. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedure bi trebale pokrivati potrebu da se djeca pažljivo izmjere, s minimumom odjeće što dopušta tačno izračunavanje doze lijekova prilikom prijema. Kod vaganja male djece, preporučuje se dvostruka provjera. Procedure bi također trebalo pokrivati: korištenje premedikacije, naročito intramuskularnih injekcija i evidentiranje premedikacije; potrebu za verbalnom pripremom na medikaciju per rectum prilikom uvođenja u opću anesteziju, i evidentiranje verbalne pripreme na proceduru u historiju bolesti; i zahtjev da dijete po mogućnosti bude podvrgnuto najmanjem intenzitetu bola prije kanulacije putem korištenja krema za lokalnu anesteziju.
- 44.12** Postoji datirana, dokumentirana procedura za preoperativnu pripremu djece, uključujući liste zakazivanja samo za djecu ili zakazivanja djece na početku opće operativne liste. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo : To je uputa kojom se osigurava tačno procjenjivanje vremena uzdržavanja od hrane za djecu i načini izbjegavanja kontakta s odraslim pacijentima. Procedura bi trebalo pokrivati zahtjev da se djeca uzdržavaju od hrane i tečnosti prije operacije što je kraće moguće, u konsultaciji s anesteziologom, i da se tekućina ne uskraćuje više od tri do četiri sata prije operacije.
- 44.13** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prijem djece u intenzivnu njegu, tamo gdje je to osigurano u bolnici, ili premještanje na intenzivnu njegu u drugu instituciju, ako ne postoji u bolnici. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: To bi trebalo uključivati premještanje u druge prostorije za posebnu njegu.

- 44.14** Postoji datirana, dokumentirana procedura za premještaj djece na pedijatrijski odjel kod kojih se stanje pogoršalo ili se razvila komplikacija prije planiranog operativnog zahvata. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Procedura premještaja trebalo bi da precizira stanja koja zasluzuju premještaj; koji je odgovoran za inicijalnu stabilizaciju stanja djeteta; koji se procesi slijede prije premještaja.*
- 44.15** Postoje dogovori za hitan premještaj djece koji su dokumentirani i ugovoreni sa pedijatrijskim odjelom.
- 44.16** Postoji datirana, dokumentirana procedura za otpuštanje djece. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Djeca bi trebalo ostati u bolnici samo ako njihove potrebe za njegovom ne mogu biti zadovoljene kod kuće. Datum i vrijeme otpuštanja trebalo bi dogovoriti s porodicom prije prijema. Procedura bi trebalo skicirati aranžman za osiguranje adekvatne analgezije nakon otpuštanja djeteta, i uključiti jasne instrukcije koje roditelji/njegovatelji trebaju slijediti i aranžmane za postupanje u slučaju postoperativne hitnosti. Procedura bi trebalo uključivati uputstva za komunikaciju i povezivanje s drugim organizacijskim jedinicama zdravstvene zaštite.*
- 44.17** Postoji datirana, dokumentirana procedura za zadovoljavanje potreba djece koja dolaze u ambulante bolnice/klinike. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Procedura utvrđuje zahtjeve za opremljenost ambulante koja je namijenjena djeci; potrebu da se djeca odmah prime i pregledaju; i zahtjev da se nijedna ambulantna procedura namijenjena djeci ne izvodi pod anestezijom.*
- 44.18** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se utvrđuje da imenovana sestra i roditelji/njegovatelji mogu pratiti dijete do operacione sale i do sobe za oporavak. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Roditeljima bi, zapravo, trebalo omogućiti ulazak u operacionu salu i njihovo prisustvo do trenutka uspavljivanja djeteta.*
- 44.19** Postoji datirana, dokumentirana procedura i vodilje za procjenu, tretman i kontrolu bola kod djece. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 44.20** Procjena bola kod djece se ostvaruje u suradnji s porodicom korištenjem priznatih metoda za procjenu bola.
- Uputstvo: Roditelje/njegovatelje bi trebalo konsultirati budući da oni znaju šta je normalno ponašanje njihove djece.*
- 44.21** Postoje datirani, dokumentirani sporazumi o bezbjednosti za zaštitu od otmice djece. Sporazumi su napisani/revidirani u protekle tri godine.

- 44.22** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje u slučaju smrti djeteta, uključujući aranžmane za sahranu ili kremiranje. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo uključivati, na primjer, detalje o prostorijama koje su na raspolaganju ožalošćenim roditeljima preko noći i informacije kako osigurati savjetovanje ožalošćenoj porodici, kao što su kontakt brojevi dobrovoljnih organizacija.
- 44.23** Postoje datirane, dokumentirane mjere i procedure za posebne potrebe djece iz različitih etničkih, kulturnih i religijskih sredina, podešene djetetu i profilu i mogućnostima bolnice. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

Pravomoćan pristanak djeteta na medicinski tretman

- 44.24** Postoji datirana, dokumentirana procedura za osoblje radi dobivanja pravomoćnog pristanka roditelja/njegovatelja ili staratelja i/ili djece. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Djeca mogu dati validan pristanak ako se smatra da su sposobna. U svakom slučaju, pristanak za djecu ispod 16 godina može dati osoba s roditeljskom odgovornošću. Procedura bi trebalo osigurati da su pristanak na tretman dali dijete i/ili roditelji/njegovatelji ili staratelji, te da postoji procedura za postupanje u slučaju da roditelji/staratelji (ili dijete ako se prosudi da je sposobno) odbiju hitni tretman ili tretman koji spašava život. Godine djeteta bi trebalo da budu u skladu s lokalnim zakonom.

Informacije za roditelje i djecu

- 44.25** Roditeljima/njegovateljima su na raspolaganju informacije o davanju pravomoćnog pristanka na tretman.
Uputstvo: Informacije bi trebalo namijeniti specifično roditeljima/njegovateljima.
- 44.26** Informacije o davanju pravomoćnog pristanka na tretman trebalo bi da budu raspoložive prije planiranog prijema djeteta u bolnicu.
- 44.27** Postoje na raspolaganju pisane informacije namijenjene roditeljima/njegovateljima o pripremanju djece za njihov tretman.
Uputstvo: Informacije uključuju, npr. emocionalnu i psihološku pripremu, kao i fiziološku pripremu, kao što su: da li jesti ili ne; šta ponijeti; ohrabrvanje roditelja/njegovatelja da ostanu uz svoju djecu za vrijeme trajanja prijemnog tretmana; detalje o aranžmanima za učenje i to za djecu koja izostaju iz škole zbog ozbiljne ili hronične bolesti.
- 44.28** Postoje pisane informacije specijalno za djecu o boravku u klinici/bolnici za vrijeme tretmana.
Uputstvo: Informacije su napisane jezikom shvatljivom djeci različitih uzrasta.

Ambijent za liječenje djece

- 44.29** Za bolničke procedure i akutnu dnevnu njegu, djeci i roditeljima/njegovateljima se nudi mogućnost da posjete bolnicu prije prijema.
- 44.30** Djeci se pruža njega u ambijentu koji je prilagođen djeci, njima usmjeren i odvojen od odraslih.
Uputstvo: To uključuje, npr. obezbjedjenje igračaka i knjiga; informativni materijal na jeziku prilagođenom dječjem uzrastu; prostorije za članove porodice; i prostorije za dojenje i presvlačenje pelena.
- 44.31** Sva djeca se primaju u bolnicu nakon što je poduzeta ocjena rizika u sobi u kojoj se dijete prima radi sigurnosti djeteta.
- 44.32** Djeca ispod 12 godina se stalno nadgledaju u bolesničkim sobama.
- 44.33** Prepoznate su potrebe bolesne i invalidne djece, uključujući dnevni tretman i operacione sale.
Opaska: Ovaj standard se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 44.34** Prepoznate su potrebe bolesnih i invalidnih adolescenata.
Uputstvo: Adolescenti imaju drugačije potrebe od djece i odraslih. Ako ne postoji poseban odjel za adolescente, onda oni biraju da li će biti smješteni na dječiji odjel ili odjel za odrasle. Potrebe adolescenata uključuju, naprimjer: prostor za učenje i hobije; fleksibilnost u pogledu vremena za obroke. Osim toga, adolescente treba uključiti u odlučivanje u pogledu njihovog tretmana.
- 44.35** Prostorije za igru, igračke, igre i knjige obezbjedeni su za djecu svih uzrasta u prostorijama bolnice gdje se brine o djeci i gdje djeca čekaju na pregled ili tretman.
Uputstvo: Igračke su sigurne i podešene djeci. Korisno je ako imenovani član osoblja može dati savjete o obezbjedjenju igračaka i igara i osigurati da se igračke redovno čiste, provjeravaju i uklanjanju ako je to potrebno.
- 44.36** Sve službe koje rade s djecom imaju pedijatrijsku opremu i pedijatrijske doze lijekova na raspolaganju.
Uputstvo: To uključuje: anesteziološku opremu; opremu za inhalacionu terapiju; pedijatrijske igle, kanile, infuzione regulatore i drugu intravenoznu opremu; pedijatrijske setove za infuziju; i opremu za reanimaciju.
- 44.37** Sva pedijatrijska oprema se redovno održava.
- 44.38** Osoblje koje koristi pedijatrijsku opremu i pedijatrijske lijekove je obučeno za njihovo korištenje i osigurana je redovna dodatna obuka.
Uputstvo: Obuka i dodatna obuka bi se trebale provoditi kada se osoblje zapošljava i potom jednom godišnje.

- 44.39** Sve osoblje koje se brine o djeci jednom godišnje prolazi obuku za reanimaciju djece. Prisustvo obuci se evidentira.
Uputstvo: Obuka bi trebalo uključivati simulirane vježbe kako bi se osoblje upoznalo s hitnim pedijatrijskim slučajevima.
- 44.40** Oprema za reanimaciju djece odvojena je od opreme za odrasle i isti sistem se koristi za odjele i operacione sale.
- 44.41** Pedijatar je odgovoran za davanje savjeta u pogledu osiguranja pedijatrijske opreme i doza lijekova, i za redovnu dodatnu obuku osoblja.
- 44.42** Postoji imenovan specijalista odgovoran za pregled i organizaciju svih anestezioloških službi za djecu u bolnici, uključujući službe za reanimaciju i kontrolu bola, i za obezbjeđenje nabavke podesne pedijatrijske opreme i njeno održavanje.
- 44.43** U prostorijama za njegu djece, provodi se specifična procjena rizika i poduzimaju se dodatne mjere predostrožnosti.
Uputstvo: Npr. mjere predostrožnosti mogu uključiti: strujne utičnice pokrivne sa sigurnim poklopцима; fizičke prepreke koje preveniraju ulazak u opasne prostorije; sredstva za čišćenje i druge opasne materije se čuvaju u korektno označenim posudama s poklopциma koja djeca ne mogu otvoriti; ormari sa sredstvima za čišćenje i drugim opasnim materijama čuvaju se zaključani; sigurna temperatura tople vode i prekrivači za radijatore, s posebnim termostatima na radijatorima u prostorijama za djecu; visoko postavljene šteke na vratima; prozori kojima imaju pristup mala djeca ne mogu se otvarati ili imaju sigurnosne rešetke.

Odgovor na potrebe djece

- 44.44** Osoblje je svjesno posebnih potreba djece s bolestima koje ugrožavaju život i djece s terminalnim bolestima.
Uputstvo: Trebalo bi da postoje prostorije za savjetovanje i podršku roditeljima/njegovateljima gdje će se pružiti prve informacije i diskutirati o opcijama njege. Djeca bi trebalo da budu primljena u bolnicu samo ako je to od vitalne važnosti za njihov tretman/njegu.
- 44.45** Osoblje je svjesno posebnih potreba djece s fizičkim i senzornim onesposobljenjima i poteškoćama u učenju.
Uputstvo: Osoblje treba poznavati odgovarajuće dobrovoljne nevladine organizacije i zakonima propisane službe i uputstva o multidisciplinarnom pristupu i radu.
- 44.46** Osoblje je svjesno posebnih potreba djece s problemima ponašanja i emocionalnim problemima.
- 44.47** Osoblje je svjesno posebnih potreba adolescenata u pogledu poštivanja njihove privatnosti.

Uključivanje djece i njegovatelja u process liječenja

- 44.48** Osiguran je smještaj za roditelje/njegovatelje koji ostaju preko noći u bolnici sa svojom djecom.
Uputstvo: To bi trebalo da bude krevet do kreveta djeteta ili, barem, u blizini. Također bi trebalo da bude lagan pristup prostorijama za ishranu.
- 44.49** Roditelji/njegovatelji se potiču da se educiraju i uključe u tekuću zdravstvenu njegu djeteta (osim ako interesi djeteta to ne dopuštaju).
- 44.50** Članovima porodice je dopušteno da posjećuju djecu svakodnevno, osim kada u pojedinim okolnostima klinički tim donese odluku da posjete treba ograničiti.
Uputstvo: Osoblje je svjesno posebnih potreba djece s emocionalnim problemima i problemima ponašanja.
- 44.51** Djeca, adolescenti i roditelji/njegovatelji su uključeni u donošenje odluka.
Uputstvo: Osoblje bi trebalo imati vremena da djeci objasni njihovo stanje i tretmane, jezikom prilagođenim njihovim godinama i razvoju.

Zaštita djeteta od zlostavljanja

- 44.52** Bolnica ima datiranu, dokumentiranu proceduru za zaštitu djece od zlostavljanja u skladu s lokalnim ili nacionalnim vodiljama. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 44.53** Sve osoblje koje se brine o djeci ili učestvuje u tretmanu djece upoznato je s procedurama za zaštitu djece od zlostavljanja i obučeno da prepoznaje znakove i simptome zlostavljanja djece i svjesno je važnosti agencija koje pružaju podršku u zaštiti djece. Prisustvo obuci se evidentira.
- 44.54** Bilo koju tvrdnju o zlostavljanju djeteta u bolnici objektivno istražuje osoba koja je neovisna u ocjeni (ne pripada toj bolnici).
- 44.55** Kada se razmatra suspektno zlostavljanje djeteta u bolnici, poštiva se želja djeteta za privatnošću i povjerljivošću.

Medicinska dokumentacija

- 44.56** Razvijena je medicinska dokumentacija koju drže roditelji djeteta.
- 44.57** Tamo gdje je razvijena medicinska dokumentacija namijenjena roditeljima/njegovateljima, zdravstveni profesionalci redovno unose podatke svake posjete.

Standard 45: Intenzivna njega

Pacijentima je osigurano pružanje potrebnog nivoa intenzivne njage bilo unutar bolnice/jedinice bilo putem uspostavljenih dogovora o premještanju pacijenata koji olakšavaju brz pristup višem nivou njage.

Nivoi intenzivne njage su definirani na slijedeći način:

Nivo 0: Pacijenti koji mogu biti zbrinuti na uobičajenim odjelima za akutne prijeme.

Nivo 1: Pacijenti s rizikom od pogoršanja zdravstvenog stanja ili oni koji su premješteni s višeg nivoa njage a trebaju biti zbrinuti na odjelu za akutne slučajeve s dodatnom podrškom od strane tima za intenzivnu njegu.

Nivo 2: Pacijenti koji zahtijevaju detaljniju opservaciju ili intervencije, uključujući podršku za insuficijenciju jednog organskog sistema ili postoperativnu njegu, te oni koji "silaze" s višeg nivoa njage.

Nivo 3: Pacijenti koji trebaju intenzivniju respiratornu podršku ili osnovnu respiratornu podršku zajedno s insuficijencijom najmanje dva organska sistema. Ovaj nivo uključuje sve kompleksne slučajeve koji zahtijevaju podršku većeg broja insuficijentnih organskih sistema.

Nivo 1 intenzivne njage

- 45.1** Postoje kapaciteti za nivo 1 intenzivne njage za pacijente koji su bili podvrnuti općoj anesteziji i zahtijevaju: često nadgledanje sestrinskog osoblja, često ili kontinuirano praćenje kardiovaskularnog statusa; visokorizične intravenozne infuzije npr. antiaritmika, vazodilatatora ili inotropnih lijekova.
- 45.2** Evidentira se očekivani rutinski zahtjev za nivoom 1 intenzivne njage za postoperativne pacijente i već od prijema pacijenta na odjel prave se dogovori o potreboj njegi čime se osigurava raspoloživost zahtijevanih kapaciteta i osoblja.
- 45.3** Anesteziolog određuje potrebu za nivoom 1 intenzivne njage i lično predaje pacijenta odgovornoj sestri, a zahtjev za njegu se evidentira u historiju bolesti pacijenta.
- 45.4** Sestrinsko osoblje prati stanje pacijenta u redovnim vremenskim intervalima a traženi nivo opservacije je uključen u plan tretmana pacijenta i prilagođava se poboljšanju ili pogoršanju stanja pacijenta.

- 45.5** Za vrijeme boravka pacijenta na nivou 1 intenzivne njage, odgovorni liječnik posjećuje pacijenta najmanje dva puta dnevno, a anestezilog po potrebi.

Uputstvo: Liječničke bilješke o opservaciji obavezno treba da budu u historiji bolesti pacijenta.

- 45.6** Ako se stanje pacijenta pogorša ili se ispunе kriterija za viši nivo intenzivne njage, prijem pacijenta na intenzivnu njegu ili premještaj na druge nivoje intenzivne njage obavlja se odmah.

Uputstvo: Specijalisti bi trebalo da su upoznati s dogovorima za njegu koja se pruža unutar bolnice/jedinice a metod upućivanja bi trebalo da odgovara potrebama pacijenta za višim nivoima njage.

- 45.7** Postoji datirana, dokumentirana procedura o premještanju pacijenta s nivoa 1 na nivo 0 intenzivne njage (nivo s ubičajenom sestrinskom njegom) i evidentiranju premještaja u historiju bolesti pacijenta. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Uputstvo: Procedura može biti sastavni dio sveobuhvatnog sestrinskog priručnika ili operativne politike. Može se prikazati u vidu dijagrama toka ili mape procesa. Nivo njage, datum i vrijeme donošenja odluke za promjenu nivoa njage obaveno se evidentiraju u historiju bolesti pacijenta.

Nivoi 2 i 3 intenzivne njage

- 45.8** Pacijenti koji zahtijevaju drugi ili treći nivo intenzivne njage, primaju taj nivo njage bilo unutar bolnice/jedinice bilo nakon trenutnog transporta do jedinice u kojoj se pruža ova vrsta njage.

- 45.9** U bolnici/jedinici koja ne pruža usluge drugog i trećeg nivoa intenzivne njage, za nepredviđene hitne premještaje, postoje unaprijed postignuti i dokumentirani sporazumi sa svakim od odgovarajućih specijalističkih odjela, odnosno jedinica na koje se pacijent može premjestiti.

- 45.10** Sporazum o premještaju obuhvata i odredbu o prisustvu kvalificiranog tima u jedinici koja preuzima pacijenta.

- 45.11** Tamo gdje poslije tretmana, kao dijela rutinskog postupka, postoji potreba za nivoima 2 i 3 intenzivne njage, kao npr. zbog ozbiljnosti vrste operacija, unutar bolnice/jedinice moraju biti na raspolaganju svi nivoi njage.

Uputstvo: Procedure koje zahtijevaju nivo 2 intenzivne njage na samom odjelu obuhvataju, npr. kardiohirurgiju, neurohirurgiju, torakalnu hirurgiju i operativne zahvate na velikim krvnim sudovima. Nivo 3 intenzivne njage na samom mjestu mora biti na raspolaganju u bolnicama/jedinicama koje provode transplantacione hirurške zahvate i kompleksne vaskularne i kardiohirurške zahvate (kao što je aneurizma aorte) i velike operativne zahvate kada pacijent ima udružene respiratorne probleme.

Osoblje i kapaciteti za nivoe 2 i 3 intenzivne njage

- 45.12** Licencirana sestra koja je prošla propisanu obuku iz intenzivne njage, na dužnosti je i odgovorna je za jedinicu cijelo vrijeme dok su pacijenti na zbrinjavanju na drugom i trećem nivou intenzivne njage.
- 45.13** Sve osoblje koje radi u jedinici intenzivne njage prolazi ažuriranu obuku o tehnikama intenzivne njage najmanje jedanput godišnje.
Uputstvo: To može biti obuka uz rad ili zanovljena obuka. Bolnice/jedinice kao cilj trebaju postaviti da jedna polovina sestrinskog osoblja, koje može biti dodjeljeno za rad u jedinicama intenzivne njage, ima odgovarajuću obuku na federalnom/državnom nivou.
- 45.14** Tokom cijelog dana na dužnosti je imenovani i certificirani liječnik koji je prošao obuku za primjenu naprednih tehnika podržavanja života.
Uputstvo: Liječnik treba imati dovoljno iskustva da vodi većinu pacijenata u jedinici i da djeluje u hitnim slučajevima. Imenovani i certificirani liječnik bi trebalo da bude uključen u sve odluke koje se odnose na kliničku njegu pacijenata.
- 45.15** Imenovani i certificirani liječnik dostupan je permanentno u jedinici intenzivne njage nivoa 2 i 3.
- 45.16** Tamo gdje se pruža nivo 3 intenzivne njage imenovani i certificirani liječnik obučen je za ordiniranje droga koji uvode bolesnika u duboku sedaciju ili san.
- 45.17** Odgovorni specijalista određuje potrebu za nivoima 2 i 3 intenzivne njage i lično predaje pacijenta odgovornom liječniku. Zahtjev za njegu se obavezno evidentira u historiju bolesti pacijenta.
- 45.18** Odgovorni specijalista intenzivne njage (pedijatrijska, kardiološka, neurološka, infektofizička) permanentno vodi brigu o pacijentu, a anestezijolog po potrebi, sve dok se nalazi na nivoima 2 i 3 intenzivne njage.
Uputstvo: Evidencija o opservacijama prilikom posjeta trebalo bi da bude u historiji bolesti pacijenta.
- 45.19** Bolnice koje pružaju nivo 3 intenzivne njage imaju imenovanog glavnog specijalistu koji je prošao obuku iz intenzivne njage, te spisak imena dežurnih specijalista na raspolaganju po pozivu tokom 24 sata, sedam dana u sedmici sve dok se pacijent nalazi na intenzivnoj njeci.
Uputstvo: Imenovani glavni specijalista bi trebalo imati položen specijalistički ispit za specijalistu intenzivne njage kao poseban ispit unutar njegove specijalnosti.
- 45.20** Tim za reanimaciju koji je prošao obuku o naprednim metodama podržavanja života na dužnosti je cijelo vrijeme tokom dana.

- 45.21** Sva oprema za hitne slučajeve i podršku životnih funkcija je lako dostupna i u ispravnom je stanju.
- 45.22** Redovno se testira ispravnost i sigurnost opreme koja se koristi u hitnim slučajevima i za podršku životnih funkcija. Testiranje se provodi u dogovorenim vremenskim intervalima o čemu postoji dokumentacija.
- 45.23** Tamo gdje bolnica/jedinica pruža nivo 1 intenzivne njegе ili više nivoa za djecu, na dužnosti sve vrijeme mora biti licencirana pedijatrijska sestra koja djeci pruža sestrinsku njegu.
- 45.24** Laboratorijska dijagnostika, uključujući i službu transfuzijske medicine, na raspolaganju je na poziv tokom cijelog dana.
- 45.25** Fizioterapeut, s iskustvom rada u jedinici intenzivne njegе, na raspolaganju je na poziv tokom cijelog dana.
- 45.26** Radiološki tim, snabdjeven mobilnim rentgenom, na raspolaganju je na poziv tokom cijelog dana.
- 45.27** Postoji oprema za podršku rada organa.
- 45.28** U blizini prostorija za pacijente nalazi se laboratorij za analizu krvnih gasova i drugih pretraga koje odgovaraju radu jedinice intenzivne njegе.
- 45.29** Osoblje ima pristup stručnim savjetima u pogledu sigurne upotrebe i preventivnog održavanja svih biomedicinskih aparata i električnih instalacija.
- 45.30** Postoji 24-satna tehnička podrška kojom se osigurava sigurno i učinkovito funkcioniranje opreme.
- 45.31** Čuva se evidencija o korištenju svakog respiratora (da se osiguraju odgovarajući servisni dogовори u skladu s instrukcijama proizvođača).
- 45.32** Dizajn jedinice omogućava sestrinskom osoblju učinkovito promatranje pacijenata i brz pristup svim pacijentama u jedinici.
- 45.33** Nakon što je postavljena sva potrebna oprema, oko svakog kreveta postoji dovoljno prostora za obavljanje rutinske i hitne njegе.
- 45.34** Kreveti za pacijente se mogu podešavati, lako pomjerati i imaju mehanizam za zakočenje.

- 45.35** Kreveti za pacijente imaju rešetke, odnosno mrežu, i uzglavlja koja se mogu lako pomjerati.
- 45.36** Tamo gdje se koriste kreveti na električni pogon, osoblje je upoznato s načinom njihovog korištenja i potencijalnim opasnostima od struje.
- 45.37** Osoblje na održavanju čistoće je svesno posebne prirode jedinice i opasnostima povezanih s isključenjem pacijenta s opreme.
- 45.38** Postoje prostorije za izolaciju i protektivnu izolaciju sestrinskog osoblja od pacijenata.

Osoblje – razvoj, edukacija i podrška

- 45.39** Osoblje je prošlo obuku za pružanje podrške ožalošćenima.
- 45.40** Osoblje je prošlo obuku o metodama komunikacije s pacijentima koji su izgubili moć govora.
- 45.41** Osoblje ima pristup službi za savjetovanje.
Uputstvo: Osoblje koje radi u službi savjetovanja trebalo bi prepoznati poseban stres pri radu s ozbiljno bolesnim pacijentima, njihovim njegovateljima i članovima njihove porodice.

Proces rada

- 45.42** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prijem na nivo 2 i 3 intenzivne njegе, uključujući i kriterije za prijem i planove za nepredviđene slučajeve kada je jedinica puna. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 45.43** Sve osoblje koje radi u jedinici intenzivne njegе svjesno je politike bolnice/jedinice i procedura reanimacije i zna kako primjeniti procedure za situacije “ne reanimiraj”.
Uputstvo: Sve takve odluke bi trebalo evidentirati u historiju bolesti pacijenta i formalno ocijeniti.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 45.44** Sve osoblje koje radi u jedinici intenzivne njegе upoznato je s politikom i procedurom bolnice/jedinice o dobivanju informiranog pristanka za reanimaciju i zna kako primjeniti procedure dobivanja validnog pristanka na tretman i kako utvrditi nekompetentnost pacijenta za pristanak.

- 45.45** Postoji datirana, dokumentirana procedura o postupanju u situacijama odustajanja pacijenta od tretmana. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 45.46** Postoje datirane, dokumentirane vodilje za hitna stanja i uspostavljene standardne procedure njege pacijenata u kritičnom stanju. Vodilje su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 45.47** Postoje datirane, dokumentirane vodilje kojima se uređuju pitanja o tome koje osoblje može izvoditi specifične procedure, pod kojim okolnostima i pod kojim stupnjem nadzora. Vodilje su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Specifične procedure u ovom kontekstu uključuju, ali nisu na to ograničene: administraciju parenteralne terapije i drugih lijekova; kardiopulmonalnu reanimaciju; uzimanje krvi i drugih laboratorijskih uzoraka; ordiniranje terapije; kontroliranu mehaničku ventilaciju; hemodijalizu.
- 45.48** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje treba slijediti u slučaju kvara na glavnoj opremi, uključujući sporazume za trenutno uključenje rezervnih dijelova opreme i/ili njene zamjene u slučaju greške na opremi. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 45.49** Postoji datirana, dokumentirana procedura koju osoblje slijedi kada se traži donacija organa od članova porodice umrle osobe. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo biti u skladu s kodeksom prakse za dijagnozu smrti moždanog stabla i uzimanjem organa za transplantaciju, te zakonskim propisima o humanim tkivima i o transplantaciji organa. Osoblje bi trebalo biti obučeno kako pristupiti članovima porodice kada se traži doniranje organa.
- 45.50** Postoje datirane, dokumentirane procedure za hitni premještaj pacijenata čije se stanje pogoršalo i zato zahtijeva viši nivo intenzivne njege. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 45.51** Postoje dokumentirani, unaprijed postignuti sporazumi sa svim specijalističkim jedinicama o tome koji se pacijenti mogu premjestiti.
Uputstvo: Aranžmani mogu biti dio sporazuma na nivou organizacione jedinice.
- 45.52** Postoji datirana, dokumentirana procedura za otpuštanje pacijenata sa nivoa 2 ili 3 intenzivne njege, uključujući i kriterije za otpuštanje. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Otpuštanje s različitih nivoa intenzivne njege trebalo bi biti evidentirano u historiju bolesti pacijenta, s datumom i vremenom otpuštanja.

- 45.53** Postoje datirani, dokumentirani sporazumi za dijagnostička slikanja i laboratorijske pretrage za pacijente koji se nalaze na tretmanu u intenzivnoj njezi. Dokumentirani sporazumi su revidirani u protekle tri godine.
- 45.54** Postoji dokumentirano naručivanje lijekova i sistem kojim se osigurava adekvatno snabdijevanje lijekovima i intravenoznim tekućinama cijelo vrijeme.
Uputstvo: Aranžmani mogu biti dio sporazuma na nivou organizacionih jedinica.
- 45.55** Postoje pisane informacije o uređenju posjeta u jedinicama intenzivne njegе.
- 45.56** Bolnica ima protokol za pružanje podrške ožalošćenima i pružanje informacija o stanju bolesnika.
- 45.57** Osoblje poznaje sve raspoložive usluge savjetovanja i druge usluge za podršku njegovatelja i članova porodice, raspolaže informacijama o tome i ima njihove telefonske brojeve za kontakt.
Uputstvo: Te službe osiguravaju državne ili dobrovoljne organizacije ili udruge pacijenata i pokrivaju grupe za podršku.

Ambijent

- 45.58** Neposredna fizička okolina pacijenata pridonosi njihovom oporavaku, s minimumom senzornih uskraćivanja, i nemametljiva je i estetski dopadljiva koliko je to moguće.
- 45.59** Jedinice intenzivne njegе imaju uređaje za kondicioniranje zraka.
- 45.60** Sistem rasvjete je približan prirodnom svjetlu koliko je to moguće.
Uputstvo: Kreveti pacijenata bi trebali biti blizu vanjskih prozora gdje god je to moguće.
- 45.61** Jedinica je dizajnirana tako da se pristup jedinici i kretanje pacijenata/osoblja može lako nadzirati.
- 45.62** Ožalošćenim članovima porodice ili onim članovima i njegovateljima koji su pod stresom, dostupan je tihi i privatni prostor s prostorijama za pravljenje kafe i čaja i mogućnošću upotrebe telefona.

Ishod

- 45.63** Provjerava se i ocjenjuje premještaj pacijenata u druge bolnice/jedinice na viši nivo intenzivne njegе.
Uputstvo: Podaci o provjeri kliničkog kvaliteta trebalo bi da prave razliku između planiranih i hitnih premještaja.
- 45.64** Prikupljaju se podaci za provjeru kliničkog kvaliteta o morbiditetu i mortalitetu pacijenata za epizode postintenzivne njegе.
- 45.65** Prikupljaju se i ocjenjuju podaci za provjeru kliničkog kvaliteta o slučajevima ponovnog prijema na intenzivnu njegu nakon planiranog i provedenog premještaja na niži nivo intenzivne njegе.

Standard 46: Služba transfuzijske medicine

Svaka zdravstvena ustanova stacionarnog tipa ima službu za transfuzijsku medicinu koja odgovara zahtjevima i potrebama za liječenje krvlju i krvnim preparatima.

Opći dio

- 46.1** Prikupljanje krvi i krvnih pripravaka, laboratorijsko ispitivanje i distribuciju krvi i krvnih pripravaka, pripremu krvnih sastojaka, te provjeru kvaliteta krvi i krvnih sastojaka obavljaju zdravstvene ustanove ili jedinice koje su za to ovlaštene po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.
Uputstvo: Član 93. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Dozvolu za obavljanje djelatnosti izdaje Ministarstvo zdravstva nakon što se utvrdi da su ispunjeni uvjeti u pogledu prostora, opreme i djelatnika.
- 46.2** Način rada, odabir darivaoca, uzimanje krvi i krvnih sastojaka, laboratorijsko ispitivanje, priprema krvnih pripravaka, provjera kvaliteta, označavanje, čuvanje, izdavanja, vraćanje, transport krvnih sastojaka, predtransfuzijsko laboratorijsko ispitivanje, izbor krvnih pripravaka, kao i uvjeti rada treba da budu u skladu s preporukama Vijeća Europe.

Osoblje – imenovanja i obuka

- 46.3** Službom transfuzijske medicine rukovodi specijalista transfuziolog.
- 46.4** Imenovani su šefovi odjela transfuzijske jedinice.
- 46.5** Osoblje ima odgovarajuće kvalifikacije za rad u službi i učestvuje u kontinuiranom profesionalnom razvoju za što postoji evidencija.
- 46.6** Osoblje koje radi na odjelu za informatiku posebno je obučeno za tu vrstu posla.
Uputstvo: Osobitu pažnju treba posvetiti zaštiti podataka u slučaju da se protokoli vode u računarskoj mreži.
- 46.7** Postoji datirana, dokumentirana politika razvoja humanih resursa. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 46.8** Postoji tim transfuziološke službe. U sastav tima ulaze: specijalista transfuziolog, propagator dobrovoljnog darivanja krvi, medicinski tehničar sa završenim kursom iz transfuziologije i pomoćno osoblje (servirke, spremaćice i pralje laboratorijskog posuđa).
- 46.9** Obezbjedena je konsultativna djelatnost transfuziološke službe.
Uputstvo: Specijalista transfuziolog je dio tima za indikacije primjene krvi i pripravaka iz krvi i konsultira se u takvim kliničkim situacijama.

Proces

- 46.10** Postoje datirani, dokumentirani planovi akcija doborovoljnog darivanja krvi s ciljem osiguravanja dovoljnih količina krvi za zbrinjavanje povrijeđenih i bolesnih.
Uputstvo: Planovi su dnevni, mjesecni i godišnji.
- 46.11** Postoje datirani, dokumentirani planovi i procedure organiziranja akcija dobrovoljnog darivanja krvi u suradnji s lokalnim Crvenim križem/krstom/polumjesecom. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 46.12** Postoje procedure za prikupljanje krvi i krvnih sastojaka. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Prikupljanje krvi obuhvata izbor darivaoca krvi, izbor antikoagulantne otopine, određivanje količine krvi ili krvnog sastojka kojeg treba uzeti, uzimanje krvi, označavanje, transport i čuvanje krvi ili krvnih sastojaka do pripreme krvnog pripravka.
- 46.13** Postoje datirane, dokumentirane procedure obaveznog testiranja krvi svakog darivaoca na transmisivne bolesti. Procedure su napisane / revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Obavezno testiranje se odnosi na testove za hepatitis B i C, HIV, te sifilis.
- 46.14** Postoje dokumentirani kriteriji za procjenu potencijalnog darivaoca krvi.
Uputstvo: Svakom darivaocu krvi standardno se određuju vrijednosti hemoglobina i hematokrita. Ukoliko vrijednosti pomenutih parametara ne zadovoljavaju standarde pacijent nije podesan za darivanje krvi.
- 46.15** Prije uzimanja krvi ili krvnog sastojka darivaocu se objašnjava postupak, mogućnost samoisključenja, rizici davanja i ispitivanja te načini infekcije s HIV-om, tako da osoba rizičnog ponašanja može odustati od darivanja krvi.
Uputstvo: Transfuzijska jedinica trebalo bi da za ovo ima pisane informacije koje se potencijalnim darivaocima uručuju prije darivanja krvi.
- 46.16** Postoje pisane informacije za darivaoce krvi o tome koje se osobe trajno isključuju iz darivanja krvi. Informacije se uručuju potencijalnim darivaocima krvi prije postupka darivanja krvi.
Uputstvo: Trajno se isključuju: mentalno retardirane osobe, osobe sa sistemskim bolestima, težim bolestima pluća, kardiovaskularnog sistema, gastrointestinalnog sistema, bubrega, centralnog nervnog sistema, imunološkog sistema, krvotvornih organa, autoimunim bolestima, inzulin ovisnim dijabetesom, epilepsijom, težom hipertenzijom, resekcijom želuca, sadašnjim ili ranijim malignomima, s hepatitism B, C i AIDS-om, luesom, vironoše B i C hepatitis, HIV-a, zaraženi spirochetama, osobe liječene hormonom rasta, osobe s babeziozom, CJ bolešću ili su članovi njihove porodice imali CJ bolest, osobe s transplantiranom durom matris i koronom, narkomani sadašnji i bivši, osobe sa homoseksualnom orientacijom.

- 46.17** Postoje pisane informacije za darivaoce krvi o tome koje se osobe privremeno isključuju iz darivanja krvi. Informacije se uručuju potencijalnim darivaocima krvi prije postupka darivanja krvi.
- 46.18** Prilikom uzimanja krvi ili krvnih sastojaka poštivaju se sve mjere asepse.
Uputstvo: U svakom postupku mora se koristiti sterilni sistem i vrećice za jednokratnu upotrebu.
- 46.19** U transfuzijskoj jedinici vodi se evidencija/protokol o darivaocima i uzimanju krvi ili krvnog sastojka.
Uputstvo: Evidencija treba da sadrži: JMBG, ime i prezime uz ime oca/majke, adresu darivaoca, zanimanje, telefon, e-mail i kućna adresa darivaoca; datum i mjesto uzimanja krvi ili krvnog sastojka; naziv zdravstvene ustanove koja je uzela krv; rezultate mjerjenja tlaka, pulsa, težine i relevantne nalaze kliničkog pregleda; sastojak krvi koji je uzet; volumen uzete krvi ili krvnog sastojka; nuspojave ako su opažene u toku uzimanja krvi ili krvnog sastojka.
- 46.20** U knjižici dobrovoljnog darivaoca krvi upisuje se krvna grupa, datum uzimanja, krvni sastojak koji je uzet i izdaje se potvrda o uzimanju krvnog sastojka.
- 46.21** Postoji protokol darivaoca koji su trajno ili privremeno odbijeni od darivanja krvi.
Uputstvo: Ovi podaci su povjerljivi.
- 46.22** Propisani su kriteriji za darivaoce plazme koji se podvrgavaju plazmaferezama i s tim kriterijima upoznaju se darivaoci plazme i nakon toga daju pristanak uz potpis.
- 46.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura za izvođenje plazmafereze. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 46.24** Postoji datirana, dokumentirana procedura za darivanje ćelija (citoferesa). Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 46.25** Postoji datirana, dokumentirana procedura za preoperativno uzimanje autologne krvi ili krvnog sastojka koja uključuje informirani pristanak. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 46.26** Postoji datirana, dokumentirana procedura za uzimanje laboratorijskog uzorka od darivaoca krvi ili krvnog sastojka. Procedura je napisana / revidirana u zadnje tri godine.
- 46.27** Postoji datirana, dokumentirana procedura za analizu laboratorijskog uzorka od darivaoca krvi ili krvnog sastojka. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 46.28** Postoje protokoli o rezultatima laboratorijskih testiranja darivaoca, trudnica i bolesnika.
- 46.29** Postoji datirana, dokumentirana procedura za pripremu krvnih pripravaka od darivaoca krvi. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 46.30** Postoji protokol o pripravljenim krvnim pripravcima.
- 46.31** Postoji protokol o zdravstvenim profesionalcima koji su sudjelovali u uzimanju krvi, laboratorijskom ispitivanju i priredivanju krvi i krvnih pripravaka.
- 46.32** Postoji datirana, dokumentirana procedura za označavanje krvnih pripravaka. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Svakoj dozi krvi i krvnog sastojka daje se jedinstveni identifikacijski broj što omogućuje praćenje svakog krvnog pripravka, od uzimanja krvi ili krvnog sastojka do njenog transfundiranja ili uništavanja, kao i utvrđivanje podataka u dokumentaciji o darivaocu krvi, lab. ispitivanjima i načinima priprave, provjere kvaliteta, izdavanju, transportu, prometovanju, čuvanju i primjeni.
- 46.33** Postoje datirane, dokumentirane procedure za čuvanje i transport krvnih pripravaka. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Frižideri u kojima se čuvaju krvni pripravci moraju imati sistem koji bilježi temperaturu frižidera.
- 46.34** Postoji datirana, dokumentirana procedura za prometovanje krvnih pripravaka. Procedura je napisana / revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Promet krvi i krvnih pripravaka obavlja se između transfuzijskih ustanova.
- 46.35** Postoji datirana, dokumentirana procedura za uništavanje svih doza krvi, krvnih pripravaka i uzoraka krvi za laboratorijsko ispitivanje čiji je rok valjanosti istekao, koji su zarazni ili potencijalno zarazni i koji nisu zadovoljili druge kriterije opisane u radnim procedurama. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Neupotrebljiva krv se po zakonu obavezno spaljuje.
- 46.36** Postoji protokol uništenih krvnih pripravaka.
- 46.37** Postoji dokumentacija o radu mobilnih ekipa na terenu koja svjedoči da se aktivnosti ostvaruju u prostorima i na način koji zadovoljava opće transfuziološke standarde i principe.
Uputstvo: Uvjeti u kojima se krv i krvni sastojak uzima izvan transfuzijske jedinice mora zadovoljiti osnovne zahtjeve za sigurnost darivaoca i zdravstvenih profesionalaca.

Informacije za kliničare

- 46.38** Transfuzijska jedinica ima set informacija koje uručuje kliničarima u drugim bolnicama i odjelima.

Uputstvo: Informacije se odnose na predtransfuzijsko imunohematološko ispitivanje; korektnu identifikaciju bolesnika prije uzimanja uzorka za laboratorijsko ispitivanje; korektan sadržaj uputnice koja prati krvni uzorak za laboratorijsko ispitivanje; korektnе i kompletne podatke na obrascu za izdavanje krvi i krvnih pripravaka; proceduru kontrole ispravnosti primljene krvi i krvnih pripravaka; rok vraćanja krvi i krvnih pripravaka; proceduru primjene transfuzije krvi i krvnih pripravaka; opisan sistem otkrivanja, prijavljivanja i ispitivanja posttransfuzijskih reakcija.

- 46.39** Specijalista transfuziolog član je bolničkog odbora za transfuzijsko liječenje.
- 46.40** Transfuzijska jedinica ima i održava protokol bolesnika koji su imali posttransfuzijske reakcije ili su rezultati njihovih testiranja bili abnormalni.

Prostor i oprema

- 46.41** Transfuzijska jedinica mora imati odgovarajući broj prostorija s obzirom na obim i vrstu poslova koje obavlja.
- 46.42** Sve prostorije službe su tako uređene da omogućuju redovno održavanje higijene.
- 46.43** Transfuzijska jedinica mora imati posebne prostore za obavljanje svojih poslova, a kao minimum sljedeće: prostorije za uzimanje podataka od darivaoca; čekaonicu za darivače; prostor za uzimanje krvi i krvnih sastojaka; za pripremu krvi i krvnih pripravaka; za čuvanje krvi i krvnih pripravaka; za izvođenje plazmafereze i citoferoze; za izvođenje terapijske afereze bolesnika; za imunohematološko laboratorijsko ispitivanje; za mikrobiološka testiranja; za pakovanje i označavanje; za izdavanje krvnih pripravaka; posebne sanitарне prostorije za darivače, bolesnike i osoblje; biblioteku; i prostor za odmor zdravstvenih profesionalaca.
- 46.44** Prostori za uzimanje, konzervaciju, analizu, pripremanje produkata i lijekova iz krvi, kao i prostori za skladištenje i čuvanje krvi, komponenata i lijekova iz krvi, moraju odgovarati namjeni, a mogu ih opsluživati samo za to ovlaštene osobe.
- 46.45** Dizajn prostorija predviđenih za manipulacije s darivaocima krvi (ambulantnih i ležećih pacijenata) obezbjeđuje da su prostorije za prijem i za osvježenje nakon darivanja krvi odvojene od prostora za obradu krvi.

- 46.46** Prostorije za obradu darivalaca krvi sastoje se od prostorije za pregled darivaoca i prostorije u kojoj se obavlja punkcija krvi.
- 46.47** Unutar službe postoje označene prostorije za rukovanje i analizu uzoraka krvi pacijenata s uspostavljenom dijagnozom krvlju prenosivih bolesti, ili sa sumnjom na dijagnozu takve bolesti.
- 46.48** Unutar službe postoje označene prostorije za laboratorij za koagulaciju.
- 46.49** Unutar službe postoje označene prostorije laboratorija za imunohematologiju.
- 46.50** Unutar službe postoje označene prostorije za pripremu pripravaka iz krvi.
- 46.51** Unutar službe postoje označene prostorije za skladištenje i čuvanje pripravaka krvi.
- 46.52** Unutar službe postoje označene prostorije za tipizaciju.
- 46.53** Unutar službe postoje označene prostorije za interakcije (davalac – primalac).
- 46.54** Unutar službe postoje označene prostorije za čuvanje medicinske dokumentacije.
- 46.55** Unutar službe postoje označene prostorije za administraciju.
- 46.56** Unutar službe postoji posebna soba za direktora službe.
- 46.57** Unutar službe postoji posebna soba za liječnike,
- 46.58** Unutar službe postoji posebna soba za medicinske sestre / tehničare.
- 46.59** Oprema u transfuziološkoj službi je standardizirana i u skladu s propisima referentne ustanove za transfuzijsku medicinu.
Uputstvo: Oprema mora zadovoljavati tehničke standarde, posjedovati pismene instrukcije za upotrebu, održavanje, servisiranje, čišćenje i sanitaciju.
- 46.60** Oprema u transfuziološkoj službi se redovno održava i kalibrira i o tome postoji posebna dokumentacija.

- 46.61** Vodi se protokol o svim dijagnostičkim sredstvima, aparatima, servisiranju i popravkama.

Provjera kvaliteta

- 46.62** Transfuzijska jedinica ima politiku osiguranja kvaliteta kojom se utvrđuju organizacija osiguranja kvaliteta, dužnosti i odgovornosti djelatnika službe i načini provjere kvaliteta. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 46.63** Transfuzijska jedinica ima odbor/komisiju za osiguranje/poboljšanje kvaliteta kojom rukovodi koordinator kvaliteta u skladu sa zakonom.
- 46.64** Transfuzijska jedinica ima godišnji plan i program osiguranja/poboljšanja kvaliteta za koji je odgovoran direktor ustanove.
- 46.65** Postoje zapisnici sa sastanaka odbora/komisije za osiguranje kvaliteta.
- 46.66** Postoji i održava se protokol reklamacija i opoziva nekvalitetnih proizvoda.
- 46.67** Transfuzijska jedinica provodi kliničku reviziju u pogledu kvaliteta svojih proizvoda i za to postoji evidencija.

Standard 47: Onkološka služba: hemoterapija i radioterapija

Organizacija i menadžment hemoterapijske i radioterapijske službe osiguravaju da se onkološki bolesnici tretiraju u sigurnom i prijateljskom okruženju koje pruža obućeno i iskusno osoblje, olakšavajući sučelje između bolničke i primarne zdravstvene zaštite s ciljem poboljšanja komunikacija između profesionalaca, kontinuiteta zaštite i tretmana onkoloških bolesnika. Usluge hemoterapije, njege i ishodi liječenja redovito se evaluiraju i poboljšavaju, tako da onkološki pacijenti imaju zaštitu koja je u skladu s ovim standardima.

Hemoterapija: Osoblje i imenovanja

- 47.1** Postoji odbor za malignome na nivou bolnice / kliničkog centra i/ili šire mreže koji je zadužen i odgovoran za sve aktivnosti u polju kliničke onkologije.
- Upustvo: Vodstvo i organizacijska struktura su ključni elementi za učinkovit program u tretmanu malignoma. U tu svrhu postoji odbor za malignome koji je odgovoran za postavljanje ciljeva, planiranje, implementaciju, evaluaciju i poboljšanje svih aktivnosti koje se poduzimaju u polju kliničke onkologije.*
- Dužnosti i odgovornosti odbora za malignome su dokumentirani odgovarajućim internim propisima, politikama i procedurama.*
- 47.2** Imenovan je šef službe za hemoterapiju koji je specijalista medicinske onkologije ili hematoonkologije.
- Upustvo: Šef službe treba da ima odgovarajuće kvalifikacije; opis poslova i radnih zadataka; opis odgovornosti.*
- 47.3** Imenovana je glavna sestra službe za hemoterapiju koja se u okviru svog radnog vremena bavi primjenom hemoterapije i odgovarajućim administrativnim poslovima.
- Upustvo: Glavna sestra službe treba da ima odgovarajuće kvalifikacije; opis poslova i radnih zadataka; opis odgovornosti; raspored dnevnih aktivnosti.*
- 47.4** Na nivou bolnice/kliničkog centra postoji grupa za hemoterapiju koja uključuje, ali nije ograničena na slijedeće članove: hematoonkolog; onkolog za solidne tumore; glavna sestra odjela za hemoterapiju; klinički farmakolog.
- Upustvo: Šef odjela je uobičajeno uključen u grupu za hemoterapiju.*
- 47.5** Klinička grupa za hemoterapiju ima jasan opis radnih zadataka, dužnosti i odgovornosti i dijeli poslove s kliničkim odborom za lijekove, odnosno bolničkom komisijom za lijekove.
- Upustvo: Klinička grupa za hemoterapiju odgovorna je za to da su: sve mjere u vezi s hemoterapijom implementirane kako na nivou odjela, tako i na nivou bolnice/ kliničkog centra; implementirane kliničke vodilje za hemoterapiju malignoma; uspostavljene veze s ostatkom mreže kako bi se osiguralo jedinstveno implementiranje i evaluacija primjene kliničkih vodilja za hemoterapiju.*

- 47.6** Klinička grupa za hemoterapiju ugovara listu propisanih režima za svoje usluge koja je usklađena s listama drugih kliničkih grupa u mreži i koja se obnavlja jedanput godišnje.
Uputstvo: Lista treba da pokrije dogovorenu hemoterapiju u onkologiji solidnih tumora i hematoonkologiji.
- 47.7** Klinička grupa za hemoterapiju ima datiranu, pisanu politiku, koja je u skladu s politikom onkološke mreže, a koja se odnosi na primjenu prethodno nedogovorenih terapijskih režima. Politika je napisana / revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Politika bi trebalo da obuhvati navode izuzetnih okolnosti pod kojima bi se takav režim mogao koristiti (indikacije); i proceduru ovjeravanja korištenja takvog terapijskog režima.
- 47.8** Sve kliničke procedure izvodi kvalificirano kliničko osoblje koje je prethodno osposobljeno za njihovo provođenje i o tome postoje dokumentirani dokazi.
- 47.9** Postoji imenovana hemoterapijska sestra koja je zadužena za obuku iz administriranja hemoterapije. Takva sestra bi trebalo da administrira hemoterapiju pola radnog vremena, s minimumom iskustva od dvije godine u primjeni hemoterapije.
Uputstvo: Imenovana sestra može biti odgovorna za obuku u više kliničkih hemoterapijskih odjela, ali administrirati hemoterapiju samo u jednoj službi. Odjel koji se pregleda može imati dvije i više sestara koje su zadužene za obuku u hemoterapiji. Imenovana sestra može imati dvogodišnje iskustvo iz administracije hemoterapije djelomično ili potpuno na drugom hemoterapijskom odjelu.
- 47.10** Imenovana sestra za hemoterapiju, koja je zadužena za obuku iz administriranja hemoterapije, ima opis poslova i radnih zadataka u kojem su, pored ostalog, nabrojane odgovornosti za obuku: osigurati da je osoblje koje administrira hemoterapiju u službi obučeno i da se njihove sposobnosti provjeravaju u skladu s dogovorenim programom obuke u mreži; da se njihove sposobnosti ponovo ocjenjuju i potvrđuju jedanput godišnje; osigurati dogovoreni minimalni vremenski period tokom radne sedmice za ispunjavanje dužnosti i odgovornosti u obuci osoblja.
- 47.11** Tamo gdje se hemoterapijom tretiraju djeca, sestre su obučene za administriranje dječje hemoterapije.
- 47.12** Odjel raspolaže s godišnjim planom edukacije i obuke osoblja iz onkologije (osim učešća na konferencijama i drugim profesionalnim događajima).
- 47.13** Sve neophodne laboratorijske službe i služba transfuzijske medicine dostupne su tokom pružanja hemoterapijskih usluga.

47.14 Radiološka služba je dostupna u vrijeme kada se pružaju hemoterapijske usluge.

47.15 Odjel raspolaže datiranim, pisanim procedurama, ne starijim od tri godine, pomoću kojih se jasno određuju dužnosti i odgovornosti osoblja za incidentne situacije i odgovarajući interventni postupci.

Uputstvo: Odjel raspolaže s dokumentiranim i datiranim opisom procedura za anafilaksiju, ekstravazaciju citostatika, srčani zastoj i proljevanje citostatika koje su pregledane u posljednje tri godine.

47.16 Osigurani su kreveti za hospitalizaciju u slučaju potrebe.

Proces

47.17 Postoje datirane, dokumentirane radne procedure za provođenje hemoterapije koje su napisane ili pregledane u posljednje tri godine.

Uputstvo: Radne procedure mogu se povezati u jedinstven štampani priručnik za radne procedure. Sve relevantne radne procedure su dokumentirane i datirane a obnavljaju se najmanje jedanput u tri godine.

47.18 Postoji datirana, dokumentirana politika za holističku procjenu pacijenta prije početka hemoterapije, koja treba da uključi ne samo relevantne fizikalne faktore već i socijalne potrebe, te opažene psihološke, emocionalne i spiritualne potrebe pacijenta i njegovatelja.

Uputstvo: Za potrebe provjere kvaliteta usluga, holistička procjena definira se kao pregled potreba pacijenta i njegovih njegovatelja.

47.19 Postoje datirane, dokumentirane radne procedure za selekciju pacijenata kojima će se ordinirati hemoterapija.

Uputstvo: Radne procedure za selekciju bi trebalo da obuhvate zdravstvenu sposobnost pacijenata za dati tretman i socijalne uvjete kada je riječ o dnevnom tretmanu.

47.20 Postoje datirane, dokumentirane radne procedure za laboratorijske i druge pretrage prije započinjanja hemoterapije, kako za tretman u cjelini, tako i za svaki posebni ciklus, a odnose se na generičke parametre i parametre koji su specifični za svaki poseban režim s dogovorenem liste.

Uputstvo: Ocjenjivači imaju diskreciono pravo da ocijene stupanj pridržavanja s obzirom na 'beskrajan' raspon mogućih laboratorijskih i drugih parametara.

47.21 Postoje datirane, dokumentirane radne procedure za tehnike administriranja citostatika.

47.22 Postoje datirane, dokumentirane radne procedure za uspostavljanje venske linije uključujući i tretman komplikacija u vezi s tim.

- 47.23** Postoje datirane, dokumentirane vodilje za prepoznavanje i tretman neutropenične sepsе.
- 47.24** Postoje datirane, dokumentirane vodilje za korištenje hematopoetskih faktora rasta te korištenje krvi i krvnih pripravaka.
- 47.25** Postoje datirane, dokumentirane vodilje za prevenciju i tretman povraćanja koje je uzrokovano citostaticima.
- 47.26** Postoje datirane, dokumentirane radne procedure za prepoznavanje i tretman citotoksične ekstravazacije.
- 47.27** Postoje datirane, dokumentirane vodilje za prepoznavanje i tretman alergijskih reakcija uključujući i anafilaksiju.
- 47.28** Postoje datirane, dokumentirane vodilje za prevenciju i tretman stomatitisa, drugih mukozitisa i dijareje.
- 47.29** Postoje datirane, dokumentirane vodilje i radne procedure za prevenciju i tretman komplikacija koje su usko povezane sa specifičnim terapijskim režimom koji je dogovoren, a nisu uključene u gore navedene mjere.
Uputstvo: Na primjer: pre- i posthidratacija; folna kiselina; korištenje MESNE; prevencija ozbiljnih hipersenzitivnih reakcija; upotreba atropina za holinergičku dijareju; upotreba pyridoxina za hand foot sindrom, itd.
Ovo je samo ilustracija, a na ocjenjivačima je da ocijene primjenu različitih mjera s obzirom na 'beskrajan' raspon mogućih komplikacija i ordiniranih lijekova.
- 47.30** Radne procedure i vodilje moraju biti zajedničke za onkologiju solidnih tumora i hematoonkologiju barem u sljedeće četiri stavke: tehnike administriranja citostatika; uspostavljanje venske linije uključujući i tretman komplikacija u vezi s tim; prepoznavanje i tretman citotoksične ekstravazacije; i prepoznavanje i tretman alergijskih reakcija uključujući i anafilaksiju.
- 47.31** Postoji set odobrenih kliničkih vodilja i protokola za hemoterapiju malignoma koje su zasnovane na dokazima i ažurirane u posljednje dvije godine.
Uputstvo: Kliničke vodilje/protokoli mogu se povezati u jedinstven štampani priručnik za liječnike.
- 47.32** Postoje datirani i dokumentirani dogovori/sporazumi za farmaceutske usluge koje su povezane sa hemoterapijom. Sporazumi su napisani i pregledani u posljednje tri godine.
- 47.33** Sve proskripcije citostatika provjerava i ovjerava farmaceut.

- 47.34** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izdavanje, provjeru i pohranjivanje svih lijekova prije njihove upotrebe. Procedure su napisane i pregledane u posljednje tri godine.
Uputstvo: Procedura treba da uključi i opis poduzimanja akcije kada se utvrdi bilo koja nepravilnost u vezi s izdavanjem, provjerom ili pohranjivanjem lijeka prije njegove upotrebe.
- 47.35** Postoje datirana, dokumentirana procedura za otpust pacijenta kojom se specificira planiranje otpusta s obzirom na vrijeme, sadržaj otpusnog pisma i na pratnju do kuće kada je to potrebno. Procedura je napisana i pregledana u posljednje tri godine.
Uputstvo: Procedura mora zahtijevati da se u historiju bolesti upiše ime, adresa i telefonski broj osobe koja kod kuće brine o pacijentu.
- 47.36** Procedura za otpust pacijenta sadrži specifikaciju kontakata sa ustanovom u kojoj je pacijent liječen, a uključuje telefonske brojeve koje mu stoe na raspolaganju u slučaju bilo kakvih medicinskih problema, ili druge načine ostvarivanja kontakta.
- 47.37** Postoji datirana, dokumentirana procedura za menadžment iznenadnih, noćnih prijema bolesnika koji su prethodno bili podvrgnuti hemoterapiji. Procedura je napisana i pregledana u posljednje tri godine.
- 47.38** Osoblje primjenjuje proceduru provjere korak po korak prije administriranja hemoterapije s ciljem prevencije mogućih grešaka.
- 47.39** Postoji datirana, dokumentirana procedura provjere prije svakog administriranja hemoterapije da bi se provjerila tačnost sljedećih aspekata: identitet pacijenta na listi i na označenim lijekovima; rezultati kritičnih testova; režim i utvđivanje pojedinačnog lijeka; diluenti i volumeni razrjeđenja i bilo koja hidracija; da li se suportivni lijekovi daju prema proskripciji; put primjene i trajanje; broj ciklusa; terapija prema planu unutar ciklusa.

Radno opterećenje

- 47.40** Odjel vodi računa o radnom opterećenju kliničkog osoblja s ciljem prevencije mogućih grešaka.
- 47.41** Postoji sporazum pomoću kojeg šef odjela u konsultaciji sa onkološkim farmaceutskom službom i glavnom sestrom hemoterapije može ograničiti broj pacijenata koji će se tretirati hemoterapijom kada se procijeni da je radno opterećenje doseglo takav nivo koji ugrožava sigurnost pacijenata.
Uputstvo: Faktori koji su u igri prilikom procjene radnog opterećenja jesu kompleksnost režima i raspoloživost osoblja.

47.42 Postoji datirana, dokumentirana politika koja se ugovara između onkološkog farmaceutskog odsjeka/službe i relevantnih bolničkih menadžera koja utvrđuje u kojim se izuzetnim, ali samo izuzetnim, okolnostima dopušta administriranje hemoterapije izvan 'redovnog radnog vremena' i primjena hemoterapije prema tom uređenju.

Uputstvo: Tačnu definiciju 'redovnog radnog vremena' treba dogovoriti lokalno kao dio politike. Široko je prihvaćeno i kako se preporučuje da hemoterapiju, kad god je to moguće, treba administrirati tokom redovnog radnog vremena.

Informacije za pacijente i njegovatelje

47.43 Osigurane su usmene i pisane informacije za pacijente i njihove njegovatelje i svako relevantno informiranje korisnika bilježi se u historiju bolesti.

47.44 Pacijentima se daju usmene i pisane informacije o traženim pripremama prije hemoterapije.

Uputstvo: To može uključiti, na primjer, vrijeme dolaska, poželjnu odjeću i post.

47.45 Pacijentima se daje broj kontakt telefona prije tretmana da bi u slučaju nepredviđenih događaja, bilo koje bojazni ili iskršlog pitanja, mogli zatražiti razjašnjenje ili informirati službu o značajnim izmjenama u planu tretmana.

Uputstvo: Kontakt telefon treba uključiti u pisane informacije o traženim pripremama.

47.46 Prije početka hemoterapije od pacijenata se traži pristanak nakon informiranja o prednostima, rizicima i nuspojavama hemoterapije, bilo da je riječ o pisanim generičkim informacijama, bilo o specifičnim informacijama za pojedine režime.

Uputstvo: Preporučljivo je da formular bude pisan na b/h/s jezicima i razumljiv osobama sa senzornim onesposobljenjima. Pacijenti bi trebalo da imaju mogućnost za razgovor o opcijama tretmana nakon što su pojmili osnovne informacije, bilo u direktnoj konsultaciji, bilo telefonom.

47.47 Pacijentima koji su bili podvrgnuti hemoterapiji i njegovateljima daju se pisane informacije o potencijalnim nuspojavama nakon hemoterapije, kao što su, na primjer, pospanost, mučnina, povraćanje, vrtoglavica, glavobolja. Pacijenti također dobivaju pisane informacije o potencijalnim komplikacijama hemoterapije, kao što su: neutropenična sepsa; citotoksična ekstravazacija; stomatitis, drugi mukozitisi i dijareja.

Uputstvo: Informacije treba da sadrže opis simptoma prepoznavanja, akcije koju treba poduzeti, i kome i na koji način se treba obratiti za savjet. Preporučljivo je da informacije budu pisane na b/h/s jezicima i razumljive osobama sa senzornim onesposobljenjima.

- 47.48** Pacijentima koji su bili podvrgnuti hemoterapiji i njegovateljima daju se pisane informacije koje su specifične za pojedine dogovorene hemoterapijske režime, a nisu pokriveni generičkim informacijama.
- Uputstvo: Pružanje ovakvih informacija veoma je značajno zbog peroralne terapije citostaticima koja se nastavlja kod kuće. Ocjenjivači imaju diskreciono pravo da ocijene stupanj pridržavanja ovog kriterija s obzirom na 'beskrajan' raspon mogućih informacija koje treba dati pacijentima i njegovateljima. Preporučljivo je da informacije budu pisane na b/h/s jezicima i razumljive osobama sa senzornim onesposobljenjima.*
- 47.49** Pacijentima koji su bili podvrgnuti hemoterapiji i njegovateljima daju se usmene ili pisane informacije o potrebi osiguranja pratnje do kuće nakon provedene hemoterapije.
- 47.50** Pacijentima i njegovateljima pružaju se formalne informacije o pogodnostima učešća u kliničkim pokusima.

Ambijent

- 47.51** Prostori u kojima se aplicira hemoterapija imaju prijemnu službu za pacijente koji čekaju na hemoterapiju u čekaonici koja je odvojena od pristupnih hodnika i sobe za terapiju.
- 47.52** Prostorije za hemoterapijski dnevni tretman opremljene su sa prilagodljivim stolicama.
- 47.53** U prostorijama u kojima se administrira hemoterapija citotoksični lijekovi čuvaju se na sigurnom i pod kontrolisanom temperaturom.
- 47.54** Prostorije u kojima se administrira hemoterapija opremljene su za hitne intervencije u slučaju anafilaksije, ekstravazacije citostatika, srčanog zastoja i proljevanja citostatika.
- 47.55** Prostori u kojima se administrira hemoterapija tako su dizajnirani da služba raspolaže sa sigurnom dispozicijom citotoksičnog otpada.
- 47.56** Postoje posebne prostorije za prikupljanje iskorištnih materijala i otpada.
- 47.57** Pacijenti imaju pristup toaletima s rukohvatima, sigurnim bravama i umivaonikom.

Medicinska dokumentacija

- 47.58** Postoje minimalni skupovi podataka koji se odnose na različite aspekte hemoterapije i koji su propisani kao sastavni dio historije bolesti.
- 47.59** Za svakog pacijenta prije početka hemoterapije popunjava se slijedeći minimalni skup podataka: identifikacijski podaci; težina, visina i površina tijela; vrsta malignoma; namjeravani tretman – palijativni, kurativni, adjuvantni, neo-adjuvantni, drugi; režim i doze (uključujući sve citostatike koji će se koristiti i elektivne esencijalne lijekove za podršku osim antiemetika); put primjene (oralni, iv., iv infuzija, im, sc.); broj ciklusa koji se namjeravaju provesti; učestalost ciklusa i terapija unutar ciklusa; ispitivanja koja će se poduzeti prije početka cijelog tretmana; ispitivanja koja će se serijski primijeniti tokom tretmana (s ciljem utvrđivanja/praćenja toksičnosti i odgovora na tretman) i učestalost ispitivanja koja se namjeravaju poduzeti; za palijativne, kurativne i neoadjuvantne tretmane, naznačiti bilo koji tretman koji nije adjuvantni; maksimalan broj ciklusa nakon kojih će se ocijeniti odgovor na tretman prije nastavka/promjene tretmana.
- Uputstvo: Za neke tretmane kategorizacija nije lagana, na primjer, produženje života ili uvodenje u remisiju više palijacijom simptoma a manje liječenjem (neki tretmani za rak ovarijskog, rak pluća i hematološki malignomi).*
- 47.60** Za svakog pacijenta prije početka svakog ciklusa popunjava se slijedeći minimalni skup podataka: rezultati bitnih serijskih ispitivanja koji se odnose na taj ciklus (i prije administracije unutar ciklusa ako je to primjenljivo); bilo koja modifikacija doze bez obzira da li je ili nije postojala namjera za trajnom izmjenom doze; odlaganja bilo kojeg ciklusa (ili terapije); bilo koja uvedena suportivna terapija koja nije navedena u prethodnom kriteriju.
- 47.61** Za svakog pacijenta nakon završnog ciklusa popunjava se slijedeći minimalni skup podataka: da li je tretman kompletiran ili nije; ako nije kompletiran, razlozi za prekid tretmana: toksičnost, suboptimalni odgovor (za neoadjuvantni tretman), rekurentna bolest tokom adjuvantnog tretmana ili kombinacija prethodnih razloga; za kompletiranje režima neadjuvantnih tretmana treba navesti odgovor na tretman.
- 47.62** Historija bolesti sadrži sestrinske zabilješke o apliciranoj hemoterapiji, bilo da se vode zasebno, bilo da su sastavni dio historije, pri čemu je svaki unos podataka datiran i potpisana.
- 47.63** Historija bolesti sadrži zabilješke o otpustu pacijenta ili kopiju otpusnog pisma koje je uručeno pacijentu s podacima o datim preporukama za kontrolne pregledne.

Veza s primarnom zdravstvenom zaštitom / timom obiteljske medicine

- 47.64** Procedura za otpust pacijenta sadrži specifikaciju podataka za liječnika primarne zdravstvene zaštite koji se odnose na posthemoterapijske instrukcije, a to treba zabilježiti u historiju bolesti.
Uputstvo: Bez obzira što se kontrolni pregledi vrše u bolnicama/klinikama gdje je pacijent tretiran, izvjestan broj pacijenata kontaktirat će svog liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Iz tih razloga neophodne su ove instrukcije, bilo da se radi o trenutnom upućivanju bolesnika u bolnicu/kliniku, bilo da je riječ o urgentnim mjerama koje treba pružiti na nivou primarne zdravstvene zaštite.
- 47.65** Postoje vodilje/protokoli za liječnike primarne zdravstvene zaštite koji se odnose na savjetovanje liječnika šta poduzeti u slučaju kontakta s pacijentom nakon hemoterapije sa simptomima: neutropenične sepse; citotoksične ekstravazacije; mučnine i povraćanja; stomatitis, drugih mukozitisa i dijareje.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 47.66** Postoje vodilje/protokoli za liječnike primarne zdravstvene zaštite koji se odnose na savjetovanje liječnika, šta poduzeti u slučaju komplikacija koje se mogu javiti nakon provedene hemoterapije a s obzirom na specifični režim.
Uputstvo: Postojanje ovakvih vodilja veoma je značajno zbog peroralne terapije citostaticima koja se nastavlja kod kuće. Ocjenjivači imaju diskreciono pravo da ocijene stupanj pridržavanja ovog kriterija s obzirom na 'beskrajan' raspon mogućih komplikacija nakon provedene hemoterapije i nastavka iste u kućnim uslovima.
- 47.67** Otpusno pismo s detaljima o provedenoj hemoterapiji sadrži minimalan skup podataka za liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji se odnosi na učinak hemoterapije, nuspojave, toksičnost i druge detalje.

Poboljšanje kvaliteta

- 47.68** Služba za hemoterapiju imenuje jednog člana osoblja za koordinatora poboljšanja kvaliteta koji je odgovoran za poboljšanje kliničkih usluga hemoterapije.
- 47.69** Za svaku kalendarsku godinu prikupljaju se podaci prema određenim kategorijama i kriterijima na temelju kojih se mjeri kvalitet zaštite i ishodi hemoterapeutskog tretmana.
Uputstvo: Generički, revidiraju se – uočena nepoželjna praksa; implementacija aktivnosti na dostizanju poželjne prakse; zadovoljenje uočenih potreba pacijenata; zadovoljenje iskazanih pritužbi osoblja.

47.70 Odjel treba da ima najmanje dvije dokumentirane kliničke revizije godišnje koje se odnose na hemoterapeutski tretman onkoloških bolesnika.

Uputstvo: Odjel provodi klinički audit (reviziju prakse), na primjer, neplanirani prijemi noću; hitan premještaj na druge odjele klinike zbog komplikacija uzrokovanih hemoterapijom; korištenje citostatika u odnosu na kliničke vodilje; korištenje rutinskih i ciljnih dijagnostičkih ispitivanja; menadžment bola i sl. Revizija prakse nije cijelovita bez implementiranih mjera za poboljšanje, njihovog praćenja i učinka na poboljšanje zaštite.

Odjel može također revidirati put pacijenta, s fokusom na reviziju vremena za uslugu: od mjesta uputnice do dolaska u klinički centar i početka prvog ciklusa tretmana hemoterapije, kako za ležeće, tako i za ambulantne pacijente; od dolaska i prvog ciklusa hemoterapije do okončanja finalnog ciklusa hemoterapije, kako za ležeće, tako i za ambulantne pacijente;

Nakon završetka hemoterapije odjel bi trebalo da načini izvještaj s akcionim planom na poboljšanju usluga, s obzirom na vrijeme čekanja na uslugu. Nakon poboljšanja usluge, mjeri se novo vrijeme čekanja i upoređuje s prethodnim (prije aktivnosti na poboljšanju).

47.71 Služba provodi redovitu analizu korištenja citostatika prema usvojenim kliničkim vodiljama, posebno za svaki onkološki entitet i za svaki citostatik sa liste, uključujući i GLIVEC.

Uputstvo: Ulagni podaci se obrađuju i pristupa se mjerama racioniranja (ako su opravdane) po istom gore navedenom principu i postupku.

Radioterapija – osoblje i oprema

47.72 Imenovan je šef odjela za radioterapiju koji je specijalista radioterapije.

47.73 Radioterapijski tehničari su na službi ili se mogu kontaktirati u svaku vrijeme.

47.74 Radioterapijski tehničari odgovorni su šefu koji ih nadgleda.

47.75 Radioterapijski fizičari su zaposleni puno radno vrijeme ili su zaposleni pod ugovorom.

47.76 Kvalificirane, iskusne medicinske sestre su na službi ili se mogu kontaktirati u svaku vrijeme.

47.77 Postoji odgovorno lice za radijacionu sigurnost s dokumentiranom ulogom.

47.78 Sve radijacione procedure izvodi odgovarajuće obučeno osoblje.

47.79 Odjel raspolaže s opremom koja je propisana za obavljanje radioterapijskih procedura.

47.80 Odjel ima brz pristup CT-u radi planiranja radikalnih tretmana.

Proces

- 47.81** Sve informacije vezane za tretman pacijenta uključuju ime pacijenta i identifikacijski broj.
- 47.82** Sve procedure se izvode u skladu sa Zakonom o zaštiti od ionizirajućih zračenja i radiacionoj sigurnosti.
- 47.83** Kada se razvijaju ionizirajuće radijacione procedure, uključeni su sve profesionalno osoblje, supervizor za radijacionu sigurnost i savjetnik za radijacionu sigurnost.
- 47.84** Radioterapija, simulacija i planirane procedure izvode se samo nakon pisanog zahtjeva zdravstvenih profesionalaca koji su za to ovlašteni.
Uputstvo: Član 2. Pravilnika o uslovima za primjenjivanje izvora ionizirajućeg zračenja u medicini (Sl. list SFRJ br. 40/86) reguliše ko može propisivati radioterapiju i to su: radiolog, specijalista onkološke radioterapije, specijalista nuklearne medicine i druge kliničke specijalizacije za ljudе koji rade u oblasti nuklearne medicine duže od 5 godina.
- 47.85** Svi zahtjevi za radioterapijom su dokumentirani i klasificirani kao urgentni, palijativni ili radikalni.
- 47.86** Propisivanje sadrži dovoljno kliničkih informacija da bi se tretman mogao opravdati.
- 47.87** Postoje datirane, dokumentirane procedure kojima su uspostavljene maksimalne i minimalne doze i kako se za svaki tretman izračunava doza. Procedure su napisane ili revidirane barem u zadnje tri godine.
- 47.88** Postoji datirana, dokumentirana procedura za tačnu identifikaciju pacijenta prije započinjanja svakog tretmana. Procedura je napisana ili revidirana barem u zadnje tri godine.
- 47.89** Za sve radijacione tretmane čuva se medicinska dokumentacija koja minimalno treba da sadrži radiografske snimke ili druge slike za planiranje tretmana i izračunate doze zračenja.
- 47.90** Postoji datirana, dokumentirana procedura za pohranjivanje filmova, planova tretmana i proskripcija za tretmane sa zabilježenim vremenom čuvanja. Procedura je napisana ili revidirana barem u zadnje tri godine.
- 47.91** Filmovi, planovi tretmana i proskripcije za tretmane pohranjeni su na takav način koji zahvaljujući šifriranom sistemu omogućuje brz pristup i pretraživanje.

- 47.92** Postoje datirane, dokumentirane procedure za tretman pacijenata koji imaju posebne potrebe, uključujući i one koji su kritično bolesni ili one koji zahtijevaju mjere izolacije. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 47.93** Postoje datirane, dokumentirane procedure za zbrinjavanje hitnih stanja. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 47.94** Postoje datirane, dokumentirane procedure za informiranje pacijenata, njihovih porodica ili njegovatelja o radioterapiji i zabilješka o tome u historiji bolesti. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 47.95** Implementirane mjere radijacione zaštite nadzire odgovorno lice za radijacionu sigurnost.
- 47.96** Postoje datirane, dokumentirane vodilje za zdravlje i sigurnost koje su specifične za usluge koje se pružaju i korištenju opremu. Vodilje su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Mogu pokrivati, naprimjer, hemijske i radijacione incidente i rizike kontaminacije i infekcije.

Informacije za pacijente

- 47.97** Postoje pisane informacije za pacijente koji se podvrgavaju radioterapiji, što uključuje savjetovanje i akcije koje će se poduzeti u slučaju nuspojava ili komplikacija.
- 47.98** Informacije se pacijentima uručuju prije započinjanja radioterapije.

Ambijent

- 47.99** Postoji sigurno, olovom zaštićeno skladištenje raspakovanih izotopa koji se koriste na odjelu.
- 47.100** Postoji popis svih raspakovanih izvora zračenja koji se ažurira nakon primanja i nakon korištenja.
- 47.101** U prisustvu biorizika ili radiografske opreme obezbjeđena je odgovarajuća zaštita i protektivna odjeća.
- 47.102** Osoblje koje radi sa izvorima jonizirajućeg zračenja nosi mjerače za praćenje ozračenja.

- 47.103** Naprave za praćenje ozračenja periodično se procjenjuju u skladu sa zakonskim propisima.
- 47.104** Izvještaji se podnose odgovornom licu za zaštitu od zračenja.
- 47.105** Svem osoblju daju se instrukcije o mjerama sigurnosti koje treba poduzeti radi vlastite zaštite i zaštite pacijenata.
- 47.106** Postoji dokumentirani raspored za procjenu sigurnosti svih soba i opreme koju provodi kvalificirani stručnjak za zračenje a evidencija o procjeni sigurnosti se čuva.
- 47.107** Sva oprema je kalibrirana u skladu sa zakonskim propisima a evidencija o provjeri kalibracije se čuva.
Uputstvo: Naprimjer, provjera sigurnosti opreme se vrši nakon redovnog održavanja.
- 47.108** Sva oprema i pomoćna sredstva za tretman pacijenta se provjeravaju prije njihove upotrebe i bilježi se bilo koja njihova nepravilnost te poduzimaju odgovarajuće akcije.
Uputstvo: Sve nepravilnosti i kvarovi na opremi i pomoćnim sredstvima se jasno obilježavaju.

Medicinska dokumentacija

- 47.109** Dokumentacija o radioterapiji se čuva i uključuje: proskripciju; plan tretmana; zapis o tretmanu; i sve opservacije zdravstvenog profesionalca koji je bio uključen u tretman.
Uputstvo: To uključuje bilo koje odstupanje od predloženog plana tretmana, naprimjer, kada pacijent ne dođe na dnevni tretman.
- 47.110** Dokumentacija za radioterapiju sadrži zabilješku o otpuštanju/završetku tretmana i instrukcije o kontrolnim pregledima.
- 47.111** Informacije o provedenoj radioterapiji šalju se liječniku primarne zaštite/obiteljskom liječniku, što uključuje informacije o nuspojavama, toksičnosti i detalje tretmana.

Poboljšanje kvaliteta

- 47.112** Pregledava se vrijeme čekanja na zakazane preglede na nivou odjela kao indikator izvedbe i ishoda.
- 47.113** Postoji sistem upravljanja kvalitetom koji uključuje i kontrolu kvaliteta opreme za radioterapiju.

Standard 48: Specijalistička palijativna zaštita (SPZ)

U jedinici specijalističke palijativne zaštite i njege umirućih pacijenata usluge pruža multidisciplinarni tim koji ispunjava potrebe pacijenata i njihovih njegovatelja i članova porodice.

Filozofija zaštite

- 48.1** Postoji datirana, dokumentirana izjava o filozofiji SPZ koja uključuje vrijednosti službe i jasno definirani cilj odjela za SPZ. Izjava o filozofiji je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Upustvo: To može uključivati elemente kao što su holistički pristup od strane odjela SPZ.
- 48.2** Izjava o filozofiji SPZ uključuje utvrđivanje ciljne populacije pacijenata/korisnika radi kojih služba postoji.
- 48.3** Izjava o filozofiji SPZ uvezana je s izjavom o organizacijskim jednakim mogućnostima.
Upustvo: SPZ bi trebalo da pokaže respekt za kulturne norme, vrijednosti i uvjerenja i socijalne okolnosti svih pacijenata / korisnika.
- 48.4** Izjava o filozofiji SPZ uključuje različite potrebe pacijenata/korisnika.
Upustvo: To uključuje, naprimjer, različite potrebe i interes pacijenata/korisnika različitih starosnih skupina i različite potrebe/interese u različitim fazama bolesti.
- 48.5** Izjava o filozofiji SPZ priznaje i pokazuje poštivanje za dignitet, autonomiju i izbor pacijenta / korisnika.
- 48.6** Izjava o filozofiji SPZ prepoznaje podršku i potrebe za njegovom članova porodice pacijenata i njihovih njegovatelja.
- 48.7** Izjava o filozofiji SPZ pokazuje privrženost poboljšanju kvaliteta što se vidi iz razvoja službe i usluga koje se pružaju.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 48.8** Postoji imenovani iskusniji menadžer s odgovornostima za cijelokupno upravljanje odjelom za SPZ.
- 48.9** Postoji klinički menadžer odjela SPZ.
Upustvo: To može biti ista osoba kao što je menadžer cijelokupnog odjela SPZ.

- 48.10** Njegu obezbuđuje multidisciplinarni tim koji uključuje sestru/e s posebnim iskustvom u palijativnoj njezi i liječnika/e s posebnim iskustvom u palijativnoj medicini.
- Uputstvo: Tim može također uključivati fizioterapeute, radne terapeute, dijetetičare, govorne i jezične terapeute i psihologe. Ne očekuje se da tim obavezno uključuje sve moguće zdravstvene profesionalce koji mogu biti dio multidisciplinarnog tima.*
- 48.11** Multidisciplinarni tim također uključuje socijalnog radnika/e i po potrebi vjerskog službenika.
- Uputstvo: Ulogu socijalnog radnika treba jasno definirati.*
- 48.12** U specijalističko-palijativnoj njezi bolničkog tipa, medicinska i sestrinska njega je na raspolaganju 24 sata tokom dana od strane osoblja sa specijalističkim iskustvom.
- 48.13** Postoje multidisciplinarni klinički sastanci unutar službe i čuvaju se bilješke sa sastanaka.
- 48.14** Osoblje multidisciplinarnog tima održava dobre međusobne komunikacije između sastanaka.
- Uputstvo: Odjel za SPZ ima listu članova tima sa svim kontakt adresama i telefonima (uključujući i raspored rada unutar drugih službi).*
- 48.15** Postoje datirani, dokumentirani sporazumi za povezivanje i suradnju s drugim odjelima i agencijama. Dokumenti su napisani/revidirani u zadnje tri godine.
- 48.16** Komunikacijski sistemi s drugim odjelima i agencijama se prate u odnosu na njihovu učinkovitost.
- 48.17** Formalni timski sastanci s drugim odjelima i agencijama održavaju se barem jednom godišnje radi revizije zajedničkih poslova i komunikacija.
- 48.18** Osoblje na odjelu SPZ zna kako pristupiti kliničkim savjetima 24 sata tokom dana za profesionalce, pacijente i njihove porodice/njegovatelje.

Osoblje – razvoj osoblja i edukacija

- 48.19** Kliničko osoblje ima specijalističke kvalifikacije ili može demonstrirati posjedovanje prihvatljivog nivoa sposobnosti da može ispuniti potrebe za palijativnom njegovom pacijenata, njihovih njegovatelja i članova porodice.
- Uputstvo: Proporcionalni odnos kliničkog osoblja sa specijalističkim kvalifikacijama će zavisiti od tipa odjela SPZ.*

- 48.20** Osoblje je prošlo obuku o vještinama komunikacija, uključujući saopštavanje loših vijesti. Prisustvo obuci se evidentira.
- Uputstvo: Obuka bi trebalo obuhvatati komunikaciju s različitim grupama osoblja kao i s pacijentima. Osoblje i dobrovoljci trebaju savladati specifične i različite vještine zavisno od oblasti službe u kojoj rade.*
- 48.21** Postoje informacije o tekućim kursevima i obuci iz palijativne zaštite za sve nivoe osoblja.
- 48.22** Članovi osoblja multidisciplinarnog tima redovno prolaze dopunjenu obuku o specifičnim metodama i tehnikama koje se koriste za tretman bola, kontrolu simptoma i drugih oblasti koje su relevantne za pružanje usluga u SPZ.
- 48.23** Članovi osoblja multidisciplinarnog tima prolaze obuku za procjenu potreba palijativne njegе, uzimajući u obzir pacijentove fizičke, psihološke, socijalne, religiozne i kulturne potrebe.
- 48.24** Postoje edukacijski programi koji tretiraju etička i pravna pitanja.
- Uputstvo: To bi trebalo uključivati razumijevanje profesionalne odgovornosti da se postupa u najboljim interesima pacijenta korisnika; poštivanje njegove autonomije; tumačenje njegove zaživotne volje; i pitanja, kao što su: odluke o vještačkoj prehrani i hidraciji, održavanje i uskraćivanje tretmana koji produžavaju život, postupanje u slučajevima pitanja pacijenta o eutanaziji, te pitanja konflikta želja između pacijenta i njegove porodice.*
- Opaska: Bez obzira što ova pitanja još nisu pravno regulisana, o njima treba raspravljati u okviru edukacijskih programa iz kliničke etike.*
- 48.25** Članovi osoblja multidisciplinarnog tima prolaze obuku o vještinama za opću psihosocijalnu podršku (uključujući duhovnu podršku i podršku ožalošćenima) pacijentima, njihovim njegovateljima i članovima porodice.
- Uputstvo: Obuka se koncipira prema ulogama i različitim potrebama osoblja.*
- 48.26** Postoji profesionalna i lična podrška osoblju, kojom se prepoznaje poseban stres prilikom rada s umirućim pacijentima i njihovim njegovateljima i porodicom.
- Uputstvo: Podrška bi trebalo zadovoljavati potrebe svega osoblja a ne samo onog osoblja koje njeguje pacijente. Podrška se može ostvariti kroz savjetovališta (na odjelu ili izvan njega), kroz grupe za podršku, časove relaksacije, sistem prijateljstva s osobljem i na druge načine.*

Medicinska dokumentacija

- 48.27** Planovi njegе, tekući problemi i napredak su dokumentirani u pacijentovoj multidisciplinarnoj historiji bolesti, a svi članovi tima dopunjuju kliničku evidenciju nakon svakog kontakta s pacijentom ili njegovateljem.

- 48.28** Dopunjena pacijentova klinička evidencija i druge informacije o pacijentima i njihovim njegovateljima dostupni su svim članovima multidisciplinarnog tima.

Komunikacija s pacijentima

- 48.29** Postoje datirani, dokumentirani kriteriji o kvalifikaciji za tretman i njegu koja se pruža u SPZ i načini za pristup toj njezi.
Uputstvo: Informacije o kvalifikacijama i pristupu njezi trebali bi biti široko dostupni ustanovama koje upućuju pacijente.
- 48.30** Osoblje pokazuje obzirnost, ljubaznost i poštovanje u komunikacijama s pacijentima/korisnicima, njegovateljima, članovima porodice i posjetiocima.
- 48.31** Pacijentima i njegovateljima se predstavljaju različiti članovi multidisciplinarnog tima i objašnjava im se uloga svakog pojedinog člana tima.
- 48.32** Pacijentima/korisnicima, njegovateljima i članovima porodice daju se informacije o raspoloživim uslugama unutar SPZ ili šire.
- 48.33** Provodi se osjetljiva komunikacija i diskusija s pacijentima i njegovateljima/članovima porodice (s pristankom pacijenta) o nivou informiranosti pacijenta u vezi s njegovim stanjem, prognozom i opcijama njege, pri čemu se pacijentu nude informirani izbori sa savjetom članova tima.
- 48.34** Pacijentima/korisnicima, njegovateljima i članovima porodice daju se telefonski brojevi ključnih osoba u SPZ da bi mogli kontaktirati odjel između vizita, sastanaka i epizoda hospitalizacije.
Uputstvo: Jedan član multidisciplinarnog tima određen je kao glavna osoba za kontakt za svakog pacijenta i njegove njegovatelje.
- 48.35** Postoje komunikacijska pomoćna sredstva i metodi u komunikaciji s pacijentima koji ne mogu verbalno opći.
Uputstvo: Članovi multidisciplinarnog tima trebalo bi da su uvježbani u korištenju takvih komunikacijskih pomoćnih sredstava i metoda.
- 48.36** Postoje leci s informacijama o lokalnim i širim resursima za usluge palijativne zaštite za pacijente, njegovatelje i članove porodice i objašnjenja kako im se može pristupiti.
Uputstvo: Gdje je to moguće, ove informacije nude se u različitim formatima, kao što su veća slova za slabovidne i audiovizuelni materijali.

- 48.37** Postoje sporazumi za povezivanje pacijenata, njegovatelja i članova porodice s agencijama, drugim sličnim organizacijama i dobrovoljnim organizacijama.

Uputstvo: Određen je jedan član tima za povezivanje pacijenata/korisnika s drugim organizacijama radi podrške, uključujući i podršku ožalošćenima.

- 48.38** Pacijenti su upoznati da se informacije, koje se njih tiču, mogu razmjenjivati između različitih organizacija i agencija, i traži se njihova dozvola za komuniciranje ovih informacija.

Njega pacijenta

- 48.39** Svi novopristigli pacijenti, upućeni na odjel SPZ, procjenjuju se od strane članova multidisciplinarnog tima u dogovorenom vremenskom roku.

Uputstvo: Vrijeme čekanja na termin za njegu trebalo bi redovno ocjenjivati da se pristup službi ne bi odlagao.

- 48.40** Procjena pacijenta obuhvata fizičke, praktične, kulturalne, duhovne, socijalne i psihološke potrebe.

Uputstvo: Prilikom procjene trebalo bi uzeti u obzir porodične okolnosti i posebne potrebe njegovatelja/članova porodice.

- 48.41** Proces procjene je usmjeren na pacijenta ali uključuje i pacijentove njegovatelje i članove porodice, s dozvolom pacijenta.

- 48.42** Plan njegi se redovno ocjenjuje s pacijentima i njihovim njegovateljima/članovima porodice, u saglasnosti s promjenom njihovog mišljenja i kada su indicirane izmjene u njezi pacijenta.

- 48.43** Razvijena je medicinska dokumentacija koju čuva pacijent.

Uputstvo: Medicinska dokumentacija koju čuva pacijent olakšava protok informacija u slučaju kada pacijent prima zaštitu brojnih i različitih organizacija i agencija.

- 48.44** Jedan član tima je ključna osoba za svakog pacijenta, kao vođa tima koji ima opću odgovornost za njegu i tretman.

- 48.45** Tim za palijativnu njegu obuhvata članove s takvim nivoom obuke i vještinama kojima se osigurava pružanje potpune (holističke) njegi.

Uputstvo: Vještine mogu obuhvatati, npr: kupiranje bola i kontrolu simptoma, psihosocijalnu njegu, duhovnu podršku, podršku ožalošćenima prije i poslije smrti pacijenta, komplementarnu (dopunsku) terapiju, mentalno zdravlje (kada se radi o pacijentima s mentalnim problemima) i poteškoće u učenju (kada se radi s takvim pacijentima).

- 48.46** Član multidisciplinarnog tima ocjenjuje barem jedanput dnevno ležeće pacijente.
- 48.47** Svi ostali pacijenti (na dnevnom tretmanu, u ambulanti, kod kuće ili u domu) ocjenjuju se pri prvom kontaktu i potom u skladu sa procedurama službe.
- 48.48** Postoje datirane, dokumentirane vodilje zasnovane na dokazima o tretmanu bola i kontroli ostalih simptoma bolesti. Vodilje su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Vodilje su zasnovane na istraživačim dokazima i priznatim standardima za dobru praksu.
- 48.49** Postoje definirani putevi zaštite koji određuju potrebnu njegu za pacijente i njihove njegovatelje. Putevi se koriste kao dio kliničke revizije i za analizu ishoda.
- 48.50** Postoji psihosocijalna podrška za njegovatelje i članove porodice.
- 48.51** Poštivaju se prava pacijenta/korisnika u vezi s njegovim / njezinim izborima na kraju života i promjenama tih izbora.
- 48.52** Postoje vodilje koje pomažu pacijentima koji žele da izraze zaživotnu volju, uključujući i informacije o politici reanimacije.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 48.53** Članovi multidisciplinarnog tima nadziru pacijentovo razumijevanje informacija o njihovom stanju.
- 48.54** Postoji pristup kratkotrajnoj hospitalizaciji radi ublažavanja simptoma, ocjene ili rehabilitacije.

Uključivanje i podrška članovima porodice/njegovateljima

- 48.55** Multidisciplinarni tim, uz pristanak pacijenta, konsultira se s članovima porodice/njegovateljima kako bi se utvrdile potrebe članova porodice/njegovatelja za informacijama i podrškom.
Uputstvo: To može uključivati duhovnu, psihosocijalnu i praktičnu podršku.
- 48.56** Postoji specifična podrška za djecu i omladinu koji imaju bliske odnose s pacijentima.

- 48.57** Na raspolaganju su informacije i obuka za njegovatelje koji žele biti odgovorni za njegu pacijenta kod kuće.

Smrt pacijenta

- 48.58** Informacije koje se evidentiraju prilikom prijema obuhvataju ime osobe koju treba kontaktirati u slučaju smrti pacijenta.

Uputstvo: Procedure mogu uključivati uputstva o osjetljivosti i najboljem rasporedu vremena za pružanje informacija. Informacije koje se daju trebalo bi obuhvatati utvrđivanje smrti, procedure za sahranu ili kremiranje.

- 48.59** Zaštita pacijenta poslije smrti uzima u obzir religiozne i kulturne potrebe, kako na zahtjev pacijenta tako i njegove porodice.

- 48.60** Bolnica ima prostor u kojem članovi porodice i njegovatelji mogu provesti vrijeme s umrlim.

Uputstvo: Prostor omogućuje članovima porodice i njegovateljima da vide umrlog u mirnom okruženju. Ako se radi o jednokrevetnoj sobi, to može biti i ta soba.

- 48.61** Za članove porodice/njegovatelje na raspolaganju su informacije u vezi s registracijom smrti i sahranom.

Podrška za ožalošćene

- 48.62** Postoji podrška za članove porodice i njegovatelje prije i poslije smrti pacijenta.

- 48.63** Za članove porodice umrlog i njegovatelje osiguran je pristup telefonu.

Uputstvo: Pri tome treba razmotriti vizuelnu i zvučnu privatnost.

- 48.64** Postoje dogovori za duhovnu podršku u vrijeme umiranja oboljelog u času smrti.

- 48.65** Procjenjuje se vulnerabilnost članova porodice i njegovatelja.

- 48.66** Postoje pisane informacije za članove porodice i njegovatelje o gubitku člana porodice/prijatelja, uključujući i informacije o lokalnim i državnim uslugama za ožalošćene i organizacijama koje daju u takvim slučajevima podršku i pomoć, tamo gdje takve organizacije i službe postoje.

Ambijent

- 48.67** Sve sobe koje koriste pacijenti imaju pristup za invalide.
- 48.68** Prekidači za svjetlost i grijanje su prilagođeni pacijentima u svim sobama.
- 48.69** U svim sobama za pacijente uz nemirujući šumovi i buka su svedeni na minimum.
- 48.70** Pacijenti imaju nesmetan pristup telefonu u punoj privatnosti.
- 48.71** Postoje označene zone gdje pacijenti/korisnici mogu pušiti.
Uputstvo: Zone za pušenje treba da su jasno označene i moraju imati adekvatnu ventilaciju. Zone za pušenje treba tako postaviti da nepušači ne moraju kroz njih prolaziti.
- 48.72** Postoji prostor za obavljanje vjerskih potreba.
Uputstvo: Prostori za molitvu i meditaciju trebalo bi da imaju zajednički pristup i trebalo bi ih prilagoditi za različite duhovne i religijske tradicije, svrhe i funkcije. Religijski i duhovni događaji zahtijevaju više prostora u odnosu na molitvu ili meditaciju i trebalo bi ih prilagoditi tako da su višesvrhoviti. Gdje je to moguće za ove namjene, trebalo bi osigurati 24-satni pristup.
- 48.73** U prostorijama za dnevni tretman postoji soba za odmor.
- 48.74** Postoji prostor za odlaganje opreme.
Uputstvo: Tehničku opremu trebalo bi čuvati što dalje, koliko je to moguće, od prostora za tretman da bi se postigla kućna atmosfera.
- 48.75** U stacionarnom dijelu odjela postoje prostorije za higijenu i korištenje WC-a za pacijente u potpunoj privatnosti.
- 48.76** U stacionarnom dijelu odjela postoje prostorije za kupanje, brijanje i pranje kose pacijenata.
- 48.77** Za pacijente koji ne mogu koristiti te prostorije bez nečije pomoći, odjel omogućuje pacijentima privatnost i dostojanstvo.
Uputstvo: Pacijenti ne bi trebalo da budu izloženi kada su otvorena vrata kupaonice/toaleta i trebali bi postojati odgovarajući zastori oko kreveta.
- 48.78** Pacijenti imaju izbor jednokrevetne sobe ako je dostupna.
Uputstvo: Priznaje se da to nije uvijek moguće ostvariti.

- 48.79** Svi kreveti imaju paravane ili zavjese koji osiguravaju potpunu vizuelnu privatnost.
- 48.80** Članovi porodice raspolažu jednom sobom.
Uputstvo: Taj prostor bi trebalo da može primiti pacijenta i barem jednog člana porodice.
- 48.81** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s kućnim ljubimcima. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura treba da sadrži izjavu da li je kućnom ljubimcu dozvoljen pristup u bolnicu/odjel. Ako je pristup dozvoljen, procedura bi trebalo da uključi izjavu o organizacijskim limitima za odgovornost u pogledu životinja i jasno uputstvo za ulogu osoblja u ponašanju prema životinjama.
- 48.82** Pacijentima je u sobi dozvoljeno da oko sebe drže lične predmete.
Uputstvo: Prostorna ograničenja diktirat će ono što je razumno. Kao minimum, pacijenti bi trebalo da imaju policu ili sto na kojoj mogu držati fotografije, knjige, cvijeće i slično.
- 48.83** Pacijenti imaju pristup spoljašnjem prostoru.
Uputstvo: To može biti vrt ili u urbanim uvjetima, terasa na vrhu kuće, odnosno balkon.

Poboljšanje kvaliteta

- 48.84** Kao dio programa poboljšanja kvaliteta, odjel SPZ koristi objavljene i provjerene načine kliničke revizije.
- 48.85** Poduzima se multidisciplinarni klinički audit u suradnji s drugim agencijama i organizacijama, kao i unutar bolnice.
- 48.86** Indikatori izvedbe i ishoda pregledaju se na nivou odjela SPZ, uključujući dostupnost usluga za pacijente koji su upućeni na njegu i tretman.

Standard 49: Porodiljstvo

Porodiljski odjel pruža sigurnu i učinkovitu njegu majki i njihove djece a usluge pružaju obučeni i kvalificirani profesionalci.

Strategija

- 49.1** Postoji datirana, dokumentirana strategija odjela kojom se definiraju planirane usluge porodiljstva i pružanje tih usluga u skladu s politikama zaštite koja je usmjeren na potrebama žena. Strategija je napisana/revidirana u protekle tri godine.

Uputstvo: Politike koje su usmjereni potrebama majki temelje se na principima informiranog izbora, kontinuiteta zaštite i njegovatelja, odgovornosti i pristupačnosti, uključivanju žena u planiranje i kliničku učinkovitost.

Osoblje – upravljanje i imenovanje

- 49.2** Postoji klinički menadžer (šef, rukovodilac) porodiljskog odjela koji je specijalista obstetričar.
- 49.3** Obstetričari, ginekolozи и anesteziolozi imaju priznate kvalifikacije za svoju specijalnost.
- 49.4** Medicinske sestre imaju kvalifikacije i iskustvo u porodiljstvu.
- 49.5** Sve sestre na odjelu imaju 24-satni pristup stručnim profesionalnim savjetima glavne sestre s iskustvom.
- 49.6** Pacijentice imaju 24-satni pristup porodiljskom odjelu a sestre akušerke su im na raspolaganju tokom cijelog dana.
- 49.7** Porodiljski odjel ima 24-satni pristup odjelu za intenzivnu njegu majki i jedinicama za njegu novorođenčadi.
Uputstvo: Tamo gdje nisu na raspolaganju prostorije na odjelu, moraju postojati unaprijed dogovoreni aranžmani za hitne situacije u jedinici koja prima pacijentice. Liječnici, akušerke ili sestre za neonatalnu njegu prate majku, dijete ili oboje.
- 49.8** Specijalista obstetričar može se lako kontaktirati u hitnim slučajevima i, uzimajući u obzir lokalne okolnosti, u mogućnosti je doći u roku 15 minuta od momenta kada je kontaktiran.
- 49.9** Postoji pristup pedijatrijskom timu za hitan tretman bolesnih beba, i redovnim konsultacijama o ostalim problemima vezanim za novorođenčad.

- 49.10** Odjel i osoblje organizirani su na takav način da promoviraju kontinuitet zaštite i kontinuitet njegovatelja za žene.
Uputstvo: Kontinuitet zaštite podrazumijeva da je zaštita pružena na dosljedan način bez obzira na profesionalca koji je pruža. Kontinuitet njegovatelja podrazumijeva da zaštitu pruža mali broj profesionalaca, tako da ih žene poznaju tokom trudnoće.
- 49.11** Timovi porodiljskog odjela ili komisije, koji imaju opis poslova i radnih zadataka, razvili su procedure i plan pružanja usluga s ciljem da se implementira strategija odjela.
- 49.12** Imenovan je specijalista pedijatar koji daje savjete za razvijanje protokola za njegu novorođenčadi.
- 49.13** Sve neregistrirano odnosno nelicencirano osoblje na odjelu podliježe superviziji i ima pristupa licenciranom i iskusnom osoblju dokle god radi na odjelu.
Uputstvo: Ovo uključuje specijalizante i sestre na praksi.
- 49.14** Odjel imenuje supervizore za različite specijalističke profile.
- 49.15** Sestre akušerke koje se u praksu vraćaju nakon petogodišnje pauze u radu prethodno moraju završiti praktični kurs radi obnove znanja i vještina.

Osoblje – razvoj i edukacija

- 49.16** Sve neregistrirano osoblje zaposleno na porodiljskom odjelu se nadzire i ima pristup kvalificiranoj sestri s iskustvom tokom cijelog dana.
- 49.17** Ginekolozи i opstetričari koji izvode laparoskopske operacije i sterilizaciju prošli su naprednu obuku iz relevantnih specijalističkih kliničkih modula.
- 49.18** Sve osoblje na odjelu je obučeno za korištenje tehničke opreme i ima ažuriranu obuku minimalno jednom godišnje.
- 49.19** Članovi timova prolaze svakih šest mjeseci obuku iz rješavanja hitnih stanja u porodiljstvu.
- 49.20** Postoji dodatna obuka za sestre akušerke radi razvoja njihove prakse.
- 49.21** Sve osoblje učestvuje u programima kontinuiranog profesionalnog razvoja i prisustvuje multidisciplinarnoj obuci.

Proces

- 49.22** Postoje preporučene, na dokazima bazirane, multidisciplinarne vodilje za tretman ključnih situacija/stanja na odjelima za ante- i post-natalnu njegu i u rađaoni.
- Uputstvo: Trebalo bi postojati dokumentirane vodilje za sva stanja. Svi zdravstveni profesionalci prihvataju i pridržavaju se tih protokola, prevenirajući nastanak zabune i individualnih odstupanja u praksi koji mogu nastati u hitnim situacijama.*
- 49.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura za neonatalni skrining. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 49.24** Postoje datirane, dokumentirane procedure o rutinskom korištenju testova za određivanje Anti-D antitijela u svrhu prevencije ili smanjenja rizika rezus izoimunizacije svih rezus-negativnih trudnica.
- Uputstvo: Minimalno, rutinsko određivanje Anti-D antitijela koristi se tokom trudnoće za praćenje moguće senzibilizacije za vrijeme trudnoće i neposredno nakon poroda.*
- 49.25** Postoji datirana, dokumentirana procedura za programe njege pacijentica koje će vjerojatno odbiti transfuziju i krvne derivate. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- Uputstvo: Procedure bi trebalo obuhvatati zahtjev za programe zaštite napravljene tokom trudnoće i zapisane u medicinsku dokumentaciju. U tim situacijama, također bi trebalo unaprijed dobiti uputstva od trudnice za postupanje u slučaju odbijanja krvi i krvnih pripravaka.*
- 49.26** Postoje datirane, dokumentirane kliničke vodilje za rađanje carskim rezom. Vodilje su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- Uputstvo: Vodilje obuhvataju zahtjeve da carski rez bude izведен brzo i u što kraćem periodu da bi se izbjeglo nepotrebno odlaganje. Kada se donese odluka o hitnom izvođenju carskog reza, osoba koja je donijela odluku jasno ukazuje na hitnost stanja zbog kojeg je potrebno izvesti carski rez. Vrijeme koje protekne od donošenja odluke za operaciju do početka operacije normalno ne bi trebalo prelaziti 30 minuta.*
- 49.27** Postoji datirana, dokumentirana procedura za identifikaciju beba za vrijeme boravka u bolnici. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- Uputstvo: Npr. bebe se identificiraju neposredno nakon rođenja sa dvije oznake (jedna na ruci, druga na nozi) a oznake se provjeravaju od strane majke prije i poslije nego se pričvrste za dijete (ako je moguće).*
- 49.28** Postoje datirane, dokumentirane vodilje o prehrani djeteta. Vodilje su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Osoblje je obučeno da može pružati savjete u pogledu svih aspekata prehrane novorođenčadi.*

- 49.29** Antenatalni skrining testovi izvode se uz dobijanje pristanka trudnice nakon prethodnog informiranja i diskusije s pacijenticom, a poželjno je i prisustvo njenog partnera.
Uputstvo: Rezultati pretraga saopštavaju se što je moguće prije nakon provođenja testa.
- 49.30** Postoji datirana, dokumentirana procedura za rutinski skrining i ispitivanje novorođenčeta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: To uključuje skrining na kongenitalnu displaziju kuka i metaboličke poremećaje; tbc skrining; imunizaciju protiv hepatitis B (ako je to potrebno nakon antenatalnog skrininga); prevenciju krvarenja zbog nedostatka K vitamina.
- 49.31** Potencijalno nepovoljni rezultati testova saopštavaju se osobi u roku 48 sati od dobivanja rezultata, obezbeđujući pružanje savjeta i podrške.
- 49.32** Postoje datirane, dokumentirane procedure za menadžment čestih problema u novorođenačkom periodu: žutice, hipoglikemije i infekcija sa *Streptococcus gr. B*. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 49.33** Postoje datirane, dokumentirane procedure za menadžment mrtvorodjenčadi, pobačaja u trudnoći i završetak trudnoće zbog abnormalnosti. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 49.34** Odgovornosti liječnika i sestara definiraju se lokalnim uputstvom o nadležnosti ordiniranja lijekova, davanju informacija ženama/njihovim partnerima/porodicama (uključujući i sve aspekte porođaja); održavanju medicinske evidencije i izvještaja; i s obzirom na polje rada liječnika i sestara.
- 49.35** Postoji datirana, dokumentirana procedura za menadžment nepovoljnih događaja i nepovoljnih događaja koji su zamalo izbjegnuti. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura uključuje zahtjev da izvještaj popuni osoblje uključeno u nepovoljan događaj ili nepovoljan događaj koji je zamalo izbjegnut u roku od 24 sata od pojave tih događaja.

Informacije za korisnike službe

- 49.36** Postoje informacije za žene o vrsti ponuđene zaštite, gdje mogu dobiti antenatalnu zaštitu, gdje se poroditi, koje su opcije za menadžment bola i koje pretrage mogu koristiti i zašto.
Uputstvo: Informacije o mjestu porođaja daju se radi donošenja informiranih odluka. Informacije o testiranjima uključuju i one o pridruženim rizicima za testiranja.

- 49.37** Sve žene dobivaju usmene savjete i pisane informacije o znakovima i simptomima problema kao što su preeklampsija ili prijevremeni porođaj i dobivaju kontakt telefon imenovane osobe koju žena može kontaktirati u bilo koje vrijeme.
- 49.38** Daju se informacije o promociji zdravlja, uključujući značaj ishrane, dijete i izbjegavanja pušenja.
- 49.39** Daju se informacije o hranjenju beba, uključujući informacije o izboru metoda za ishranu djece i informacije o prednostima dojenja.
- 49.40** Roditeljima se pružaju informacije kako i gdje registrirati porođaj.
- 48.41** Postoje informacije za rodbinu i prijatelje o posjetama majci i bebi.

Ambijent

- 49.42** U hitnim situacijama odjel ima trenutni pristup krvi i krvnim produktima.
- 49.43** Porodajni odjel ima širok raspon pogodnosti za porodilje.
Uputstvo: Na primjer, radaone bez visoke tehnologije, prostor za šetanje i tople kupke za ublažavanje bolova.
- 49.44** Porodajni odjel ima dobre procedure fizičkog obezbjeđenja i odgovarajuću opremu radi preveniranja krađe beba.
- 49.45** Postoji soba za rodbinu, mogućnost osvježenja za njih i pristup telefonu.
- 49.46** Postoje sobe dostupne i noću za ožalošćene roditelje.
Uputstvo: Ovo za slučaj mrtvorodenčeta ili za majke sa veoma bolesnom bebom kako bi bila odvojena od majki sa zdravom djecom.
- 49.47** Na odjelu su dostupne prostorije za roditelje s posebnim potrebama, naprimjer, za one koji žele razviti povjerenje u rukovanje s bebama koje su bolesne ili koje traže specijalnu njegu u kućnim uslovima (naprimjer, terapija kisikom za bebe sa bronhopulmonalnom displazijom).

Njega trudnica i porodilja

- 49.48** Imenovana je sestra akušerka koja je odgovorna za njegu svake porodilje.
- 49.49** Porodilje se obaveštavaju kako kontaktirati imenovanu odgovornu sestruru.

- 49.50** Trudnicama i porodiljama je na odluci da li će držati uza se antenatalnu evidenciju ili će je ostaviti u bolnici.
- 49.51** Antenatalni skrining testovi se primjenjuju uz informirani pristanak trudnice nakon čega slijedi diskusija sa ženom, a preporučljivo i s njenim partnerom.
- 49.52** Potencijalno nepovoljni rezultati skrining testiranja uručuju se ženi unutar 48 sati od završetka testiranja, uz savjetovanje i podršku.
Uputstvo: Svim ženama i njihovim partnerima nudi se savjetovanje bez obzira na njihov reproduktivni izbor ili ishod.
- 49.53** Postoji fleksibilan pristup u pružanju edukacije roditeljima.
Uputstvo: Ove sesije trebalo bi držati u različita vremena dana kako bi se časovi prilagodili zaposlenim i roditeljima male djece.
- 49.54** Ženama se nudi izbor da porođaju prisustvuje njezin partner, priatelj ili neko od rodbine.
- 49.55** Tokom antenatalnog perioda razvija se pisani plan porođaja.
Uputstvo: Plan se razvija nakon procjene žene. Razvija se u konsultaciji sa ženom i osobljem koje je direktno uključeno u zaštitu žene, a uzima u obzir njene želje i želje porodice.
- 49.56** Tokom antenatalnog i partalnog perioda planovi porođaja se pregledaju i revidiraju ako je to potrebno.
- 49.57** Majkama se nudi izbor da beba bude s njima ili sa medicinskim sestrama.
- 49.58** Dužina hospitalizacije je fleksibilna i usklađena potrebama žene a uvijek u konsultaciji s porodiljom.
- 49.59** Kada se daje podrška ožalošćenim roditeljima, osoblje ohrabruje roditelje da vide/drže njihovu bebu i postoji sporazum da se može načiniti fotografija.

Medicinska dokumentacija

- 49.60** Sestrinska dokumentacija za svaku ženu je potpisana i datirana od odgovorne sestre akušerke.
- 49.61** Medicinska dokumentacija uključuje detalje o tipu porodaja.
- 49.62** Medicinska dokumentacija o porođaju čuva se prema zakonu.
Uputstvo: To uključuje evidenciju zaštite žene koja je okončala mrtvorodenjem ili smrću neonatusa. Lokalne procedure definiraju koji elementi zapisa čine njegov stalni dio.

Poboljšanje kvaliteta

- 49.63** Prikupljaju se podaci kliničke revizije i pregledaju u pogledu stopa indukcije, primarnog i sekundarnog carskog reza i instrumentalnih porođaja.
Uputstvo: Klinička revizija treba da obuhvati broj carskih sekcija koje su izveli pojedini specijalisti.
- 49.64** Prikupljaju se podaci kliničke revizije i pregledaju s obzirom na intrahospitalne infekcije urinarnog trakta i infekcije rana nakon carskog reza.
- 49.65** Prikupljaju se podaci kliničke revizije i pregledaju u pogledu stopa perinatalnog i maternalnog mortaliteta.
- 49.66** Razvijeni su, implementirani i revidiraju se lokalni standardi za ishranu beba.
- 49.67** Provode se redovne kliničke revizije održavanja medicinske dokumentacije.
- 49.68** Medicinske sestre akušerke evaluiraju vlastitu praksu i o tome postoji dokumentacija.

Standard 50: Mentalno zdravlje – put pacijenta

Usluge mentalnog zdravlja pruža kvalificirano osoblje u atmosferi u kojoj se pacijentovo dostojanstvo i prava poštivaju i u okruženju koje minimizira rizike po pacijente i osoblje.

Politika i strategija odjela za mentalno zdravlje

- 50.1** Odjel ima datirani dokument politike koji daje kratak pregled usluga koje se pružaju. Dokument je napisan/revidiran u zadnje tri godine.
- 50.2** Pružanje usluga se planira s partnerskim agencijama i organizacijama u zdravstvu i socijalnoj zaštiti u zajednici.
- 50.3** Postoje zajednički programi obuke osoblja radi optimizacije rada multidisciplinarnih timova, i uspostavljeno je međusobno razumijevanje zajedničkih pitanja i uloga u radnim timovima.
Uputstvo: Informacijama bi trebalo opskrbiti sve relevantno osoblje radi utvrđivanja, ocjene i menadžmenta problema mentalnog zdravlja prema uslugama koje se pružaju.
- 50.4** Odjel ima datiranu, dokumentiranu strategiju koja daje kratak pregled uloge odjela u promociji dobrog mentalnog zdravlja i reducira stigmu koja je povezana s mentalnim oboljenjima. Strategija je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Uloga odjela trebalo bi da uključi doprinoseće inicijative drugih organizacija i agencija u promociji mentalnog zdravlja. Aktivnosti mogu obuhvatiti nacrt lokalne povelje mentalnog zdravlja; produkciju promotivnih materijala iz domena mentalnog zdravlja; uključivanje u aktivnosti zajednice, kao što su radionice iz redukcije stresa; edukacijske aktivnosti po školama i centrima za poduku odraslih.
- 50.5** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure za održavanje povjerljivosti svih detalja koji su u vezi s pacijentovim tretmanom i uravnotežavanjem toga nasuprot bilo kojem riziku po pacijenta, osoblje ili javnost. Politike i procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Osoblje je svjesno da je narušavanje povjerljivosti gaženje dužnosti tamo gdje postoji potencijalni rizik po pacijenta, osoblje ili javnost.
- 50.6** Odjel raspolaže sa datiranim, dokumentiranim strategijom prikupljanja podataka s ciljem osiguranja minimalnog skupa podataka za mentalno zdravlje. Strategija je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Veze s drugim odjelima i organizacijama

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

- 50.8** Postoje komunikacijske veze na radu između odjela mentalnog zdravlja i lokalnih zdravstvenih organizacija, socijalnih službi i drugih organizacija koje pružaju zaštitu pacijentima.
- Uputstvo: To može uključivati veze sa Centrima urgentne medicine, zdravstvenim centrima koji imaju CMZ (Centar za mentalno zdravlje) i zajednički register pacijenata u zajednici sa trajnim mentalnim oboljenjima. Odjel može imati potrebu za vezama s vlastima koje imaju upliva na smještaj pacijenata kada se ovi žele vratiti u zajednicu.*
- 50.9** Postoje redovne komunikacije i veze između odjela mentalnog zdravlja i specijalističke službe za narkomaniju i druge toksikomanije.
- 50.10** Postoje redovne komunikacije i informacije koje pokazuju radne veze između odjela mentalnog zdravlja i lokalnih organizacionih jedinica hitne pomoći i urgentnih centara.
- Uputstvo: To može uključiti suradnju u pogledu hitnih intervencija kad pacijenti pokušaju samoubistvo.*
- 50.11** Postoje redovne komunikacije i informacije koje pokazuju radne veze između odjela mentalnog zdravlja i policije.
- 50.12** Postoje redovne komunikacije i informacije koje pokazuju radne veze između odjela mentalnog zdravlja i dobrovoljnih, nevladinih organizacija koje pružaju usluge pacijentima, njegovateljima ili članovima porodice.
- 50.13** Postoje datirani, dokumentirani protokoli, vodilje za kliničku praksu za menadžment neakutnih faza nekih mentalnih oboljenja koje povezuju put pacijenta između primarne zaštite i specijalističkih odjela. Protokoli su napisani/revidirani u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Protokoli mogu pokriti, na primjer, depresiju, postpartalnu depresiju, anksiozne poremećaje, PTSP (posttraumatski stresni poremećaj), shizofreniju, osobe koje iziskuju psihološku terapiju i ovisnosti.*
- 50.14** Postoje datirane, dokumentirane procedure za komunikacije s drugim agencijama koje uključuju postavljanje limita u održavanju povjerljivosti između različitih profesionalaca u pogledu pacijentove zaštite, okolnosti u kojima drugi moraju biti informirani i razmjenjivati povjerljive informacije na siguran način kada se šalju pismom, elektronskom poštom, faksom ili saopćavaju telefonom.
- Uputstvo: Menadžeri osiguravaju da osoblje ima pristup uputstvu i obuci tako da ono razumeje kada je važno razmjenjivati informacije o pacijentovim potrebama i poteškoćama, uravnotežujući zahtjeve povjerljivosti i menadžment rizika.*

Pristup uslugama

- 50.15** Postoji procedura za prijem pacijenata koji dolaze na psihijatrijski odjel. Procedura je napisana datirana, dokumentirana i revidirana u zadnje tri godine.
- Upustvo: Kriterija za prihvatanje pacijenata široko se distribuiraju primarnoj zdravstvenoj zaštiti, zdravstvenim vlastima i drugim davaocima usluga koji upućuju pacijente na odjel mentalnog zdravlja.*
- 50.16** Postoji datirane, dokumentirana procedura za postupanje u slučaju neodgovarajuće uputnice. Procedura je napisana, datirana, dokumentirana i revidirana u zadnje tri godine.
- Upustvo: To uključuje objašnjenje za kriterije podobnosti kada se uputnica ne prihvata.*
- 50.17** Postoji datirana, dokumentirana procedura za pružanje informacija policiji i sudu o mentalno oboljelim prekršiteljima zakona. Procedura je napisana /revidirana u zadnje tri godine.

Informacije za pacijente

- 50.18** Postoje pisane informacije za pacijente o uslugama, medikaciji, terapijama i podršci koji su raspoloživi na odjelu mentalnog zdravlja i odgovornostima pacijenata.
- 50.19** Postoje pisane informacije za pacijente o suportivnim uslugama koje pružaju druge organizacije i agencije, naprimjer, nevladine organizacije i dobrovoljne grupe.
- 50.20** Postoje pisane informacije za pacijente o njihovim pravima da odbiju tretman.
- 50.21** Postoje pisane informacije za pacijente o njihovim pravima da koriste sistem žalbi.
- 50.22** Na prijemu u bolnicu, pacijenti dobivaju pisanu orijentaciju u vidu informativnog paketa.
- Upustvo: Orientacione informacije trebalo bi da uključe osnovne informacije, kao što su vrijeme obroka, vrijeme odjeljenskih sastanaka, pravo pacijenta da odbije tretman i procedure za vrijeme vizita i otpusta.*
- 50.23** Pacijentima se daju individualne informacije o njihovoj bolesti, njezi i tretmanu i bilo kojem pridruženom problemu ili nuspojavama.
- Upustvo: Pacijentovo mišljenje u odgovoru na ovo uzima se u razmatranje kada se planira njega i tretman.*
- 50.24** Pacijentima se daju individualne informacije o imenima i ulogama osoblja koje je uključeno u njihovu njegu i tretman.

- 50.25** Pacijentima se daju individualne informacije o svrsi sastanaka na kojima se raspravlja o pacijentovoj zaštiti, ko prisustvuje tim sastancima i zašto.

Prihvatanje oboljelog

- 50.26** Postoji datirana, dokumentirana procedura za obavljanje nadležnog liječnika primarne zaštite i drugih relevantnih agencija o prijemu pacijenta na odjel. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 50.27** Pacijenti koji zahtijevaju hospitalizaciju primaju se na njegu, tretman i superviziju specijaliste psihijatra koji ih pregleda u lokalno dogovorenom vremenskom intervalu nakon prijema.

Ocjena oboljelog

- 50.28** Svi pacijenti koji se primaju na odjel mentalnog zdravlja ocjenjuju se na njihove zdravstvene i socijalne potrebe unutar lokalno dogovorenog vremenskog intervala nakon prijema.
Uputstvo: Procjena bi trebalo osigurati ranu identifikaciju pacijentovih potreba i snaga kao osobe u pogledu njegove/njegove bolesti. Kad god je to moguće, procjenu bi trebalo provoditi na multiagencijskoj, multidisciplinarnoj osnovi s ciljem da se osigura kompletност i puno učešće u planiranju zaštite. Osobe bi trebalo ocjenjivati u njihovoj kući ili u zajednici, ako je to ikako moguće.
- 50.29** Ocjena pacijenta uključuje ocjenu porodice, zaposlenja i socijalnih okolnosti pacijenta i uključuje njegovatelje i članove porodice, kada to odgovara.
- 50.30** Sve ocjene uključuju pacijentove ovisnosti, na primjer, anamnezu o alkoholizmu s podatkom o zapreminskim jedinicama unosa alkohola.

Program zaštite

- 50.31** Imenovana je osoba koja je odgovorna za koordinaciju programa zaštite unutar odjela.
- 50.32** Postoje informacije za pacijente i njegovatelje o ocjeni stanja, koordinaciji i pregledu procedura s ciljem osiguranja kontinuiteta zaštite.
- 50.33** Postoji jedinstven, multidisciplinarni plan zaštite koji se formuliра za svakog pacijenta ponaosob, s momentalnim i dugoročnim potrebama pacijenta.
Uputstvo: Multidisciplinarni plan zaštite priprema se pod rukovodstvom odgovornog psihijatra i/ili koordinatora zaštite uz doprinos onih koji su odgovorni za nastavak liječenja pacijenta prema planu.

- 50.34** Svi pacijenti imaju kopiju njihovog napisanog plana a oni se potiču da ga prihvate i potpišu. Kopija plana daje se i njegovateljima pacijenta.
Uputstvo: Plan zaštite uključuje akciju koja će se poduzeti u slučaju krize; obuhvata njegovatelje i koordinatora programa zaštite; i savjetuje na koji način liječnik primarne zaštite odgovara ako pacijent treba dodatnu pomoć.
- 50.35** Svi pacijenti se obavještavaju o programu zaštite i to se bilježi u historiju bolesti.
- 50.36** Svi pacijenti se obavještavaju o bilo kojoj promjeni njihovog stanja i te se promjene bilježe u historiju bolesti.
- 50.37** Svi pacijenti se obavještavaju o sporazumima koje odjel ima u tretmanu mentalnih oboljenja, uključujući i medikaciju.
- 50.38** Svi pacijenti se obavještavaju o sporazumima u pogledu tretmana fizičkih oboljenja i kako će se te usluge dobiti.
- 50.39** Svi pacijenti se obavještavaju o uslugama smještaja u bolnici.
- 50.40** Svi pacijenti se obavještavaju o mogućnostima edukacije, obuke za promjenu zanimanja nakon tretmana.
- 50.41** Plan zaštite za pacijenta priznaje i odražava različitosti s obzirom na pacijentovu kulturu, etnicitet, spol, godine i seksualnost, i uključuje bilo koju akciju koja je neophodna da se osiguraju kulturne i vjerske potrebe pacijenta.
- 50.42** Plan zaštite za pacijenta uključuje sporazume s ciljem promocije neovisnosti, rehabilitacije i održavanja socijalnog kontakta, uključujući terapeutske aktivnosti i slobodno vrijeme pacijenta za dokolicu.
- 50.43** Plan zaštite pregledaju zdravstveni profesionalci različitih disciplina, i na svakom sastanku kada se plan pregleda, dogovara se o datumu narednog pregleda plana i to se bilježi.

Koordinator zaštite

- 50.44** Svi pacijenti imaju imenovanog zdravstvenog profesionalca (koordinatora zaštite) koji je odgovoran za njihovu zaštitu a pacijentima se saopćava njegovo ime i to se dokumentira u planu zaštite.
- 50.45** Postoji proces za bilježenje nivoa zadovoljstva pacijenta sa zdravstvenim profesionalcem koji je odgovoran za njegovu zaštitu.
- 50.46** U slučaju da služba zamijeni koordinatora zaštite, pacijenti se obavještavaju o toj promjeni i daje im se objašnjenje za izvršenu zamjenu.

Procjena kliničkog rizika

- 50.47** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure o prevenciji ubistava i samoubistava. Te politike i procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 50.48** Provodi se ocjena kliničkog rizika za sve pacijente koji ulaze u službu. Ocjena je datirana i dokumentirana.
Uputstvo: Ocjena treba da bude odgovarajuća stupnju i vrsti rizika koji se procjenjuje, kao i vulnerabilnosti pacijenta – na primjer, vulnerabilnost za samoštetu, samoubistvo, nasilje ili samozanemarivanje. Ocjena treba da uključi historiju bolesti. Dobra praksa je uključivanje pacijenta u procjenu rizika i bilježenje njegovih/njezinih pogleda u tom smislu.
- 50.49** Razvijen je plan menadžmenta rizika za pacijenta kao rezultat ocjene kliničkog rizika, i taj plan čini integralni dio plana zaštite.
Uputstvo: Trebalo bi da postoji mehanizam pregleda ocjene kliničkog rizika koji se ponavlja svaka tri mjeseca, a plan menadžmenta kliničkog rizika ravna se prema toj ocjeni.
- 50.50** Osoblje je obučeno u ocjeni kliničkog rizika, menadžmentu kliničkog rizika, identifikaciji visokorizičnih i suicidalnih pacijenata, načinima implementacije plana upravljanja kliničkim rizikom, razumijevanju kada pacijenta treba uputiti na ekspertno savjetovanje u kontekstu multidisciplinarnog rada.
Uputstvo: Ocjena kliničkog rizika predstavlja ključnu oblast za kompetentnost profesionalaca koji rade na odjelu mentalnog zdravlja. Osoblje bi trebalo da pokaže stalne dokaze i učinkovit rad u ovoj oblasti. Obuka je napravljena prema individualnim potrebama praktičara, s ažuriranjem, ako je to potrebno.
- 50.51** Riziko faktori koji upućuju da je pacijent bio, da je još uvijek i da može biti suicidalan, bilježe se u zaključku historije bolesti i u otpusno pismo.
Uputstvo: To uključuje bilo koju dijagnozu težeg mentalnog oboljenja, prethodne pokušaje samooštećenja, izjave o pokušaju samoubistva, porodičnu anamnezu samoubistava i zadržavanje u ustanovama mentalnog zdravlja prema važećem zakonu.
- 50.52** Postoji datirana, dokumentirana procedura za određivanje nivoa opservacije i supervizije hospitaliziranih pacijenata. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: To uključuje, naprimjer, definirane nivo posmatranja, kriterije za svaki nivo posmatranja, kriterije za reviziju nivoa posmatranja pacijenta, detalje o broju i nivou vještina osoblja i njihovoj bliskosti s pacijentom tokom posmatranja i vrijeme koje osoblje ulaže na posmatranje.
- 50.53** Svi hospitalizirani pacijenti podvrgavaju se općem posmatranju, koje uključuje aktivan angažman osoblja i interakciju s pacijentom.
- 50.54** Razlozi za nivo posmatranja i revizija vremena i datuma bilježi se u plan zaštite.

- 50.55** Postoje redovne kliničke revizije korištenja suportivnog posmatranja a o rezultatima se raspravlja između članova multidisciplinarnog tima.
Upustvo: Svi kliničari i osoblje za podršku svjesni su rizika po pacijente koji su udruženi s periodima promjene i značajnih datuma, pri čemu se pojačava nadzor u to vrijeme.
- 50.56** Pacijentova privatnost i dostojanstvo održavaju se u skladu s bilo kojim ograničenjem u planu upravljanja rizikom.
Upustvo: To uključuje razmatranje pacijentovog okruženja, spola osoblja koje ga njeguje i pristupa ličnim potrebama.
- 50.57** Postoji služba za rješavanje kriza koja je raspoloživa 24 sata.
Upustvo: Služba bi trebalo da isporuči usluge za individualne pacijente koji su suicidalni a u vezi s drugim službama. Služba bi trebalo da razmotri alternative umjesto prijema u bolnicu, kao što su kućna njega pod stalnim nadzorom koju mogu pružati centri za mentalno zdravlje u zajednici ili specijalisti psihijatri ili timovi za rješavanje mentalnih kriza.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.

Plan zaštite

- 50.58** Pacijenti se aktivno uključuju u razvoj i redovni pregled njihovog plana zaštite.
Upustvo: Mišljenja pacijenata se bilježe u plan zaštite. U plan bi trebalo uključiti i izjavu pacijenta da on ne želi biti uključen u plan zaštite ili to nije u stanju zbog nesposobnosti.
- 50.59** Pacijentima se pomaže u izražavanju njihovih pogleda o opcijama zaštite koja im stoji na raspolaganju.
Upustvo: To se može ostvariti pomoću pacijentovog zastupnika ili njegovatelja ili osoblje može biti specifično obučeno da u tom pogledu pomaže pacijentu. Ako pacijentovo mentalno stanje sprečava njegovo uključivanje u planiranje zaštite, to bi trebalo zabilježiti u plan zaštite.
- 50.60** Individualni plan zaštite razvija se i pregledava u definiranim vremenskim intervalima u partnerstvu s osobama koje su uključene u pružanje zaštite tom pacijentu.
Upustvo: To uključuje, naprimjer, socijalne radnike, radnike za podršku iz zajednice, njegovatelje i liječnike opće prakse/porodične medicine.
- 50.61** Pacijenti mogu pozvati svog zastupnika na sastanak kada se diskutira o planu zaštite.
Upustvo: Uključivanje pacijenata u diskusije trebalo bi zabilježiti u planu zaštite. Kada se pacijenti ne mogu na pravi način uključiti u raspravu i to treba zabilježiti.

Pružanje tretmana i njege

- 50.62** Postoji podrška socijalnog radnika za sve korisnike službe.
- 50.63** Postoji raspon terapija ili tretmana koji je dostupan pacijentima. Terapije ili tretmane služba aktivno promovira.
Uputstvo: To uključuje, naprimjer, savjetovanje, kognitivnu terapiju, bihevijoralnu terapiju, psihološke usluge, psihoterapiju, socijalnu terapiju kao što je rekreativna terapija, terapiju radom i alternativne terapije.
- 50.64** Postoji datirana, dokumentirana procedura za rezervaciju prevoza koji korisniku omogućava da učestvuje u tretmanu i njezi. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 50.65** Prati se prisustvo pacijenata na zakazanim pregledima.
Uputstvo: Značajno je da odjel bude upozoren o neprisustvovanju pacijenata tako da se mogu poduzeti alternativne mјere kontakta.
- 50.66** Postoje datirane, dokumentirane procedure za menadžment pacijenata koji zloupotrebljavaju alkohol i droge. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure uključuju testiranje na alkohol i droge za pacijente koji su liječeni od zloupotrebe alkohola i droga, s detaljima mogućih konsekvenci pozitivnog rezultata testa.
- 50.67** Sesije tretmana za alkoholnu ovisnost i narkomaniju uključuju se u pacijentov pisani plan zaštite i uključuju cijeli raspon intervencija.
Uputstvo: Opcije tretmana mogu uključiti individualno savjetovanje, grupnu terapiju, grupne sastanke u zajednici, edukacijske kurseve.
- 50.68** Pacijenti su u stanju da odlučuju o njihovom svakodnevnom životu, kao što je vrijeme ustajanja ili odlazak u krevet, oblačenje po želji i prisustvovanje dnevnim sadržajnim aktivnostima, ali unutar zahtjevanog plana zaštite i tretmana.
Uputstvo: Treba priznati pacijentove izbore, čak i kada osobljje primijeti da nisu u skladu s planom zaštite, naprimjer, neprisustvovanje sesijama tretmana zbog ostajanja u krevetu. Trebalo bi da postoji fleksibilnost o vremenu ležanja u krevetu, naprimjer, dopuštenje da se TV program gleda do samog kraja, a ne rigidno prisiljavanje da se legne u dogovoren vrijeme. Odjel može ali i ne mora da organizira pristup aktivnostima koje su stvar dokolice, edukacijskim aktivnostima, profesionalnom usavršavanju, i da olakšava ispoljavanje umjetničkih sklonosti pacijenata. Ako je to moguće, odjel može uspostaviti veze sa zajednicom i organizirati posjete ili putovanja, ako je to moguće.
- 50.69** Postoje informacije i pomoć za pristup drugim zdravstvenim odjelima i organizacijama.
Uputstvo: To uključuje, naprimjer, liječnika opće prakse/porodičnog doktora, stomatologa, oftalmologa, ginekologa i druge odgovarajuće odjele prema potrebi pacijenta.

- 50.70** Korištenje kliničkih politika i vodilja uključeno je u programe obuke.
- 50.71** Obuka i edukacijski programi obuhvataju i obuku iz prakse nediskriminacije.

Pacijentov novac

- 50.72** Služba osigurava da pacijenti kontroliraju vlastiti novac, osim ako to ne žele ili im nedostaje poslovna sposobnost, pa je u tim slučajevima zajamčena sigurnost čuvanja novca i drugih dragocjenosti.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 50.73** Postoji pisana evidencija o svim novčanim transakcijama.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 50.74** Kada se rukuje pacijentovim novcem, menadžer osigurava da se lične prinadležnosti pacijenata ne gomilaju i o tome se vodi evidencija.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.
- 50.75** Menadžer može biti pacijentov zastupnik samo ako pacijent ne može obezbijediti drugog zastupnika.
Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju. Vidi i kriterije 50.125-127.

Rad s njegovateljima

- 50.76** Postoje datirane, dokumentirane politike i procedure, koje su napisane ili pregledane u zadnje tri godine, koje uređuju uključivanje članova porodice, prijatelja i njegovatelja u njegu i tretman pacijenta.
Uputstvo: Politike uključuju principe i prakse koje reguliraju odnose između osoblja i pacijentove porodice, prijatelja i njegovatelja; njihovih prava na informiranje, i praktične pomoći i emocionalne podrške. Procedure pokrivaju uključivanje porodice, njegovatelja i bliskih ljudi, uz pacijentov pristanak, u davanje heteroanamnestičkih podataka; sastavljanje, pristanak i reviziju tretmana i planova zaštite; planiranje i pružanje usluga, posebno u vezi s otpustom i tretmanom nakon otpusta.
- 50.77** Članovi porodice i njegovatelji informirani su o mogućnostima zakazivanja sastanaka s koordinatorom zaštite, odgovornim liječnikom ili drugim osobljem unutar razumnog vremenskog roka.
Uputstvo: Kliničko osoblja se potiče da vidi članove porodice i njegovatelje i da u obzir uzme njihove uvide i saznanja, a kada je to potrebno, relevantne informacije koje daju članovi porodice i/ili njegovatelji unose se u historiju bolesti.
- 50.78** Svi njegovatelji koji pružaju redovnu i značajnu njegu ocjenjuju se u pogledu njihove njege, te fizičkih i mentalnih potreba.
Uputstvo: Ova ocjena vrši se minimalno jednom godišnje i uključuje raspravu o njezi koju oni pružaju, pomoći koju primaju, uz ono što osjećaju da bi im moglo pomoći, uključujući i informacije.

- 50.79** Svi njegovatelji koji pružaju redovnu i značajnu njegu pacijentima imaju napisani plan njege.

Uputstvo: Pisani plan njege trebalo bi dati njegovateljima i pomoći im u njegovoj implementaciji nakon rasprave s njima. On uključuje informacije o mentalnim potrebama osobe za koju skrbe, uključujući informacije o medikaciji i nuspojavama; potrebne akcije da se zadovolji plan; plan za slučaj krize (šta činiti i koga kontaktirati; šta treba učiniti da se zadovolje mentalne i fizičke potrebe pacijenta; akcije savjetovanja u pogledu prihoda, stanovanja, zaposlenja, edukacije; sporazume sa socijalnom službom, uključujući informacije o grupama za podršku njegovatelja (ako one postoje); i informacije o žalbama i tužbama.

Ambijent

- 50.80** Objekti i oprema su dizajnirani tako da obezbijede sigurnost, dostojanstvo i privatnost pacijenata.

Uputstvo: Osigurava se razdvajanje muškaraca od žena u jedinicama za akutnu hospitalizaciju, kao i jednokrevetne sobe osim ako plan zaštite ne indicira drugi postupak ili pacijent želi da dijeli sobu. Tamo gdje postoje mješoviti odjeli (muško-ženski) treba da postoji datiran akcioni plan da se to fazno riješi. Kada se 'odjel' sastoji od individualnih kreveta sa zajedničkim toaletom to zahtijeva da se održi dostojanstvo i dignitet pacijenata.

- 50.81** Dizajn i raspored zgrada u kojima se pružaju usluge obezbjeđuje sigurne uvjete za pacijente i osoblje.

Uputstvo: Faktori koji uzimaju u obzir sigurnost objekata uključuju: dobre hodnike i pristupne puteve do zgrada; prozirna vrata radi opservacije; sobe koje omogućuju potpuni pregled s vrata; neograničen pogled kroz hodnike; pregled objekata i opreme da se reducira pristup sredstvima suicida; sigurno korištenje izoliranih soba i zgrada; instalacija sigurnosnih naprava kao što su alarmna dugmad; instalacija sigurnosnih naprava u sobama gdje osoblje radi s potencijalno opasnim pacijentima.

- 50.82** Za pacijente koji traže različite nivoe i vrste sestrinske njege, obezbjeđuju se različite zone: akutni prijemi; pacijenti koji imaju teške poremećaje u ponašanju; nemoćni stariji mentalno oboljeli pacijenti; majke s novorođenčadi koje imaju postpartalnu depresiju; mladi ljudi; vulnerabilni pacijenti.

Uputstvo: U forenzičnoj službi i zaključanim rezidencijalnim jedinicama postoje specifične spolne pogodnosti da se zadovolje potrebe pacijenata s teškim emocionalnim i bihevijoralnim poremećajima.

- 50.83** Pacijenti mogu čuvati vlastitu imovinu u skladu s raspoloživim prostorom.

- 50.84** Postoji bezbjedan i siguran rekreacioni prostor za pacijente.

Uputstvo: Preporučuje se jednospolni dnevni prostor.

Bezbjednost unutar odjela

- 50.85** Poduzima se revizija kvaliteta, podesnosti i sigurnosti smještaja na odjelu.
Uputstvo: To uključuje korake koji se poduzimaju u reducirajući pristupu sredstvima suicida, uključujući i prozore s rešetkama.
- 50.86** Postoje datirane, dokumentirane procedure s uputstvima za sigurnost/bezbjednost unutar odjela koje se odnose na pacijente, posjetioce i osoblje. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: To uključuje i uputstvo za osoblje o zaštiti pacijenata od zloupotrebe od strane drugih pacijenata.
- 50.87** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje upućuju osoblje u pogledu posjeta, uzimajući u obzir specifične zahtjeve za pacijente koji su zadržani u ustanovi. Procedure postoje u formatu kao informacije za pacijente i posjetioce. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure i informacije za pacijente i posjetioce uključuju okolnosti pod kojima posjeta može biti ograničena i šta se ne smije unijeti u ustanovu. Osoblje bi trebalo pomoći pacijentima koji odbijaju neželjenu posjetu i pomoći posjetiocima da odole nerazumnim zahtjevima za posjetama. Ako osoblje misli da posjeta može nepovoljno uticati na program tretmana pacijenta, onda osoblje poduzima odgovornost da o tome diskutira s pacijentima i posjetiocima.
- 50.88** Postoje politike i procedure koje utvrđuju da li će svaka jedinica ustanove biti zaključana i da li pacijenti imaju slobodan pristup izvan jedinice i u jedinicu.

Tehnike ograničavanja slobode pacijentima

- 50.89** Postoje datirane, dokumentirane procedure o korištenju vezivanja i fizičkih intervencija, uključujući i brzu tranzvilizaciju i hitnu medikaciju. Ako bolnica/jedinica ne koristi vezivanje ili fizičku intervenciju to se dokumentira. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 50.90** Osoblje je obučeno i ima program ažurirane obuke iz tehnika kontrole i ograničavanja kretanja pacijenata, uključujući i tehnike oslobađanja pacijenata, prema tekućim vodiljama.
Uputstvo: Fizičke interventne procedure pregledavaju se radi osiguranja da ih sve kliničko osoblje primjenjuje na odgovarajući način.
- 50.91** Postoji ažurirani registar osoblja koji je završilo obuku iz tehnika kontrole i ograničavanja kretanja pacijenata.

- 50.92** Kada je neophodno da pacijent bude ograničen u kretanju, poduzima se potpun sestrinski i medicinski pregled, uključujući i fizikalno ispitivanje, koliko je to praktično izvedivo i vrši se klinička revizija kontrole, ograničavanja (vezivanje) i hitne medikacije.
Uputstvo: Pregleda se struktura pacijenata, okruženje i nivoi osoblja u službi da bi se minimizirali incidenti zbog poremećenog ponašanja koje zahtijeva upotrebu tehnika fizičke intervencije.
- 50.93** Sve osoblja je obučeno i ima program godišnje ažurirane obuke iz menadžmenta agresivnog ponašanja i tehnika neutraliziranja takvih situacija kada radi s osobama koje su poremećene, agresivne, prave neprilike, suicidalne ili pod stresom. Prisustvo obuci se evidentira.

Menadžment poremećaja ponašanja

- 50.94** Postoji specifični individualni plan tretmana za sve pacijente koji su ozbiljno poremećeni u dužem vremenskom periodu, što se bilježi u multidisciplinarnu historiju bolesti.
Uputstvo: Kada je članu osoblja zapriječeno ili je on napadnut od strane pacijenta, drugi članovi kliničkog tima donose trenutnu odluku, gdje je to moguće, o promjeni plana tretmana.
- 50.95** Bilo koje velike izmjene u tretmanu poremećenih ili nasilnih pacijenata (uključujući i promjene u medikaciji) prenose se svem sestrinskom osoblju koje kontaktira s pacijentom. Odgovornost za to leži na glavnoj sestri odjela, odnosno, u odsustvu glavne sestre, najstarijoj sestri koja je taj dan preuzeala smjenu.
- 50.96** Postoje posebne (odvojene) prostorije za tretman osoba sa težim duševnim smetnjama.
- 50.97** Postoje datirane, pisane politike i procedure za osoblje u vezi s odgovaranjem pacijentima koji verbalno i/ili fizički prijete. Politike i procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

Soba za izolaciju

- 50.98** Postoji datirana, dokumentirana procedura za stavljanje pacijenta u sobu za izolaciju (SXI) koja je u skladu sa zakonom i dobrom praksom. Procedura je napisana/ revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura treba da uključi smjernice za minimiziranja korištenja SXI; ulogu zdravstvenih profesionalaca u stavljanju pacijenta u SXI i u nadzoru; praćenje od strane kliničkih timova i menadžmenta; odgovarajuće korištenje s SXI; nesvlačenje odjeće s pacijenta tokom i nakon incidenta; i prisustvo osoblja istog spola. Ako su sestre / tehničari odlučili da pacijenta stave u SXI, odmah se poziva i član medicinskog tima.

- 50.99** Postoji tačno određena prostorija za SZI.
Uputstvo: SZI treba da omoguće privatnost od drugih pacijenata; omoguće osoblju da cijelo vrijeme posmatra pacijenta; da ne sadrže ništa što bi moglo štetiti pacijentu ili drugima; da su komforntno namještene; da imaju kontrolirano grijanje i ventilaciju; biti tihe i zvučno izolirane; i uključivati sredstva za pozive.
- 50.100** Kada je pacijent u SZI sediran, medicinska sestra ostaje da posmatra i auskultira pacijenta, bilježeci njegove vitalne znakove u medicinsku dokumentaciju.
- 50.101** Razlozi za izolaciju pacijenata bilježe se u historiju bolesti i pregledaju.
Uputstvo: Razloge za stavljanje u samicu pregledaju profesionalci koji su neovisni o osoblju i nisu u direktnom kontaktu s pacijentom, i to za svaku epizodu izolacije pacijenta.
- 50.102** Korištenje SZI podložno je kliničkoj reviziji svaka tri mjeseca a o tome se sačinjava izvještaj koji se dostavlja menadžmentu, s kratkim obrazloženjem za svaku upotrebu SZI.

Nepovoljni događaji i nepovoljni događaju koji su „za dlaku” izbjegnuti

- 50.103** Postoje datirane, dokumentirane procedure za postupanje u slučaju nepovoljnih događaja, nepovoljnih događaja koji su „za dlaku” izbjegnuti ili potencijalno uznemirujućih događaja, pri čemu procedure tačno određuju odgovornosti nadležnog psihijatra i šefa ustanove/odjela/jedinice. Procedure su napisane ili pregledane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure pokrivaju: dogovore za usklađivanje trenutnog odgovora na incident; alarmne procedure radi osiguranja kontroliranog rasporeda osoblja u slučaju incidenta; zahtjev bilo koje osobe, koja je ozbiljno povrijeđena, da ne može ostati bez nadzora praktičara ili sestre za bilo koji period vremena u bilo kojim okolnostima; proces za organiziranje istrage i kliničke revizije; saopćavanje prirode incidenta u najkratčem mogućem vremenu iskusnjim kliničarima i menadžerima, policiji i porodici pacijenta. Procedure treba da su uskladene sa kliničkim vodiljama za menažment nasilja u kliničkom okruženju.
- 50.104** Postoji pregled koji slijedi nakon incidenta, unutar vremena koji je odredila ustanova/odjel, a uključuje sastanak cijelog multidisciplinarnog tima radi rasprave o kliničkim i menadžerskim pitanjima koja su mogla dovesti do posebnog incidenta.
Uputstvo: Imenovan je jedan iskusniji kliničar za koordinaciju pregleda, koji nije direktno uključen u menažment odjela u kojoj se desio incident. U pregled incidenta uključeni su pacijenti, njegovatelji i članovi porodice i bilo koja žrtva, još u ranoj fazi da se utvrde mišljenja i dobiju informacije. Nalazi pregleda i izvještaj sadrže preporuke za izmjenu prakse, i svi relevantni subjekti su informirani o napretku izrade izvještaja i ishoda ispitivanja, koliko je to moguće i ukoliko to odgovara.
- 50.105** U slučaju pojave nepovoljnog događaja ili potencijalno uznemirujućeg događaja na odjelu su osigurani savjetovanje i podrška za pacijente i osoblje.

- 50.106** Svi događaji s agresijom i nasiljem podložni su redovnoj kliničkoj reviziji i preporukama, kao što su preraspodjela resursa ili druge utvrđene akcije koje se implementiraju.
- 50.107** Prate se svi incidenti s ozbiljnim fizičkim povredivanjem kao rezultat napada pacijenta na osoblje i druge pacijente.
- 50.108** Poduzima se godišnja klinička revizija o broju i vrsti nepovoljnih događaja u službi, o tome se sastavlja pisani izvještaj, a menadžment poduzima odgovarajuće akcije na temelju izvještaja o nepovoljnim događajima.
- 50.109** Posebno se prate, bilježe i prijavljuju slučajevi ubistava i samoubistava.
- 50.110** Nakon svakog lokalnog incidenta sa suicidom poduzima se multidisciplinarni pregled tog nepovoljnog događaja.
Uputstvo: Cilj pregleda je učenje iz iskustva o incidentu i trebalo bi da uključi potencijalno doprinoseće faktore i osigura implementaciju bilo koje preporuke koja slijedi iz izvještaja.

Medikacija

- 50.111** Postoje informacije dostupne pacijentima i njihovim njegovateljima o medikaciji i njima su poznate nuspojave lijekova i rizici terapije. Informacije su organizirane i napisane ili revidirane u zadnje tri godine.
- 50.112** Pacijenti su informirani laičkim jezikom o vjerovatnim dobrobitima i poznatim rizicima bilo kojeg poduzetog toka terapije. Korisničko mišljenje o terapijskom režimu je dokumentirano u historiji bolesti.
Uputstvo: Kada je pacijent u takvom stanju da ne može razumjeti informacije, to se također bilježi u medicinsku dokumentaciju.
- 50.113** Propisanu medikaciju pacijentima prati i pregleda odgovorni liječnik i drugi članovi multidisciplinarnog tima u tačno određenim vremenskim intervalima.
Uputstvo: Doze lijekova treba da su najniže što je to moguće. Pregled medikacije obavlja se u skladu sa zakonom i dobrom liječničkom praksom.
- 50.114** Korištenje lijekova, posebno ako ih se daje više, podliježe godišnjoj kliničkoj reviziji.
Uputstvo: Broj propisanih različitih lijekova pacijentu trebalo bi da bude što je moguće manji.
- 50.115** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s pacijentima koji odbijaju da uzimaju njima propisane lijekove. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura treba da uravnotežuje prava pacijenta da odbiju liječenje s procjenom da je to za njih neophodno. U tom slučaju, odjel bi trebalo da primjeni „terapiju pridržavanja“ (compliance therapy) koja uključuje kombinaciju informiranja, edukacije i razmatranje individualnih faktora koji mogu dovesti do odbijanja liječenja.

Elektrokonvulzivna terapija

- 50.116** Postoji datirana, dokumentirana politika o upotrebi elektrokonvulzivne terapije. Politika je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 50.117** Postoje datirane, dokumentirane procedure za administriranje elektrokonvulzivne terapije. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure o korištenju i administraciji elektrokonvulzivne terapije mogu biti sadržane u jednom dokumentu koji obuhvata i politiku i procedure.
- 50.118** Osoblje je obučeno u zaštiti i podršci pacijenata koji se podvrgavaju elektrokonvulzivnoj terapiji.
- 50.119** Vrši se redovna klinička revizija (audit) elektrokonvulzivne terapije u skladu sa politikama i procedurama za njeno korištenje i administraciju.
- 50.120** Objekti, oprema i izvođenje elektrokonvulzivne terapije, obezbjeđuju sigurnost, privatnost i dostojanstvo pacijenata.
- 50.121** Pacijentima i njihovim njegovateljima pristupačne su pisane informacije o proceduri elektrokonvulzivne terapije i objašnjeni su sama procedura i njezini potencijalni rizici i dobiti.

Praćenje zaštite

- 50.122** Poduzimaju se pregledi s ciljem da se utvrdi da li pacijent/korisnici razumiju ocjenu, koordinaciju i pregled procesa.
Uputstvo: To može, naprimjer, uključiti ispitivanje pacijenta da li zna ko je njihov koordinator zaštite; da li razumiju svrhu sastanaka i da li imaju kopiju njihovog plana zaštite.
- 50.123** Pružanje zaštite je u skladu s planom i programom zaštite. Ta usklađenost je podložna kliničkoj reviziji u cijeloj službi barem jednom godišnje da se osigura konzistentan pristup i odgovarajuća primjena.
Uputstvo: To uključuje kvalitet planova zaštite; postignuće zacrtanih ciljeva tretmana (posebno pacijenata sa mnogobrojnim potrebama); i učinkovitost rada više agencija.

Neovisni zastupnik

- 50.124** Služba osigurava pristup uslugama neovisnog zastupanja pacijenata.
Uputstvo: Usluge neovisnog zastupanja pružaju ljudi izvan bolnice, ne osoblje. Ako su te usluge finansijski podržane od bolnice, podvlači se neovisna priroda tih usluga na nivou sporazuma. Informacije o neovisnom zastupništvu pružaju se pacijentima i njihovim njegovateljima.

- 50.125** Postoje datirane, dokumentirane vodilje o zastupanju. Vodilje su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

Uputstvo: Vodilje uključuju, naprimjer: sporazum između zastupnika i davatelja medicinskih usluga; način na koji bolnica razumije pitanja zastupništva i kako odgovara na individualne potrebe pacijenata; kako ustanova odgovara na oblasti konflikta između zastupnika i njegovatelja; i kako uvodi promjene na temelju opservacija zastupnika.

Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.

- 50.126** Menadžment bolnice redovno se sastaje sa zastupnicima i o tome postoje zapisnici sa sastanaka.

Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.

- 50.127** Služba je u stanju navesti primjere promjena koje su načinjene kao rezultat zastupničkih intervencija.

Opaska: Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.

Odobreni odlazak pacijenta

- 50.128** Postoji datirana, dokumentirana procedura o odlasku pacijenta iz bolnice, odnosno službe. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Uputstvo: Procedura bi trebalo da uključi: postupanje kada se odobri plan otpusta; informiranje njegovatelja; potrebu da se uključe i informiraju druge agencije; razmatranje bilo kojih zakonskih obligacija; potrebu da se koristi pratnja; na koji način se otpust kontrolira; i mehanizam za produženje otpusta.

- 50.129** Razmatranje zahtjeva za odlazak pacijenta uzima u obzir nivo saradnje pacijenta u ocjeni i tretmanu i da li je pacijent proveo dovoljno vremena da se ustanova/odjel može s povjerenjem osloniti na procjenu rizika. Imenovana sestra/pratnja prisustvuje pregledima tih detalja da bi mogla izvijestiti o prethodnim odlascima i sudionik je rasprave o aktuelnom odlasku pacijenta.

- 50.130** Sporazumi o odlasku bilježe se u plan zaštite i historiju bolesti pacijenta.

Uputstvo: Bilježe se: da li je to odlazak u pratnji (uključujući broj pratilaca) ili odlazak bez pratnje; nivo opservacije; period odlaska; mjesto odlaska; svrha odlaska; očekivano vrijeme i datum povratka; i bilo koje druge specifične okolnosti.

- 50.131** Pažljivo se razmatra izbor mjesta za odlazak, uzimajući u obzir svrhu i poželjnost takvog mjesta; nivo rizika za pacijenta u takvom okruženju; pacijentov razlog da odabere to mjesto; i javnu osjetljivost.

- 50.132** Dopuštenje za odlazak ukida se ako nije obezbjedena odgovarajuća pratnja i prevoz pacijenta.

Neodobreni odlazak pacijenta

- 50.133** Postoje datirane, dokumentirane procedure koje se slijede kada pacijent napusti odjel bez odobrenja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- Uputstvo: To bi trebalo da uključi, naprimjer: procedure za lokalnu potragu; proceduru za nestale osobe; vezu s policijom; šta činiti kada je osoba zadržana u pritvoru; kada i kako informirati pacijentovu porodicu i njegovatelje; kada i kako informirati agencije u skladu sa pravnim statusom i ocjenom rizika pacijenta; kako informirati agencije o povratku pacijenta; i istraživanje o okolnostima svakog slučaja.*
- 50.134** Postoje informacije za pacijente koje od njega traže suradnju o informiranju osoblja o njegovom boravištu za sve vrijeme.
- 50.135** Procedure o nestalom pacijentu zajednički prave u sporazumu ustanova/odjel mentalnog zdravlja i policija, a ove procedure se redovno pregledaju i uključuju uputstvo o izvještavanju kada je pacijent odsutan.
- Opaska: Radi se o poželjnoj praksi koju nije moguće uvjek ostvariti. Ovaj kriterij se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.*
- 50.136** Formalno se pregledaju nivoi bilježenja tajnog bijega pacijenata s odjela jednom godišnje, i prati bilo koje signifikantno uvećanje broja bježanja visokorizičnih pacijenata. Pregledi istražuju razloge za bježanja i utvrđuju načine minimiziranja njihove ponovne pojave.
- 50.137** Postoji dokumentirana, multidisciplinarna ocjena vraćanja pacijenata na odjel.

Otpust

- 50.138** Postoji datirana, dokumentirana procedura za otpust. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- Uputstvo: Procedura uključuje: zahtjev za planiranje otpusta što je moguće prije nakon prijema; uključivanje pacijenata i njegovatelja u planiranje otpusta; nadležnost za davanje saglasnosti o otpustu; razvoj multidisciplinarnih planova nakon otpusta; informiranje pacijenata o budućem tretmanu njihovog mentalnog stanja; informiranje porodičnog liječnika i tima za mentalno zdravje u zajednici; informacije za policiju o bilo kojem pacijentu s anamnezom seksualnog napastovanja u trenutku otpusta.*
- 50.139** Postoji pisani plan zaštite nakon bolničkog tretmana koji utvrđuje vanbolnički tretman i rehabilitaciju otpuštenog pacijenta, utvrđuje koordinatora za zaštitu i specificira akciju koja će se poduzeti u slučaju krize kod tog pacijenta.
- 50.140** Dogovore o otpustu vodi i postiže imenovani koordinator zaštite zajedno sa drugim članovima multidisciplinarnog tima.

- 50.141** Postoje jasno utvrđeni planovi i protokoli za zadovoljavanje potreba pacijenata kada se premještaju iz jedne u drugu ustanovu/odjel.
- 50.142** Postoje pisani protokoli o premještanju pacijenata iz jedne ustanove/odjela u drugu i protokoli kojima se regulira premještaj na intenzivnu njegu i obrnuto.
- 50.143** Odluke o otpuštanju ili premještaju pacijenata temelje se na ocjeni okolnosti koje su dovele do hospitalizacije kao i na ocjeni promjene drugih aspekata ponašanja pacijenata.

Neočekivana smrt pacijenta

- 50.144** Postoji datirana, dokumentirana procedura za istraživanje uzroka smrti.

Kontinuitet zaštite

- 50.145** Postoje datirane, dokumentirane procedure o redovnoj komunikaciji između odjela i dobrovoljnih organizacija koje su uključene u individualnu zaštitu i tretman.
- 50.146** Odjel pruža informacije kako pristupiti dobrovoljnim organizacijama, bilo u vezi sa zdravstvenim savjetovanjem, bilo u vezi sa stanovanjem ili drugim pitanjima.
- 50.147** Postoji strukturirani pristup u obavljanju o pacijentima s kojima je ustanova/odjel izgubila kontakt.
Uputstvo: To su, naprimjer, pristupi kojima se osigurava kontinuitet zaštite na temelju povezivanja i rada s drugim agencijama u zajednici, kao što su kućne posjete, sheme poznanstava s pacijentom, uključivanje agencija za podršku u zajednici.
- 50.148** Odjel prati stope osipanja pacijenata.

Rehabilitacija

- 50.149** Korisnici usluga odjela imaju pristup savjetovanju i podršci u pogledu zapošljavanja, edukacije i obuke.
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.
- 50.150** Korisnici usluga odjela imaju pristup savjetovanju i podršci u pogledu stanovanja.
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.

- 50.151** Postoji raspon pogodnosti i terapija koje pacijentima omogućuju sticanje svakodnevnih životnih vještina, mogućnosti socijalizacije i podrške u zapošljavanju.

Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.

Uključivanje pacijenata u razvoj ustanove/odjela

- 50.152** Postoji datirana, dokumentirana procedura o uključivanju pacijenata u razvoj odjela, praćenje tog razvoja i evaluaciju. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

- 50.153** Informacije o uključivanju pacijenata u razvoj odjela daju se u širokom rasponu formata.

Uputstvo: Različiti formati uključuju jednostavan jezik, bez žargona; materijal pisan na b/h/s jezicima; audiokasete i videotrake; simbole, fotografije i crteže.

- 50.154** Odjel pruža informacije, obuku i podršku da bi korisnike pripremila za uključivanje u razvoj odjela.

Uputstvo: To može uključiti, naprimjer: forum za izgradnju komunikacija i odnosa; obuku iz tehnika učinkovitog učešća. To će odgovarati onim pacijentima koji su već duže vremena u kontaktu sa odjelom, bilo kao ležeći pacijenti, bilo kao pacijenti iz zajednice.

- 50.155** Osoblje je informirano i obučeno da radi sa pacijentima na razvoju usluga i praćenju razvoja odjela.

- 50.156** Pacijenti i njihovi njegovatelji su uključeni u edukaciju i obuku iz aktivnosti na razvoju odjela.

- 50.157** Postoji dokumentirani statut grupe/savjeti za pacijente i njegovatelje.

- 50.158** Grupe, odnosno savjeti pacijenata sastaju se neovisno od osoblja.

- 50.159** Pacijenti i njegovatelji su uključeni u zapošljavanje osoblja u ustanovu/odjel.

Uputstvo: Osobe koje koriste usluge odjela mentalnog zdravlja mogu ponuditi jedinstvenu perspektivu u procesu zapošljavanja osoblja, na primjer: u oblikovanju pitanja za intervju; utvrđivanju kvaliteta koje oni vrednuju kod zdravstvenih radnika. Korisnici usluga koji daju inpute trebalo bi da dobiju slijedeću podršku: dokumentirane vodilje za rad; plaće i naknade; pristup svim relevantnim informacijama i dokumentima koji se odnose na zapošljavanje, kao što su opis posla i radnih zadataka; specifikacija osobe; i procedure zapošljavanja.

Opaska: Ovo je poželjan kriterij, ali se za sada neće koristiti u ocjenjivanju.

Poboljšanje kvaliteta

- 50.160** Poduzimaju se programi kliničke revizije (audita) koji uključuju: praćenje multidisciplinarnog rada u timovima mentalnog zdravlja; praćenje doprinosa svake uključene discipline u razvoj historije bolesti; obim i kvalitet direktnog kontakta osoblja s pacijentom.

- 50.161** Odjel prati stope propisivanja antidepresiva, antipsihotika i benzodiazepina kroz lokalne programe kliničke revizije.
- 50.162** Odjel prati hitne ponovne hospitalizacije.
- 50.163** Odjel prati pacijente u zajednici s teškim mentalnim oboljenjima s kojima je izgubilo kontakt.
- 50.164** Odjel prati brojnost pacijenata kod kojih je bila indicirana hospitalizacija a oni su smatrali da im ova nije bila potrebna.
Uputstvo: Te brojeve trebalo bi uporediti u godišnjem izvještaju.
- 50.165** Odjel doprinosi razumijevanju mentalnog zdravlja u društvu, tako što prikuplja informacije o stanju zaposlenja osoba s težim mentalnim poremećajima
Uputstvo: Kriterij nije obavezan, ali je poželjan.
- 50.166** Odjel doprinosi razumijevanju mentalnog zdravlja u društvu, tako što prikuplja informacije o finansijskim prilikama osoba s težim mentalnim poremećajima.
Uputstvo: Kriterij nije obavezan, ali je poželjan.
- 50.167** Odjel doprinosi razumijevanju mentalnog zdravlja u društvu, tako što prikuplja informacije o stambenim prilikama osoba s težim mentalnim poremećajima.
Uputstvo: Kriterij nije obavezan, ali je poželjan.

Sedmi dio:

Tehničke službe i

službe za podršku

Standard 51: Održavanje objekata, opreme, postrojenja i instalacija

Ambijent, prostor i oprema bolnice osiguravaju sigurnu, efikasnu i učinkovitu zaštitu pacijenata/korisnika, osoblja i posjetilaca, te ostvarenje svih postavljenih zadataka organizacije.

Opći dio

- 51.1** Postoji dokumentirani operativni plan koji se odnosi na objekte, konzistentan sa zadacima i poslovnim planom bolnice/jedinice.
Uputstvo: Plan uključuje, npr. godišnji plan izgradnje objekata, plan velikih radova na obnovi i održavanju postojećih objekata, program održavanja vrtova i opreme, i ciljeve za poboljšanje iskorištavanja postojeće aktive.
- 51.2** Korištenje prostora u cijeloj bolnici redovno se kontrolira.
- 51.3** Imenovane su osobe za održavanje objekata, zemljišta, vrta i opreme.
- 51.4** Imenovane osobe su na raspolaganju i poslije radnog vremena za potrebe hitnih opravki i održavanja.

Planiranje

- 51.5** Bolnica se pridržava zakona, propisa i zahtjeva inspekcijskih službi.
- 51.6** Bolnica periodično pravi inspekciju objekta radi provjere ispravnosti fizičkog okruženja; sprečavanja nesreća i povreda; održavanja fizičkog okruženja; sigurnih uvjeta za ljude; i reduciranja i kontrole opasnosti i rizika, i za to ima urednu evidenciju.
- 51.7** Bolnica planira i predviđa sredstva za popravke ili zamjene ključnih sistema okruženja, objekata ili komponenti.
- 51.8** Bolnica ima plan za menadžment nekliničkog rizika.
Uputstvo: Plan za menadžment rizika opisuje načine na koje bolnica osigurava svoje bezopasno okruženje i aktivnosti osoblja u reduciranju rizika od nesreća i povreda.
Planiraju se slijedeći procesi: održavanje i kontrola prostora i opreme; evaluacija rizika po sigurnost pacijenata i posjetitelja od strane objekta, zemljišta, opreme i unutrašnjih fizičkih sistema; evaluacija rizika za sve osoblje bolnice; evidencija i evaluacija svih incidenta, oštećenja imovine, profesionalna obolenja, povrede pacijenata, osoblja i posjetitelja; stalni nadzor rizika, uključujući i podatke o riziku proizvoda i imenovanje obučenih djelatnika koji nadgledaju razvoj, implementaciju i evaluaciju menadžmenta rizika.
Plan treba da sadrži i: program obuke za opće i specifične procese rizika; informacije o izvršenoj edukaciji i obuci osoblja; procedure informiranja o incidentima i kriznim situacijama koje specificiraju kada i kome se dostavljaju informacije; norme i procedure rizika – raspodjelu, primjenu, poštivanje i učestalost; godišnju evaluacijsku formu: ciljevi, ostvarenje, menadžment i efikasnost.

51.9 Bolnica ima plan za kontrolu opasnih i otpadnih tvari.

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

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

Proces

51.10 Postoje ažurirani crteži sa svim detaljima o planu objekata i prostorija po spratovima, te požarnih zona i puteva.

Uputstvo: Crteži treba da sadrže lokacije objekata i instalacija.

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

51.12 Prati se vrijeme koje protekne od prijave do inspekcije prijavljenih kvarova i vrijeme potrebno za popravke kvarova.

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

Uputstvo: Procedura bi trebalo da sadrži načine preuzimanja pomoćnog/alternativnog sistema snabdjevanja. Važno je napraviti izvještaj o kvarovima koji su se desili radi identificiranja eventualnih sistemskih greški.

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

Ambijent

51.15 Prostorije u kojima se pruža zaštita pacijentima su lijepo uređene i čiste.

51.16 U cijeloj organizaciji su ugrađeni sigurnosni uređaji za pacijente.

Uputstvo: Sigurnosni uređaji obuhvataju: držače za ruke u hodnicima, različite pomoćne ručke, sisteme za hitne pozive u toaletima, tuš kabinama, kupatilima, sigurnosna stakla, sigurnosne trake na kolicima, kolicima za lijekove i zaštitne šipke različite visine na krevetima.

- 51.17** Postavljeni su sigurnosni uređaji na prozorima svih spratova, osim prizemlja, u svrhu sprečavanja otvaranja prozora i eventualnih padova s visine.
- 51.18** Postavljene su unutrašnje i vanjske oznake objekata i odjela.
Uputstvo: Oznake bi trebalo da olakšaju kretanje pacijentima unutar bolnice, lakše pronađenje odjela i službi unutar objekata. Prilikom postavljanja oznaka trebalo bi voditi računa o potrebama pacijenata/korisnika s oštećenjem vida kao i mogućnostima postavljanja višejezičnih oznaka (ukoliko je to potrebno).
- 51.19** Ulazi u bolnicu (uključujući i ulaze u bolnički krug), hodnici i recepcija su dobro osvijetljeni i imaju svjetlo za slučaj opasnosti/nestanka struje.
- 51.20** Namještaj i oprema u čekaonicama i sobama za ležeće pacijente, te zajedničkim prostorijama su čisti i u skladu su sa standardima zaštite od požara.
- 51.21** Postavljena su upozorenja za pacijente i posjetitelje da isključe mobilne telefone u onim prostorijama u kojima mogu uzrokovati kvar opreme.
- 51.22** Službe su postavljene u blizini linija javnog prevoza, ako je to moguće.
- 51.23** Postoji plan upravljanja saobraćajem u krugu bolnice/jedinice.
Uputstvo: To obuhvata, npr. uređenje parking prostora za invalidne osobe, označena mjesta za prihvatanje i iskrcavanje pacijenata/korisnika službe i transportne usluge za pacijente/korisnike, kao i parking prostor za osoblje.
- 51.24** Redovno se ocjenjuje prostor za parkiranje i potrebe za parking prostorom.
Uputstvo: Ocjena obuhvata, npr. pristupe za pješake svim objektima ustanove, parking prostore za pacijente/korisnike u blizini kliničkih službi.
- 51.25** Održava se i prati temperatura tople vode i površine grijnih tijela.
Uputstvo: To obuhvata, npr. postavljanje termostata na ventile svih slavina i tuševa kako bi se izbjegle opekotine i vodovodne instalacije prilagodile tekućim preporukama. Trebalo bi redovno pratiti temperaturu vode i površina radnjatora.
- 51.26** Pregleda se sigurnost sve električne opreme koja se donosi u ustanovu. To obuhvata i pacijentovu svojinu koju donosi za vlastitu upotrebu.
- 51.27** Postoji politika o okolišu koja obuhvata emisiju gasova i materija koje zagađuju zrak, zemlju i vodu.
Uputstvo: Politika treba da razmotri zahtjeve zakona o zaštiti okoliša i ISO14000 (BS7750) standarde.
- 51.28** Bolnica provodi pregledе svog okruženja.

- 51.29** Razvijene su inicijative za recikliranje odgovarajućeg otpadnog materijala.
Uputstvo: Npr. prikupljanje aluminijskih konzervi putem postavljanja kanti u blizini automata za prodaju bezalkoholnih pića ili recikliranje kartonske ambalaže putem aranžmana za njihovo prikupljanje sklopljenih sa snabdjevačem.
- 51.30** Poduzimaju se preventivne mjere za sprečavanje rasta *Legionella pneumophylla* u vodi i sistemu za kondicioniranje zraka.
Uputstvo: Tuševi i cisterne za skladištenje vode trebali bi se održavati i dezinficirati jednom godišnje. Trebale bi postojati potvrde o provedenoj dezinfekciji cisterni i tuševa. Moraju se uzimati uzorci vode na ispitivanje u svrhu praćenja Legionellae.
- 51.31** Bolница ima politiku o emergentima kojom se utvrđuju ciljevi za optimalne cijene nabavke i smanjenje potrošnje.
Uputstvo: Energenti mogu uključiti: raspodjelu električne energije, tok energenata, vertikalni i horizontalni transport, ventilaciju i kondicionirani zrak, vodoinstalacije, bojlere, medicinske gasove, komunikacijske sisteme, uključujući i razmјenu podataka.
- 51.32** Postoji kontrola adekvatnog protoka zraka, i kontrola ventilacije i temperature da se obezbijede sigurni radni uslovi.
Uputstvo: To obuhvata, npr. kontrolu infekcija koje se prenose putem zraka i ako je moguće uklanjanje opasnih gasova.

Održavanje

- 51.33** Postoji planiran preventivni plan održavanja
Uputstvo: Planom održavanja utvrđuje se cijena i prioriteti održavanja objekata. Program održavanja ima za cilj reduciranje kvarova na opremi i objektima kao i rizika koji prate kvarove.
- 51.34** Program održavanja obuhvata krečenje.
- 51.35** Postoje dokumentirane procedure za održavanje i servisiranje sistema svih ventilacija, kondicioniranja zraka, sistema grijanja, a evidencija o održavanju se čuva. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure bi trebalo sadržavati shemu instaliranog sistema ventilacije, priručnike/uputstva za njegovo održavanje, te dokumentaciju o izvršenoj dezinfekciji sistema ventilacije; odgovornu osobu za izvođenje dezinfekcije, kao i metode koje su korištene. Za sve radove koje izvođači obavljaju unutar objekata trebalo bi da postoji dozvola.
- 51.36** Postoje dokumentirane procedure za sigurno korištenje i održavanje putničkih liftova koji se koriste u bolnici. Povremeno se vrši inspekcija liftova, a obavlja je ovlaštena osoba u skladu s uputstvima. Dokumentacija o inspekciji se čuva. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedure za sigurno korištenje trebalo bi sadržavati mjere zaštite od požara, sigurnosne mjere, procedure za spašavanje osoba u slučaju kvara na liftu. Trebalo bi da postoji atest o sigurnosti lifta.

- 51.37** Svi ventil za kontrolu pritiska koji se koriste u bolnici/jedinici se periodično pregledaju od strane nadležne osobe u skladu sa pisom (utvrđenom) shemom kontrole, a evidencija o pregledu se čuva.
- 51.38** Postoji dokumentirana procedura za održavanje instalacija medicinskih gasova. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo tretirati pitanja odgovornosti koje se tiču održavanja instalacija unutar i izvan objekata (odgovornosti izvođača), kao i izdavanja dozvola za unutrašnje održavanje i vanjske radove na cjevovodu medicinskih gasova.
- 51.39** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje s organizacijama s kojima je sklopljen ugovor. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura i njeni prateći dokumenti bi trebalo uključivati: listu organizacija s kojima je sklopljen ugovor o servisiranju i održavanju opreme u bolnici/jedinici; aranžmane bezbjednosti pod kojima radi organizacija s kojom je sklopljen ugovor, uključujući i testiranje sve električne opreme organizacije sa kojom je sklopljen ugovor; pitanja koja se odnose na dozvolu za obavljanje radova i potrebna uvjerenja o nadležnosti za montiranje gasovoda. Važno je da inžinjer ima uvid u listu svih organizacija s kojima je sklopljen ugovor, njihovu cijenu rada i sposobnost za izvođenje radova. Neophodno je dobivanje dozvole za izvođenje radova naročito pri radu na električnim instalacijama, instalacijama medicinskih gasova, radova na visini i radova u zatvorenom prostoru.

Standard 52: Bolnička kuhinja – pripremanje hrane i ishrana

Služba za pripremanje hrane za pacijente/korisnike i osoblje obezbjeđuje dobro izbalansirane obroke koji zadovoljavaju prehrambene potrebe i koje priprema obučeno osoblje u higijenski uslovnim kuhinjama.

Operativna politika

- 52.1** Postoji operativna politika kojom se definira odgovornost službe za obezbjeđenje ishrane za pacijente kao i raspoloživost službe za osoblje i posjetioce.
Uputstvo: Politika bi trebalo pokrивati pitanja standarda obroka za pacijente, definirati aranžmane za ishranu osoblja i posjetilaca za vrijeme njihovog boravka u bolnici/jedinici.
- 52.2** Operativna politika sadrži eksplizitne odgovornosti osoblja koje servira hranu pacijentima kao i odgovornost za pomoći pacijentima/korisnicima koji se ne mogu sami hraniti zbog bolesti ili nesposobnosti.

Služba za pripremanje hrane

- 52.3** Svim pacijentima daju se tri puna obroka dnevno. Dnevni jelovnik uključuje najmanje jedno kuhanje jelo.
- 52.4** Pacijentima se nudi mogućnost izbor hrane za svaki obrok, ako postoji takva mogućnost.
Uputstvo: Ako se nudi mogućnost biranja jelovnika unaprijed, pacijent/korisnik ne bi trebao imati mogućnost biranja više od jednog obroka. Služba može imati fleksibilan pristup isporuci hrane i razmotriti izmjene jelovnika slično hotelskom servisu.
- 52.5** Pripremanje hrane i jelovnici se planiraju kako bi se osigurali obroci koji zadovoljavaju potrebe pacijenata u skladu sa restriktivnom dijetom, poduzetim tretmanima i nemogućnosti uzimanja hrane.
- 52.6** Pacijenti/korisnici, osoblje i posjetioci imaju pravo na izbor zdrave hrane za sve obroke.
Uputstvo: Informacije o mogućnosti izbora zdrave hrane trebalo bi da budu istaknute na jelovnicima, npr. mogućnost biranja hrane s manjim sadržajem masti, soli, holesterola, s većim sadržajem vlakana, itd
Opaska: Ovaj kriterij za sada se neće koristiti u ocjenjivanju.
- 52.7** U službi za pripremanje hrane postoji sistem obavještavanja o alergiji pacijenta na određene vrste hrane. Prenos podataka odvija se između osoblja na odjelu i osobe odgovorne za obezbjeđenje hrane.

- 52.8** Usluge pripremanja hrane se planiraju tako da ne protekne više od 14 sati između serviranja večernjeg obroka i sljedećeg obroka (doručka).
- 52.9** Hrana ima privlačan izgled i okus.
- 52.10** Voda za piće je dostupna svim ležećim pacijentima kao i pacijentima na ambulantnom tretmanu.
- 52.11** Topli napici i užina su dostupni pacijentima između glavnih obroka.
- 52.12** Jelovnici se planiraju u svrhu zadovoljenja prehrambenih potreba i zahtjeva posebnih dobnih skupina pacijenata, kao što su djeca i starije osobe.
- 52.13** Jelovnici se tako planiraju da se obezbijedi korištenje svježe sezonske hrane.
- 52.14** Služba za pripremanje hrane odgovara na potrebe pacijenata koji su na posebnim dijetama, uključujući najmanje: dijabetičnu dijetu, dijetu bez glutena, dijetu sa smanjenim sadržajem holesterola, tečnu i polutečnu dijetu koje se sastavljaju uz savjete dijetetičara.
- 52.15** Postoji mogućnost dobivanja savjeta za pripremanje hrane kako bi se obezbijedili hranjivi obroci za pacijente koji odgovaraju njihovim individualnim potrebama.
- 52.16** Jelovnici se planiraju da se zadovolje dijetetske potrebe pacijenata u vezi sa religioznim, etičkim i kulturološkim zahtjevima.
Uputstvo: Po mogućnosti takvi jelovnici bi trebalo da budu odobreni od strane lokalnih lidera zajednice.
- 52.17** Dostupan je poseban pribor za jelo kojim se omogućava zadovoljenje potreba pojedinih grupa pacijenata.
Uputstvo: Pribor za jelo i piće može biti prilagođen specifičnim potrebama pacijenata/korisnika, kao što su npr. djeca ili osobe sa smanjenom fizičkom sposobnosti.

Iskustvo pacijenta

- 52.18** Aktivno se prati mišljenje pacijenata/korisnika u pogledu obima i kvaliteta usluga pruženih od strane službe za pripremanje hrane.
Uputstvo: Mišljenje pacijenata/korisnika može se dobiti putem upitnika o ishrani koji može biti sadržan u općem upitniku o zadovoljstvu pacijenta ili biti zaseban upitnik, putem kartica za komentare koje se distribuiraju zajedno sa hranom ili putem direktnih razgovora sa konzumentima koje redovno poduzimaju šefovi i ostalo osoblje što učestvuje u pripremi i distribuciji hrane.

Osoblje – razvoj osoblja i edukacija

- 52.19** Sve osoblje u službi, uključujući i novoprimaljeno, prolazi osnovnu i dodatnu obuku o rukovanju hranom, primjeni higijenskih mjera, uključujući procedure pranja ruku i povezanost sa mjerenjem kontrole infekcije. Postoji evidencija o obuci.
- 52.20** Sve osoblje u službi, uključujući i novoprimaljeno, prolazi osnovnu i dodatnu obuku o zdravlju i sigurnosti u ambijentu kuhinje, uključujući kontrolu supstanci opasnih po zdravlje, te o korištenju zaštitne opreme i odjeće. Postoji evidencija o obuci.

Proces rada

- 52.21** Postoji datirana, dokumentirana procedura za provjeru svih osoba koje rukuju s hranom prije zapošljavanja u službi. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 52.22** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvještavanje o oboljevanju osoba koje rukuju s hranom s opisom aktivnosti koje se poduzimaju u tim situacijama. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 52.23** Procedure službe su u skladu sa zakonima i pravilnicima o sigurnosti hrane.
Uputstvo: Vidi Zakon o hrani (Službeni glasnik BiH, br.50/04).
- 52.24** Postoje datirane, dokumentirane operativne procedure koje se primjenjuju svugdje gdje postoje službe za pripremanje hrane a odnose na skladištenje i praćenje kontrole temperature hrane. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 52.25** Postoji datirana, dokumentirana operativna procedura za naručivanje namirnica kao i provjeru isporučenih namirnica prema narudžbi. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo sadržavati aranžmane kojima se reguliraju postupci s robom koja je ispod standarda, oštećena ili pokvarena. Takva roba se ne koristi, odstranjuje se i označava kako bi se vratila snabdjevачu.
- 52.26** Postoje datirane, dokumentirane operativne procedure koje se primjenjuju svugdje gdje postoje službe za pripremanje hrane a odnose na odvojeno skladištenje namirnica, kao što su sirovo i kuhanu meso, očišćeno i neočišćeno povrće. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.

- 52.27** Postoje datirane, dokumentirane operativne procedure koje se primjenjuju svugdje gdje postoje službe za pripremanje hrane a odnose na higijensko pripremanje, kuhanje i hlađenje hrane. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 52.28** Postoje datirane, dokumentirane operativne procedure za pranje i čišćenje opreme. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 52.29** Postoje datirane, dokumentirane operativne procedure za postupanja s otpadom, uključujući i odlaganje otpada. Procedure su napisane/revidirane u zadnje tri godine.
- 52.30** Pripremanje velikih količina hrane koja se drži duže vrijeme (npr. za hlađenje i zamrzavanje) poduzima se ako postoji oprema i kvalificirano osoblje koje određuje i nadgleda standarde rukovanja, pripremanja i obrade hrane.
- 52.31** Prije nego što se isporuči iz kuhinje hrana se testira na kvalitet i temperaturu i poduzimaju se akcije ukoliko hrana ne zadovoljava lokalni set standarda.
- 52.32** Postoji datirana, dokumentirana procedura kojom se definiraju aktivnosti u situacijama velikih katastrofa. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo pokrivati pitanja obezbeđenja hrane za pacijente/korisnike u situacijama nestanka vitalnih energenata (struje, vode, gasa), eventualnog zatvaranja kuhinje, a trebalo bi sadržavati i aranžmane za obezbeđenje hrane u slučajevima evakuacije bolnice/jedinice. Plan za nepredviđene situacije trebalo bi da bude vezan za plan velikih incidenata bolnice/jedinice.
- 52.33** Postoji datirana, dokumentirana procedura za kontrolu zaliha i njihovu rotaciju kao i zaštitu zaliha od krađe. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Ambijent

- 52.34** Postoji kontinuirani program higijene kuhinje uključujući noćne inspekcije za provjeru štetočina i gamadi.
Uputstvo: Trebalo bi da postoji ugovor sa službom koja vrši DDD.
- 52.35** Prostorije za hranu imaju odobrenje za rad na temelju nalaza inspekcijske službe.

- 52.36** Raspored prostorija je tako dizajniran da omogućuje efikasan rad i higijenske uslove rada.
- 52.37** Postoje označeni umivaonici za pranje ruku unutar kuhinje.
Uputstvo: Umivaonici bi trebalo da budu postavljeni u skladu s uputstvima za kontrolu infekcije.
- 52.38** Unutar kuhinje postoji označen prostor u kojem se hrana provjerava prije isporuke. Taj prostor uključuje uređaje za provjeru kvaliteta i kvantiteta hrane i omogućava da hrana brzo bude dostavljena u skladište gotove hrane.
- 52.39** Unutar službe postoji označen prostor za skladištenje hrane, opreme i sredstava za čišćenje prostora i pranje posuđa.
- 52.40** Unutar kuhinje postoji označen prostor za pripremanje različitih vrsta hrane (uključujući prostore za pripremanje terapijskih dijeta, specijalnih dijeta, hrane za djecu, parenteralne prehrane i dodatne ishrane).
- 52.41** Unutar kuhinje postoji označen prostor za kuhanje/podgrijavanje hrane s označenim tokom rada koji olakšava odvajanje skuhane ili podgrijane hrane, kao i za držanje pripremljene hrane.
- 52.42** Unutar kuhinje postoji označen prostor za pranje tanjira i lonaca.
- 52.43** Unutar svakog prostora za pripremanje različitih vrsta hrane i u svakom prostoru za serviranje hrane unutar kuhinje postoji označen prostor za odlaganje otpada.
Uputstvo: To bi trebalo biti u skladu s procedurama upravljanja otpadom.
- 52.44** Postoji raspored čišćenja kuhinje i fiksne opreme. Čuva se evidencija o obavljenom čišćenju.
Uputstvo: Trebalo bi dokumentirati redovno, dnevno i sedmično čišćenje kao i detaljno čišćenje specifičnih prostora.
- 52.45** Objekti službe za pripremanje hrane su u skladu s pravilima definiranim zakonom i zakonskim propisima.
Uputstvo: Obraća se pažnja na sljedeća pitanja: čišćenje podova, zidova i plafona, ventilaciju, održavanje sanitarnih uslova sa sve prostorije za hranu, zadovoljavajuće osvjetljenje i praćenje standarda čišćenja.
- 51.46** Postoji evidencija da je oprema u skladu sa standardima sigurnosti.
Uputstvo: Posebna pažnja se obraća na sigurnosni sistem ili alarme frižidera i zamrzivača, električnu opremu, opremu na gasni pogon i opremu pod pritiskom, opremu za prženje ribe i kontrolu temperature hrane na kolicima za hlađenje i zagrijavanje hrane.

- 52.47** Postoji evidencija o redovnoj provjeri temperature fižidera i zamrzivača kao i redovnoj kalibraciji kontrole temperature.
- 52.48** Svi kontejneri za distribuciju hrane drže se čisti.
- 52.49** Hrana se čuva pokrivena u kuhinji do momenta serviranja, zapakovana ili u kontejnerima s poklopциma.
Upustvo: Svi kontejneri trebali bi biti sigurno zatvoreni za vrijeme transporta hrane.

Poboljšanje kvaliteta

- 52.50** Centralna kuhinja ima sistem osiguranja kvaliteta.
- 52.51** Ocjenjuju se indikatori izvršenja širom službe za pripremanje hrane, uključujući koštanje po jedinici hrane i nivo rasipanja hrane.
- 52.52** Na raspolaganju je izvještaj sanitarne inspekcije.
Upustvo: Dodatno, uz zakonsku inspekciju, šefovi službe za pripremanje hrane mogu pokrenuti sastanke sa sanitarnom inspekциjom kako bi se ocijenila obuka za higijenu ishrane, preporučene izmjene/poboljšanja za službu i gradevinske radove.
- 52.53** Pismeno se odgovora na preporuke sanitarnog inspektora.
- 52.54** Služba se pridržava preporuka sanitarnog inspektora i kontrolora za ishranu.
- 52.55** Osoblje koje priprema i distribuira hranu zadovoljava potrebe i očekivanja pacijenata i članova porodice.
Upustvo: Očekivanja se mogu odnositi na raznolikost ponude, vrijeme distribucije obroka, temperaturu hrane, ljubaznost osoblja koje poslužuje, itd, a podaci se mogu dobiti anketiranjem pacijenata i/ili rodbine o sveukupnom zadovoljstvu ishranom u bolnici.
- 52.56** Osoblje koje priprema i distribuira hranu zadovoljava potrebe i očekivanja medicinskog osoblja.
Upustvo: Ovo se provjerava povremenim anketiranjem osoblja.

Standard 53: Služba za održavanje čistoće

Bolnica/jedinica održava čiste i higijenske uslove pomoću osoblja obučenog u mjerama kontrole infekcije.

Osoblje – razvoj i edukacija

- 53.1** Unutar službe osoblje prolazi obuku o zaštiti zdravlja s obzirom na okruženje, o zdravlju i sigurnosti na radu u vezi sa sredstvima koja se koriste za čišćenje (uključujući koštanje, opremu za čišćenje, i korištenje zaštitne opreme i odjeće). Prisustvo obuci se evidentira.
- 53.2** Unutar službe osoblje prolazi obuku o mjerama sigurnosti za specijalizirane prostore, kao što su odjeli u kojima se pružaju sterilne medicinske usluge, kuhinja, operacione sale, laboratorij i prostorije s izvorima radijacije. Prisustvo obuci se evidentira.
- 53.3** Unutar službe osoblje prolazi obuku o kontroli infekcije i ulozi zaposlenih u službi održavanja čistoće u kontroli infekcije. Prisustvo obuci se evidentira.
- 53.4** Osoblje imenovano za rad u specijaliziranim prostorima kao što su operacione sale, laboratorij, jedinice intenzivne njegе i sobe za izolaciju prolazi dodatnu obuku za izvršavanje procedura koje su zajedničke za te organizacione jedinice. Postoji evidencija o provedenoj obuci.

Proces

- 53.5** Postoje datirane, dokumentirane procedure za čišćenje koje odražavaju politiku ustanove o kontroli infekcije a koje se odnose na odjele, prijemnu službu i administrativne prostorije. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedure bi trebalo definirati zadatke osoblja i eksplicitno odrediti koja grupa osoblja radi s kojim tipom otpada i rasutim otpadom, npr. tjelesnih tekućina.
- 53.6** Postoje datirane, dokumentirane procedure za čišćenja koje odražavaju politiku ustanove o kontroli infekcije a koje se odnose na čišćenje specijaliziranih prostorija (npr. laboratoriјa, mrtvačnica, operacionih sala i jedinica intenzivne njegе). Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 53.7** Postoji dokumentirani raspored generalnog čišćenja, dnevнog, sedmičnog i periodičnog, kao što je pranje zidova, prozora i održavanje čistoće podova.

- 53.8** Postoje datirane, dokumentirane procedure za čišćenja koje odražavaju politiku ustanove o kontroli infekcije a koje se odnose na poseban način čišćenja infektivnih prostora ili prostorija za izolaciju (kao što je meticilin rezistentni *Staphylococcus aureus*). Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 53.9** Postoje datirane, dokumentirane procedure za mjerjenje, etiketiranje, skladištenje i odgovarajuće korištenje sredstava za čišćenje, uključujući kontrolu skladišta i rotaciju sredstava u skladištu na bazi iskorištenja sredstava prije isteka roka upotrebe. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 53.10** Postoje datirane, dokumentirane procedure za korištenje, čišćenje, skladištenje i održavanje opreme za čišćenje. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 53.11** Postoje datirane, dokumentirane procedure za izvještavanje o kontroli gamadi i štetočina. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.

Ambijent

- 53.12** Prostorije za pacijente su higijenski čiste i bez štetnih mirisa ukoliko je moguće.
- 53.13** Hodnici, ulazi i predvorja te uredske prostorije se održavaju čistim i bez smeća.
- 53.14** Postoji kontakt broj za slučaj potrebe hitnog čišćenja. Objavljen je svim službama/odjelima.
- 53.15** Postoji sistem označavanja bojama prilikom čišćenja tkaninama i resastom metlom u definiranim prostorima.
Uputstvo: Trebalo bi biti definirano koja se vrste tkanina i resaste metle mogu koristiti za prostorije za pacijente, kuhinje, sanitарne prostorije i prostorije opće namjene.
- 53.16** Ostava za sredstva čišćenja i ormari omogućuju sigurno i uredno uskladištenje potrebnih materijala i opreme.

Poboljšanje kvaliteta

- 53.17** Učinkovitost čišćenja ocjenjuje se u cijeloj bolnici.
Uputstvo: Sistem za procjenu učinkovitosti čišćenja je dokumentiran i uključuje definirane standarde izvršenja, diskusije s odjelima i službama koji koriste usluge čišćenja, procjenu sredstava i opreme za čišćenje i procjenu isplativosti sredstava i opreme.

Praonica

- 53.18 Rublje se pere prema rasporedu dogovorenom sa odjelima.
- 53.19 Postoji sistem snabdjevanja čistim rubljem koji je na raspolaganju i van radnog vremena te u hitnim slučajevima.
- 53.20 Postoji popis rublja i sistem kontrole skladišta opranog rublja u svrhu njegove provjere prije isporuke iz pravonice.
- 53.21 Skladište rublja i peškira se rotira na bazi isporuke rublja i ručnika koji duže stoje na skladištu.
- 53.22 Čistim rubljem se rukuje i ono se skladišti na takav način da se izbjegnu neželjena apsorpcija vlage i kontaminacija s kontaktnih površina ili padanje prašine po rublju.
- 53.23 Na mjestu prikupljanja kontaminiranog rublja na raspolaganju su kontejneri ili vreće za pakovanje rublja kako bi se izbjeglo širenje infekcije.
- 53.24 Čisto i prljavo rublje se odvaja na mjestu prikupljanja kako bi se izbjeglo prenošenje infekcije, i transportuje se i skladišti odvojeno.
- 53.25 Kontejneri za transport vreća s prljavim rubljem i prostori za njegovo skladištenje čiste se sistematski.
- 53.26 Rublje koje je bilo izloženo izvoru infekcije jasno se označava i poduzimaju se odgovarajuće mjere predostrožnosti za obradu takvog rublja.
Uputstvo: Sve kliničke službe koje šalju ovakvo rublje na pranje trebalo bi da budu snabdjevene topivim vrećama za pranje rublja. Korištenje topivih vreća štiti osoblje u pravonici od potencijalnih infekcija pošto se vreće mogu prati bez prethodnog otvaranja radi vađenja sadržaja.
- 53.27 Postoji datirana, dokumentirana procedura koja definira odgovornosti za namještanje kreveta. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedura bi jasno trebalo da definira osoblje koje presvlači i namješta posteljinu za pacijenta (npr. prilikom otpuštanja ili za vrijeme boravka pacijenta).

Standard 54: Služba transporta i prevoza

Služba transporta i prevoza olakšava efikasno premještanje pacijenata/korisnika, sredstava i opreme unutar bolnice/jedinice i prevoz istih izvan bolničkog kruga.

Opći dio

- 54.1** Postoji dokumentirana operativna procedura za službu transporta/prevoza.¹ Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.

Uputstvo: Procedura bi trebalo definirati ulogu službe transporta/prevoza, rutinske zadatke službe i povezanost s drugim službama i odjelima. Također bi trebalo definirati odgovornosti upravljačkog tima službe i linije izvještavanja. Linije izvještavanja mogu biti sadržane u strukturi ustanove.

- 54.2** Transport/prevoz ljudi i dobara je organiziran i koordiniran.

Osoblje – razvoj i edukacija

- 54.3** Sve osoblje je prošlo inicijalnu obuku o svojoj ulozi i povremeno prolazi dodatnu obuku. Prisustvo obuci se evidentira.

- 54.4** Osoblje je prošlo obuku o kontroli infekcije i ulozi osoblja službe transporta/prevoza u kontroli infekcije (npr. transport/prevoz uzoraka, krvi, kliničkog otpada i rublja).

- 54.5** Osoblje je prošlo obuku o rukovanju s otpadom u skladu sa procedurama ustanove i zakonskim obavezama.

- 54.6** Osoblje koje pri transportu/prevozu rukuje hranom prošlo je obuku o rukovanju hranom, uključujući osnovnu higijenu prevoza hrane, i prolazi godišnju dodatnu obuku. Prisustvo obuci se evidentira.

- 54.7** Osoblje je prošlo obuku o manuelnom rukovanju s pacijentima/korisnicima, opremom i teškim predmetima, i prolazi godišnju dodatnu obuku. Prisustvo obuci se evidentira.

Uputstvo: Obuka bi trebalo uključivati i provjeru korištenja podloške za noge prilikom korištenja kolica i provjeru da li se pacijentu saopštava identitet osobe koja vrši transport, lokacija na koju se transportuje i vrijeme dolaska na lokaciju.

- 54.8** Osoblje je prošlo obuku o mjerama u vezi sa zakonskom kontrolom opasnih supstanci i opasnih prostora, kao što su odjel za sterilizaciju, kuhinja, radionica, perionica, laboratorij i prostori s izvorom radijacije. Prisustvo obuci se evidentira.

¹ Ovdje se pod transportom podrazumijeva prenošenje pacijenata, sredstava i opreme unutar bolničkog kruga za što su ponekad dovoljni fizički radnici, nosila ili obična kolica. Prevoz podrazumijeva korištenje motornih kola unutar ili van bolničkog kruga.

- 54.9** Osoblje je prošlo obuku o sigurnom postupanju prilikom automobilskog prevoza. Prisustvo obuci se evidentira.
Uputstvo: obuhvata i kriterije 54.4, 54.5, 54.6, 54.7, 54.8, ali i druge sigurnosne mjere, npr. protektivna odjeća i obuća, sigurnosni pojasi; sigurnost vozila, sigurnost upravljanja, itd
- 54.10** Osoblje je prošlo obuku o postupanju u slučaju nasilja i verbalnih uvreda. Prisustvo obuci se evidentira.
- 54.11** Osoblje je prošlo obuku o rukovanju, skladištenju i zamjeni cilindara s medicinskim gasovima. Prisustvo obuci se evidentira.
- 54.12** Osoblje je prošlo obuku o politici sigurnosti i provođenju procedura sigurnosti. Prisustvo obuci se evidentira.
- 54.13** Osoblje je prošlo obuku o komunikaciji i pomoći korisnicima usluga. Prisustvo obuci se evidentira.
Uputstvo: To bi moglo uključivati lično predstavljanje, komunikaciju, svijest o okolini i kulturi.
- 54.14** Osoblje službe transporta/prevoza prolazi specifičnu obuku o njihovoj ulozi u nekliničkim hitnim situacijama. Prisustvo obuci se evidentira.
Uputstvo: Takve situacije obuhvataju požarni alarm, velike incidente, nestale pacijente, poplave i nestanak struje.

Proces

- 54.15** Postoje datirane, dokumentirane procedure o premještanju i postupanju s pacijentima/korisnicima, prenošenju opreme i teških predmeta, podizanju opreme i tehnikama koje se pritom koriste. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 54.16** Postoji datirana, dokumentirana procedura o rukovanju, skladištenju i izmjeni cilindara s medicinskim gasovima. Procedura je napisana/revidirana u protekle tri godine.
- 54.17** Postoje datirane, dokumentirane procedure o postupanju i transportovanju/prevozu laboratorijskih uzoraka. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
Uputstvo: Procedure bi trebalo da budu sastavljene prema uputstvima laboratorijske službe i na raspolaganju osoblju zaposlenom u službi transporta/prevoza. Procedure bi trebalo uključivati instrukcije za prikupljanje uzoraka, etiketiranje uzoraka i kontejnera (uključujući identifikaciju pacijenta/korisnika), čuvanje uzoraka i mјere sigurnosti u svrhu praćenja izvršenja.

- 54.18** Postoje datirane i dokumentirane procedure o transportu/prevozu bioloških uzoraka, tkiva i organa, dijagnostičkih nalaza, medicinske dokumentacije, lijekova, otopina, krvi i krvnih preparata. Procedure su napisane/revidirane u protekle tri godine.
- 54.19** Postoje datirane i dokumentirane procedure o transportu/prevozu opasnog bolničkog materijala koje su u skladu sa zakonom.
- 54.20** Postoji datirana, dokumentirana procedura o transportu/prevozu u mrtvačnicu, uključujući provjeru postojanja prekrivača na kolicima i provjeru njegove čistoće. Procedura je napisana/ revidirana u protekle tri godine.
- 54.21** Postoje dokumentirane procedure o transportu/prevozu pacijenata unutar i izvan bolnice.
Uputstvo: To može uključivati pitanja prioritizacije prevoza; prevoz zaraznih i mentalno oboljelih pacijenata; prevoz pratnje uz pacijenta; definiranje odredišta prevoza za posebne okolnosti; osiguranje komunikacija u slučajevima izmjena u vremenu zakazanih pregleda ili preuzimanju pacijenata.
- 54.22** Postoji dokumentirani sistem prioritiziranja zahtjeva za uslugama transporta/prevoza. Uputstva uključuju kategorizaciju zahtjeva kao nužan, urgentan, opći.
Uputstvo: Sa sistemom bi trebali biti upoznati svi zaposleni u bolnici/jedinici.
- 54.23** Postoji datirana, dokumentirana procedura o transportu/prevozu pacijenata unutar odjela i između odjela jedne bolnice.
Uputstvo: To može uključivati pitanja transporta starih, iznemoglih, onesposobljenih i nepokretnih osoba, komatoznih, zaraznih i mentalno oboljelih pacijenata, djece, trudnica i porodilja; s obzirom na angažirano osoblje u transportu, načine i mjesto transporta/prevoza i vrijeme transporta/prevoza.

Sredstva

- 54.24** Svi nosači su povezani komunikacijskim sistemom kao što su radio stanice pomoću kojih su u kontaktu s osobljem službe dok prenose teret.
Uputstvo: Korištenje radiostanica je efikasno iz razloga što nadzornik službe može prenijeti zadatak ili utvrditi prioritet bez potrebe da se nosač vrati u bazu.
- 54.25** Osoblje je snabdjeveno zaštitnom opremom, kao što su rukavice, kecelje, zaštitne naočale a odgovarajuće korištenje opreme se prati.
- 54.26** Postoje datirane i dokumentirane procedure o redovnom održavanju vozila koja služe za prevoz pacijenata. Procedure su napisane ili revidirane u zadnje tri godine.

54.27 Postoji datirana, dokumentirana procedura o dužnostima i odgovornostima osoblja koje održava siguran i efikasan sistem vozila u mirovanju. Procedura je napisana ili revidirana u zadnje tri godine.

54.28 U prijemnoj službi postoje nosila i kolica za transport pacijenata.

Poboljšanje kvaliteta

54.29 Informacije o vremenu proteklom od prijema do izvršenja zahtjeva za uslugama transporta/prevoza se prikupljaju, prate i evaluiraju.

54.30 Usluge transporta/prevoza evaluiraju se u određenim vremenskim intervalima i s obzirom na zadovoljstvo korisnika.

Standard 55: Recepција

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

Opći dio

- 55.1** Postoji aktuelni, dokumentirani operativni priručnik za recepciju koji je u skladu s poslovnim planom ustanove i strategijom poboljšanja kvaliteta.
Uputstvo: Operativni priručnik bi trebalo da sadrži broj telefona recepcije i osoblja s njihovim imenima; zaposlenog na telekomunikacijama, u toku redovnog radnog vremena, u toku 24 sata; raspored radnog vremena tokom sedmice (po danima) i tokom godine. Operativni priručnik može sadržavati i sve procedure redovnih dnevnih aktivnosti recepcije.
- 55.2** Glavna recepcija je na raspolaganju tokom cijelog radnog vremena.
Uputstvo: Redovno radno vrijeme bi trebalo da odredi ustanova, a trebalo bi se kretati najmanje od 8:00-16:00 sati.
- 55.3** Nakon redovnog radnog vremena služba recepcije organizira dežurstva.

Osoblje – razvoj i obuka

- 55.4** Osoblje je prošlo obuku o telekomunikacijama i informacionim sistemima koji se koriste u bolnici kao i obuku za novouvedene sisteme i opremu. Vodi se evidencija o prisustvu obuci.
- 55.5** Osoblje je prošlo obuku o procedurama ponašanja u vanrednim situacijama, kao što su hitni pozivi, požarni alarmi, prijetnja bombom kao i sa rezervnim sistemom telefonije u vanrednim prilikama. Vodi se evidencija o prisustvu obuci.
- 55.6** Osoblje je prošlo obuku o komunikaciji i postupanju s korisnicima.
Uputstvo: To može uključivati, npr. telefonski razgovor s osobom koja ima poteškoće sluha, telefonski razgovor s članovima ožalošćene porodice, komunikaciju na stranim jezicima, postupanje s ljutitim ili ogorčenim pozivaocima, postupanje prilikom žalbi putem telefona, postupanje prilikom poziva od strane medija.
- 55.7** Uvođenje u službu osoblja na recepciji uključuje upoznavanje s radnim vremenom različitih službi i odjela unutar bolnice/jedinice, sa dežurama u organizaciji kao i uputstvima za usmjeravanje pacijenata/korisnika unutar bolnice koja se daju na glavnoj recepciji.

Proces rada

- 55.8** Postoji datirana, dokumentirana procedura za primanje telefonskih poziva kao i za pozivanje. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo uključivati dogovoreni standardni pozdrav prilikom javljanja na telefon.
- 55.9** Postoji datirana, dokumentirana procedura za upravljanje sistemskim greškama, uključujući potpuno ispadanje telefonske centrale iz sistema kao i greške na sistemu zvučnog dojavljivanja. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 55.10** Postoji datirana, dokumentirana procedura za hitne slučajeve kojom se definira način ponašanja u slučaju pada linije kod hitnih stanja i način pozivanja pomoći u slučajevima drugih hitnih situacija u kojima se pacijent nalazi. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: To obuhvata evidentiranje svih hitnih poziva.
- 55.11** Postoji datirana, dokumentirana procedura protupožarne zaštite koja definira ulogu recepcije za pozivanje vatrogasne ekipe kao i detalje aranžmana u slučaju požara u području gdje se nalazi telefonska centrala. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 55.12** Postoji datirana, dokumentirana procedura primanja posjeta u bolnicu. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
Uputstvo: Procedura bi trebalo uključivati obavezno evidentiranje svih poslovnih posjetilaca pri dolasku u bolnicu, kao i procedure izdavanja bedževa za posjetioce (ako je moguće).
- 55.13** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje po žalbama primljenim telefonskim putem. Procedura je napisana/revidirana u zadnje tri godine.
- 55.14** Postoji datirana, dokumentirana procedura za postupanje prilikom traženja informacija od strane medija.
Uputstvo: Procedura bi trebalo dati preporuke za čuvanje pacijentove privatnosti kao i uputstva o odgovornoj osobi u organizaciji za odnose s medijima.
- 55.15** Redovno se provjerava uloga recepcije u podizanju unutarnje i vanjske budnosti kao i poznavanje procedura od strane osoblja. Provjera se vrši najmanje jednom godišnje i postoji izvještaj o provedenoj provjeri.
Uputstvo: Bolnica bi trebalo provjeravati da li sve osoblje na recepciji i službi telekomunikacija poznaje alarmne sisteme, razlikuje li pojedine zvučne signale i koliko brzo služba reaguje. Poznavanje alarmnih signala uključuje: interni zvuk za hitne situacije, zvuk požarnog alarma, zvuk vatrogasnog vozila i zvuk policijskog vozila.

- 55.16** Postoji planirani programi provjere opreme za telekomunikaciju, uključujući sve alarne i indikatore alarma. Rezultati provjere se dokumentiraju.
Uputstvo: Evidencija o dnevnoj provjeri internog sistema alarma čuva se pet godina.
- 55.17** Na raspolaganju je ažurirana dnevna lista dežurnog osoblja.
- 55.18** Recepција има на распореду актуелне информације које су доступне свем осoblју и јавности. По могућности то укључује: имена осoblја на дужности с нјиховом титулом, бројеве локалних телефона осoblја/одјела, бројеве директних линија на одјелима, бројеве мобилних телефона (уз пристанак осoblја) и радно vrijeme одјела.
- 55.19** Пацијенти добијају информације и након завршетка радног времена.

Poboljšanje kvaliteta

- 55.20** Bolnica има сет процедура за одговарање на ванjske pozive и кориштење времена у одговорима на те pozive. Set procedura se redovno prati i evaluira.

Objašnjenje skraćenica

AGREE Instrument	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation –</i> Instrument za procjenu vodilja za istraživanje i evaluaciju.
AKAZ	Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH
ATC	Anatomsko terapeutska klasifikacija lijekova
BS 2745	Standard za mehaničke perače-dezinfektore
C/JUM	Centar/jedinica urgentne medicine
CABG	Koronarni arterijski <i>bypass graft</i>
CD	<i>Compact Disk</i>
CJ	Creutzfeld-Jakobova bolest
CMZ	Centar za mentalno zdravlje
CT	Kompjuterska tomografija
DDD	Deratizacija, dezinfekcija i dezinsekcija
EKG	Elektrokardiogram
EN46000	Standard usluge sterilizacije
HAD	Hospitalna anksioznost i skala depresije
HTM 2030	Standard za mehaničke perače-dezinfektore
ISO/IEC 27001	Međunarodni standardi za implementaciju i upravljanje sigurnošću informacija i sistema.
ISO14000 + (BS7750)	Međunarodni standardi za zaštitu okoliša
IT	Informacijska tehnologija
JMBG	Jedinstveni matični broj građana
LAN	<i>Local Area Network</i> – lokalna mreža računara
MDA DB 9607	Standard za čišćenje, dezinfekciju, skladištenje i korištenje fleksibilnih ili čvrstih endoskopa
MRSA	Multirezistentni <i>Staphylococcus aureus</i>

PALS	<i>Paediatric advanced life support</i> – napredna pedijatrijska podrška životu
PCTA	Perkutalna transluminalna angiografija
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
SL	Službeni list
SN	Službene novine
SPZ	Specijalistička palijativna zaštita
SZI	Soba za izolaciju
UN	Ujedinjene nacije
UPS On-line	<i>Unit Power Supply</i> – jedinica za neprekidno strujno napajanje uređaja.
VRE	Vankomicin rezistentni <i>Enterococcus</i>
EN 285:1997	Standard za sterilizaciju poroznih materijala



AKAZ - Agencija za kvalitet i akreditaciju u
zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine
Dr. Mustafe Pintola 1, 71000 Sarajevo
www.akaz.ba, akaz@akaz.ba