

**AGENCIJA ZA AKREDITACIJU I
UNAPREĐENJE KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
REPUBLIKE SRPSKE**

VODIČ KROZ AKREDITACIJU
za ambulante/timove porodične medicine

Banja Luka, mart 2006. godine

VODIČ KROZ AKREDITACIJU

Za upotrebu uz akreditacione standarde za timove porodične medicine

Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske
Agency for accreditation and health care quality improvement in Republika Srpska
(AAQI)

Priredio i uredio
Siniša Stević

Zahvalnica

Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske se zahvaljuje svim saradnicima koji su svojim učešćem doprinijeli razvoju ovog Vodiča. Posebnu zahvalnost dugujemo rukovodstvu i osoblju DZ u Laktašima koji su sa Agencijom radili na prvim verzijama akreditacionih standarda i vodiča za kliničku praksu. Takođe se zahvaljujemo rukovodstvu i osoblju Doma zdravlja u Prnjavoru koji su nam ustupili tekstove procedura i pratećih obrazaca, a koji mogu da posluže kao primjeri ostalim ustanovama sa nivoa primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj u toku procesa uvođenja unutrašnjih sistema kvaliteta i pripreme za akreditaciju.

Predgovor

Još 1997. godine Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS je prepoznalo potrebu da se u zdravstvenom sistemu počne sistematski raditi na unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite. U Strateškom planu za reformu i rekonstrukciju zdravstvenog sistema Republike Srpske 1997 – 2000, se navodi da će se osigurati neprestano poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, zajedno s razvojem i uvođenjem u primjenu pogodne tehnologije pružanja zdravstvenih usluga.

Isti strateški cilj je detaljnije razrađen u dokumentu «Program zdravstvene politike i strategije za zdravlje u Republici Srpskoj do 2010. godine» gdje se navodi da će biti uspostavljen sistem akreditacije organizacija koje pružaju zdravstvene usluge, da će kvalitet usluga tih organizacija ocjenjivati Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta, te da će finansiranje zdravstvenih ustanova zavisiti od rezultata koje postižu.

Prve aktivnosti na uspostavljanju sistema akreditacije i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj su započele 2000. godine kroz projekat «Osnovno zdravstvo» finansiran od Svjetske banke. Tokom trajanja projekta definisana je zakonska regulativa, uspostavljena je Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske, napravljeni su i usvojeni akreditacioni standardi za porodičnu medicinu, razvijeni su, štampani i distribuirani vodiči za kliničku praksu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i izvršena je obuka zdravstvenih profesionalaca koji su učestvovali u programu. Nakon uspješnog testiranja cijelog procesa akreditacije u Domu zdravlja u Laktašima i akreditovanja 15 timova porodične medicine, Agencija je nastavila sa aktivnostima na unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite i u narednom periodu pripremljen i usvojen «Pravilnik o akreditaciji zdravstvenih ustanova» koji daje pravila i osnove o načinu akreditovanja zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj. Uprkos postojanju navedenih standarda i regulative koja pravno reguliše ovu oblast, na osnovu razgovora sa zdravstvenim profesionalcima i menadžerima zdravstvenih ustanova primjećeno je da postoji potreba za priručnikom ili vodičem koji bi u sebi sadržavao sve informacije koje su potrebne da bi se jedan tim ili ambulanta ili služba porodične medicine unutar doma zdravlja pripremila za ulazak u program akreditacije i da bi uspješno završila proces akreditovanja.

Vodeći se tom potrebom, Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske je pristupila izradi «Vodiča kroz akreditaciju za timove i ambulante porodične medicine» koji predstavlja slijedeći u nizu dokumenata koji treba da omogućiti trenutnim i potencijalnim učesnicima u akreditacionom programu da uz što manje teškoća ispune potrebne standarde i priključe se grupi ustanova koje su posvećene unapređenju kvaliteta u procesu pružanja zdravstvene zaštite.

Vodič daje osnovne informacije o akreditaciji kao mehanizmu za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i o provođenju procesa akreditacije uopšte. Daje pregled akreditacionih standarda za timove/ambulante porodične medicine koji će biti na snazi od juna 2006. godine, na koje je Ministarstvo zdravlja dalo saglasnost u februaru 2006. godine a koji su unapređeni u odnosu na prvu verziju koja je nastala u decembru 2003. godine. Vodič daje detaljna objašnjenja o zahtjevima i očekivanjima iz standarda, kao i o načinu ocjenjivanja prilikom posjete vanjskih ocjenjivača.

U vodič su uključeni primjeri pisanih procedura koje tim/ambulanta ili Dom zdravlja treba pripremiti i usvojiti i što je najvažnije mora ih primjenjivati u svakodnevnom radu. Vodič

takođe sadrži upitnik za samoocjenjivanje timova/ambulanti porodične medicine, anketni upitnik za pacijente i Pravilnik o akreditaciji zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj.

Nadamo se da će svojim sadržajem ovaj vodič ispuniti očekivanja zdravstvenih profesionalaca na nivou primarne zdravstvene zaštite i pomoći im na putu ka uspostavljanju najbolje moguće prakse, a na zadovoljstvo i korist pacijenata.

dr Siniša Stević

Direktor Agencije za akreditaciju i unapređenje
kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske

SADRŽAJ

UVOD	1
OSNOVNI POJMOVI	1
STANDARDI ZA TIMOVE/AMBULANTE PORODIČNE MEDICINE	7
DIO I - USLUGE TIMA PORODIČNE MEDICINE	7
STANDARD 1.1 - DOSTUPNOST USLUGA	7
STANDARD 1.2 - INFORMACIJE I KOMUNIKACIJA SA PACIJENTOM	12
STANDARD 1.3 - KLINIČKA NJEGA	15
STANDARD 1.4 - PROMOCIJA ZDRAVLJA I PREVENCIJA BOLESTI	16
STANDARD 1.5 - PRAVA I POTREBE PACIJENATA	21
DIO II - MEDICINSKA DOKUMENTACIJA	27
STANDARD 2.1 - MEDICINSKA DOKUMENTACIJA OBOLJENJA I TRETMANA PACIJENTA	27
DIO III - OSIGURANJE I UNAPREĐENJE KVALITETA	33
STANDARD 3.1 - KONTINUIRANO OSIGURANJE I UNAPRIJEĐENJE KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	33
DIO IV - ČLANOVI TIMA	35
STANDARD 4.1. - KVALIFIKACIJE I PROFESIONALNO USAVRŠAVANJE ČLANOVA TIMA	35
DIO V - FIZIČKI FAKTORI	37
STANDARD 5.1 - PROSTORIJE USTANOVE	37
STANDARD 5.2 - OPREMA TIMA	45
STANDARD 5.3 - FIZIČKI PRILAZ	48
DODATAK 1 - PROCEDURE	49
PROCEDURA O PRUŽANJU HITNE MEDICINSKE POMOĆI PACIJENTIMA USTANOVE	51
PROCEDURA O PRIMANJU I UZVRAĆANJU TELEFONSKIH POZIVA PACIJENATA	55
PROCEDURA O KUĆNIM POSJETAMA	57
PROCEDURA O TRETMANU PACIJENTA KOJI ODBIJE NEKI TRETMAN	59
PROCEDURA O POSTUPKU SA PACIJENTOM KOJI ŽELI MIŠLJENJE DRUGOG LJEKARA I TRETIRANJE PACIJENTA KOJI ŽELI DA NAPUSTI TIM	61

PROCEDURA O PRIHVATANJU I RJEŠAVANJU ŽALBI PACIJENATA.....	63
PROCEDURA O ISTRAŽIVAČKIM PROJEKTIMA I OBEZBJEĐENJU SAGLASNOSTI PACIJENTA ZA UČEŠĆE U ISTRAŽIVAČKIM PROJEKTIMA	67
PROCEDURA O TRETIRANJU LIČNIH ZDRAVSTVENIH INFORMACIJA PACIJENTA	69
PROCEDURA O NAČINU LIJEČENJA OSOBA SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA	73
PROCEDURA O ČIŠĆENJU, DEZINFEKCIJI I DEKONTAMINACIJI POVRŠINA	81
PROCEDURA O KONTROLI INFEKCIJA.....	85
PROCEDURA O PRAVILNOJ UPOTREBI I TRANSPORTU INSTRUMENATA	93
PROCEDURA O ČIŠĆENJU INSTRUMENATA	95
PROCEDURA O ODLAGANJU OŠTRIH PREDMETA.....	97
PROCEDURA O PROVJERI ZALIHA U TIMU - PROVJERI ROKA TRAJANJA I ODLAGANJA MATERIJALA SA ISTEKLIH ROKOM TRAJANJA	99
PROCEDURA O ZABRANI PUŠENJA U PROSTORIJAMA DOMA ZDRAVLJA	101
PROCEDURA O NAČINU RADA RECEPCIJE U PORODIČNOJ MEDICINI.....	103
DODATAK 2 - UPITNIK ZA SAMOOCJENJIVANJE	109
DODATAK 3 - ANKETA POVRATNIH INFORMACIJA PACIJENATA	129
DODATAK 4 - PRAVILNIK O AKREDITACIJI ZDRAVSTVENIH USTANOVA U REPUBLICI SRPSKOJ	131

UVOD

Ovaj vodič je razvijen od strane Agencije za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske. Koristi kao pomoć i podsjetnik timovima i ambulantom porodične medicine u Republici Srpskoj u toku obavljanja priprema za ispunjenje uslova potrebnih za dobijanje akreditacije.

OSNOVNI POJMOVI

Akreditacija

Akreditacija je zvanični postupak kojim priznato tijelo ocjenjuje i potvrđuje da zdravstvena ustanova zadovoljava unaprijed definisane i objavljene standarde koji se na nju odnose. Akreditacija ambulanti i timova porodične medicine pruža zdravstvenim profesionalcima kao i zajednici mogućnost utvrđivanja i priznavanja kvaliteta u pružanju primarne zdravstvene zaštite, ocjenjujući ih po standardima koji su razvijeni u toj oblasti. Akreditacija je edukativan proces koji uključuje ocjenjivače iste struke u svojstvu posmatrača i razmjenu iskustava sa zdravstvenim profesionalcima iz ustanove koja učestvuje u akreditaciji. Uloga akreditacije je da se prepozna i ohrabri kontinuirano unapređenje kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite, a u ovom slučaju se odnosi na ambulante i timove porodične medicine u domovima zdravlja kao i na privatne ambulante porodične medicine registrovane kod Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Akreditacija je dizajnirana da bude edukativan, a ne kazneni proces.

Standardi, kriterijumi i indikatori

Akreditacioni standardi za porodičnu medicinu u Republici Srpskoj su zasnovani na principima porodične medicine i zvanično su odobreni od Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Akreditacioni standardi imaju za cilj da identifikuju dobru praksu u pružanju zdravstvene zaštite na primarnom nivou i moraju imati dvije osnovne karakteristike i to:

Da su mjerljivi (da se mogu s pouzdanošću ocijeniti od strane obučениh ocjenjivača).

Da su ostvarljivi (da se mogu ispoštovati/ispuniti od strane ustanove koja se ocjenjuje).

Definisano je jedanaest standarda grupisanih u pet glavnih područja. Oni opisuju traženi kvalitet za određenu aktivnost u ustanovi. Svi standardi se moraju ispoštovati u praksi da bi se mogla dobiti potpuna akreditacija.

Svaki standard sadrži kriterijume, koji opisuju ključne komponente standarda. Kriteriji se koriste da bi se pobliže objasnili standardi i da bi se ocijenilo da li su standardi ispoštovani ili ne.

Kriteriji se ocjenjuju preko indikatora, koji pomažu ocjenjivaču da ocijeni stepen u kojem je kriterijum ispoštovan a klasifikovani su kao "§" obavezni ili kao neobavezni indikatori. Nije neophodno da svi indikatori budu ispoštovani. Međutim, kriterijumi su ispoštovani kada su svi ključni indikatori ispoštovani.

Svi kriterijumi se moraju ispoštovati da bi ambulanta/tim porodične medicine dobila punu akreditaciju. Određeno je da je kriterijum ispoštovan onda kada su ispoštovani svi obavezni indikatori.

Proces akreditacije

Agencija pokreće proces akreditacije nakon što od organizacije koja želi da se akredituje dobije pismo o namjerama. Agencija organizaciji dostavlja obrazac upitnika ponude, Pravila akreditacije i cjenovnik usluga akreditacije. Moguće je dogovoriti informativnu posjetu organizaciji u kojoj će se obaviti međusobno upoznavanje i razjašnjenje pravila akreditacije, politika Agencije i procesa ocjenjivanja. Za timove porodične medicine koji rade unutar Domova zdravlja uobičajeno je da rukovodstvo doma zdravlja uputi prijavu Agenciji za provođenje procesa akreditacije.

Ocjenjivači

Ocjenjivači djeluju kao ravnopravni pregledači u posmatranju da li je svaki indikator ispoštovan ili ne u naporu da ocjeni izvođenje prakse po svakom standardu. Proces akreditacije je zamišljen kao procjena od strane «jednakih po zvanju i struci» koja uzima u obzir sve faktore, a nije samo inspekcija uz pomoć kontrolne liste koju može izvesti bilo koja obučena osoba. Uloga ocjenjivača je da procijene u svakom pojedinačnom slučaju da li su kriterijumi ispoštovani za ispunjenje standarda, a naročito u slučajevima gdje postoje kontradiktorni dokazi.

Ocjenjivači su odgovorni za provođenje procjena, koje su dio procesa akreditacije.

Ključne odgovornosti ocjenjivača uključuju:

- Razgovor sa ljekarima porodične medicine i drugim članovima tima
- Pregled odabranih medicinskih dokumenata
- Obilazak prostorija u kojima radi tim
- Pregled povratnih informacija pacijenata i razgovor sa pacijentima
- Zajedničko ocjenjivanje tima u odnosu na standarde i podnošenje izvještaja o posjeti Agenciji za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske po završetku posjete.

Ocjenjivači vrše ocjenjivanje na osnovu akreditacionih standarda za porodičnu medicinu koji su odobreni od strane Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS. Glavni ocjenjivači rade kao ljekari porodične medicine i moraju nastaviti da rade u porodičnoj medicini.

Oni prolaze kroz obuku koju organizuje Agencija i stalno se obavještavaju o detaljima vezanim za akreditaciju porodične medicine. Ocjenjivači mogu da vrše procjenu individualno ili u timu sa drugim kvalifikovanim ocjenjivačima. Ocjenjivači saradnici koji rade u timu sa glavnim ocjenjivačima kada je to potrebno mogu biti i iz drugih profesija, kao što su medicinske sestre i tehničari, zdravstveni menadžeri i slično.

Stalno unapređenje kvaliteta (CQI – continuous quality improvement)

Akreditacija obuhvata posvećenost ciklusu kontinuiranog unapređenja kvaliteta. To znači da dobijanje statusa akreditovane ustanove nakon vanjske ocjene nije kraj procesa. Od ustanove se očekuje da kontinuirano radi na unapređenju kvaliteta svog rada i to kroz:

- Definisane plana kontinuiranog unapređenja kvaliteta – inicira ga ustanova i može da se temelji na izvještaju o akreditaciji, čime se ustanovi omogućuje da identifikuje oblast ili oblasti koje bi htjela da poboljša.

- Pripreme za redovne nadzorne posjete vanjskih ocjenjivača ustanovi.

Ustanove će od Agencije primati redovne ažurirane podatke i informacije o pitanjima kvaliteta za praksu iz porodične medicine i savjete o raspoloživim resursima i uslugama kojim se ovo podstiče.

Reakreditacija

Reakreditacija je aktivnost kod koje se fokus stavlja na održavanje statusa akreditovane ustanove. Ona podrazumijeva ponovno ocjenjivanje radi produženja odnosno obnavljanja akreditacije svake treće godine. Reakreditacija takođe daje mogućnost da se prepoznaju i rasprave inicijative za unapređenje kvaliteta koje je preduzela ustanova.

Ocjenjivačka posjeta

U toku posjete ocjenjivači prikupljaju podatke od raznih izvora da bi im pomogli pri ocjenjivanju da li su indikatori ispoštovani. Ovo uključuje:

- Razgovor sa ljekarom porodične medicine
- Razgovor sa ostalim članovi tima
- Direktno posmatranje aktivnosti u timu/ambulanti
- Pregled medicinskih kartona
- Pregled rezultata anketnog upitnika ispunjenog od strane pacijenata
- Pregled podataka i dokumenata, kao što su knjiga procedura, pravilnici ili raspored pregleda.

1. Razgovor sa ljekarom

Oba ocjenjivača učestvuju u ovom dijelu ocjenjivačke posjete i razgovor traje oko 1 sat. Cilj razgovora je da se dobiju odgovori na sva pitanja na koje ljekar kao šef tima ima znanje i kompetencije da odgovori.

2. Razgovor sa ostalim članovima tima

Ostalim članovima tima se postavljaju slična pitanja kao i ljekaru da bi se razjasnile neke nedoumice ili da bi se potvrdili neki od odgovora ljekara.

3. Direktno posmatranje

Nekoliko elemenata prakse se može ocjeniti putem direktnog posmatranja – skladištenje vakcina, sterilizacija i odlaganje otpada, čekaonice i sobe za konsultacije, torbe ljekara, prostorije, oglasne table i raspored pregleda.

4. Pregled medicinskih kartona

Samo ocjenjivačima - ljekarima koji rade u porodičnoj medicini je dozvoljeno da pregledaju medicinske kartone. Kartoni se ocjenjuju po nizu kriterijuma i indikatora da bi se osigurao kvalitet vođenja medicinskih kartona i njihov doprinos kontinuitetu njege o pacijentu u ustanovi. Postoje razni sistemi vođenja medicinskih kartona, ali bez obzira na sistem, pitanje na koje ocjenjivači trebaju dobiti potvrđan odgovor je da li novo osoblje može ući u ustanovu i imati pristup informacijama koje omogućuju dobar kontinuitet njege za svoje pacijente.

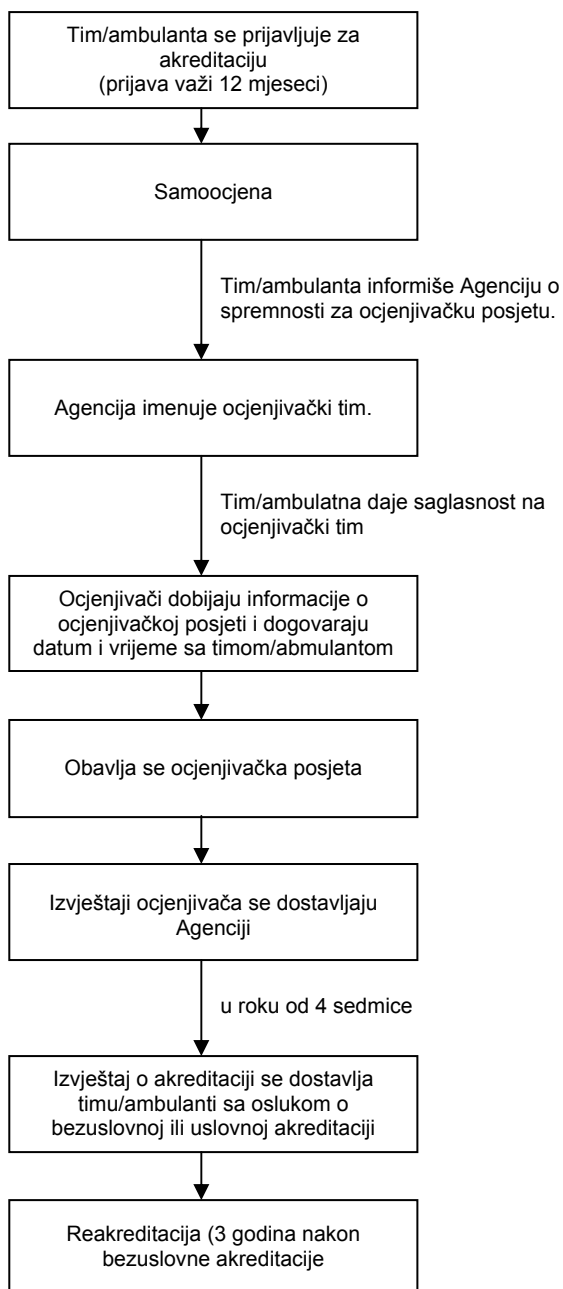
5. Pregled anketnog upitnika

Tim mora prikupiti podatke od pacijenata kao dio procesa akreditacije. Ti podaci se odnose na njihovo zadovoljstvo zdravstvenim uslugama koje tim pruža. Uobičajeno je da se rezultati anketnog upitnika dostave Agenciji prije ili u toku ocjenjivačke posjete.

6. Pregled knjige procedura, pravilnika, zapisnika sa sastanaka tima i ostalih dokumenata

Pravilnici, procedure i ostali dokumenti su vrijedan izvor informacija za članove tima i većina indikatora zahtijeva napisane pravilnike ili procedure. Postojanje takvog pravilnika uveliko pomaže ocjenjivaču u određivanju načina na koji se procesi ostvaruju unutar tima ili ambulante. Dokumenti druge vrste mogu biti odgovarajuća alternativa i mogu poslužiti za provođenje procjene.

PREGLED PROCESA AKREDITACIJE



STANDARDI ZA TIMOVE/AMBULANTE PORODIČNE MEDICINE

DIO I - USLUGE TIMA PORODIČNE MEDICINE

DOSTUPNOST USLUGA

Standard 1.1 Svi pacijenti moraju dobiti blagovremenu njegu i savjet u skladu sa njihovim potrebama.

Kriterij 1.1.1 Tim ima trijažni sistem koji mu omogućava pružanje medicinske njege pacijentima sa hitnim medicinskim stanjima.

§ A. Članovi tima su obučeni da prepoznaju hitna medicinska stanja (razgovor sa članovima tima, pregled dokumenata)

§ B. Članovi tima su u stanju da opišu koje vodiče koriste za hitna medicinska stanja i proceduru za pružanje hitne medicinske pomoći (razgovor sa članovima tima, pregled kliničkih vodiča)

§ C. Tim ima napisanu proceduru (vodiče) za djelovanje po pitanju hitnih medicinskih stanja (pregled dokumenata).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

A. Ocjenjivač će pitati ljekara da mu objasni dodatnu obuku koju su članovi tima imali iz urgentne medicine i pružanja hitne medicinske pomoći. Ocjenjivač će pregledati certifikate o završenoj dodatnoj obuci za svakog člana tima. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da su imali dodatnu obuku i ako pregled dosijea sadrži certifikate o završetku dodatne obuke u zadnjih godinu dana.

B. Ocjenjivač će tražiti na uvid kliničke vodiče sa procedurama za pružanje hitne medicinske pomoći. Vodiči za slijedeća hitna stanja bi trebali postojati kod svakog tima:

- Anafilaktički šok
- Pacijent bez svijesti
- Šok
- Akutno pogoršanje astme
- Akutni plućni edem
- Moždana kap i tranzitorna ishemična ataka
- Akutni infarkt miokarda
- Gušenje stranim tijelom
- Kardio-pulmonalno oživljavanje

C. Ocjenjivači će tražiti vodiče ili druge dokumente tima koji su usvojeni na nivou ustanove u kojima je opisan način pružanja hitne medicinske pomoći pacijentima.

NB Ocjenjivači ne treba da ispituju članove tima o sadržaju kliničkih vodiča. Indikator je ispunjen ako članovi tima potvrde da se služe vodičima i da ih prezentuju na uvid ocjenjivačima.

Standard 1.1 Svi pacijenti moraju dobiti blagovremenu njegu i savjet u skladu sa njihovim potrebama.

Kriterij 1.1.2 Pacijenti tima mogu dobiti konsultacije za ne-hitne medicinske probleme sa ljekarom u ambulanti u roku od dva radna dana.

§ A. Članovi tima potvrđuju da pacijenti dobijaju konsultacije sa ljekarom u ambulanti u roku od dva radna dana ukoliko su zakazali pregled (razgovor sa članovima tima).

§ B. Pacijenti tima izjavljuju da, za ne-hitne medicinske probleme, mogu dobiti konsultacije sa porodičnim ljekarom u roku od dva radna dana, ukoliko su zakazali pregled (razgovor sa pacijentima, pregled anketnih upitnika).

§ C. Knjiga zakazivanja pregleda potvrđuje da je pacijentu zakazan pregled unutar dva radna dana (pregled knjige telefonskih poziva i knjige zakazanih pregleda).

§ D. Članovi tima ohrabruju pacijente da zakazuju preglede (razgovor sa članovima tima i pregled knjige zakazanih pregleda).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati članove tima da li pacijenti dobijaju konsultacije sa ljekarom u roku od dva radna dana. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da pacijenti dobijaju konsultacije sa ljekarom u roku od dva radna dana ukoliko zakažu pregled.
- B. Ocjenjivači će pregledati anketni upitnik ispunjen od strane pacijenata da bi se potvrdilo da se može dobiti konsultacija sa ljekarom u roku od 2 radna dana ili će obaviti razgovor sa pacijentom u čekaonici ili nakon obavljenog pregleda. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će pregledati najmanje 20 upitnika po timu koje će prikupiti tokom ocjenjivačke posjete a pregled istih se vrši nakon ocjenjivačke posjete. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.
- C. Ocjenjivači će pregledati knjigu pozivanja i knjigu zakazivanja pregleda radi upoređivanja imena pacijenta kao dokaz da pacijenti mogu dobiti pregled kod ljekara u roku od dva radna dana od dana poziva. Indikator je ispunjen ukoliko knjiga poziva i knjiga zakazivanja sadrže ista imena unutar vremenskog raspona od dva radna dana.
- D. Ocjenjivači će razgovarati sa članovima tima i uvjeriti se sa ohrabruju pacijente da zakazuju preglede. Ocjenjivači će pregledati knjigu zakazanih pregleda i protokol o izvršenim pregledima i izračunati između omjer zakazanih i nezakazanih pregleda. Indikator je ispunjen ukoliko broj zakazanih pregleda nije ispod 50% od ukupnog broja obavljenih pregleda.

NB Ovaj kriterijum se ne odnosi na planirane preventivne preglede.

Standard 1.1 Svi pacijenti moraju dobiti blagovremenu njegu i savjet u skladu sa njihovim potrebama.

Kriterij 1.1.3 Tim ima fleksibilan sistem zakazivanja pregleda da bi se zadovoljili pacijenti kojima je potrebna duža konsultacija.

§ A. Članovi tima opisuju da postoji mogućnost za pacijente kojima su potrebne duže konsultacije da dobiju potrebno vrijeme za konsultaciju (razgovor sa članovima tima).

§ B. Pacijenti koji čekaju, a imaju zakazan pregled, obavještavaju se o razlogu kašnjenja (razgovor sa članovima tima, razgovor sa pacijentima)

§ C. Raspored pregleda omogućuje da pacijenti kojima trebaju duže konsultacije zakažu duži pregled (pregled knjige zakazivanja pregleda).

Ocjenjivanje

Svi indikatori (A, B i C) su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati članove tima da li postoji mogućnost prihvatanja pacijenata kojima trebaju duže konsultacije. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da pacijenti mogu dobiti potrebno vrijeme za duže konsultacije.
- B. Ocjenjivači će pitati članove tima kako oni informišu pacijente koji čekaju o kašnjenju i razgovaraće sa pacijentima da se uvjere da su pacijenti informisani o razlozima čekanja. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da obavještavaju pacijente o razlozima čekanja i ukoliko najmanje 3 od 5 pacijenata kojima je postavljeno ovo pitanje daju pozitivan odgovor.
- C. Ocjenjivači će pregledati knjigu pozivanja i knjigu zakazivanja pregleda da se uvjere da je pacijentima omogućeno da dobiju dužu konsultaciju. Indikator je ispunjen ukoliko postoji mogućnost da se u knjizi upišu pacijenti kojima je potrebna duža konsultacija.

Standard 1.1 Svi pacijenti moraju dobiti blagovremenu njegu i savjet u skladu sa njihovim potrebama.

Kriterij 1.1.4 Pacijenti tima mogu dobiti informacije ili savjet o njihovom stanju ili liječenju preko telefona.

§ A. Članovi tima izjavljuju da prihvataju pozive pacijenata ili im uzvraćaju pozive kada je to potrebno (razgovor sa članovima tima i ljekarom).

§ B. Pacijenti tima izvještavaju da mogu dobiti informacije ili savjet vezano za njihovo stanje ili liječenje preko telefona (pregled anketnih upitnika, razgovor sa pacijentima).

§ C. Postoji dokaz telefonskog kontakta ljekar/pacijent (pregled zdravstvenih kartona).

§ D. Tim ima proceduru o primanju i uzvraćanju telefonskih poziva pacijenata (pregled pravilnika ili knjiga procedura).

E. Na oglasnoj tabli postoji informacija o načinu primanja i uzvraćanju poziva pacijenata (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Indikatori A, B C i D su obavezni. Poželjno je da indikatori i E bude ispunjen.

- A. Ocjenjivači će pitati članove tima da li prihvataju i uzvraćaju telefonske pozive pacijenata kada je to potrebno. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da primaju i uzvraćaju telefonske pozive od strane pacijenata.
- B. Ocjenjivači će razgovarati sa pacijentima i u čekaonici i pregledati anketni upitnik ispunjen od strane pacijenata da bi se utvrdilo da li pacijenti mogu dobiti informacije i savjet o njihovom stanju ili liječenju putem telefona. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Najmanje 3 od 5 pacijenata kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.
- C. Ocjenjivači će pregledati zdravstvene kartone radi utvrđivanja telefonskih kontakata između ljekara i pacijenata. Indikator je ispunjen ukoliko u najmanje 2 od 10 slučajno izabranih i pregledanih kartona postoji zapis o savjetu datom putem telefona.
- D. Ocjenjivači će pregledati oglasnu tablu i utvrditi da li postoji informacija o načinu primanja i uzvraćanju poziva pacijenata. Indikator je ispunjen ukoliko na oglasnoj tabli postoji informacija o načinu primanja i uzvraćanju poziva pacijenata
- E. Ocjenjivači će pregledati knjigu procedura ili pravilnik u kojem je opisan način primanja i uzvraćanja poziva pacijenata. Indikator je ispunjen ukoliko je postoji pisana procedura ili je pravilnikom regulisan način primanja i uzvraćanju poziva pacijenata.

Standard 1.1 Svi pacijenti moraju dobiti blagovremenu njegu i savjet u skladu sa njihovim potrebama.

Kriterij 1.1.5 Tim obavlja kućne posjete (ili posjete u bolnici) ako je to na razumnoj udaljenosti od ustanove) zbog bitnih medicinskih razloga.

§ A. Postoji dokaz o izvršenoj kućnoj ili drugoj posjeti u kartonu pacijenata (pregled zdravstvenog kartona) ili postoji dokaz o kućnoj ili drugoj posjeti u rasporedu pregleda (pregled knjige pregleda).

§ B. Ljekar i članovi tima su upoznati sa procedurom o kućnim posjetama i mogu opisati situacije u kojima je posjeta odgovarajuća, uključujući i informaciju o tome šta je razumna udaljenost i tipove problema koji zahtijevaju posjete (razgovor sa članovima tima).

§ C. Pacijenti tima su upoznati sa procedurom tima o pružanju kućnih posjeta (pregled anketnih upitnika, razgovor sa pacijentima).

§ D. Tim ima napisanu proceduru o kućnim i drugim posjetama (pregled pravilnika ili knjige procedura).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pregledati zdravstvene kartone ili raspored pregleda pacijenata i uvjeriti se da li postoji dokaz o kućnoj ili drugoj posjeti pacijentu. Indikator je ispunjen ukoliko u kartonu li u knjizi pregleda postoji zapis da je izvršena ili planirana kućna posjeta. Minimalan broj kućnih posjeta da bi ovaj indikator bio ispunjen je 5 mjesečno.

- B. Ocjenjivači će zamoliti ljekare i članove tima da im opišu proceduru o kućnim posjetama i načinu utvrđivanja situacija u kojima je posjeta odgovarajuća, kao i tipove problema koji zahtijevaju posjete. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima upoznati sa procedurom o pružanju kućnih posjeta.
- C. Ocjenjivači će se pregledom anketnog upitnika i kroz razgovor sa pacijentima uvjeriti koliko su pacijenti upoznati sa procedurom tima o pružanju odgovarajućih kućnih posjeta. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.
- D. Ocjenjivači će pregledati knjigu procedura i pravilnike. Indikator je ispunjen ukoliko postoji pisana procedura o kućnim posjetama u tim dokumentima.

Standard 1.1 Svi pacijenti moraju dobiti blagovremenu njegu i savjet u skladu sa njihovim potrebama.

Kriterij 1.1.6 Tim obezbjeđuje kontinuiranu zdravstvenu zaštitu 24 sata dnevno.

§ A. Tim obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu 24 sata dnevno, individualno ili kroz smjene;

§ B. Na oglasnoj tabli postoji informacija o rasporedu rada van radnog vremena, uključujući i telefonske brojeve na koje pacijenti mogu dobiti dodatne informacije (direktno posmatranje).

§ C. Postoji obavještenje, vidljivo izvan ustanove, na kojem se nalazi informacija o stupanju u kontakt sa dežurnim timom (npr. telefonski broj) (direktno posmatranje).

§ D. Kartoni pacijenata sadrže izvještaje ili zabilješke o konsultacijama van radnog vremena (pregled zdravstvenih kartona).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pregledom dokumentacije utvrditi da li je i na koji način obezbjeđena zdravstvena zaštita 24 sata dnevno. Ocjenjivači mogu tražiti slijedeće: Raspored dežurstava za rad poslije radnog vremena koji uključuje više timova; ili dokument o dogovoru sa drugim timovima u okruženju o pružanju zdravstvene njege poslije redovnog radnog vremena. Indikator je ispunjen ukoliko ocjenjivači dobiju na uvid jedan od tih dokumenata.
- B. Pregledom oglasne table ocjenjivači će se uvjeriti da postoji informacija o rasporedu rada van radnog vremena, uključujući i telefonske brojeve na koje pacijenti mogu dobiti dodatne informacije. Indikator je ispunjen ukoliko je informacija prisutna na oglasnoj tabli.
- C. Ocjenjivači će provjeriti da li postoji obavještenje, vidljivo izvan ustanove na kojem se nalazi informacija o stupanju u kontakt sa dežurnim timom. Indikator je ispunjen ukoliko takvo obavještenje postoji.
- D. Ocjenjivači će pregledati zdravstvene kartone i utvrditi da li oni sadrže izvještaje ili zabilješke konsultacija van radnog vremena. Indikator je ispunjen ukoliko u kartonima pacijenata koji su tražili uslugu van radnog vremena postoji zabilješka da je pacijent dobio konsultaciju van radnog vremena tima.
-

INFORMACIJE I KOMUNIKACIJA SA PACIJENTOM

Standard 1.2 Tim otvoreno komunicira s pacijentima i obezbjeđuje im dovoljno informacija da bi mogli donijeti odluke o svom liječenju.

Kriterij 1.2.1 Tim obezbjeđuje pacijentima adekvatne informacije o pružanju zdravstvene zaštite.

§ A. Oglasna tabla je na raspolaganju pacijentima. Ta tabla bi trebala sadržavati najmanje slijedeće informacije:

- imena članova tima koji rade u ambulanti/ustanovi;
- lokaciju i broj telefona dežurnog tima;
- radno vrijeme tima;
- informaciju o mogućnosti dobijanja zdravstvene usluge van radnog vremena uključujući i telefonske brojeve na koje se pacijenti mogu javiti (direktno posmatranje)

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan.

A. Ocjenjivači će pregledati oglasnu tablu i ustanoviti da li ona sadrži sve potrebne informacije. Indikator je ispunjen ukoliko oglasna tabla sadrži potrebne informacije.

Standard 1.2 Tim otvoreno komunicira s pacijentima i obezbjeđuje im dovoljno informacija da bi mogli donijeti odluke o svom liječenju

Kriterij 1.2.2 Trajanje konsultacija je dovoljno dugo da obezbijedi kvalitetnu njegu. Ovo znači da prosječno trajanje konsultacije nije ispod 10 minuta. Tačno vrijeme za individualne preglede će biti različito u zavisnosti od kliničke potrebe.

§ A. Prosječan broj pacijenata koje primi ljekar u toku sat vremena ne prelazi 6 (razgovor sa ljekarom, pregled rasporeda pregleda, pregled protokola).

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan.

A. Ocjenjivači će razgovarati sa ljekarom, pregledati rasporede pregleda da bi utvrdili koliko je prosječan broj pacijenata koje primi ljekar u toku sat vremena. Indikator je ispunjen ukoliko u protokolu ili u knjizi zakazanih pregleda broj pacijenata koji su dobili konsultacije ne prelazi 6 unutar jednog sata. Ocjenjivači će tražiti prosjek pregledanih pacijenata u rasponu od nekoliko dana.

Standard 1.2 Tim otvoreno komunicira s pacijentima i obezbjeđuje im dovoljno informacija da bi mogli donijeti odluke o svom liječenju.

Kriterij 1.2.3 Pacijenti tima dobijaju dovoljno informacija o svrsi, važnosti, koristima i rizicima vezanim za pretrage, ili tretmane predložene od strane ljekara, da bi im se omogućilo da donesu odluku o svom daljem liječenju.

§ A. Članovi tima potvrđuju da obavještavaju pacijente o svrsi, važnosti, koristima i rizicima predložene pretrage, ili tretmana (razgovor sa ljekarom i članovima tima).

§ B. Pacijenti tima izvještavaju da dobijaju dovoljno informacija o svrsi, važnosti, koristi i rizicima predložene pretrage, ili tretmana predloženih od strane ljekara i da su u mogućnosti da donesu odluku o svom liječenju (povratna informacija pacijenata).

Ocjenjivanje

Indikatori A i B su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima da opišu kako se obavještavaju pacijenti o svrsi, važnosti, koristima i rizicima predložene pretrage, ili tretmana. Indikator je ispunjen ukoliko ocjenjivač procijeni da članovi tima daju dovoljno informacija o svrsi, važnosti, koristima i rizicima predložene pretrage ili tretmana.
- B. Ocjenjivači će kroz razgovor sa pacijentima i pregled anketnog upitnika ispunjen od strane pacijenata utvrditi da li su pacijenti primili informacije o svrsi, važnosti, koristi i riziku tretmana/pretrage/dalje upute predložene od strane njihovog ljekara. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će pregledati najmanje 20 upitnika po timu koje će prikupiti prije ili tokom ocjenjivačke posjete, a pregled istih se vrši nakon ocjenjivačke posjete. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.

Standard 1.2 Tim otvoreno komunicira s pacijentima i obezbjeđuje dovoljno informacija da bi mogli donijeti odluke o svom liječenju.

Kriterij 1.2.4 Pacijenti tima imaju mogućnost da dobiju informaciju o mogućim troškovima (npr. EKG, hematološke pretrage ili RTG) koji se vrše pored konsultacija.

§ A. Oglasna tabla ili obavještenje u čekaonici sadrži informacije o mogućnostima dobijanja informacije o cijenama usluga (direktno posmatranje).

§ B. Članovi tima opisuju na koji način se pacijenti mogu informisati o mogućim dodatnim troškovima prije tretmana, pretraga ili procedura (npr. EKG, hematološke pretrage ili RTG) koji se vrše pored konsultacija (razgovor sa članovima tima).

§ C. Pacijenti tima izvještavaju da su dobili informacije prije tretmana, pretraga ili procedura (npr. EKG, hematološke pretrage ili RTG) koji se

vrše pored konsultacija (razgovor sa pacijentima, pregled anketnih upitnika).

§ D. Tim ima pisanu brošuru ili letak na kojoj se nalaze informacija o troškovima pretraga, konsultativno-specijalističkih pregleda i drugih procedura na koje se pacijenti upućuju.

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem utvrditi da li je opisan način dobijanja informacija o cijenama usluga na oglasnoj tabli. Indikator je ispunjen ukoliko obavještenje sadrži tu informaciju.
- B. Ocjenjivači će razgovarati sa članovima tima da bi utvrdili na koji način se pacijenti mogu informisati o mogućim dodatnim troškovima prije tretmana, pretraga ili procedura koji se vrše pored konsultacija. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivač uvjeri da članovi tima pružaju tražene informacije pacijentima.
- C. Ocjenjivači će kroz razgovor sa pacijentima i pregledom anketnog upitnika popunjenog od strane pacijenata da bi utvrdili da pacijenti obavješteni o mogućim troškovima prije tretmana, pretrage ili procedure koji se vrše pored konsultacija. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će pregledati najmanje 20 upitnika po timu koje će prikupiti prije ili tokom ocjenjivačke posjete a pregled istih se vrši nakon ocjenjivačke posjete. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.
- D. Ocjenjivači će tražiti na uvid brošuru ili letak sa cijenama dijagnostičkih ili ostalih usluga i tretmana kao i cijenama konsultacija sa specijalistima prema kojima se pacijenti upućuju. Indikator je ispunjen ukoliko takav letak ili brošura postoji.

Standard 1.2 Tim otvoreno komunicira s pacijentima i obezbjeđuje dovoljno informacija da bi mogli donijeti odluke o svom liječenju.

Kriterij 1.2.5 Pacijenti tima imaju mogućnost da dobiju informaciju o mogućim dodatnim troškovima (pored onih za konsultacije) kada se šalju na pretrage ili na konsultacije sa specijalistom

§ A. Članovi tima opisuju na koji način informišu pacijente o mogućim dodatnim troškovima kada se šalju na pretrage ili na konsultacije sa specijalistom (razgovor sa ljekarom).

§ B. Pacijenti tima izvještavaju da su informisani o mogućim troškovima kada su upućeni na dodatne pretrage ili na konsultacije sa specijalistom (povratna informacija pacijenta).

Ocjenjivanje

Indikatori A i B su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati članove tima da opišu načine na koje informišu pacijente o mogućim troškovima kada se šalju na pretrage/konsultacije sa specijalistom. Indikator je

ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da redovno informišu pacijente o mogućim troškovima kada ih upućuju na dodatne pretrage ili konsultacije sa specijalistima.

- B. Ocjenjivači će pregledati anketni upitnik popunjen od strane pacijenata da bi se potvrdilo da su pacijenti primili informaciju o mogućim dodatnim troškovima kad su upućeni na pretrage/konsultacije sa specijalistom. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će pregledati najmanje 20 upitnika po timu koje će prikupiti tokom ocjenjivačke posjete a pregled istih se vrši nakon ocjenjivačke posjete. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.

Standard 1.2 Tim otvoreno komunicira s pacijentima i obezbjeđuje dovoljno informacija da bi mogli donijeti odluke o svom liječenju.

Kriterij 1.2.6 Tim je upoznat sa radom zdravstvenih i socijalnih službi iz svog okruženja i po potrebi saraduje sa njima u cilju uspješnijeg liječenja pacijenata.

§ A. Članovi tima su upoznati sa postojanjem lokalnih zdravstvenih ustnova kao što su dijagnostički centri, bolnice i centri za rehabilitaciju u zajednici i znaju procedure za stupanje u vezu sa njima (razgovor sa članovima tima).

B. Postoji dokaz o saradnji sa lokalnim zdravstvenim ustanovama i socijalnim službama iz okruženja (pregled zdravstvenih kartona ili druge dokumentacije kao što su sporazumi ili protokoli).

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan, a poželjno je da indikator B bude ispunjen.

- A. Ocjenjivači će pitati članove tima da nabroje zdravstvene ustanove i opišu način saradnje sa njima. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima u stanju da nabroje zdravstvene ustanove u okruženju i opišu način saradnje sa istim.
- B. Ocjenjivači će pregledati izbor kartona zbog da bi utvrdili da li se pacijenti upućuju u lokalne zdravstvene ustanove i socijalne službe iz okruženja. Indikator je ispunjen ukoliko postoji pisani trag u medicinskoj dokumentaciji o upućivanju pacijenata u ustanove u okruženju ili o usluzi izvršenoj od strane ustanove u okruženju.

KLINIČKA NJEGA

Standard 1.3 Tim pruža kliničku njegu pacijentima u skladu sa relevantnim kliničkim vodičima.

Kriterij 1.3.1 Tim obezbjeđuje tretman uobičajenih stanja i oboljenja u skladu sa savremenom medicinskom praksom.

§ A. Ljekar tima potvrđuje da se uobičajena oboljenja tretiraju u skladu sa kliničkim vodičima (razgovor sa ljekarom).

§ B. Zdravstveni kartoni sadrže dokaze da ustanova pruža njegu pacijentima sa uobičajenim stanjima u skladu sa kliničkim vodičima (pregled zdravstvenih kartona).

§ C. Ljekari opisuju koji se klinički vodiči koriste pri tretiranju uobičajenih stanja i oboljenja (razgovor sa ljekarom).

§ D. Postoji pristup trenutnim i važećim kliničkim vodičima ustanove ili drugim izvorima podataka (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Klinički vodiči moraju biti usvojeni na nivou ustanove u kojoj tim radi. Ocjenjivači će pitati ljekara da li se uobičajena stanja i oboljenja liječe u skladu sa kliničkim vodičima. Indikator je ispunjen ukoliko ljekari potvrde da se koriste kliničkim vodičima pri liječenju uobičajenih oboljenja.
- B. Ocjenjivači će pregledati knjigu protokola ili knjigu zakazanih pregleda i izabrati zdravstvene kartone najmanje 10 pacijenata kojima je pružena zdravstvena usluga. Ocjenjivači će pregledati zdravstvene kartone tih pacijenata i uporediće dijagnozu i liječenje sa procedurama opisanim u kliničkim vodičima. Indikator je ispunjen ukoliko su u najmanje 7 od 10 pregledanih zdravstvenih kartona, dijagnoza i liječenje u skladu sa procedurama datim u vodičima. U ostalim slučajevima ljekar treba da zadovoljava juće objašnjenje zašto je odstupio od kliničkih vodiča.
- C. Ocjenjivači će razgovarati sa ljekarom da bi utvrdili koji se klinički vodiči koriste pri tretiranju uobičajenih stanja i oboljenja. Indikator je ispunjen ukoliko je ljekar u stanju nabrojati najmanje 10 kliničkih vodiča kojima se koristi u svom radu.
- D. Ocjenjivači će utvrditi da li su timu na raspolaganju važeći klinički vodiči ustanove ili drugi podaci bazirani na najboljim dokazima. Indikator je ispunjen ukoliko tim dostavi na uvid ocjenjivaču kliničke vodiče kojima se koriste u svom radu.

PROMOCIJA ZDRAVLJA I PREVENCIJA BOLESTI

Standard 1.4 Tim obezbjeđuje usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti, koje su u skladu sa važećom profesionalnom praksom.

Kriterij 1.4.1 Tim od registrovanih građana/pacijenata mora uzeti sve podatke u cilju sticanja uvida u njihovu medicinsku i porodičnu istoriju, socijalne faktore, stil života i postojanje faktora rizika.

§ A. Članovi tima potvrđuju da se od registrovanih građana/ pacijenata uzimaju podaci u cilju sticanja uvida u njihovu medicinsku i porodičnu istoriju, socijalne faktore, stil života i radi otkrivanja faktora rizika (razgovor sa članovima tima, pregled zdravstvenih kartona)

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan.

Ocjenjivači će razgovarati sa članovima tima i tražiti potvrdu da se prilikom registracije od građana/pacijenata uzimaju podaci u cilju sticanja uvida u njihovu medicinsku i poro-

dičnu istoriju, socijalne faktore, stil života i radi otkrivanja faktora rizika i pregledati najmanje 5 zdravstvenih kartona. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da se prilikom registracije od građana/pacijenata uzimaju podaci u cilju sticanja uvida u njihovu medicinsku i porodičnu istoriju, socijalne faktore, stil života i radi otkrivanja faktora rizika i ukoliko kartoni imaju upisane tražene podatke.

Standard 1.4 Tim obezbeđuje usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti, koje su u skladu sa važećom profesionalnom praksom.

Kriterij 1.4.2 Pacijenti tima imaju pristup raznim informacijama u pisanoj formi o uobičajenim akutnim i hroničnim stanjima i oboljenjima kao i bitnim organizacijama zajednice ili grupama podrške.

§ A. Postoje posteri, pamfleti i brošure na raspolaganju pacijentima na oglasnoj tabli, u čekaonici, na recepciji i/ili u sobi za konsultacije (direktno posmatranje).

§ B. Članovi tima opisuju kako koriste pamflete, brošure i informacije u pisanoj formi u cilju pružanja dovoljno informacija pacijentima o njihovom stanju ili oboljenju. (razgovor sa članovima tima).

Ocjenjivanje

Indikatori A i B su obavezni.

- A. Ocjenjivači će direktno posmatrati da li postoje posteri, pamfleti ili brošure u čekaonici, na oglasnoj tabli, recepciji i/ili u sobi za konsultacije. Indikator je ispunjen ukoliko postoje posteri brošure i pamfleti na oglasnoj tabli ili uz oglasnu tablu. Ukoliko istih nema, ocjenjivač će tražiti dopis prema Domu zdravlja ili Zavodu za zaštitu zdravlja kojim tim zahtjeva da im se obezbjeđi dovoljan broj postera, pamfleta i brošura ili drugog zdravstveno-promotivnog materijala. Indikator je takođe zadovoljen ukoliko postoji pisani dokaz da je takav dopis/ zahtjev upućen ka relevantnoj ustanovi unutar zadnjih godinu dana.
- B. Ocjenjivači će pitati članove tima da opišu kako se promotivni materijal koristi. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrđuju da se pacijentima lično uručuje pamflet ili brošura uz usmeno objašnjenje u skladu sa indikacijama.

Standard 1.4 Tim obezbeđuje usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti, koje su u skladu sa važećom profesionalnom praksom.

Kriterij 1.4.3 Tim identifikuje i saraduje sa organizacijama koje pružaju programe promocije zdravlja.

A. Članovi tima su upoznati sa i informišu pacijente o lokalnim grupama i programima za promociju zdravlja i podstiču ih na uključivanje ako smatraju da je to odgovarajuće (razgovor sa članovima tima, razgovor sa pacijentima).

B. Tim učestvuje u lokalnim ili nacionalnim programima za promociju zdravlja ili preventivnim programima i projektima (razgovor sa članovima tima, pregled dokumenata).

Ocjenjivanje

Poželjno je da indikatori budu ispunjeni.

- A. Ocjenjivači će pitati članove tima da li su upoznati sa i da li informišu svoje pacijente o lokalnim grupama koje se bave programima za promociju zdravlja i da li podstiču pacijente da učestvuju u njihovom radu. Lokalne grupe mogu biti razne nevladine organizacije, udruženja građana ili asocijacije pacijenata koje se bave zdravstveno-promotivnim programima. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima upoznati o radu lokalnih grupa i programa za promociju zdravlja.
- B. Ocjenjivači će razgovarati sa članovima tima da bi ocijenili da li tim učestvuje u programima promocije zdravlja u okruženju. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde i pokažu odgovarajuću dokumentaciju o učestvovanju u programima promocije zdravlja u okruženju.

Standard 1.4 Tim obezbjeđuje usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti, koje su u skladu sa važećom profesionalnom praksom.

Kriterij 1.4.4 Tim obezbjeđuje prilagodljivu preventivnu njegu zasnovanu na dokazima.

- § A. Postoji dokaz u kartonu pacijenta o preventivnoj njezi uključujući:
1. mjerenje krvnog pritiska,
 2. mjerenje nivoa holesterola u krvi,
 3. mjerenje nivoa šećera u krvi,
 4. mjerenje tjelesne težine i visine i izračunavanje indeksa tjelesne mase,
 5. postavljanje pitanja o pušenju i davanje savjeta o pušenju (pregled zdravstvenog kartona).
- § B. Postoji dokaz u kartonu pacijenta o mjerama ranog otkrivanja bolesti i to:
1. uzimanje brisa za papa test,
 2. fizikalni pregled dojke i upućivanje na mamografiju,
 3. digitalni pregled rektuma i pregled stolice na krv i upućivanje na sigmoidoskopiju,
 4. digitorektalni pregled i upućivanje na test na specifični antigen i ultrazvučnu dijagnostiku (pregled zdravstvenog kartona).
- § C. Tim koristi važeće stručno uputstvo prilikom otkrivanja faktora rizika i ranog otkrivanja bolesti (razgovor sa ljekarom, pregled uputstva).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su bavezni.

- A. Ocjenjivači će tražiti dokaz u kartonima pacijenata da su provedeni slijedeći postupci:
1. mjerenje krvnog pritiska
 2. mjerenje nivoa holesterola u krvi,
 3. mjerenje tjelesne težine i visine i izračunavanje indeksa tjelesne mase
 4. postavljanje pitanja o pušenju i davanje savjeta o pušenju
 5. mjerenje nivoa šećera u krvi.

Ovaj indikator će biti ispunjen ukoliko ocjenjivač utvrdi da je proces provođenja gore navedenih postupaka u toku i da u najmanje 3 od 10 izabranih kartona postoji pisani dokaz o provođenju ovih mjera. Mjerenje nivoa holesterola i šećera u krvi se sprovodi kod rizične grupe pacijenata svakog tima kod kojih je utvrđen povišen krvni pritisak i kod kojih je indeks tjelesne mase iznad 30 i postoji dijabetes u porodičnoj istoriji. Ocjenjivač će tražiti dokaz u kartonima pacijenata koji spadaju u rizične grupe da je izmjeren nivo holesterola i šećera u krvi. Ovaj indikator će biti ispunjen ukoliko ocjenjivač utvrdi da je proces provođenja gore navedenih postupaka u toku i da u najmanje 3 od 10 izabranih kartona registrovanih građana/pacijenata koji spadaju u rizične grupe postoji pisani dokaz o provođenju ovih mjera. Od ocjenjivača se očekuje da poznaju Program za prevenciju i kontrolu nezaraznih oboljenja u RS kao i Stručno uputstvo za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora i rano otkrivanje oboljenja iz programa.

B. Ocjenjivači će pregledati zdravstvene kartone pacijenata i utvrditi da li su u njima zabilježeni podaci o sprovođenju mjera ranog otkrivanja bolesti. Ovaj indikator će biti ispunjen ukoliko ocjenjivač utvrdi da se kod rizične grupe pacijenata koja je definisana u Stručnom uputstvu provode slijedeće mjere ranog otkrivanja bolesti:

1. uzimanje brisa za papa test,
2. fizikalni pregled dojke i upućivanje na mamografiju,
3. digitalni pregled rektuma i pregled stolice na krv i upućivanje na sigmoskopiju,
4. digitorektalni pregled i upućivanje na test na specifični antigen i ultrazvučnu dijagnostiku (pregled zdravstvenog kartona).

Ovaj indikator će biti ispunjen ukoliko ocjenjivač utvrdi da je proces provođenja gore navedenih postupaka u toku i da u najmanje 3 od 10 izabranih kartona registrovanih građana/pacijenata koji spadaju u rizične grupe postoji pisani dokaz o provođenju ovih mjera. Od ocjenjivača se očekuje da poznaju Program za prevenciju i kontrolu nezaraznih oboljenja u RS kao i Stručno uputstvo za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora i rano otkrivanje oboljenja iz programa.

C. Ocjenjivači će tražiti na uvid uputstvo koje se koristi prilikom otkrivanja faktora rizika i ranog otkrivanja bolesti. Indikator je ispunjen ukoliko tim da ocjenjivačima na uvid traženo uputstvo.

Standard 1.4 Tim obezbjeđuje usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti, koje su u skladu sa važećom profesionalnom praksom.

Kriterij 1.4.5 Tim koristi sistem podsjetnika da bi omogućio sistematsku preventivnu njegu i rano otkrivanje bolesti koristeći naučno zasnovane smjernice.

§ A. Tim koristi:

- I sistem kartica koji pokazuje krajnje vrijeme za preventivnu aktivnost, ili
- II sistematsko obilježavanje zdravstvenih kartona za prilagodljivu preventivnu njegu, ili
- III registar građana/pacijenata po polu i dobu u cilju podsjećanja na vršenje preventivnih aktivnosti, ili
- IV kompjuterizovani sistem podsjetnika (razgovor sa članovima tima, pregled zdravstvenih kartona, pregled dokumenata, direktno posmatranje).

B. Pacijenti tima su informisani o postojanju sistema podsjetnika i nudi im se učešće u njima (razgovor sa pacijentima, anketni upitnik)

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan, a poželjno je da indikator B bude ispunjen.

- A. Zavisno od sistema koji se koristi u ambulanti, ocjenjivači će koristiti kombinaciju direktnog posmatranja (ako se koristi sistem kartica ili kompjuterizovan sistem), pregled zdravstvenih kartona (ako se kartoni obilježavaju da bi se identifikovala prilagodljiva preventivna njega) i pregled drugih dokumenata ustanove (ako se koristi neki drugi sistem podsjetnika) ocijenilo da tim koristi sistem podsjetnika u pružanju preventivne njege pacijentima. Indikator je ispunjen ukoliko postoji jedan od gore navedenih sistema kao podsjetnik za provođenje preventivnih mjera.
- B. Ocjenjivači će kroz razgovor sa pacijentima i pregled anketnih upitnika pacijenata ocijeniti da su pacijenti informisani o i da su dobili podsjetnike o preventivnim pregledima. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će pregledati najmanje 20 upitnika po timu koje će prikupiti tokom ocjenjivačke posjete a pregled istih se vrši nakon ocjenjivačke posjete. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.

Standard 1.4 Tim obezbjeđuje usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti, koje su u skladu sa važećom profesionalnom praksom.

Kriterij 1.4.6 Tim koristi metode grupnog zdravstvenog savjetovanja da bi omogućio aktivnu preventivnu njegu pacijentima sa utvrđenim faktorima rizika i hroničnim oboljenjima

A. Tim održava grupna savjetovanja svaka tri mjeseca za registrovane grupe pacijenta sa slijedećim faktorima rizika :

1. povišen krvni pritisak,
2. povišen nivo holesterola u krvi,
3. pušenje (pregled zapisnika/protokola sa grupnog savjetovanja).

B. Tim održava grupna savjetovanja svaka tri mjeseca za registrovane grupe pacijenta sa slijedećim hroničnim bolestima :

1. kardiovaskularne bolesti,
2. dijabetes mellitus,
3. maligne bolesti (pregled zapisnika/protokola sa grupnog savjetovanja).

Ocjenjivanje

Poželjno je da oba indikatora budu ispunjena.

- A. Ocjenjivači će tražiti na uvid zapisnike ili protokole sa održanih sastanaka grupnog savjetovanja za pacijente sa faktorima rizika. Indikator je ispunjen ukoliko postoje zapisnici sa sastanaka koji su držani barem 4 puta u zadnjih godinu dana.

- B. Ocjenjivači će tražiti na uvid zapisnike ili protokole sa održanih sastanaka grupnog savjetovanja za pacijente sa hroničnim bolestima. Indikator je ispunjen ukoliko postoje zapisnici sa sastanaka koji su držani barem 4 puta u zadnjih godinu dana.

PRAVA I POTREBE PACIJENATA

Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.

Kriterij 1.5.1 Tim pruža njegu pacijentu svo vrijeme i u svim okolnostima, priznavajući lično dostojanstvo pacijenta po pitanju pola, starosti, religije, etničke pripadnosti, seksualnih opredjeljenja ili medicinskog stanja.

§ A. Ljekari i članovi tima izjavljuju da nijedan pacijent nije odbijen od strane ljekara na osnovu njenog/njegovog pola, starosti, religije, etničke pripadnosti, seksualnog opredjeljenja ili medicinskog stanja (razgovor sa ljekarom, razgovor sa članovima tima).

§ B. Članovi tima opisuju kako tretiraju pacijente sa mentalnim poremećajima (razgovor sa članovima tima, pregled dokumentacije).

§ C. Tim ima napisanu proceduru o postupanju sa pacijentima sa mentalnim poremećajima (pregled pravilnika, knjige procedura)

§ D. Pacijenti tima izvještavaju da su tretirani s poštovanjem od strane ljekara i osoblja (povratna informacija pacijenata, pregled anketnog upitnika).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima o proceduri ustanove po pitanju pristupa pacijenata. Indikator je ispunjen ukoliko ljekari potvrde da svi pacijenti imaju pristup uslugama koje pružaju članovi tima.
- B. Ocjenjivači će kroz razgovor sa pacijentima i pregled anketnih upitnika pacijenata procijeniti da li članovi tima tretiraju pacijente sa poštovanjem. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će pregledati najmanje 20 upitnika po timu koje će prikupiti tokom ocjenjivačke posjete a pregled istih se vrši nakon ocjenjivačke posjete. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.
- C. Ocjenjivači će pitati ljekara kakav je postupak sa pacijentima sa mentalnim poremećajima. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da pacijentima sa mentalnim poremećajima postupaju na način koji ih ne dovodi u podređen položaj zbog njihovog mentalnog stanja.
- D. Ocjenjivači će tražiti na uvid pravilnik ili neki drugi dokument gdje je opisan način postupanja sa pacijentima sa mentalnim poremećajima. Indikator je ispunjen ukoliko tim dostavi na uvid pravilnik ili knjigu procedura.

Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.

Kriterij 1.5.2 Pregled i tretman pacijenata je obavljen u okruženju koje obezbjeđuje privatnost pacijenata. Razgovori ili konsultacije sa pacijentima se vode diskretno.

§ A. Ljekari i članovi tima opisuju na koji način obezbjeđuju privatnost pacijenata (razgovor sa ljekarom, razgovor sa članovima tima).

§ B. Vizuelna i auditorijska privatnost je obezbijeđena u sobama za konsultacije i intervencije (direktno posmatranje).

§ C. Postoji privatan dio, na primjer iza zaslona ili zavjese, gdje se pacijenti mogu skinuti (direktno posmatranje).

§ D. Pacijenti izvještavaju da im je obezbijeđena privatnost u sobama za konsultacije i intervencije (pregled anketnih upitnika, razgovor sa pacijentima).

Ocjenjivanje

Indikatori A, B, C i D su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima ambulante kako tim obezbjeđuje privatnost pacijenata. Indikator je ispunjen ako članovi tima potvrde da obezbjeđuju privatnost pacijenata.
- B. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li postoji vizuelna i auditorijska privatnost u sobi za konsultacije i intervencije. Indikator je ispunjen ukoliko ocjenjivač procijeni da je vizuelna i auditorijska privatnost zadovoljena.
- C. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li postoji privatan dio u sobi za konsultacije ili intervencije gdje se pacijenti mogu skinuti. Ovaj indikator je ispunjen, ako postoji zaslon ili zavjesa u sobi za konsultacije ili intervencije. Nije dovoljno da ljekar napusti sobu da bi se obezbijedila privatnost jer ovo vodi prekidu toka komunikacije i obično se pacijent ostavlja sam u prostoriji gdje postoje osjetljive stvari npr. lijekovi, blokovi za recepte.
- D. Ocjenjivači će pregledati anketne upitnike pacijenata za potvrdu da pacijenti osjećaju da im je obezbijeđena privatnost u sobi za konsultacije ili intervencije. Najmanje 75% odgovora na ovo pitanje u anketnom upitniku mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će pregledati najmanje 20 upitnika po timu koje će prikupiti tokom ocjenjivačke posjete a pregled istih se vrši nakon ocjenjivačke posjete. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.

Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.

Kriterij 1.5.3 Članovi tima su svjesni da pacijent ima pravo da odbije bilo kakav tretman, savjet ili proceduru. Ljekar je dužan da obezbijedi kontinuitet njege pacijenta.

§ A. Članovi tima opisuju kako tretiraju pacijente koji odbijaju određeni tretman (razgovor sa članovima tima, pregled dokumentacije).

§ B. Tim ima napisanu proceduru o postupanju sa pacijentima koji odbijaju određen tretman (pregled pravilnika, knjige procedura).

Ocjenjivanje

Oba indikatora su obavezna.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara kakav je postupak sa pacijentima koji odbijaju određene tretmane. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da pacijentima koji iz bilo kojeg razloga odbiju predloženi tretman ili proceduru omogućavaju kontinuitet njege bilo kod istog tima ili upućivanjem u drugu ustanovu i ako postoji pisani trag o upućivanju takvih pacijenata u druge ustanove.
- B. Ocjenjivači će tražiti na uvid pravilnik ili neki drugi dokument gdje je opisan način postupanja sa pacijentima koji odbijaju određen tretman. Indikator je ispunjen ukoliko tim dostavi na uvid pravilnik ili knjigu procedura.

Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.

Kriterij 1.5.4 Članovi tima su svjesni i po zahtjevu obezbjeđuju pacijentu da dobije mišljenje drugog ljekara, a pacijent takođe ima pravo da povjeri svoje liječenje drugom ljekaru-timu u istoj ili drugoj ustanovi.

§ A. Ljekari opisuju kakav odnos imaju prema pacijentima koji namjeravaju tražiti drugo mišljenje (razgovor sa ljekarom, pregled kartona).

§ B. Članovi tima opisuju kakvu proceduru koriste kada pacijenti žele napustiti tim (razgovor sa članovima tima, pregled dokumentacije).

§ C. Tim ima definisanu proceduru o tome na koji način se na lični zahtjev pacijenta obezbjeđuje mišljenje drugog ljekara ili proceduru koja objašnjava način napuštanja i obezbjeđenja drugog tima pacijentima koji žele napustiti tim. (pregled pravilnika ili knjige procedura).

Ocjenjivanje

Svi indikatora su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara kako tim tretira pacijente koji žele drugo mišljenje. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima obezbjeđuju kontinuitet njege pacijentima koji traže mišljenje drugog ljekara i u kartonu postoji zapis o omogućavanju drugog mišljenja.
- B. Ocjenjivači će pitati ljekara da opiše kako tim tretira pacijente koji žele napustiti tim. Indikator će biti ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da omogućuju pacijentima da promijene tim i da im pomažu da pronađu alternativnog ljekara. Od tima se očekuje da ima pisani trag o razlozima promjene tima.
- C. Ocjenjivač će tražiti na uvid knjigu procedura gdje je definisano obezbjeđivanje mišljenja drugog ljekara ili obezbjeđenja alternativnog tima pacijentu. Indikator je ispunjen ukoliko je ocjenjivačima dostavljena na uvid takva pisana procedura.

Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.

Kriterij 1.5.5 Članovi tima prihvataju i daju odgovore na žalbe pacijenata.

§ A. Članovi tima opisuju proceduru tima za primanje i odgovaranje na žalbe pacijenata (razgovor sa članovima tima).

§ B. Oglasna tabla ima informacije koje podstiču pacijente da daju svoje žalbe i uopšte svoja mišljenja lekarima (direktno posmatranje).

§ C. Tim ima pisanu proceduru kojom je regulisan način prihvatanja i rješavanje žalbi pacijenata (pregled dokumentacije).

§ D. Tim periodično analizira prikupljene žalbe i reaguje shodno istima (pregled zapisnika sa sastanaka tima)

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati lekara i članove tima kako se tretiraju žalbe. Indikator će biti ispunjen ukoliko ocjenjivač procijeni da su članovi tima upoznati sa procedurom za primanje i odgovaranje na žalbe pacijenata.
- B. Ocjenjivači će ocijeniti da li na oglasnoj tabli postoji informacija o primanju i odgovaranje na žalbe pacijenata. Indikator je biti ispunjen ukoliko je takva informacija prisutna na oglasnoj tabli.
- C. Ocjenjivači će tražiti na uvid knjigu procedura te vidjeti kako je regulisana procedura prihvatanja i rješavanja žalbi pacijenata. Indikator će biti ispunjen ukoliko je tim dostavi ocjenjivačima na uvid pisanu proceduru.
- D. Ocjenjivači će tražiti na uvid zapisnike sa sastanaka tima na kojim se analiziraju žalbe pacijenata. Sastanci bi trebalo da se održavaju najmanje kvartalno. Indikator je ispunjen ukoliko takvi zapisnici postoje i dostavljeni su na uvid.

Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.

Kriterij 1.5.6. Prisustvo treće strane koja posmatra ili je uključena u kliničkom smislu u konsultacije ili intervencija dešava se samo onda kada pacijent da svoj izričit pristanak prije konsultacije ili intervencije.

§ A. Ljekari potvrđuju da traže pristanak pacijenta za prisustvo treće strane u toku konsultacija ili intervencija (razgovor sa lekarom i članovima tima).

§ B. Pacijenti tima pri čijim konsultacijama ili intervencijama prisustvuje treća strana izvještavaju da su ih pitali o tome prije konsultacije ili intervencije (razgovor sa pacijentima, pregled anketnih upitnika).

Ocjenjivanje

Indikatori A i B su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati lekara da opiše kako se dobija pristanak pacijenta za prisustvo treće osobe. Indikator je ispunjen ukoliko lekar potvrdi da se prisustvo treće strane dešava samo onda kada pacijent da svoj pristanak.

- B. Ocjenjivači će pitati pacijenta za potvrdu da su ih prije same konsultacije ili intervencije pitali za pristanak, kad na njihovim konsultacijama ili intervencijama prisustvuje treća strana. Najmanje 3 od 5 pacijenata kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen. Prilikom pregleda anketnih upitnika najmanje 75% odgovora pacijenta mora biti pozitivno da bi ovaj indikator bio ispunjen.

Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.

Kriterij 1.5.7 Učestvovanje pacijenata u prikupljanju identifikovanih ličnih podataka za istraživačke projekte se dešava samo onda kada se dobije izričito i pismeno odobrenje od strane pacijenata, nakon pismenog ili usmenog objašnjenja o predloženom istraživanju. Pacijenti imaju pravo povući svoj pristanak.

§ A. Ljekari potvrđuju da dobijaju pristanak pacijenata za uključivanje u istraživačke projekte (razgovor sa ljekarom).

B. Tim vodi evidenciju učestvovanja u bilo kakvim istraživačkim projektima, uključujući i protokol i proceduru davanja saglasnosti od strane pacijenata.

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan, a poželjno je da indikator B bude ispunjen.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara da opiše kako se dobije pristanak pacijenta za učestvovanje u projektu. Indikator je ispunjen ako ljekar ili drugi članovi tima potvrde da traže i dobijaju pristanak pacijenta za učestvovanje u istraživačkom projektu. Ukoliko je takav projekat realizovan ocjenjivač će tražiti na uvid pismene saglasnosti pacijenata.
- B. Ocjenjivači će pregledati dokumentaciju tima za potvrdu da se vodi evidencija učestvovanja u istraživačkim projektima, uključujući protokole istraživanja i proceduru za dobijanje saglasnosti i proces rješavanja problema. Indikator je ispunjen ukoliko tim dotavi na uvid traženu dokumentaciju.

DIO II - MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA OBOLJENJA I TRETMANA PACIJENATA

Standard 2.1 Tim vodi odgovarajuću medicinsku dokumentaciju oboljenja i tretmana pacijenata.

Kriterij 2.1.1 Medicinska dokumentacija mora da sadrži sve relevantne podatke koji su u vezi sa pacijentima i planove unapređenja njihovog zdravlja.

§ A. Tim vodi registar uređen po polu i starosti registrovane populacije (pregled dokumentacije).

§ B. Tim vodi registar pacijenata sa rizičnim faktorima uključujući:

1. povišen krvni pritisak,
2. povišen nivo holesterola u krvi,
3. pušenje (pregled dokumentacije).

Registar pacijenata sa povišenim krvnim pritiskom da omogući pregled po slijedećim indikatorima:

Tabela 1.

Hipertenzija-indikator	Minimum zadovoljenja
Procenat pacijenata sa hipertenzijom kod kojih je u karton upisan status pušenja unazad 1 godinu ili ako nisu nikad pušili da je i to naznačeno	80%
Procenat pacijenata sa hipertenzijom koji su pušači a da u kartonu postoji bar jedan savjet o prekidu pušenja unazad 1 godinu	80%
Procenat pacijenata sa hipertenzijom kod kojih je u karton registrovan krvni pritisak unazad 6 mjeseci	70%
Procenat pacijenata sa hipertenzijom kod kojih je pritisak 150/90 ili niži	50%
Procenat pacijenata sa hipertenzijom kod kojih je registrovano mjerenje indeksa tjelesne mase	80%
Procenat pacijenata sa hipertenzijom kod kojih je u karton upisan lipidni status unazad jedne godine	60%

§ C. Tim vodi registar pacijenata sa hroničnim oboljenjima koji uključuje: kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti i dijabetes melitus (pregled dokumentacije).

Registar za kardiovaskularne bolesti (preležan infarkt miokarda, stabilna i nestabilna angina pectoris) treba da omogući pregled po slijedećim indikatorima:

Tabela 2.

KBS* prevencija-indikator	Minimum zadovoljenja
Procenat pacijenata sa koronarnom bolešću srca koji su bili na ergometrijskom testu ili na pregledu kod kardiologa barem jedanput u zadnjih godinu dana	90%
Procenat pacijenata sa koronarnom bolešću kod kojih je u karton upisan status pušenja unazad 1 godine ili ako nikad nisu pušili da je i to naznačeno	80%
Procenat pacijenata sa koronarnom bolešću koji su pušači a da u kartonu postoji upisan bar jedan savjet o prekidu pušenja unazad 1 godinu	80%
Procenat pacijenata sa koronarnom bolešću kod kojih je u karton upisan indeks tjelesne mase	80%
Procenat pacijenata sa koronarnom bolešću kod kojih je krvni pritisak manji od 150/90	50%
Procenat pacijenata sa koronarnom bolešću koji koriste aspirin i ako je aspirin kontraindikovani da je to naznačeno u kartonu	80%
Procenat pacijenata sa preležanim infarktom miokarda koji koriste ACE inhibitore a ako su ACE inhibitori kontraindikovani da je to naznačeno u kartonu	80%
Procenat pacijenata sa preležanim infarktom miokarda koji koriste beta-blokere a ako su beta-blokeri kontraindikovani da je to naznačeno u kartonu	80%

*Koronarna bolest srca

Registar pacijenta sa dijabetesom treba da omogući pregled po slijedećim indikatorima :

Tabela 3.

Indikator	Minimum zadovoljenja
Procenat pacijenata sa dijabetesom kod kojih je u karton upisan status pušenja unazad 1 godine ili ako nikad nisu pušili da je i to naznačeno	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom koji su pušači a da u kartonu postoji bar jedan savjet o prekidu pušenja unazad 1 godinu	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom kod kojih je u karton upisan indeks tjelesne mase u zadnjih godinu dana	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom kod kojih je u karton upisan Hemoglobin A1c u zadnjih godinu dana	80%

Indikator	Minimum zadovoljenja
Procenat pacijenata sa dijabetesom kod kojih je posljednji Hemoglobin A1c manji od 7,5%	30%
Procenat pacijenata sa dijabetesom kod kojih je u karton upisan lipidni profil unazad 1 godine	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom kod kojih je mjereno krvni pritisak pri svakoj posjeti	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom i hipertenzijom kod kojih je krvni pritisak manji od 145/90 ili niži	50%
Procenat pacijenata sa dijabetesom koji su upućeni na rutinski oftalmološki pregled jednom u zadnjih godinu dana	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom kod kojih je vršen pregled stopala od strane doktora ili medicinskog tehničara jednom u zadnjih godinu dana te isto dokumentovano u karton	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom koji su radili ukupne proteine u urinu unazad godinu dana	80%
Procenat pacijenata sa dijabetesom koji koriste aspirin i ako je aspirin kontraindikovano da je to naznačeno u kartonu	80%

Registar pacijenata sa malignim bolestima treba da omogućiti pregled po slijedećim indikatorima:

Tabela 4.

Maligne bolesti-indikator	Minimum zadovoljenja
Procenat pacijenata sa malignim bolestima (uključujući karcinom grlića maternice, karcinom dojke i karcinom rektuma) kod kojih je u karton upisan status pušenja unazad 1 godinu ili ako nisu nikad pušili da je i to naznačeno	90%
Procenat žena starosti između 25 i 60 godina kod kojih je u kartonu upisan nalaz Papa testa u zadnje tri godine	80%
Procenat žena starosti između 40 i 69 kod kojih je u kartonu upisan nalaz mamografskog pregleda dojki u zadnje 2 godine	50%
Procenat pacijenata starijih od 50 godina kod kojih je urađen skrining kolorektalnog karcinoma u zadnjih 5 godina. Potencijalne opcije su fekalno okultno krvarenje, sigmoidoskopija, kolonoskopija ili kontrastna irigografija. Izbor opcije zavisi od indikacije, pristanka pacijenta i dostupnosti procedure.	70%

§ D. Članovi tima prave mjesečne i godišnje planove pozivanja pacijenata na pregled da bi omogućili sistematsku preventivnu njegu i rano otkrivanje bolesti (razgovor sa članovima tima).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će tražiti na uvid dokumentaciju tima da bi utvrdili da li se vodi registar uređen po polu i starosti registrovane populacije. Indikator je ispunjen ukoliko tim dostavi na uvid traženu dokumentaciju.
- B. Ocjenjivači će tražiti na uvid dokumentaciju tima da bi utvrdili da li se vodi registar pacijenata sa rizičnim faktorima (povišen krvni pritisak, povišen nivo holesterola u krvi, i pušenje). Potrebno je da tim dostavi na uvid traženu dokumentaciju. Ocjenjivači će pregledati registar pacijenata sa rizičnim faktorima i uvjeriće se da tim provodi tretman pacijenata sa faktorima rizika u skladu sa mjerama definisanim u kliničkim vodičima (tabela 1). Indikator je ispunjen ako su zadovoljeni minimalni procenti ispunjenja navedeni u tabeli 1
- C. Ocjenjivači će tražiti na uvid dokumentaciju tima da bi utvrdili da li se vodi registar pacijenata sa hroničnim oboljenjima (kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti i dijabetes melitus). Potrebno je da tim dostavi na uvid traženu dokumentaciju. Ocjenjivači će pregledati registar pacijenata sa hroničnim oboljenjima kao i registar pacijenata koji su u rizičnoj grupi za maligna oboljenja i uvjeriće se da tim provodi tretman pacijenata u skladu sa mjerama definisanim u kliničkim vodičima (tabela 2,3 i 4). Indikator je ispunjen ako su zadovoljeni minimalni procenti ispunjenja navedeni u tabelama 2,3, i 4.
- D. Ocjenjivači će tražiti na uvid mjesečne i godišnje planove pozivanja pacijenata na preventivne preglede. Indikator je ispunjen ukoliko tim dostavi na uvid traženu dokumentaciju.

Standard 2.1 Tim vodi odgovarajuću medicinsku dokumentaciju oboljenja i tretmana pacijenata.

Kriterij 2.1.2 Dokumenti o upućivanju u druge zdravstvene ustanove sadrže dovoljno informacija za optimalno liječenje pacijenta.

§ A. Tim pokazuje da uputnice o slanju pacijenata:

1. su čitke (i po mogućnosti otkucane),
2. sadrže dijagnozu, izvršene pretrage i trenutni tretman,
3. su napisane na odgovarajućem formularu (pregled zdravstvenih kartona, pregled dokumenata).

§ B. Uputnice su evidentirane u kartonu pacijenta (pregled zdravstvenih kartona).

Ocjenjivanje

Indikatori A i B su obavezni.

- A. Ocjenjivači će slučajnim izborom najmanje pet pacijenata nakon završene konsultacije pregledati uputnice da bi ocijenili da su uputnice čitke, sadrže dijagnozu, izvršene pretrage i trenutni tretman i da li su napisane na odgovarajućem formularu. Indikator je ispunjen ukoliko su sve uputnice ispunjene u skladu sa zahtjevom iz standarda.
- B. Ocjenjivači će pregledati izbor 5 zdravstvenih kartona za provjeru da li uputnice evidentirane u kartonu. Indikator je ispunjen ukoliko su sve uputnice evidentirane.

Standard 2.1 Tim vodi odgovarajuću medicinsku dokumentaciju oboljenja i tretmana pacijenata.

Kriterij 2.1.3 Zdravstveni karton svakog pacijenta je dobro organizovan i čitak, sadrži relevantne i tačne zdravstvene podatke o svakoj konsultaciji koje su dovoljne da omoguće drugom ljekaru da nastavi sa tretmanom pacijenta.

§ A. Za svakog registrovanog pacijenta postoji individualan karton koji sadrži sve kliničke informacije vezane za pacijenta. Zdravstveni karton pacijenta uključuje istoriju, zabilješke, nalaze i mišljenja od strane ljekara specijaliste, otpusne liste iz bolnica. (pregled zdravstvenih kartona).

§ B. Ljekar je obavezan da u zdravstveni karton unosi sljedeće informacije:

1. trenutni problemi,
2. alergije i osjetljivost,
3. faktori rizika (npr. pušenje i konzumiranje alkohola),
4. lijekovi, imunizacije i tretiranje,
5. socijalna i porodična anamneza, i
6. anamneza prethodnih bolesti (pregled zdravstvenih kartona).

§ C. Svaki zdravstveni karton pacijenta sadrži zabilješku sa svake konsultacije ljekar/pacijent (uključujući i one poslije radnog vremena, kućne posjete ili konsultacije putem telefona koje su bile bitne) koje sadrže:

1. datum konsultacije,
2. razlog konsultacije,
3. problem koji se tretirao,
4. plan tretiranja (uključujući i predviđeni datum pregleda, po potrebi),
5. bilo koji prepisan lijek
6. bilo koju poduzetu preventivnu mjeru,
7. dokumentaciju bilo koje upute u drugu zdravstvenu ustanovu,
8. identifikacija onog ko je obavio konsultaciju (pregled zdravstvenih kartona).

§ D. Kartoni su čitki (pregled zdravstvenih kartona).

§ E. Lijekovi koje pacijent prima se jasno nabrajaju u kartonu uključujući ukupnu, pojedinačnu, dnevnu dozu i broj pakovanja (pregled zdravstvenih kartona).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pregledati najmanje 5 a najviše 20 zdravstvenih kartona da bi se uvjerali da svaki redovan pacijent ima poseban karton koji sadrži sve kliničke informacije vezane za pacijenta. Indikator je ispunjen ukoliko svi pregledani kartoni sadrže informacije zahtjevano standardom.
- B. Ocjenjivači će pregledati najmanje 5 a najviše 20 od ukupnog broja zdravstvenih kartona (do 20) da bi se odredio procenat kartona koji sadrži zdravstvene informacije i koji uključuje sadašnje tegobe, alergije i osjetljivosti, faktore rizika, lijekove, imunizacije i

tretmane, socijalnu i porodičnu anamnezu i anamnezu prethodnih bolesti. Indikator je ispunjen ukoliko svi pregledani kartoni sadrže informacije zahtjevane standardom.

- C. Ocjenjivači će pregledati najmanje 5 a najviše 20 kartona da bi ocijenili da li svaki zdravstveni karton sadrži zabilješke sa sve konsultacije doktor/pacijenti koje uključuju datum i razlog konsultacije, tretiranom problemu i plan liječenja, propisane lijekove, preventivne aktivnosti, zabilješke o upućivanju u druge medicinske ustanove i identifikaciju onoga ko je obavio konsultaciju. Indikator je ispunjen ukoliko svi pregledani kartoni sadrže informacije zahtjevane standardom.
- D. Ocjenjivači će pregledati najmanje 5 a najviše 20 zdravstvenih kartona da bi ocijenili da li su čitki. Indikator je ispunjen ukoliko su svi pregledani kartoni čitki.
- E. Ocjenjivač će pregledati najmanje 5 a najviše 20 zdravstvenih kartona i utvrditi da li su u njima navedene ukupne, pojedinačne, dnevne doze i broj pakovanja propisanih lijekova. Indikator je ispunjen ukoliko svi pregledani kartoni sadrže informacije zahtjevane standardom.

Standard 2.1 Tim vodi odgovarajuću medicinsku dokumentaciju oboljenja i tretmana pacijenata.

Kriterij 2.1.4 Tim obezbjeđuje povjerljivost svih informacija o zdravlju pacijenta u skladu sa procedurom ustanove.

§ A. Zdravstveni kartoni i drugi dosijei koji sadrže informacije o pacijentima se čuvaju na mjestima gdje je pristup nezaposlenima ograničen (direktno posmatranje).

§ B. Članovi tima su upoznati sa zahtjevima povjerljivosti za sve pacijente i shvataju da je kršenje povjerljivosti prekršaj (razgovor sa članovima tima).

§ C. Tim ima napisanu proceduru o tretiranju ličnih zdravstvenih informacija (pravilnik ili knjiga procedura)

§ D. Pacijenti imaju pristup svojim kartonima na lični zahtjev (razgovor sa pacijentima).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li se kartoni i druge informacije o pacijentima drže na mjestima gdje nije dozvoljen pristup neovlaštenim osobama. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivač uvjeri da je povjerljivost informacija obezbjeđena.
- B. Ocjenjivači će pitati članovi tima o njihovom shvatanju povjerljivosti zdravstvenih informacija pacijenata. Indikator je ispunjen ukoliko ocjenjivač procijeni da svi članovi tima shvataju da je kršenje povjerljivosti prekršaj.
- C. Ocjenjivači će pregledati odgovarajuću dokument tima da bi se uvjerili o postojanju procedure po pitanju tretiranja ličnih zdravstvenih informacija. Indikator je ispunjen ukoliko je tim dao pisanu proceduru na uvid ocjenjivačima.
- D. Ocjenjivač će razgovorom sa pacijentom i utvrditi da li pacijent ima pristup svom zdravstvenom kartonu na sopstveni zahtjev. Najmanje 3 od 5 pacijenta kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.

DIO III - OSIGURANJE I UNAPREĐENJE KVALITETA

KONTINUIRANO OSIGURANJE I UNAPRIJEĐENJE KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Standard 3.1 Tim je posvećen kontinuiranom osiguranju i unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite.

Kriterij 3.1.1 Tim ima pristup nizu izvora i materijala vezanih za kliničke stvari.

§ A. Tim ima direktan pristup nizu novijih medicinskih tekstova. Ovo može uključivati i pristup računarom (direktno posmatranje).

B. Tim im godišnji plan unapređenja kvaliteta (pregled dokumentacije)

§ C. Tim ima redovne sastanke (minimum 1 mjesečno) na kojim raspravlja pitanja vezano za unapređenje prakse i kliničku reviziju (pregled zapisnika)

Ocjenjivanje

Indikatori A i C su obavezni. Poželjno je da indikator B bude ispunjen.

- A. Ocjenjivači će tražiti na uvid udžbenike, priručnike, stručne časopise u pisanom ili elektronskom obliku koji obrađuje različite medicinske teme. Ako tim ima računarski pristup informacijama, ocjenjivači će pitati članove tima o pristupu bazama podataka medicinskih tekstova putem računara. Indikator je ispunjen ukoliko tim najmanje dva časopisa ili udžbenika u pisanom ili elektronskom obliku koji obrađuju medicinske teme, a ne starije od dvije godine.
- B. Ocjenjivači će tražiti na uvid godišnji plan unapređenja kvaliteta. Takav plan treba da sadrži ciljeve tima u odnosu na praksu propisivanja lijekova i kontrolu stope upućivanja pacijenata na viši referalni nivo ili kontrolu broja negativnih laboratorijskih nalaza. Ciljevi treba da budu zasnovani na praćenju i analizi tih pokazatelja u prethodnom periodu. Indikator je ispunjen ukoliko takav plan postoji i dat je na uvid ocjenjivačima.
- C. Ocjenjivači će tražiti na uvid zapisnike sa sastanaka koji treba da se održavaju minimum jednom mjesečno na temu unapređenja prakse i kliničku reviziju. Teme koje se obrađuju na sastancima mogu biti propisivačka politika, stope upućivanja na pacijenta na viši nivo, ispunjenost plana i programa prevencije i slično. Indikator je ispunjen ukoliko zapisnici sa takvih sastanaka postoje i dati su na uvid ocjenjivačima.

DIO IV - ČLANOVI TIMA

KVALIFIKACIJE I PROFESIONALNO USAVRŠAVANJE ČLANOVA TIMA

Standard 4.1. Članovi tima moraju imati odgovarajuće kvalifikacije i raditi na sopstvenom profesionalnom usavršavanju

Kriterij 4.1.1. Svi članovi tima koji pružaju kliničku njegu imaju odgovarajuće kvalifikacije i obuku te učestvuju u osiguranju kvaliteta i kontinuiranoj medicinskoj edukaciji.

§ A. Ljekar tima je specijalista porodične medicine, na specijalizaciji iz porodične medicine, edukovan iz porodične medicine ili na edukaciji iz oblasti porodične medicine (pregled dokumenata).

§ B. Ljekar tima ima licencu ljekarske komore (pregled dokumenata).

§ C. Medicinske sestre u timu imaju odgovarajuću obuku, kvalifikacije i učestvuju u stalnoj edukaciji (pregled dokumenata).

Ocjenjivanje

Indikatori A, B i C su obavezni.

- A. Ocjenjivači će tražiti od ljekara tima da bi ustanovili da imaju odgovarajuću obuku i kvalifikacije. Potrebni dokumenti su diplome o završenom fakultetu, položenom stručnom i ako je primjenljivo specijalističkom ispitu i certifikat o završenoj doedukaciji iz porodične medicine. Ocjenjivači će u dosijeu ljekara ustanove tražiti certifikate o pohađanju stručnih skupova organizovanim od strane ljekarske komore ili koji se priznaju u bodovanju za relicenciranje od strane ljekarske komore. Indikator je ispunjen ako tim dostavi na uvid traženu dokumentaciju.
- B. Ocjenjivači će pregledati dokumentaciju da bi se uvjerali da ljekar tima ima licencu ljekarske komore. Indikator je ispunjen ako tim dostavi na uvid traženu dokumentaciju.
- C. Ocjenjivači će pregledati dokumentaciju ustanove da bi ocijenili da medicinske sestre imaju odgovarajuću obuku, kvalifikacije i učestvuju u stalnoj edukaciji. Indikator je ispunjen ako tim dostavi na uvid traženu dokumentaciju. Edukacija sestara može biti organizovana i interno unutar ustanove.

Standard 4.1 Članovi tima moraju imati odgovarajuće kvalifikacije i raditi na sopstvenom profesionalnom usavršavanju

Kriterij 4.1.2. U toku radnog vremena tima, pored ljekara, još mora da postoji najmanje jedna ovlašćena osoba koja je sposobna da pruži odgovarajući savjet ili njegu pacijentima.

§ A. Najmanje još jedan član tima je prisutan kada je ambulanta otvorena za redovne konsultacije (direktna observacija, razgovor sa ljekarom, razgovor sa članovima tima).

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan.

- A. Ocjenjivači će na osnovu direktnog posmatranja, razgovora sa ljekarom i članovima tima doći do informacija o prisutnosti i radnom statusu osoblja koje radi u toku redovnog radnog vremena tima. Indikator je ispunjen ukoliko ocjenjivač procijeni da je još jedna ovlaštena osoba prisutna u ambulanti tokom radnog vremena.

DIO V - FIZIČKI FAKTORI

PROSTORIJE USTANOVE

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.1 Tim ima najmanje jednu prostoriju određenu za konsultacije/preglede.

§ A. Tim ima najmanje jednu prostoriju određenu za konsultacije/preglede (direktno posmatranje)

§ B. Tim ima najmanje jednu prostoriju određenu za intervencije ili ima pristup takvoj prostoriji (direktno posmatranje)

Ocjenjivanje

Oba indikatora su obavezna.

A. Ocjenjivači će direktno posmatrati, pitati članove tima i ocijeniti da li tim ima najmanje jednu prostoriju određenu za konsultacije/preglede.

Indikator je ispunjen ako je zahtjev iz standarda ispunjen.

B. Ocjenjivači će direktno posmatrati, pitati članove tima i ocijeniti da li tim ima pristup najmanje jednoj prostoriji određenoj za intervencije. Indikator je ispunjen ukoliko tim ima posebnu prostoriju za intervencije ili pristup takvoj prostoriji unutar ustanove. Ukoliko se radi o prostoriji za intervencije koji dijeli više timova unutar jedne ustanove ocjenjivači će procijeniti da li je osigurana privatnost, sigurnost i udobnost pacijenata prilikom pružanja intervencije.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.2 Prostorije za konsultacije i intervencije ispunjavaju odgovarajuće uslove koji osiguravaju udobnost, privatnost i sigurnost pacijenata i ostalih.

§ A. U prostorijama za konsultacije i intervencije nema jakih zvukova (direktno posmatranje).

§ B. Postoji odgovarajuće osvjetljenje u prostorijama za konsultacije i intervencije (direktno posmatranje).

§ C. Postoji krevet za preglede u prostoriji za konsultacije i krevet za intervencije u prostoriji za intervencije (direktno posmatranje).

§ D. Pacijenti tima su zadovoljni sa privatnošću, udobnošću u prostorijama za konsultacije i intervencije (razgovor s pacijentima).

§ E. U prostorijama za konsultacije i intervencije se održava ugodna temperatura (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će se slušanjem i boravkom u prostorijama uvjeriti da u njima nema jakih zvukova (subjektivna percepcija ocjenjivača).
 - B. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li postoji odgovarajuće osvjetljenje u prostorijama za konsultacije i intervencije. (subjektivna percepcija ocjenjivača)
 - C. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li postoje kreveti za pregled i intervencije u prostorijama za konsultacije i intevencije.
 - D. Ocjenjivači će kroz razgovor sa pacijentima provjeriti da li su pacijenti zadovoljni sa privatnoću i udobnošću u prostorijama za konsultacije i intervencije. Najmanje 3 od 5 pacijenata kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.
 - E. Ocjenjivači će boravkom u prostoriji ocijeniti da li se u prostorijama za konsultacije i intervencije održava ugodna temperatura. (subjektivna percepcija ocjenjivača)
- Indikatori su ispunjeni ako su zahtjevi postavljeni u standardima ispunjeni.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, provatnost i udobnost osoblja i ljudi koji dolaze u ustanovu.

Kriterij 5.1.3 Tim ima čekaonicu dovoljno veliku da primi uobičajen broj pacijenata i pratilaca.

§ A. Tim ima čekaonicu dovoljno veliku da primi uobičajen broj pacijenata i pratilaca (direktno posmatranje).

§ B. Pacijenti tima izvještavaju da postoji dovoljan broj stolica u čekaonici (razgovor sa pacijentima).

Ocjenjivanje

Oba indikatora su obavezna.

- A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li u čekaonici ima dovoljno mjesta za uobičajen broj pacijenata i pratilaca. Indikator je ispunjen ako se u čekaonici ne nalazi više od 5 pacijenata u istom trenutku. Najmanji broj stolica u čekaonici bi trebalo da bude 5.
- B. Ocjenjivači će kroz razgovor sa pacijentima provjeriti da li su pacijenti zadovoljni sa brojem stolica i udobnošću u čekaonici. Najmanje 3 od 5 pacijenata kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata

Kriterij 5.1.4 Tim ima na raspolaganju prostorijama u kojima postoje toaleti i mjesta za pranje ruku koja su na raspolaganju pacijentima i osoblju.

§ A. U prostorijama u kojima radi tim postoje toaleti i mjesta za pranje ruku koja su na raspolaganju osoblju, pacijentima i pratiocima (direktno posmatranje).

§ B. Postoji znak na toaletu ili znak gdje se isti nalazi (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Oba indikatora su obavezna.

A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li ustanova ima toalete i mjesta za pranje ruku na raspolaganju pacijentima i ostalima.

B. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li postoji znakovi za toalet u ustanovi.

Indikator su je ispunjeni ako su zahtjevi postavljeni u standardima ispunjeni.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.5 Tim ima telekomunikacijski sistem koji odgovara njegovim potrebama.

§ A. Tim ima telefonski sistem sa dovoljnim kapacitetom primanja poziva (direktno posmatranje, razgovor sa članovima tima).

§ B. Pacijenti tima izvještavaju da nije teško uspostaviti telefonsku vezu sa timom (razgovor sa pacijentima, pregled anketnih upitnika).

§ C. Tim ima (unutar ustanove) pristup faksu ili računaru za elektronsku komunikaciju (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Svi indikatora su obavezni.

A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem i razgovorom sa članovima tima ocijeniti da li tim ima telefonski sistem sa dovoljnim kapacitetom poziva.

B. Ocjenjivači će kroz razgovor sa pacijentima ocijeniti da li su pacijenti zadovoljni sa mogućnošću ostvarenja telefonskog kontakta sa timom. Najmanje 3 od 5 pacijenata kojima je usmeno postavljeno ovo pitanje mora dati pozitivan odgovor da bi indikator bio ispunjen. Ocjenjivači će takođe pregledati anketne upitnike koje su prikupili timovi i provjeriti procenat pozitivnih odgovora. Procenat pozitivnih odgovora mora biti 80% da bi ovaj indikator bio ispunjen.

C. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li tim ima pristup faksu ili drugom uređaju za elektronsku komunikaciju.

Indikatori su ispunjeni ako su zahtjevi postavljeni u standardima ispunjeni.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata

Kriterij 5.1.6 Tim je preduzeo mjere kojima je spriječen neovlašten pristup lijekovima i ostalim materijalima koji se nalaze u ambulanti.

§ A. Mjesta na kojima se čuvaju lijekovi u ustanovi su obezbjeđena. §
B. Zdravstveni kartoni, blokovi za recepte, administrativne knjige i ostali zvanični dokumenti nisu na mjestu dostupnom neovlaštenim licima (direktno posmatranje).

§ C. Čuvanje i korištenje lijekova se prati odgovarajućom dokumentacijom (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li su mjesta na kojima se čuvaju lijekovi i drugi materijal obezbjeđene, npr. zaključavanje ormara i drugih prostorija. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivač uvjeri da su preduzete mjere dovoljne za sprečavanje neovlaštenog pristupa.

B. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li su zdravstveni kartoni, blokovi za recepte, administrativne knjige i ostala zvanična dokumentacija nedostupni neovlaštenim licima. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivač uvjeri da su preduzete mjere dovoljne za sprečavanje neovlaštenog pristupa.

C. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li se čuvanje i korištenje lijekova prati odgovarajućom dokumentacijom. Indikator je ispunjen ukoliko se tražena dokumentacija dostavi na uvid ocjenjivačima.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.7 Tim koristi odgovarajuće procedure za čišćenje, dezinfekciju i dekontaminaciju prostorija.

§ A. Članovi tima opisuju procedure koje se poduzimaju za čišćenje, dezinfekciju i dekontaminaciju površina (razgovor sa ljekarom, razgovor sa članovima tima).

§ B. Tim ima proceduru u pisanoj formi za čišćenje, dezinfekciju i dekontaminaciju prostorija (pregled knjige procedura, pravilnika).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će razgovarati sa članovima tima da bi ocijenili da li su oni upoznati sa procedurama za čišćenje, dezinfekciju i dekontaminaciju površina. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima upoznati sa procedurama.
- B. Ocjenjivači će pregledati pravilnik ili knjigu procedura da bi provjerili da li postoji protokol o čišćenju, dezinfekciji i dekontaminaciji ustanove i lista zaduženja. Indikator je ispunjen ukoliko se dostavi na uvid tražena procedura.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.8 Svo medicinsko i ostalo osoblje prati odgovarajuće procedure za kontrolu infekcija.

§ A. Postoje mjesta za pranje ruku u svim prostorijama koje koristi tim za pružanje njege pacijentima (direktno posmatranje).

§ B. Članovi tima potvrđuju da peru ruke i prije i poslije bilo kakve procedure koja uključuje direktan kontakt sa pacijentima, krvlju ili tjelesnim tečnostima (razgovor sa članovima tima).

§ C. Članovi tima potvrđuju da im je lična zaštitna oprema na raspolaganju i da se koristi kada su u kontaktu sa krvlju ili tjelesnim tečnostima (direktno posmatranje, razgovor sa članovima tima).

§ D. Članovi tima opisuju kako se u ambulanti primjenjuju standardne mjere opreza za kontrolu infekcija (razgovor sa članovima tima).

§ E. Tim ima proceduru u pisanoj formi za kontrolu infekcija u ambulanti (pregled knjiga procedura).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li postoji dovoljno mjesta za pranje ruku u prostorijama koje koristi tim za pružanje njege pacijentima. Indikator je ispunjen ako se u svim prostorijama u kojim se vrše konsultacije i intervencije nalaze lavaboi za pranje ruku osoblja.
- B. Ocjenjivači će pitati članove tima da potvrde da li oni peru ruke i prije i poslije bilo kakvog direktnog kontakta sa pacijentima. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da oni peru ruke i prije i poslije bilo kakvog direktnog kontakta sa pacijentima.
- C. Ocjenjivači će pitati članove tima da li postoji lična zaštitna oprema i da li se ista koristi pri kontaktu sa krvlju ili tjelesnim tečnostima (maske, kape rukavice i zaštitni mantili). Indikator je ispunjen ukoliko se lična zaštitna oprema dostavi na uvid ocjenjivačima.
- D. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima da opišu da li se koriste standardne mjere opreza za kontrolu infekcija. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima upoznati sa procedurom za kontrolu infekcija.
- E. Ocjenjivači će pregledati knjigu procedura da bi provjerili da li je u njih uključen protokol o kontroli infekcija. Indikator je ispunjen ukoliko se dostavi na uvid tražena procedura.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.9 Tim obezbjeđuje pravovremeno prethodno čišćenje instrumenata prije sterilizacije.

§ A. Članovi tima opisuju poduzete procedure za prethodno čišćenje instrumenata prije sterilizacije (razgovor sa članovima tima).

§ B. Tim ima proceduru u pisanoj formi za čišćenje instrumenata prije sterilizacije (knjiga procedura).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati članove tima da potvrde proceduru za prethodno čišćenje instrumenata prije sterilizacije. Indikator je ispunjen ukoliko je tim upoznat sa procedurom.
- B. Ocjenjivači će pregledati knjigu procedura da bi provjerili da li je u njih uključena procedura o prethodnom čišćenju instrumenata prije sterilizacije. Indikator je ispunjen ukoliko se na uvid dostavi tražena procedura.

Standard 5.1 Tim radi u prosotrijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.10 Tim obezbjeđuje da su sterilni instrumenti na raspolaganju za korištenje: (i) u ustanovi i/ili (ii) van ustanove i/ili (iii) instrumenti za jednokratnu upotrebu.

§ A. Sterilni instrumenti su uvijek na raspolaganju za korištenje (a, direktno posmatranje)

§ B. Članovi tima opisuju ili pokazuju pravilnu upotrebu i održavanje sterilne opreme i/ili članovi tima opisuju ili pokazuju procedure za bezbjedno transportovanje instrumenata u i iz ustanove (razgovor sa ljekarom, razgovor sa članovima tima, direktno posmatranje, knjiga procedura).

§ C. Sterilni instrumenti se čuvaju na način koji obezbjeđuje njihovu sterilnost (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima i direktno posmatrati da bi provjerili da li su instrumenti koji trebaju biti sterilni pri korištenju, na raspolaganju. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivaču dostave na uvid sterilni instrumenti spremni za korištenje.
- B. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima i direktnim posmatranjem provjeriti knjigu procedura da bi se uvjerali da u ustanovi postoji pravilno korištenje i održavanje sterilnih instrumenata i/ili opis procedura za siguran transport instrumenata u i iz usta-

nove. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima upoznati sa procedurom i ukoliko je ista dostavljena na uvid.

- C. Ocjenjivači će direktno posmatrati da li su sterilni instrumenti smješteni na način koji osigurava njihovu sterilnost. Indikator je ispunjen ukoliko su instrumenti smješteni na odgovarajući način.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.11 Tim bezbjedno odlaže oštre predmete.

§ A. Članovi tima mogu opisati kako oni bezbjedno odlažu korištene oštre predmete (razgovor sa članovima tima).

§ B. Kontejneri za oštre predmete se čuvaju van dometa djece i nisu smješteni na podu (direktno posmatranje).

§ C. Ustanova ima proceduru u pisanoj formi za odlaganje oštrih predmeta (knjiga procedura)

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima da opišu proceduru ustanove o bezbjednom odlaganju korištenih oštrih predmeta. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima upoznati sa procedurom.
- B. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li se kontejneri za oštre predmete u ustanovi nalaze van dometa djece i da nisu smješteni na podu. Indikator je ispunjen ukoliko je zahtjev iz standarda ispunjen.
- C. Ocjenjivači će pregledati knjigu procedura da bi provjerili da li postoji procedura za odlaganje oštrih predmeta u ustanovi. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivačima na uvid dostavi tražena procedura.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.12 Tim sprovodi strategije da bi spriječio nastanak profesionalnih bolesti članova tima.

§ A. Osoblje je prošlo obuku o riziku infekcija (pregled dokumenata).

§ B. Nudi se imunizacija svom osoblju koja odgovara njihovom dužnostima (razgovor sa članovima tima, knjiga procedura).

Ocjenjivanje

Oba indikatora su obavezna.

- A. Ocjenjivači će pregledati dosije tima da bi provjerili da li je obezbjeđena obuka osoblja o riziku infekcija. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivačima na uvid dostavi dosije o provedenoj obuci.
- B. Ocjenjivači će pitati članove tima i pregledati knjigu procedura da bi se uvjerali o imunizaciji koja je raspolaganju članovima tima. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivačima na uvid dostavi tražena procedura i ukoliko članovi tima potvrde da im je ponuđena odgovarajuća imunizacija.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.13 Pušenje je zabranjeno u cijeloj ustanovi.

§ A. Članovi tima potvrđuju da je pušenje zabranjeno u cijeloj ustanovi (razgovor sa ljekarom, razgovor sa članovima tima).

§ B. U prostorijama koje koristi tim postoje znakovi da je pušenje zabranjeno (direktno posmatranje).

§ C. Tim ima proceduru u pisanoj formi koja definiše da je pušenje zabranjeno u ustanovi (pregled pravilnika, knjige procedura).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će pitati ljekara i članove tima da potvrde da je pušenje zabranjeno u prostorijama koje koristi tim. Indikator je ispunjen ukoliko članovi tima potvrde da je pušenje zabranjeno u prostorijama koje koristi tim.
- B. Ocjenjivači će direktno posmatrati da li postoje znakovi u čekaonici i ordinaciji da je pušenje zabranjeno. Indikator je ispunjen ukoliko su znakovi vidljivo istaknuti u svim prostorijama.
- C. Ocjenjivači će pregledati knjigu procedura da bi provjerili da li postoji uputstvo o zabranjenom pušenju u ustanovi. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivačima na uvid dostavi tražena procedura.

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Kriterij 5.1.14 Prostorije koje koristi tim se dobro održavaju i vidno su čiste.

§ A. Prostorije koje koristi tim se dobro održavaju i vidno su čiste (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan.

- A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti da li se prostorije koje koristi tim dobro održavaju i da li su čiste. Indikator je ispunjen ukoliko je zahtjev standarda ispunjen.

OPREMA TIMA

Standard 5.2 Medicinska oprema i resursi su odgovarajući i mogu obezbijediti sveobuhvatnu njegu na nivou primarne zdravstvene zaštite kao i reanimaciju.

Kriterij 5.2.1 Tim ima potrebnu medicinsku opremu za obezbjeđenje sveobuhvatne primarne njege i reanimaciju uključujući slijedeće:

§ A. (direktno posmatranje).

1. Stetoskop
2. Otokop
3. Oftalmoskop
4. Aparat za mjerenje krvnog pritiska sa različitim manžetnama
5. Vaginalni spekulum
6. Termometar
7. Vage sa visinomjerima za odrasle i novorođenčad
8. Trokanalni EKG aparat sa kolicima**
9. Neurološki čekić
10. Optotipe za ispitivanje oštine vida
11. Inhalator za aerosol terapiju**
12. Suhi sterilizator
13. Stalak za sedimentaciju***
14. Doboši za sterilizaciju
15. Aparat za oksigenoterapiju**
16. Negatoskop
17. Sto za pregled odraslih pacijenata sa dodacima za gineološke preglede**
18. Sto za intervencije
19. Stepenice
20. Reflektor lampa
21. Metalne špatule
22. Metalne posude za špatule
23. Akustične viljuške
24. Vitrina za lijekove
25. Baterijska lampa kao olovka za ispitivanje zjenica i sl.
26. Čeono ogledalo*
27. Ogledalo za pregled larinksa
28. Nazalni spekulum
29. Ljekarska torba**
30. Frižider
31. Kolica za instrumente
32. Lupa
33. Šprica za ispiranje uha
34. Komplet za malu hirurgiju
35. Bubrežnjaci
36. Gastrična sonda sa špricom
37. Sto
38. Stolica

39. Stolica za pacijente
40. Paravan
41. Vješalica
42. Kanta za otpatke
43. Stalak za infuziju
44. Platneni centimetar
45. Set za reanimaciju**
46. Računar*
47. Štampač*
48. Ormar za porodičnu kartoteku
49. Brojač krvnih elemenata*
50. Glukometar

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan.

- A. Ocjenjivači će direktnim posmatranjem ocijeniti prisustvo medicinske opreme navedene u kriteriju 5.2.1 u svakoj ambulanti. Oprema označena* - zvjezdicom nije obavezna. Indikator je ispunjen ukoliko je sva navedena oprema dostavljena na uvid. Oprema označena sa ** obavezno treba da postoji u dislociranim ambulantama od matičnog doma zdravlja. U ambulantama koje se nalaze u zgradi gdje su ostale službe doma zdravlja ocjenjivač će procijeniti kakav je pristup označenoj opremi. Indikator je ispunjen ukoliko tim ima pristup navedenoj opremi u vremenskom intervalu koji zadovoljava potrebe tima i pacijenata.

Standard 5.2 Medicinska oprema i resursi su odgovarajući i mogu obezbijediti sveobuhvatnu njegu na nivou primarne zdravstvene zaštite kao i reanimaciju.

Kriterij 5.2.2 Ljekar tima ima pristup ljekarskoj torbi koja sadrži neophodnu opremu, lijekove i materijal za dijagnozu i terapiju onih stanja koja zahtijevaju kućne posjete, kao i za tretman urgentnih slučajeva.

§ A. Ljekar tima ima pristup ljekarskoj torbi (direktno posmatranje, razgovor sa ljekarom).

§ B. Ljekarska torba sadrži stetoskop, otoskop, oftalmoskop, aparat za mjerenje krvnog pritiska, opremu za održavanje prohodnosti disajnih puteva, lijekove za urgentne slučajeve, šprice i igle raznih veličina, termometar, bateriju i drugi materijal (uključujući blokove za recepte) (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će tražiti na uvid ljekarsku torbu.
Indikator je ispunjen ukoliko su navedeni zahtjevi ispunjeni.
- B. Ocjenjivači će direktno posmatrati sadržaj ljekarske torbe da bi ocijenili da li se oprema iz indikatora B nalazi u njima.

Indikator je ispunjen ukoliko torba može biti spremna za upotrebu u roku koji zadovoljava potrebe tima i pacijenata.

Standard 5.2 Medicinska oprema i resursi su odgovarajući i mogu obezbijediti sveobuhvatnu njegu na nivou primarne zdravstvene zaštite kao i reanimaciju.

Kriterij 5.2.3 Materijali sa rokom trajanja (farmaceutski proizvodi, vakcine, potrošni medicinski materijal) se ne drže i ne koriste poslije isteka roka.

§ A. Ne postoje farmaceutski proizvodi, vakcine ili potrošni medicinski materijal u upotrebi kojima je prošao rok trajanja u ambulanti ili ljeekarskoj torbi (direktno posmatranje).

§ B. Članovi tima opisuju procedure za provjeravanje roka trajanja, i odlaganje materijala sa rokom trajanja (razgovor sa članovima tima).

§ C. Tim ima proceduru u pisanoj formi za provjeravanje zaliha (pregled pravilnika ili knjige procedura).

Ocjenjivanje

Svi indikatori su obavezni.

- A. Ocjenjivači će posmatrati da li postoje farmaceutski proizvodi, vakcine ili potrošni medicinski materijal kojima je rok trajanja istekao. Indikator je ispunjen ukoliko su svi farmaceutski proizvodi, vakcine ili potrošni medicinski materijal u roku.
- B. Ocjenjivači će pitati članove tima da opišu procedure za provjeravanje roka trajanja materijala u ustanovi. Indikator je ispunjen ukoliko su članovi tima upoznati sa procedurama.
- C. Ocjenjivači će pregledati knjigu procedura da bi provjerili postojanje procedure za provjeru zaliha u ustanovi. Indikator je ispunjen ukoliko se ocjenjivačima na uvid dostavi tražena procedura.

FIZIČKI PRILAZ

Standard 5.3 Usluge tima su dostupne svim pacijentima, uključujući i osobe sa onesposobljenjem.

Kriterij 5.3.1 Tim je obezbijedio odgovarajući fizički prilaz prostorijama koje tim koristi uključujući prilaz najmanje jednoj prostoriji za osobe sa onesposobljenjem, a tamo gdje je fizički pristup ograničen tim obezbjeđuje posjete pacijentima sa onesposobljenjem.

§ A. Postoji pristup za invalidska kolica prostorijama, uključujući prilaz najmanje jednoj prostoriji za osobe sa onesposobljenjem ili

Ako je fizički pristup ograničen, tim obezbjeđuje posjete pacijentima sa onesposobljenjem (razgovor sa članovima tima, pregled kartona).

B. Postoji odgovarajući parking na razumnoj udaljenosti od ustanove (direktno posmatranje).

Ocjenjivanje

Indikator A je obavezan, a poželjno je da indikator B bude ispunjen.

- A. Ocjenjivači će direktno posmatrati da li postoji prilaz za osobe sa onesposobljenjem, i ako je pristup ograničen, pitaće ljekara i članove tima da opišu kako primaju osobe sa onesposobljenjem. Indikator je ispunjen ako članovi tima potvrde da pružaju kućne posjete osobama sa onesposobljenjem i ako se u kartonu nalazi zapis o kućnoj posjeti.
- B. Ocjenjivači će direktno posmatrati da li je parking na razumnoj udaljenosti od ustanove. Indikator je ispunjen ako postoji parking na razumnoj udaljenosti od ustanove.

DODATAK 1 - PROCEDURE

PROCEDURA O PRUŽANJU HITNE MEDICINSKE POMOĆI
PACIJENTIMA USTANOVE

PROCEDURA O PRIMANJU I UZVRAĆANJU
TELEFONSKIH POZIVA PACIJENATA

PROCEDURA O KUĆNIM POSJETAMA

PROCEDURA O TRETMANU PACIJENTA
KOJI ODBIJE NEKI TRETMAN

PROCEDURA O POSTUPKU SA PACIJENTOM KOJI ŽELI
MIŠLJENJE DRUGOG LJEKARA I TRETIRANJE PACIJENTA
KOJI ŽELI DA NAPUSTI TIM

PROCEDURA O PRIHVATANJU I RJEŠAVANJU ŽALBI PACIJENATA

PROCEDURA O ISTRAŽIVAČKIM PROJEKTIMA I
OBEZBJEĐENJU SAGLASNOSTI PACIJENTA ZA UČEŠĆE
U ISTRAŽIVAČKIM PROJEKTIMA

PROCEDURA O TRETIRANJU LIČNIH ZDRAVSTVENIH
INFORMACIJA PACIJENTA

PROCEDURA O NAČINU LIJEČENJA OSOBA SA
MENTALNIM POREMEĆAJIMA

PROCEDURA O ČIŠĆENJU, DEZINFEKCIJI I
DEKONTAMINACIJI POVRŠINA

PROCEDURA O KONTROLI INFEKCIJA

PROCEDURA O PRAVILNOJ UPOTREBI I
TRANSPORTU INSTRUMENATA

PROCEDURA O ČIŠĆENJU INSTRUMENATA

PROCEDURA O ODLAGANJU OŠTRIH PREDMETA

PROCEDURA O PROVJERI ZALIHA U TIMU - PROVJERI
ROKA TRAJANJA I ODLAGANJA MATERIJALA
SA ISTEKLIH ROKOM TRAJANJA

PROCEDURA O ZABRANI PUŠENJA U PROSTORIJAMA
DOMA ZDRAVLJA

PROCEDURA O NAČINU RADA RECEPCIJE
U PORODIČNOJ MEDICINI

PROCEDURA O PRUŽANJU HITNE MEDICINSKE POMOĆI PACIJENTIMA USTANOVE

OPŠTE ODREDBE

1. Usluge hitne medicinske pomoći u Domu zdravlja _____ pružaju se u ambulanti HP.
2. Obavezu iz člana 1. imaju prioritarno svi ljekari porodične medicine, medicinske sestre timova porodične medicine i medicinske sestre raspoređene na rad u ambulanti HP a ukoliko se radi o izuzetnim situacijama i ostalo zaposleno medicinsko osoblje.
3. Usluge hitne medicinske pomoći pružaju ljekari porodične medicine po sedmičnom rasporedu za vrijeme od 7.00 sati ujutru do 20.30 sati uveče a po mjesečnom rasporedu u vremenu od 20.30 do 7.00 sati slijedećeg jutra uz pravo pozivanja pripravnog ginekologa ili pedijatra.
4. Raspored iz člana 3. utvrđuje šef službe PM, a za pripravnost ginekologa šef službe konsultativno specijalističke zaštite, i u pismenoj formi dostavlja ga ljekarima PM i medicinskim sestrama u HP i porodilištu najkasnije 5 dana prije početka slijedećeg mjeseca.
5. Pisani rasporedi iz člana 4. moraju biti istaknuti na vidnom mjestu pored telefona u ambulanti HP i sobi sestara u porodilištu i za to su odgovorne medicinske sestre raspoređene u ambulanti HP i porodilištu
6. Šef službe PM i šef konsultativno specijalističke službe dužni su da sve eventualne izmjene rasporeda koje odobre, dostave medicinskim sestrama u HP i porodilištu u pisanoj formi, najkasnije do 7.00 sati ujutru za dnevnu smjenu i 20.30 sati za noćnu smjenu.
7. Šefovi službi su obavezani da sve sačinjene rasporede dostavljaju preko prijemne kancelarije DZ i nadležnog referenta, kao službeni dokument uz potpis o prijemu, a za kontrolu provođenja dostave su lično odgovorni.
8. Izmjene u napisanom i podijeljenom rasporedu, nadležni šef službe može da odobri isključivo na pismeno obrazložen zahtjev ljekara i to u opravdanim slučajevima i dužan je da o tome donese pismenu odluku koja ima karakter službenog dokumenta.
9. U izvanrednim slučajevima (povređivanje većeg broja lica u saobraćaju, elementarne nepogode, masovna trovanja i slično), kada dežurno osoblje nije u stanju da odgovori potrebama pružanja hitne medicinske pomoći, dužno je da o tome telefonom obavijesti šefa službe PM, glavnu medicinsku sestru i šefa tehničke službe i zatražiti pomoć. U navedenim slučajevima, po okončanju date situacije, dežurno osoblje je dužno da sačini pismeno obrazloženje i preda ga direktoru ustanove lično ili preko prijemne kancelarije.
10. Pismeno obrazloženje iz člana 9. potpisuju svi članovi dežurne ekipe DZ a odgovorno lice je dežurni doktor medicine.

NAČIN RADA

A. Obaveze medicinskih sestara

11. Medicinska sestra u ambulanti HP dužna je da odmah po prijemu pacijenta pozove telefonom ljekara PM sa rasporeda na intervenciju, uz obavezu da u Protokolu HP uz ostale podatke obavezno unese: vrijeme poziva, vrijeme dolaska ljekara i vrijeme okončanja intervencije.
12. Medicinska sestra u ambulanti HP i porodilištu dužna je da, u slučaju upućivanja pacijenta na bolničko liječenje, postupi po pisanoj odluci ljekara u pogledu obezbjeđenja medicinske pratnje i potrebnih terapijskih postupaka u toku transporta.
13. Vođenje medicinske dokumentacije, asistiranje ljekaru u dijagnostičkim i terapijskim postupcima i aplikacija terapije po pisanim nalozima isključivo su obaveza medicinske sestre u ambulanti HP.
14. Ukoliko je medicinska sestra sa rasporedom u HP službeno odsutna, poslove u ambulanti HP u dnevnoj smjeni preuzima medicinska sestra iz TPM kome pripada ljekar, a u noćnim satima dežurna babica.

B. Obaveze ljekara

15. Ljekari PM dužni su da vode posebnu evidenciju o intervencijama u HP po pozivu medicinske sestre i to u posebnoj knjizi koja nosi radni naziv – Knjiga intervencija u HP.
16. Knjiga treba da sadrži slijedeće podatke: **a) podatke o pozivu** (datum i vrijeme primljenog poziva, ime i prezime sestre koja je uputila poziv, vrijeme kad je usluga pružena i vrijeme trajanja intervencije); **b) podatke o pacijentu** (ime i prezime pacijenta, broj Protokola pod kojim je pacijent evidentiran u HP i dijagnoza sa šifrom iz MKB klasifikacije).
17. Nakon svake završene intervencije u HP (bez obzira da li se radi o intervenciji po pozivu ili intervencijama u noćnom dežurstvu) ljekar je dužan da napiše nalaz i mišljenje – memorandum, koji korisnik usluge može predočiti svom porodičnom ljekaru pri slijedećoj posjeti.
18. Dokument iz člana 17. sadrži obavezno lične podatke pacijenta, dijagnozu sa šifrom iz MKB klasifikacije, terapijske postupke koji su provedeni te podatke o upućivanju u bolnicu ili o datom savjetu za dalje liječenje.
19. Ukoliko ljekar u HP nakon pregleda utvrdi da se ne radi o stanju pacijenta koje zahtijeva hitnu medicinsku pomoć, neće započinjati liječenje već će pacijenta uputiti da se javi svom porodičnom ljekaru a u slučaju njegovog odsustva ljekaru zamjenkog TPM.
20. Izuzetno, od zahtjeva iz člana 19. odstupaće se u slučajevima kad su kod pacijenata u pitanju akutna oboljenja i stanja, i to u dane vikenda ili državnog praznika, kada bi odlaganje početka liječenja moglo dovesto do značajnijeg pogoršanja zdravlja ili ugrožavanja života. U navedenim slučajevima započinje se liječenje i ordinira terapija do dana početka rada porodičnog ljekara.
21. Radi pružanja adekvatne zdravstvene zaštite pacijentkinjama i novorođenčadi u porodilištu, dežurni ljekar može pozvati na intervenciju pripravnog ginekologa ili pedijatra.

22. Poziv iz člana 21. upućuje se telefonom nakon čega je dežurni ljekar obavezan da ispuni poseban obrazac. Pomenuti obrazac je poseban interni dokument DZ i nosi radni naziv - Poziv za pripravnog ljekara.

Obrazac je sastavni dio ovog dokumenta i forma obrasca data je u prilogu 1.

23. 23. Obrazac se popunjava u 2 primjerka od kojih se jedan ostavlja u Protokolu HP i to tako što se zakači klamericom za odgovarajući list a drugi ostavlja u istoriji bolesti porodilje ili novorođenčeta.

C. Upućivanje na bolničko liječenje

24. U svim slučajevima kada ljekar u HP procijeni da je neophodno dalje bolničko liječenje dužan je da izda pacijentu uputnicu za odgovarajuću kliniku za sve osigurane korisnike u skladu sa planom mreže zdravstvenih ustanova.

25. Upućivanje u drugu bolnicu moguće je samo na zahtjev pacijenta (ili člana porodice u ime pacijenta) uz pismeni pristanak na plaćanje svih troškova bolničkog liječenja uključujući i prevoz sanitetskim vozilom do odabrane bolnice.

26. U svim slučajevima iz člana 25. obavezno je u Protokolu HP i na izdatoj uputnici u rubrici – primjedbe unijeti slijedeći tekst:

«Upućuje se na vlastiti zahtjev i saglasan je sa plaćanjem troškova u punom iznosu»

27. Na oba navedena mjesta pacijent (ili član porodice koji u pacijentovo ime zbog njegove nemogućnosti postavlja zahtjev) stavlja lični potpis uz lične podatke (ime i prezime, broj lične karte, adresa i telefon).

28. Pacijent se može uputiti u bolnicu uz obezbjeđenje prevoza sanitetskim vozilom DZ-a ili vlastitim prevozom.

29. Pacijent se može uputiti u bolnicu uz prevoz sanitetskim vozilom uz obaveznu pratnju medicinske sestre, u stanjima neposredne životne opasnosti i to:

- teške povrede lokomotornog sistema sa i bez preloma,
- povrede glave sa komocijom i kontuzijom mozga,
- povrede trbuha sa oštećenjem unutrašnjih organa,
- teške opekotine,
- unutrašnje krvarenje,
- akutni infarkt miokarda i moždani udar,
- akutna insuficijencija srca, jetre i bubrega,
- komatozna stanja,
- vanmaterična trudnoća,
- teške povrede grudnog koša sa otvorenim pneumotoraksom,
- akutni abdomen sa defansom,
- epileptični status i febrilne konvulzije,
- psihijatrijski bolesnici u stanjima kada ugrožavaju sebe ili okolinu,
- trovanja,
- spoljašnja krvarenja koja ugrožavaju život,
- komplikacije u toku porođaja,
- aspiracija stranog tijela,
- retencija urina sa pretećom rupturom bešike.

U svim ostalim slučajevima upotreba sanitetskog vozila je moguća uz naplatu punog iznosa po cjenovniku Doma zdravlja, bez medicinske pratnje, u skladu sa odredbama datim u dokumentu - Uputstva o načinima evidentiranja i praćenja usluga u Domu zdravlja _____.

30. U svim slučajevima kada ljekar određuje prevoz sanitetskim vozilom uz obaveznu medicinsku pratnju dužan je da medicinskoj sestri izda pismeni nalog na posebnom obrascu. Pomenuti obrazac je poseban, interni dokument DZ i nosi radni naziv - Nalog za pratnju. Obrazac je sastavni dio ovog dokumenta i forma obrasca je data u prilogu 2.
31. Nalog se izdaje u dva primjerka od kojih jedan zadržava medicinska sestra a drugi se ostavlja u Protokolu HP na isti način kao i poziv za pripravnog ljeakara.

Prilog 1. **Poziv za pripravnog ljeakara**

Ime i prezime pozvanog pripravnog ljeakara _____ _____	Datum i vrijeme poziva _____ _____	Vrijeme dolaska _____
		Vrijeme odlaska _____
Ime i prezime pacijenta zbog koga je poziv upućen _____ _____	Razlog poziva _____ _____ _____	

Potpis pozvanog ljeakara

Potpis dežurnog ljeakara

Prilog 2. **Nalog za pratnju**

Ime i prezime pacijenta _____ _____	Broj protokola _____	Naziv Klinike na koju se pacijent upućuje _____ _____
	DG i šifra iz MKB _____	
Ime i prezime MS koja se određuje za pratnju _____ _____	Terapijski postupak koji će medicinska sestra provesti u toku pratnje _____ _____ _____	

Potpis MS

Potpis ljeakara

PROCEDURA O PRIMANJU I UZVRAĆANJU TELEFONSKIH POZIVA PACIJENATA

1. Pružanje usluga primarne zdravstvene zaštite u DZ _____ obavlja se u ambulantama porodične medicine u sjedištu ustanove i u terenskim ambulantama u skladu sa odlukom osnivača.
2. Osnovni način pružanja usluga tima porodične medicine registrovanim korisnicima je rad u ambulantama a osim toga i usluge kućnog liječenje i njege pacijenata.
3. Registrovani korisnici usluga imaju pravo kontaktiranja sa članovima tima i putem telefona radi dobijanja informacija ili savjeta o njihovom stanju ili liječenju.
4. Telefonski kontakt radi dobijanja informacija obavljaju medicinske sestre iz timova a samo izuzetno ljekar tima porodične medicine.
5. Davanje telefonskih savjeta u vezi sa zdravstvenim stanjem korisnika ili njegovim liječenjem obaveza je svih članova tima a prioritarno je obaveza ljekara tima.
6. Svaki TPM dužan je da na radnim sastancima što preciznije odredi slijedeće elemente, vodeći računa o stručnosti i radnom iskustvu pojedinih članova tima:
 - definisati oboljenja i stanja kod kojih se savjeti telefonom mogu davati bez opasnosti po zdravstveno stanje pacijenta
 - kod kojih stanja i situacija savjet korisnicima daju medicinske sestre
 - kod kojih stanja savjet mogu dati isključivo ljekari
7. O utvrđenim obavezama svakog člana tim je dužan da uradi pismeni dokument koji potpisuju svi članovi tima a za provođenje ovog posla odgovoran je ljekar koji rukovodi timom.
6. Dokument će za svaki tim nositi jednak radni naziv - Sporazum o obavezama tima za telefonski kontakt sa pacijentima. Pridržavanje elemenata sporazuma je obavezno za sve članove tima do njegove izmjene koja se mora uraditi u pisanoj formi.
9. U slučajevima kada korisnik usluge i pored savjeta medicinske sestre insistira da uspostavi vezu sa ljekarom PM, medicinska sestra je dužna da takav zahtjev uvaži uz poštovanje prioriteta obaveza za naručenog korisnika.
10. Ukoliko ljekar iz tima nije u stanju zbog zauzetosti da preuzme poziv, medicinska sestra će zapisati broj fiksnog telefona i ljekar će se javiti korisniku u najkraćem mogućem roku koji ne remeti preuzete obaveze prema zakazanim pacijentima.
11. Telefonska komunikacija sa registrovanim korisnicima može biti korišćena i kod pozivanja na preglede u svrhu prevencije kao i kod rutinskih laboratorijskih kontrola čije nalaze ljekar može pregledati bez prisustva pacijenta i obavijestiti ga telefonom o njima uz dogovor o potrebi dolaska.
12. O svakoj telefonskoj konsultaciji TPM je dužan da vodi medicinsku dokumentaciju i to tako da član tima koji je obavio medicinsku konsultaciju unese u medicinski karton pacijenta potrebne podatke ispod kojih stavlja vlastiti potpis.
13. Podaci koji se o telefonskoj konsultaciji unose u karton su slijedeći: datum i vrijeme poziva, ime osobe sa kojom je obavljen telefonski razgovor, kratak opis razloga pozivanja i datog savjeta od strane člana tima.
14. Osnovna informacija o načinu stupanja u telefonsku vezu sa članovima tima mora se nalaziti na oglasnoj tabli tima.

PROCEDURA O KUĆNIM POSJETAMA

1. Sastavni dio rada timova porodične medicine je i pružanje usluga liječenja i njege u kućnim posjetama registrovanim korisnicima usluga.
2. Kućne posjete mogu se obavljati na udaljenosti do 8 km od mjesta gde se nalazi sjedište APM u kojoj radi izabrani TPM.
3. Kućne posjete obavljaće se kao oblik liječenja isključivo za pacijente čije je zdravstveno stanje takve prirode da onemogućava samostalni dolazak aktivnim kretanjem, vlastitim prevozom putničkim automobilom ili sredstvima javnog prevoza.
4. Za procjenu zdravstvenog stanja pacijenta u vezi sa članom 3. odgovoran je ljekar tima porodične medicine.
5. U slučajevima iz člana 3. usluga će se organizovati i obavljati u okviru ugovornih obaveza tima sa FZO i u organizaciji nadležnog TPM.
6. Pružanje usluga kućnog liječenja i njege pacijenata iz člana 5. tim porodične medicine vršiće do visine ugovorenih sredstava sa FZO za vrijeme za koje je ugovor potpisan.
7. Kućne posjete i njegu pacijenata u kućnim uslovima mogu u okviru svojih stručnih znanja vršiti svi članovi tima.
8. Pružanje usluga kućne njege i liječenja pacijenata izvan radnog vremena tima kod kojeg je korisnik registrovan, moguća je samo radi aplikacije propisane terapije. Obavljanje takve kućne posjete je obaveza medicinske sestre tima a obavlja se kroz planiranu preraspodjelu radnog vremena.
9. Vozila ustanove za obavljanje kućnih posjeta mogu se koristiti za rastojanja veća od 2 kilometra od lokacije na kojoj tim porodične medicine obavlja svoju djelatnost.
10. Svi podaci o pacijentu iz kućne posjete evidentiraju se u karton pacijenta pod istim uslovima kao i podaci pri posjeti pacijenta ljekaru.
11. Obavezu pružanja medicinskih usluga u kući pacijenta osim timova PM imaju i zaposleni Centra za mentalno zdravlje i Centra bazične rehabilitacije.
12. U cilju pružanja optimalne pomoći oboljelom i racionalnog trošenja resursa, u slučajevima kada je nužno uključivanje više medicinskih profesionalaca različitog profila u kućnu njegu i liječenje pacijenta, neophodno je ostvariti saradnju i koordinaciju a nosilac koordinacije je TPM.
13. Usluge kućnog liječenja za pacijente mimo navedenih uslova iz člana 3. mogu se obezbijediti uz naplatu punih troškova pruženih usluga po cjenovniku DZ za neosigurana lica.

PROCEDURA O TRETMANU PACIJENTA KOJI ODBIJE NEKI TRETMAN

1. Zdravstveni radnik će po odbijanju medicinskog tretmana pacijenta postupiti u zavisnosti od :
 - Psihičkog stanja pacijenta (u skladu sa Zakonom o zaštiti mentalno oboljelih osoba),
 - Dobi pacijenta (maloljetni pacijenti mogu da odbiju tretman uz pristanak roditelja ili staratelja),
 - Moći rasuđivanja pacijenta.

Ljekar na osnovu svog stručnog znanja i etičkih normi donosi svoju procjenu o sposobnosti rasuđivanja pacijenta u skladu sa procedurom o postupku sa licima koji boluju od mentalnih oboljenja.

 - U slučaju kada ljekar smatra da predloženi medicinski tretman neće dovesti do znatnog poboljšanja zdravstvenog stanja pacijenta (banjsko liječenje, terminalna stanja, biljna terapija) ili drugi pomoćni medicinski tretman neće se uči u dalji postupak ove procedure.
2. Ljekar je u svim drugim slučajevima obavezan da svoje mišljenje o stvarnom tretmanu i posljedicama njegovog odbijanja zapiše u zdravstveni karton ili odgovarajući medicinski dokument i svojeručno potpiše.
3. Pacijent je obavezan da svojeručno potpiše izjavu kojom potvrđuje da odbija neki tretman i da je upoznat sa posljedicama njegovog odbijanja. Izjava je interni dokument Doma zdravlja _____ i nosi radni naziv " Izjava pacijenta koji odbija neki tretman". Forma dokumenta data je u prilogu 1.
4. Uvažavajući stav pacijenta tim mora omogućiti kontinuitet njege.
5. Ljekar omogućava kontinuitet njege na slijedeći način:
 - Pronalaženjem alternativnog tretmana u skladu sa stručnim znanjem do granice koja je moguća i ne snosi odgovornost za ishod liječenja,
 - Upućivanjem na konsultacije odgovarajućem specijalisti u KSS Doma zdravlja _____,
 - Na dalji tretman na viši referalni nivo.

Prilog 1.

IZJAVA PACIJENTA KOJI ODBIJA NEKI TRETMAN

IME I PREZIME _____

MATIČNI BROJ: _____

BROJ KARTONA : _____

Ovom izjavom potvrđujem da odbijam tretman i da sam upoznat sa posljedicama njegovog odbijanja. Svjestan sam da svojim postupkom snosim odgovornost za ishod liječenja.

JZU Dom zdravlja _____

Datum: _____

/svojeručni potpis/

PROCEDURA O POSTUPKU SA PACIJENTOM KOJI ŽELI MIŠLJENJE DRUGOG LJEKARA I TRETIRANJE PACIJENTA KOJI ŽELI DA NAPUSTI TIM

1. Ljekar će uvažiti zahtjev pacijenta da dobije mišljenje drugog ljekara.
2. Ljekar je obavezan da svoje mišljenje zapiše u zdravstveni karton ili odgovarajući medicinski dokument i svojeručno potpiše.
3. U zdravstveni karton ili odgovarajući dokument ljekar zapisuje razloge zbog kojih pacijent želi drugo mišljenje koje pacijent potvrđuje svojeručnim potpisom.
4. Uvažavajući zahtjev pacijenta ljekar šalje pacijenta sa odgovarajućom medicinskom dokumentacijom
 - drugom ljekaru u porodičnoj medicini u Domu zdravlja _____,
 - odgovarajućem specijalisti u KSS Doma zdravlja _____,
 - odgovarajućem specijalisti u drugu ustanovu.
5. Ljekar u porodičnoj medicini čije se mišljenje traži je obavezan da primi pacijenta u prvi slobodan termin u skladu sa svojim rasporedom rada i zakazanim terminima.
6. Nakon pregleda svoje mišljenje zapisuje u zdravstveni karton ili odgovarajući medicinski dokument i svojeručno potpisuje.
7. Pacijent dalje liječenje nastavlja kod svog tima uz dogovor o daljem tretmanu sa svojim porodičnim ljekarom. Pacijentu treba omogućiti liječenje na osnovu mišljenja ljekara kojeg je pacijent želio.
8. U slučaju kada pacijent nije zadovoljan tretmanom i radom odabranog tima može da traži promjenu tima prije nove registracije.
9. Tim je dužan da zakaže razgovor pacijenta sa šefom službe i pokuša da riješi nesporazum.
10. Šef službe o razlozima i rješenjima koja su ponuđena vodi službenu zabilješku koju na kraju razgovora svi učesnici potpisuju.
11. Ako je dogovor nemoguć pacijent se upoznaje sa pisanom procedurom o žalbama i upućuje se u administrativni dio Doma zdravlja _____ gdje podnosi žalbu.
12. Tim je dužan da omogući kontinuitet njege do rješenja žalbe koje može biti pozitivno ili negativno.
13. Ukoliko je dalja komunikacija između tima i pacijenta nemoguća šef službe određuje alternativni tim do rješenja spora.

PROCEDURA O PRIHVATANJU I RJEŠAVANJU ŽALBI PACIJENATA

OPŠTE ODREDBE

Prava korisnika

1. Svi korisnici usluga u Domu zdravlja _____ imaju pravo na kvalitetno pruženu uslugu uz potpuno poštovanje načela jednakosti.
2. Zdravstveni radnici su dužni da poštuju ličnost i dostojanstvo građana u pružanju zdravstvene zaštite.
3. Osoblje DZ _____ dužno je da sa korisnicima usluga komunicira sa pažnjom i profesionalnom ljubaznošću bez upuštanja u rasprave i upotrebe grubih i nepriličnih izraza a da pri pružanju usluga postupa u skladu sa načelima dobre medicinske prakse i profesionalne etike.
4. U pogledu ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja korisnika usluga zdravstveni radnici će postupati u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom, Ugovorom koji FZO sklapa sa DZ _____ i uputstvima direktora.
5. Korisnici koji nisu zadovoljni pruženim uslugama imaju pravo slobodnog izražavanja nezadovoljstva davanjem primjedbi i pravo ulaganja prigovora-žalbi.
6. Pravo iz čl.5 odnosi se kako na kvalitet pružene usluge tako i na način prijema i odnos zaposlenog osoblja u toku boravka korisnika u prostoru DZ.
7. Svi članovi tima porodične medicine a posebno doktor porodične medicine, u cilju stalnog podizanja kvaliteta usluga, imaju obavezu da sa punom profesionalnom pažnjom saslušaju primjedbe korisnika usluga na njihov rad ili tretman.
8. U svakom slučaju iznošenja primjedbi korisnika usluga, svi članovi tima porodične medicine dužni su da daju što jasnije objašnjenje o postupku ili ponašanju svakog člana tima koji je uzrok iznošenja primjedbe sa ciljem da se nastali problem razriješi na obostrano prihvatljiv način.
9. U slučajevima kada TPM i korisnik usluga nisu u stanju da razriješe nastalu spornu situaciju, TPM je dužan da korisniku usluge pruži potpuna obavještenja o načinu i postupku ulaska u proceduru prigovora-žalbe pred administracijom Doma zdravlja.

Način ulaganja prigovora-žalbi pred administracijom DZ

10. Prigovor-žalba može biti iznijeta u pismenoj ili usmenoj formi.
11. Usmeni prigovor korisnik može iznijeti na rad i ponašanje medicinskih i nemedicinskih radnika šefu odgovarajuće službe, pravniku, glavnoj medicinskoj sestri ili direktoru. U svim slučajevima kada se prigovor odnosi na prava vezana za zdravstveno osiguranje i druga prava regulisana pozitivnim zakonskim propisima u razgovor se obavezno uključuje pravnik ustanove.
12. Svako od navedenih lica dužno je da o usmeno podnijetim prigovorima sačini službenu zabilježku u posebnoj knjizi koja nosi naziv – Knjiga prigovora.
13. Lice pred kojim je prigovor iznesen dužno je da sa korisnikom obavi razgovor i pokuša da pronađe prihvatljivo rješenje za nastali problem ili spor.
14. Ukoliko je podnositelj prigovora saglasan u razgovor će biti uključeno i zaposleno lice na čiji postupak se prigovor iznosi.

15. Ukoliko se u toku razgovora ne može pronaći prihvatljivo rješenje, podnosilac prigovora se upućuje na podnošenje pismenog prigovora direktoru ustanove.
16. Pismeni prigovor podnosi se na protokol ustanove uz obavezno unošenje ličnih podataka te adrese i broja telefona podnosioca prigovora.
17. Primljeni pismeni prigovor službenik je dužan da dostavi direktoru koji razmatra prigovor, donosi pismenu odluku u roku od 15 dana od dana ulaganja prigovora a nadležna služba DZ odluku dostavlja podnosiocu prigovora putem pošte.
18. Direktor ustanove u procesu rješavanja prigovora ima pravo da zatraži usmene i/ili pismene izjave od zaposlenika na koje se prigovor odnosi, šefova odgovarajućih službi ili bilo kojeg drugog zaposlenog lica u cilju potpunijeg sagledavanja nastalog problema ili spora.
19. Zaposlena lica od kojih se zatraži pismena izjava dužni su da u njoj navode istinite podatke i svoja puna saznanja o nekom događaju. Iznošenje neistinitih ili nepotpunih podataka u odnosu na saznanja smatraće se težom povredom radne obaveze.
20. Podnosilac prigovora ima pravo žalbe na odluku direktora i to Upravnom odboru DZ _____ u skladu sa Zakonom.
21. U slučajevima kada se u proceduri rješavanja žalbi korisnika na kršenje zakazanih termina, odlukom direktora utvrdi da je prigovor korisnika opravdan, te da razlog odlaganja termina nije opravdan i nepredviđen službeni angažman u skladu sa članom 10 Opštih odredbi ovog Pravilnika, DZ _____ je obavezan da nadoknadi troškove dolaska korisniku usluga.
22. Troškovi obuhvataju cijenu prevoza sredstvima javnog saobraćaja i punu dnevnicu u skladu sa Zakonom a navedeni iznos biće namiren iz plate svih članova tima podjednako.
23. Procedura predviđena za žalbe koristiće se i za rješavanje zahtjeva registrovanih korisnika za promjenu tima prije isteka zakonskog roka od najmanje 1 godine.
24. Zahtjev za promjenu tima direktor ustanove odobriće u slijedećim slučajevima:
 - kada je, uprkos svim preduzetim mjerama, nemoguća normalna komunikacija između korisnika usluga i izabranog porodičnog ljekara
 - kada se utvrdi da je povjerenje u porodičnog ljekara izgubljeno zbog dokazane profesionalne greške u liječenju.
25. Tim porodične medicine ima pravo da pismeno zatraži, pod istim uslovima kao i korisnik, da se registracija pacijenta prenese u drugi TPM u slijedećim slučajevima:
 - u situacijama kada je ponašanje pacijenta prema bilo kom članu tima porodične medicine dovelo do odluke direktora o uskraćivanju pružanja usluge korisniku (čl.31 ove Procedure)
 - u situacijama kada korisnik primjeni fizičku silu prema bilo kom članu tima

Obaveze korisnika

26. Lica kojima se u zdravstvenoj ustanovi pruža zdravstvena zaštita (kao i lica koja dolaze u pratnji pacijenata ili radi obavljanja drugih poslova) dužna su da se pridržavaju utvrđenog reda i zdravstvenog režima ustanove i da poštuju ličnost i dostojanstvo zdravstvenih radnika koji mu pružaju zdravstvenu zaštitu.

27. Ako korisnik usluge remeti red i vrijeđa dostojanstvo zdravstvenih radnika i pored opomene medicinske sestre, nadležnog ljekara ili šefa službe nastavi sa takvim ponašanjem, može mu biti uskraćeno pružanje usluge.
28. Postupak uskraćivanja usluge može biti realizovan samo pod uslovom da to neće izazvati teže posljedice po stanje zdravlja oboljelog.
29. Procjenu o posljedicama koje uskraćivanje usluge može imati po stanje zdravlja korisnika, pismenom izjavom potvrđuju konzilijarno:
 - doktor porodične medicine kod koga je korisnik registrovan
 - dva doktora porodične medicine iz zamjenskih timova, a u njihovom odsustvu
 - dva doktora porodične medicine od kojih to zatraži direktor ustanove, a u njegovom odsustvu šef službe.
30. Pismena izjava daje se na posebnom obrascu. Obrazac je poseban, interni dokument Doma zdravlja i nosi radni naziv – Konzilijarna izjava. Izjava se popunjava u dva primjerka od kojih se jedan ostavlja u kartonu pacijenta a drugi dostavlja direktoru. Forma dokumenta data je u prilogu 1.
31. Direktor ustanove, a u njegovom odsustvu šef službe, donosi pismenu odluku o uskraćivanju pružanja usluge koja se uručuje korisniku lično ili upućuje poštom na kućnu adresu a kopija se čuva u arhivi.
32. Na oglasnoj tabli ustanove mora biti stalno istaknuta prilagođena verzija ove pisane procedure sa posebnim naglaskom na pravila o međusobnoj komunikaciji timova i korisnika.

Prilog 1.

<u>Konzilijarna izjava</u>	
O stanju zdravlja pacijenta	
_____ (upisati ime i prezime pacijenta)	
JMBG _____; Broj zdravstvenog kartona _____	
Registрован kod porodičnog ljekara _____ (upisati ime i prezime ljekara)	
Dijagnoza na dan izjave _____	

Podaci o hroničnim oboljenjima _____	

Uvidom u medicinsku dokumentaciju i na osnovu dostupnih današnjih podataka o stanju zdravlja pacijenta smatramo da uskraćivanje _____ (navesti uslugu) neće izazvati teže posljedice po stanje zdravlja pacijenta.	
DZ _____	Potpisnici izjave
Datum _____	1. _____
	2. _____
	3. _____

PROCEDURA O ISTRAŽIVAČKIM PROJEKTIMA I OBEZBJEĐENJU SAGLASNOSTI PACIJENTA ZA UČEŠĆE U ISTRAŽIVAČKIM PROJEKTIMA

1. Zdravstveni radnici i saradnici zaposleni u DZ _____ mogu učestvovati ili provoditi istraživačke projekte u skladu sa Zakonom i ovim Pravilnikom isključivo u svrhu revizije postojeće medicinske prakse i permanentnog podizanja njenog kvaliteta.
2. Zdravstveni radnici koji učestvuju ili provode istraživačke projekte dužni su da postupaju tako da ničim ne ugroze zdravstveno stanje pacijenta ili povrijede njegovo dostojanstvo.
3. Klinička, epidemiološka i druga medicinska istraživanja pri kojima se vrši pregled, traži mišljenje pacijenata ili koriste lični identifikovani podaci pacijenata, mogu se vršiti samo uz njihov dobrovoljni pristanak.
4. Pristanak može dati punoljetno lice za sebe, roditelj ili staratelj za maloljetnu osobu a zakonski zastupnik za osobe koje imaju sudski određenog zakonskog zastupnika zbog oduzimanja poslovne sposobnosti.
5. Pristanak se daje isključivo u pismenoj formi a doktor medicine iz TPM obavezan je da provede sve predviđene aktivnosti oko dobijanja pristanka pacijenta za učešće u projektu.
6. U slučajevima kada neki drugi medicinski radnik ili saradnik učestvuje ili provodi projekat, sve aktivnosti oko dobijanja saglasnosti vodi zajedno sa porodičnim doktorom pacijenta.
7. Pribavljanju pristanka pacijenta za učešće u projektu obavezno moraju da prethode slijedeće aktivnosti:
 - A) Izrada istraživačkog projekta i protokola istraživanja sa jasno definisanim načinom učešća pacijenata ili korištenja njihovih ličnih podataka
 - B) Izrada prilagođenog oblika pisanog objašnjenja za pacijenta od koga se na bilo koji način traži učešće u projektu u kome je jasno i razumljivo navedeno kakav oblik učešća je potreban
 - C) Pribavljanje odobrenja za provođenje projekta od direktora ustanove
 - D) Obavljanje razgovora sa pacijentom uz detaljno upoznavanje sa ciljevima projekta, načinom izvođenja, trajanjem aktivnosti i načinom njegovog učešća kao i/ili korištenjem podataka
 - E) Upoznavanje pacijenta sa pravom da prekine svoje učešće u projektu u bilo kojoj fazi bez postavljanja bilo kakvih uslova.
 - F) Uručivanje pacijentu pisanog objašnjenja iz tačke B
8. Pismeni pristanak pacijenta obezbjeđuje se na posebnom obrascu.
Pomenuti obrazac je poseban, interni dokument DZ i nosi radni naziv - Pristanak na učešće u projektu. Forma obrasca data je u prilogu 1.
9. Obrazac se popunjava u dva primjerka od kojih se jedan daje pacijentu a drugi čuva u dokumentaciji vezanoj za projekat a nakon okončanja projekta odlaže se u medicinski karton pacijenta.

Prilog 1.

PRISTANAK PACIJENTA NA UČEŠĆE U PROJEKTU	
Ime doktora medicine (ili medicinskog saradnika) koji provodi projekat _____	
Naziv projekta: _____	
Ime i prezime pacijenta, JMBG, adresa i kontakt telefon _____ _____	
Nakon što mi je doktor porodične medicine objasnio o kakvom se projektu radi i šta se od mene očekuje, pročitala/o sam objašnjenje i razumjela/o šta se od mene očekuje, dobrovoljno pristajem da u tome učestvujem i da se koriste moji podaci isključivo na način kako je to navedeno u pisanom objašnjenju.	
DZ _____ Datum _____	Lični potpis pacijenta _____
Izjavljujem da povlačim gornju saglasnost.	
DZ _____ Datum _____	Lični potpis pacijenta _____

PROCEDURA O TRETIRANJU LIČNIH ZDRAVSTVENIH INFORMACIJA PACIJENTA

1. Zdravstveni radnici i saradnici dužni su da vode propisanu medicinsku dokumentaciju u skladu sa zakonskim odredbama i pravilnicima koje donosi direktor ustanove.
2. Medicinska dokumentacija - zdravstveni kartoni i drugi dosijeji koji sadrže informacije o pacijentima moraju se čuvati na mjestima gde je pristup nezaposlenima ograničen fizičkom barijerom ili stalnim nadzorom zaposlenih.
3. Medicinska dokumentacija može se dati na uvid pacijentu na njegov usmeni zahtjev bez prava iznošenja dokumentacije iz prostora Doma zdravlja.
4. Izuzetak od zabrane iznošenja medicinskog kartona je promjena mjesta boravka i mjesta liječenja, kada pacijent može na lični zahtjev preuzeti svoj medicinski karton trajno kao i situacije kada pacijent, u cilju ostvarenja nekih prava pred nadležnim organom, uz predočavanje dokumenta nadležnog organa (komisija FZO za bolovanja preko 120 dana, IK i slično), može podići karton privremeno.
5. Ličnim zahtjevom iz člana 4. smatra se potpis pacijenta, roditelja ili staratelja za maloljetno lice kao i zakonskog zastupnika za lica koja imaju sudski određenog zakonskog zastupnika u posebnoj knjizi – Knjiga izdatih kartona. Forma obrasca za knjigu izdatih kartona data je u prilogu 1.
6. Svaki TPM dužan je da vodi Knjigu izdatih kartona i dužan je da u slučajevima trajnog izdavanja kartona, u Indeks kartona, pored broja izdatog kartona unese zabilješku «Podignut trajno» kao i datum trajnog izdavanja kartona.
7. Medicinski karton je osnovni dokument u koji se unose podaci o bolesti i načinu liječenja pacijenata a isti tretman imaju i dosijeji i drugi oblici medicinske dokumentacije predviđeni Zakonom ili Pravilnicima ustanove.
8. Svi podaci o bolesti i načinu liječenja oboljelog lica predstavljaju profesionalnu tajnu.
9. Isto pravilo primjenjuje se i na ostale informacije koje zdravstveni radnici i saradnici u okviru svog profesionalnog angažmana dobijaju od pacijenata o njima ili članovima njihovih porodica.
10. Zdravstveni radnici i saradnici mogu biti oslobođeni čuvanja profesionalne tajne samo u slučajevima predviđenim Zakonom ili uz saglasnost pacijenta, odnosno roditelja ili staratelja za maloljetna lica i zakonskog zastupnika za lica kome je oduzeta poslovna sposobnost po odluci suda.
11. Povjerljivost ličnih zdravstvenih informacija odnosi se i na članove porodice pacijenta kojima se informacije o bolesti i liječenju njihovog člana ne mogu davati bez njegove saglasnosti.
12. Svako neovlašteno korišćenje informacija o pacijentu smatraće se odavanjem službene tajne i smatraće se težim prekršajem radne obaveze.
13. Podaci o bolesti i načinu liječenja oboljelog lica mogu se koristiti bez saglasnosti pacijenta samo u međusobnoj komunikaciji medicinskih profesionalaca pri upućivanju na konsultativne dijagnostičke ili terapijske procedure u procesu postavljanja dijagnoze ili liječenja a u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja pacijenta.
14. Saglasnost za korišćenje ličnih zdravstvenih informacija pacijent može dati medicinskom radniku ili saradniku isključivo u pismenoj formi i može je povući bez postavljanja bilo kakvih uslova.

15. Pismena saglasnost iz člana 14. mora da sadrži precizno određenje o situacijama u kojima pacijent dopušta korištenje ličnih informacija, obim do koga se informacije mogu davati i precizno određivanje osoba kojima se informacije mogu davati.
16. Za dobijanje pismene saglasnosti koristi se poseban obrazac. Pomenuti obrazac je interni dokument Doma zdravlja i nosi radni naziv – Saglasnost za davanje informacija. Forma obrasca data je u prilogu 2, a potpisani dokument čuva se u zdravstvenom kartonu pacijenta.

Prilog 1.

Forma obrasca za dokument - Knjiga izdatih kartona

R.B.	Datum 1. podizanja 2. vraćanja	Broj zdravstvenog kartona	Razlog podizanja kartona	Ime i prezime, JMBG i potpis osobe koja podiže karton
1.	1. _____ 2. _____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
2.	1. _____ 2. _____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
3.	1. _____ 2. _____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
4.	1. _____ 2. _____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
5.	1. _____ 2. _____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
6.	1. _____ 2. _____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Prilog 2.

SAGLASNOST ZA DAVANJE INFORMACIJA	
Ime i prezime pacijenta i JMBG: _____	
Broj zdravstvenog kartona : _____	
Ime i prezime osobe kojoj se saglasnost daje: _____	
Izjavljujem da sam saglasna/saglasan da osoba koja je navedena može da daje informacije o mojoj bolesti i liječenju pod slijedećim uslovima :	
* Vrsta informacija: _____	

* U navedenim situacijama : _____	

* Isključivo navedenim osobama: (navesti lične podatke)	

DZ _____	Lični potpis pacijenta
Datum _____	_____
Izjavljujem da povlačim gornju saglasnost	
DZ _____	Lični potpis pacijenta
Datum _____	_____

PROCEDURA O NAČINU LIJEČENJA OSOBA SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA

Uvodno objašnjenje

Obzirom da lica koja boluju od mentalnih poremećaja predstavljaju posebno vulnerabilnu grupu i da je usvojen Zakon o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima («Službeni glasnik RS» 46/04) kojim su propisana osnovna načela, način organizovanja i sprovođenja zaštite kao i pretpostavke za primjenu mjera i postupaka prema ovim licima, postoji potreba da se posebnom procedurom reguliše način rada sa ovom grupom obojelih.

Zbog suštinskih novina koje ovaj Zakon propisuje posebno u odnosu na dosadašnju praksu kao i zbog specifičnih zahtjeva koji se postavljaju pred zdravstvene profesionalce svih profila u procesu ostvarivanja zdravstvene zaštite ovih lica u odnosu na ostale korisnike usluga PZZ, u daljem tekstu ove procedure biće precizirane obaveze zaposlenih lica u DZ _____ kako bi se praksa vršila u skladu sa zakonskim odredbama.

OPŠTE ODREDBE (Osnovna načela Zakona)

1. Svako lice sa mentalnim poremećajima, bez obzira da li je počinilo krivično djelo ili ne, ima pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu i unapređenje svog zdravlja pod jednakim uslovima kao i svi drugi.
2. Lica sa mentalnim poremećajima ne smiju biti dovedena u neravnopravan položaj zbog svog mentalnog poremećaja. Posebne mjere koje se preduzimaju da bi se osigurala prava ili osiguralo unapređivanje zdravlja lica sa mentalnim poremećajima ne smatraju se oblikom nejednakog postupanja.
3. Sloboda i prava lica sa mentalnim poremećajima mogu se ograničiti samo zakonom ako je to nužno radi zaštite zdravlja ili sigurnosti tog ili drugih lica.
4. Ljekari specijalisti psihijatrije, porodični ljekari i zdravstveni saradnici dužni su dati prednost dobrovoljnom prihvatanju saradnje u liječenju i uvažavanju želja i potreba lica sa mentalnim poremećajima nad prisilnim mjerama.
5. Medicinski profesionalci dužni su da u svakom profesionalnom kontaktu sa licima koja boluju od mentalnih poremećaja pruže tim licima, ili njihovim zakonskim zastupnicima, što jasnije objašnjenje postupaka i mjera koje im predlažu
6. Liječenje lica sa mentalnim poremećajima u DZ _____ obavlja se u timovima PM kod izabranog porodičnog ljekara i u Centru za mentalno zdravlje uz obavezu pune saradnje u svakom pojedinom slučaju u svrhu pružanja što kvalitetnije zdravstvene zaštite.

OBAVEZE ZDRAVSTVENIH RADNIKA

1. Lice sa mentalnim poremećajima može se pregledati ili podvrgnuti ljekarskom postupku samo uz njegov pismeni pristanak i potpisivanje ugovora o liječenju ukoliko je takvo lice sposobno da razumije prirodu, posljedice, opasnosti i koristi predloženog postupka.

2. Pismeno data saglasnost za lice sa mentalnim poremećajima može povući u bilo kom momentu bez uslovljavanja, uz obavezu ljekara da mu pruži potpuno i jasno objašnjenje o posljedicama prestanka liječenja.
3. Saglasnost iz člana 1. može dati roditelj ili staratelj za maloljetno lice ili dijete a za lica sa mentalnim bolestima kojima je oduzeta poslovna sposobnost, zakonski zastupnik ako ga lice ima, odnosno Komisija za zaštitu lica sa mentalnim poremećajima ako lice nema zakonskog zastupnika.
4. Traženje pristanka iz člana 1. može se izostaviti ukoliko bi zbog njegovog pribavljanja bio neposredno ugrožen život ili bi prijetila opasnost od težeg narušavanja zdravlja lica sa mentalnim poremećajima. Primjena ljekarskog postupka u ovakvim slučajevima bez pristanka može trajati samo dok traje navedena opasnost.
5. Obavezu iz člana 1. imaju ljekari porodične medicine i psihijatri CMZ.
6. Pismeni pristanak na liječenje daje se na posebnom obrascu. Obrazac je interni dokument Doma zdravlja i nosi radni naziv - Pristanak na liječenje. Forma obrasca data je u prilogu 1.
7. Ugovor o liječenju potpisuje se na posebnom obrascu. Obrazac je interni dokument Doma zdravlja i nosi radni naziv - Ugovor o liječenju. Forma obrasca data je u prilogu 2.
- 8. Porodični ljekari i psihijatri u Domu zdravlja _____ prije traženja saglasnosti za liječenje i potpisivanja ugovora o liječenju dužni su da utvrde sposobnost lica sa mentalnim poremećajima da daju pristanak.**
9. O utvrđenoj sposobnosti izdaje se pismena potvrda na posebnom obrascu. Obrazac je interni dokument Doma zdravlja i nosi radni naziv - Potvrda o sposobnosti. Forma obrasca data je u prilogu 3.

ZAŠTITA PODATAKA

1. Pravila o čuvanju profesionalne tajne data u proceduri o tretiranju ličnih zdravstvenih informacija pacijenata primjenjuju se i za lica sa mentalnim poremećajima.
2. Medicinski radnici i saradnici koji se bave liječenjem lica sa mentalnim poremećajima, a prije svih ljekari porodične medicine i ljekari neuropsihijatri, mogu otkrivati profesionalne tajne o ovim licima samo u slučajevima predviđenim Zakonom.
3. U cilju sprečavanja grešaka u tumačenju zakonskih uslova pod kojima se od medicinskih profesionalaca mogu tražiti službene tajne u vezi sa licima sa mentalnim poremećajima od strane ovlaštenih službenih organa, za sve takve slučajeve u DZ _____ primjenjivaće se slijedeći način postupanja:
 - a. Svaki službeni zahtjev bilo kojeg službenog organa za dostavu podataka o licima sa mentalnim poremećajima primiće pravnik-sekretar ustanove.
 - b. Sekretar ustanove je dužan da, u skladu sa svojim stručnim znanjima i maksimalnom pažnjom, utvrdi postoji li usklađenost zahtjeva sa Zakonom o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima.
 - c. U slučajevima kada utvrdi da službeni zahtjev nije u skladu sa Zakonom o tome će obavjestiti nadležni organ i odbiti davanje podataka.
 - d. U slučajevima kada utvrdi da je zahtjev službenog organa u skladu sa Zakonom, uputiće zahtjev nadležnog organa uz pismenu preporuku nadležnom ljekaru za davanje traženih podataka. Pismena preporuka mora sadržati i uputstvo o obimu podataka čije je davanje zakonom dopušteno u svakom pojedinačnom slučaju.

- e. Nadležni ljekar je dužan da lično ispiše tražene podatke u skladu sa preporukom pravnika, stavi dopis u kovertu i zatvorenu kovertu zajedno sa zahtjevom službenog organa preda pravniku ustanove radi otpreme poštom na adresu službnog organa.

PRISILNO PRIVOĐENJE I PRISILNI SMJEŠTAJ

1. Prisilno dovođenje lica sa mentalnim bolestima u DZ _____ (u amb. HP, amb. porodične medicine, CMZ) mogu izvršiti ovlaštena službena lica nadležnog Ministarstva unutrašnjih poslova samo u slučajevima kada se osnovano sumnja da takvo lice može ugroziti vlastiti život i zdravlje odnosno život i zdravlje drugih lica.
2. Ljekar kod koga je lice sa mentalnim poremećajem prisilno dovedeno dužan je da procijeni da li se privedeno lice nalazi u stanju neposrednog ugrožavanja života kao i da li postoji pretnja za ozbiljno i neposredno teže narušavanje zdravlja.
3. Ukoliko ljekar procijeni da takve okolnosti kod prisilno dovedenog lica postoje, primjenice ljekarski postupak (pregled, th.) bez traženja pristanka i to samo dok traje navedena opasnost.
4. Ljekar koji je primio prisilno dovedeno lice može procijeniti da je neophodno prisilno zadržavanje i upućivanje lica sa mentalnim poremećajem u nadležnu bolnicu - Psihijatrijska klinika u Banja Luci.
5. U slučajevima iz člana 4. ljekar je dužan da izda propisnu uputnicu i ispuni Obrazac 3 koji propisuje ministar zdravlja i socijalne zaštite («Službeni glasnik RS»13/05). Forma obrasca data je u prilogu 4.
6. Obrazac 3 ispunjava se u dva primjerka od kojih se jedan prilaže uz uputnicu a drugi ostavlja u zdravstveni karton pacijenta.
7. U slučajevima kada ljekar procijeni da kod prisilno dovedenog lica sa mentalnim poremećajima ne postoje okolnosti iz člana 2.odlučiće da ne postoje razlozi za prisilno zadržavanje.
8. O svojoj odluci ljekar je dužan da sačini službenu zabilješku koristeći pomenuti obrazac 3. i to tako da u rubrici obrasca o prisilnom zadržavanju unosi izjavu «nema razloga za prisilno zadržavanje». Službena zabilješka se ostavlja u zdravstveni karton pacijenta.
9. U svim slučajevima kada ljekar procijeni da kod prisilno dovedenog lica sa mentalnim poremećajima ne postoje razlozi za prisilno zadržavanje dužan je za svaki dalji postupak zatražiti saglasnost pacijenta u skladu sa pravilima navedenim u odjeljku – Obaveze zdravstvenih radnika u ovoj Proceduri.

PRIMJENA FIZIČKE SILE U ZAŠTITI LICA SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA

1. Primjena fizičke sile nad licima sa mentalnim poremećajima može se provesti u Domu zdravlja _____ samo ako je to jedino sredstvo da se to lice spriječi da svojim napadom ugrozi život i zdravlje drugog lica, svoj život ili zdravlje ili nasilno uništi ili oštetiti tuđu imovinu.
2. Odluku o primjeni fizičke sile donosi ljekar neuropsihijatar i nadzire njenu primjenu.
3. U odsustvu psihijatra odluku može donijeti doktor medicine ili medicinska sestra-tehničar.

4. Primjena fizičke sile ograničava se na 4 sata.
5. U slučajevima kad postoji neposredna opasnost da će lice sa mentalnim poremećajem u zdravstvenoj ustanovi napasti na život i tijelo drugog lica ili otuđiti, uništiti ili teže oštetiti imovinu ustanove, zdravstveni radnik poziva telefonom službeno lice ministarstva unutrašnjih poslova koje je dužno da hitno pruži odgovarajuću pomoć.
6. Medicinski radnik koji je uputio poziv iz člana 5 dužan je da poziv naknadno pismeno obrazloži. Pismeno obrazloženje daje se na posebnom obrascu. Obrazac je interni dokument DZ-a i nosi radni naziv - Poziv policiji za hitnu zaštitu. Forma obrasca data je u prilogu 5.
7. Popunjeni obrazac se ulaže u medicinski karton pacijenta.

Prilog 1

Pristanak na liječenje

JZU DOM ZDRAVLJA _____	
DATUM _____	
PRISTANAK NA LIJEČENJE	
Ime, prezime i JMB pacijenta _____	
Ime i prezime ljekara kome se daje pristanak _____	
Izjava pacijenta	
Dajem svoj dobrovoljni pristanak za liječenje koje mi moj porodični ljekar predloži i objasni. Pristanak se ograničava na način liječenja koji je naveden u ugovoru o liječenju. Poznato mi je da saglasnost mogu da povučem kada ja to odlučim.	
Potpis ljekara _____	Potpis pacijenta _____
	Potpis roditelja (staratelja) _____
	Potpis zakonskog zastupnika _____

Izjavljujem da povlačim gornju saglasnost	
DZ _____	
Datum _____	Potpis lica koje je dalo saglasnost _____

Prilog 2

Ugovor o liječenju

JZU DOM ZDRAVLJA _____

Datum _____

UGOVOR O LIJEČENJU

1. Ime, prezime i JMB pacijenta _____

2. Ime i prezime ljekara _____

Predloženi način liječenja Terapijske i dg. procedure		Stav pacijenta
Vrsta	Trajanje (dana)	
1. _____	_____	1. _____
2. _____	_____	2. _____
3. _____	_____	3. _____
4. _____	_____	4. _____
5. _____	_____	5. _____
6. _____	_____	6. _____

Postigli smo sporazum da liječenje u periodu od slijedećih _____ mjeseci provodimo na slijedeći način: _____

Potpis ljekara	Potpis pacijenta
_____	_____
	Potpis roditelja (staratelja)

	Potpis zakonskog zastupnika

Prilog 3

Potvrda o sposobnosti

<p>JZU DOM ZDRAVLJA _____</p> <p>Datum _____</p> <p>POTVRDA O SPOSOBNOSTI</p> <p>Uvidom u medicinsku dokumentaciju i na osnovu sadašnjeg stanja mentalnog zdravlja pacijenta _____ (ime i prezime), sa JMBG _____, brojem medicinskog kartona _____, smatram da se kod ove osobe radi o _____</p> <p>_____ (upisati dijagnostički utisak ili dg na latinskom i šifru po MKB)</p> <p>Potvrđujem da je sposobna/sposoban da razumije prirodu, posljedice, opasnost i koristi predloženih ljekarskih postupaka i da je u stanju da daje svoj pristanak ili odbije predloženo liječenje.</p> <p>Potpis i faksimil ljekara</p> <p>_____</p>

Prilog 4

Obrazac 3 koji propisuje ministar zdravlja i socijalne zaštite RS
(«Službeni glasnik» RS broj 13/05).

Zdravstvena ustanova	_____	_____
		(ime i prezime pacijenta)
	_____	_____
		(JMBG)
Datum: _____	_____	_____
		(adresa stanovanja)
	_____	_____
		(vrijeme pregleda)
OBRAZLOŽENJE NUŽNOSTI PRISILNOG ZADRŽAVANJA		
PRILOG UPUTNICI ZA BOLNIČKO LIJEČENJE		
Podaci o licu koje je pozvalo doktora _____		
Ko daje heteroanamnestičke podatke _____		
Kratak rezime heteroanamnestičkih podataka _____		
Kratak rezime autoanamnestičkih podataka _____		
Prilikom pregleda našao sam u psihičkom, neurološkom i somatskom statusu: _____		
Dijagnostički utisak ili dijagnoza (na latinskom) i šifra bolesti _____		
Razlozi zbog kojih prisilno zadržavanje smatram nužnim: _____		
Da li je potrebno angažovati ovlašćena lica MUP-a:	DA	NE
Primjedbe:		

		(neuropsihijatar ili doktor medicine)

Prilog 5

Poziv policiji na hitnu zaštitu

JZU DZ _____
Datum _____
Ime i prezime medicinskog radnika koji je uputio poziv _____
Radno mjesto u DZ: _____
Vrijeme upućivanja poziva : _____
Vrijeme dolaska ovlaštenog lica MUP-a : _____
Razlozi za upućivanje poziva: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Način intervencije pripadnika MUP-a _____ _____
Vrijeme okončanja intervencije: _____
_____ Potpis lica koje je uputilo poziv

PROCEDURA O ČIŠĆENJU, DEZINFEKCIJI I DEKONTAMINACIJI POVRŠINA

Ovom procedurom uređuje se čišćenje, dezinfekcija i dekontaminacija radnih prostorija, kuhinje, sanitetskih vozila i mrtvačnice.

ČIŠĆENJE RADNIH PROSTORIJA

U svim radnim prostorijama u ustanovi predmet čišćenja su uglavnom podne površine, radne površine, sanitarni uređaji, prozori i vrata kao i oprema i aparati. U higijenu prostorija spadaju uklanjanje otpada i provjetravanje prostorija.

Podne površine

Čišćenje i pranje podnih površina vrši se dva puta dnevno toplom vodom i deterdžentom nakon što se ukloni otpad i odnese u kontejnere, a po potrebi i češće. Čišćenje se obavlja isključivo vlažno džogerom, četkom, krpom ili spužvom.

Za čišćenje nije dozvoljena upotreba metle radi raspršavanja mikroorganizama u vazduhu.

Čišćenje podnih površina uprljanih krvlju i drugim izlučevinama nakon mehaničkog čišćenja i pranja zahtijeva i dezinfekciju.

Dezinfekcija podnih površina obavezno se provodi jednom dnevno na svim mjestima povećanog rizika od infekcije /laboratorija, zubne ambulante, rađaona, ambulanta hitne pomoći, sobe za intervencije, čekaonice i sanitarni čvor/.

Dezinfekcija podnih površina vrši se preparatima hlora u razblaženju propisanom na uputstvu za upotrebu.

Oprema za čišćenje i pranje kao što su džogeri, četke, krpe, spužve i kante peru se vrućom vodom i deterdžentom svakodnevno i odlažu osušeni.

Radne površine

Čišćenje i pranje radnih površina (radni stolovi, ležajevi za intervencije, terapijska kolica, pult na recepciji, klupe u čekaonicama i dr) vrši se svakodnevno.

Dezinfekciju površina: pulta, radnih stolova i terapijskih kolica vršiti jednom sedmično. Dezinfekciju kvaka na vratima i rukohvata na stubištu vršiti svakodnevno. Dezinfekcija se provodi višekratnim prebrisavanjem radne površine otopinom 5% hlorheksidina u razblaženju propisanom na uputstvu za upotrebu.

Održavanje higijene opreme i aparata vrši se svakodnevno suhim ili vlažnim prebrisavanjem u zavisnosti od aparata, kao i dezinfekcija prema uputstvu (detaljno opisano u proceduri »kontrola infekcija« poglavlje 4).

Sanitarni uređaji

Pranje umivaonika u ordinacijama, intervencijama i kancelarijama provodi se dva puta na dan toplom vodom i deterdžentom, nakon čega se prebrišu dezinfekcionim sredstvom. Isto pravilo primjenjuje se i za sanitarni čvor (wc šolje) i podove i po ukazanoj potrebi.

Pranje zidne keramike obavlja se dva puta sedmično toplom vodom i deterdžentom (tečni vim).

Pribor za čišćenje sanitarnog čvora pere se u vrućoj vodi i deterdžentom na kraju radnog dana i odlaže osušen.

Pribor za čišćenje sanitarnog čvora ne smije se koristiti za čišćenje drugih prostorija.

Pranje prozora i vrata

Prozori se peru jedan put mjesečno a vrata jedan put sedmično. Pranje prozora i vrata vrši se i češće ako za to postoji potreba. Prozori se peru toplom vodom i deterdžentom za pranje stakla, a posušuju se gumenim brisačem. Vrata se peru takođe toplom vodom, spužvicom i deterdžentom (tečni vim). Nakon ispiranja čistom vodom vrata se posušuju suhom i čistom krpom. Pranje i dezinfekcija rukohvata (kvake na vratima i rukohvat na stubištu) vrši se jedan put dnevno (na kraju druge smjene obavezno) i uvijek kada je to indikovano o čemu će spremačica biti obaviještena od članova tima.

Odlaganje otpada

Otpad se odlaže u zatvorene kante za otpatke u koje se prethodno stavlja PVC vrećica. Vrećice treba da budu vodootporne, dovoljno čvrste i da imaju vezicu za vezanje. Komunalni otpad (osim šiljatih i oštih predmeta) odlaže se svakodnevno ili češće ako se vrećica napuni, u zavezanim PVC vrećicama koje se odnose u kontejner unutar bolničkog kruga.

Šiljati premeti (igle) se nakon upotrebe, odlažu u prikladne kontejnere sa čvrstim zidom, koji se nakon što se napune i dospe dezinfekcino sredstvo do vrha, zatvaraju zatvaračem i pakuju u PVC vrećice crne boje. Tako zapakovani kontejneri odlažu se u kontejner za komunalni otpad u bolničkom krugu, a odatle dalje na komunalnu deponiju.

Provjetravanje prostorija

Provjetravanje prostorija kao mjera održavanja higijene prostorija provodi se dva puta dnevno po pola sata (u vrijeme pauze u prvoj i drugoj smjeni) prirodnim ili vještačkim putem ili češće ako ima potrebe.

ČIŠĆENJE KUHINJE

Kuhinja se čisti svakodnevno, sedmično i mjesečno. Pod čišćanjem koje se provodi svakodnevno podrazumijeva se uklanjanje otpada, provjetravanje i ventilacija, prebrisanje podnih i radnih površina sa ili bez upotrebe deterdženta što će zavisi od stepena zaprljanosti. Sedmično čišćenje kuhinje je pranje podnih površina toplom vodom, antiseptičnim deterdžentom i četkom, te ispiranje mlazom vode iz šlaufa. Sedmično se vrši pranje zidne keramike sa deterdžentom (tečni vim), toplom vodom i četkom i ulaznih vrata u kuhinju i trpezariju. Mjesečno čišćenje je generalno čišćenje kuhinje sa pranjem i ribanjem podnih i radnih površina, sudopera, posuđa, frižidera, šporeta, vrata i prozora uz upotrebu deterdženata. Mjesečno se takođe odmrzavaju frižideri a zamrzivači jedanput u šest mjeseci. Sedmično čišćenje vrši se petkom poslije ručka a mjesečno čišćenje zadnjeg petka u mjesecu.

Dezinfekcija kuhinje vrši se jednom sedmično nakon pranja i to jednokratnim prebrisanjem podnih i radnih površina preparatima hlora namijenjenih za dezinfekciju u prehrambenoj industriji, ugostiteljstvu i turizmu. Dezinfekcija se vrši uvijek pri pojavi ili sumnji i u toku trajanja zarazne bolesti ili epidemije. Dezinfekcija posuđa i pribora za jelo kao i za pripremanje obroka, vrši se potapanjem u dezinfekciono sredstvo u trajanju od 30 minuta. Nakon toga posuđe i pribor ispira se pod mlazom pitke vode i odlaže da se prirodno osuši. Evidencija o provođenju mjera održavanja higijene vodi se u Knjizi evidencije čišćenja koju ispunjavaju kuvarice a pored potpisa kuvarice knjigu potpisuje nadzorna sestra ili osoba zadužena od glavne sestre.

PRANJE SANITETSKIH VOZILA

Pranje sanitetskih vozila vrši se jedanput dnevno ako je vozilo korišteno.

Dezinfekcija sanitetskih vozila vrši se preparatima hlora, redovno jedanput sedmično i vanredno kada je:

- sanitetsko vozilo umrljano krvlju ili izlučevinama,
- nakon transporta bolesnika na infektivnu kliniku i
- u slučaju smrti prevoženog lica u toku transporta.

Zabranjen je prevoz umrlih lica sanitetskim vozilom ukoliko lice nije umrlo u toku transporta.

Čišćenje i dezinfekciju vrši vozač koji je izvršio prevoz o čemu vodi evidenciju u Knjizi evidencije čišćenja. U knjigu se upisuje datum, registerska oznaka vozila, da je vozilo oprano, dezinfikovano i kojim sredstvom i koncentracijom kao i potpis vozača i šefa tehničke službe. Šef tehničke službe vrši kontrolu provođenja mjera pranja i dezinfekcije sanitetskih vozila i odgovoran je za nesprovođenje istih.

ČIŠĆENJE MRTVAČNICE

Smještanje umrlih lica u mrtvačnicu Doma zdravlja vrši se prema uputstvu o radu službi Doma zdravlja. Poslije svakog smještanja umrlog lica u mrtvačnicu, prostor mrtvačnice se mehanički čisti i dezinfikuje odgovarajućim dezinfekcionim sredstvom. Postupak čišćenja podrazumijeva pranje hladnom vodom, deterdžentom i četkom te ispiranje mlazom vode iz šlaufa. Dezinfekcija se vrši jednokratnim prebrisanjem preparatima hlora u razlaženju propisanom za dezinfekciju podnih površina. Ove aktivnosti upisuju se u Knjigu evidencije čišćenja.

Zaduženja, vođenje evidencije i nadzor

Zaduženja

Za čišćenje, dezinfekciju i dekontaminaciju površina prostorija u sjedištu ustanove, zadužene su spremačice prema rasporedu koji sačinjava glavna sestra.

Za čišćenje i dezinfekciju površina radnih stolova i opreme zadužene su medicinske sestre-tehničari koji rade na istima.

Za održavanje higijene ambulanti porodične medicine van sjedišta ustanove zadužene su medicinske sestre-tehničari koji rade u njima.

Za čišćenje kuhinje zadužene su kuvarice. Samo za generalno čišćenje, može se na osnovu procjene glavne sestre, angažovati ispomoć spremačica.

Za čišćenje i dezinfekciju vozila zaduženi su vozači koji su prevozili pacijenta ili po raspredu koji sačinjava šef tehničke službe.

Vođenje evidencije

Evidencija o sprovedenim mjerama održavanja higijene vodi se svakodnevno u Knjizi evidencije čišćenja. Knjiga se vodi upisom datuma i ispisa da je prostor očišćen, ako je i dezinfikovano naziv i koncentracija dezinfekcionog sredstva uz potpis osobe koja je izvršila čišćenje ili dezinfekciju. Knjigu svakodnevno potpisuje nadzorna sestra ili sestra iz tima ili službe koju odredi glavna sestra. Knjigu evidencije čišćenja sanitetskih vozila vode vozači a potpisuje i šef tehničke službe.

Nadzor

Nadzor nad provođenjem ove procedure vrši glavna sestra ustanove.

PROCEDURA O KONTROLI INFEKCIJA

Mjere predostrožnosti u kontroli infekcija su:

1. Pranje i dezinfekcija ruku
2. Sprečavanje povreda iglama i drugim oštrim instrumentima
3. Upotreba rukavica, maski i korištenje medicinske odjeće
4. Dezinfekcija medicinskih aparata i instrumenata
5. Sterilizacija instrumenata i drugog medicinskog materijala
6. Higijensko uklanjanje otpada
7. Čišćenje, pranje, provjetravanje i dezinfekcija radnih prostora
8. Dezinfekcija, dezinsekcija i deratizacija
9. Osiguranje i kontrola higijenskih uslova čuvanja i podjele hrane
10. Mikrobiološka kontrola zaposlenih lica i vakcinacija

1. PRANJE I DEZINFEKCIJA RUKU

Pranje ruku je najvažnija pojedinačna procedura u prevenciji bolničkih infekcija pošto je dokazano da su ruke važan put za prenošenje infekcije.

Kriteriji za pranje ruku:

- koristiti sapun,
- koristiti tekuću vodu,
- izbjegavati prskanje po odjeći i na pod,
- dobro trljati šake jednu sa drugom jedan minut
- dobro ocijediti šake tako da ih okrenete nagore i
- dobro posušiti šake.

Za brisanje ruku upotrebljavati papirne ubruse za jednokratnu upotrebu kao brz, pogodan i pouzdan metod sušenja ruku. Pranje ruku treba vršiti poslije kontakta sa pacijentom (klijentom) i prije provođenja aseptične tehnike kao i na početku i na kraju radnog vremena i poslije upotrebe toaleta. Prije pranja ruku treba skinuti prstenje, narukvice, ručni sat i lak sa noktiju, a rukave zavrnuti što više.

Dezinfekcija čistih ruku vrši se neposredno prije provođenja aseptične tehnike i to sa 5% alkoholnom otopinom hlorheksidina.

2. SPREČAVANJE POVREDA IGLAMA I DRUGIM OŠTRIM INSTRUMENTIMA

Za sprečavanje povreda iglama i drugim oštrim instrumentima mjere predostrožnosti su:

- U postupku odlaganja igala nakon upotrebe, iste nije uputno savijati, lomiti ili stavljati poklopac na igle za jednokratnu upotrebu, već ih odmah odložiti u kontejner od debelog kartona, stakla, tvrde plastike ili metala. Kontejner treba da stoji tako blizu mjesta gdje se koriste igle koliko to dozvoljava praktičnost.
- Instrumente za jednokratnu upotrebu odmah nakon upotrebe odlagati u kontejnere od debelog kartona, stakla, tvrde plastike ili metala. Kada se napuni kontejner dosipa se dezinfekciono do vrha, kontejner se zatvori originalnim (neoštećenim) zatva-

račem i odlaže u PVC vrećicu za otpatke crne boje, a iste zavezane u kontejner za bolnički otpad.

- Oštre instrumente za višekratnu upotrebu odmah nakon upotrebe odložiti u bubrežnjak. Pri čišćenju i pranju ovih instrumenata (pod mlazom tekuće vode) prije dezinfekcije ili sterilizacije nositi lateks rukavice.
- Izbjegavati nepotrebno rukovanje kontaminiranim oštrim instrumentima, uključujući i igle.

3. UPOTREBA RUKAVICA, MASKI I KORIŠTENJE MEDICINSKE ODJEĆE

Upotreba rukavica

Zaštitne rukavice služe za zaštitu osoblja i bolesnika i treba ih uvijek nositi kad se dozi u dodir sa krvlju, slinom i sluznicom, kao i pri rukovanju sa priborom i predmetima koji su bili u dodiru ili su kontaminirani ovim izlučevinama.

Sterilne rukavice moraju se koristiti u svakom slučaju aseptičnog pristupa bolesniku i sterilnom materijalu.

Jednokratne PVC rukavice se moraju obavezno koristiti prilikom dodira sa kontaminiranim materijalom i predmetima.

Rukavice se moraju koristiti prilikom svake intervencije na bolesniku pri čemu dolazi ili može doći do narušavanja integriteta kože i sluzokože, u previjalištima, pri pregledu svih oralnih lezija, i u svakom drugom slučaju gdje može doći do prenosa uzročnika infekcije.

Upotreba maski

Zaštitne maske se nose iz dva razloga:

- da bi se zaštitila otvorena rana od mikroorganizama iz usta i nosa osoblja koje je obrađuje, i
- da bi se zaštitili profesionalci od mogućeg infektivnog agensa.

Masku treba nositi:

- **u ambulantama porodične medicine i ambulanti hitne pomoći** za vrijeme intervencija na otvorenim ranama i opekotinama i za vrijeme pregleda i njege bolesnika koji boluju od visokokontagioznih oboljenja, kao i kod posebno osjetljivih bolesnika kojima je uništen prirodni odbrambeni sistem
- **u stomatološkim ambulantama** za vrijeme pregleda i intervencija, kao i u stomatološkoj tehnici
- **u porodilištu** prilikom porođaja, ginekoloških intervencija i rada u dječijoj sobi i
- **u laboratoriji** prilikom uzimanja uzoraka.

Maska mora da pokriva usta i nos, a mijenja se nakon 1,5-2 sata nošenja ili čim se ovlaži. Ne smije se nositi u džepu ili oko vrata. Jednom korištena maska se ne smije ponovo koristiti. Prije stavljanja maske i nakon skidanja maske obavezno je pranje ruku.

Korištenje medicinske odjeće

Medicinska odjeća i obuća kao faktor u kontroli infekcija imaju svoje značenje prije svega u zaštiti profesionalaca.

Medicinsku odjeću i obuću čine mantil, bluza i hlače ili bluza i suknja kao i klompe ili borosane.

Profesionalci su obavezni da nose medicinsku odjeću i obuću na radnom mjestu.

Zanavljanje odjeće i obuće vrši se jednom u dvije godine na prijedlog glavne sestre ustanove.

4. DEZINFEKCIJA MEDICINSKIH APARATA I INSTRUMENATA

Aparat za mjerenje krvnog pritiska svakodnevno prebrisati dezinfekcionim sredstvom (5% rastvorom hlorheksidina), a kod sumnje na visoko kontagiozno zarazno oboljenje odmah nakon upotrebe.

Nakon upotrebe **termometar** treba oprati toplom vodom i sredstvom za pranje, isprati tekućom vodom, staviti u 70% rastvor etil-alkohola najmanje 30 minuta, nakon čega se posuši sterilnom gazom i odlaže u zaštitni štitić do sledeće upotrebe.

Opisani postupak pranja, dezinfekcije i čuvanja primjenjivat će se i za **maske inhalatora** koje se do sledeće upotrebe čuvaju u posebnoj kaseti.

Kod svih **ostalih medicinskih aparata i uređaja** poslije svakog pacijenta obavezno se dezinfikuju kontaktne površine navedenog aparata dezinfekcionim sredstvom predviđenim uputstvom za upotrebu aparata, vodeći računa da se ne upotrijebi dezinfekciono sredstvo koje može oštetiti kontaktni dio aparata.

Špatule ukoliko nisu za jednokratnu upotrebu peru se toplom vodom i antiseptičnim deterdžentom, zatim potapaju u dezinfekciono sredstvo najmanje 30 minuta, zatim isperu pod tekućom toplom vodom, obrišu i sterilišu.

Opisani postupak primjenjivat će se i za **sve instrumente sa višekratnom upotrebom**.

5. STERILIZACIJA INSTRUMENATA I DRUGOG MEDICINSKOG MATERIJALA

Sterilizacija instrumenata i drugog medicinskog materijala u Domu zdravlja će se provoditi, na principima preporučenih pravila asepsa, u **Centralnoj sterilizaciji** za sve službe u sjedištu i u **terenskim ambulantama** porodične medicine za te ambulante.

Suha sterilizacija materijala vrši se u **suhom sterilizatoru** na temperaturi od 180 stepeni Celzijusa u trajanju od 120 minuta računajući efektivno vrijeme sterilizacije od trenutka dostignute vrijednosti temperature od 180 stepeni Celzijusa. Medicinske sestre-tehničari dužne su da vode računa o ispravnosti uređaja, pojavama pada napona ili nestanku električne energije. U slučaju nestanka električne energije postupak sterilizacije ponoviti, osim ako je prekid bio kratkotrajan te nije uticao na smanjenje temperature. Za duže prekide sestre su dužne obavijestiti šefa tehničke službe koji je dužan obezbijediti napajanje električnom energijom putem agregata.

Sterilizacija instrumenata i drugog medicinskog materijala podrazumijeva slijedeće postupke i radnje:

- priprema materijala i instrumenata
- primopredaja materijala i instrumenata
- sterilizacija materijala i instrumenata,
- vođenje evidencije o sterilizaciji,
- kontrola sterilizacije,
- čuvanje sterilnog materijala i
- nadzor nad provođenjem sterilizacije.

Priprema materijala i instrumenata

Pripremu materijala i instrumenata za sterilizaciju provode isključivo medicinske sestre-tehničari u timovima ili službama prije donošenja i predaje u Centralnu sterilizaciju, na način opisan u pisanoj proceduri o čišćenju instrumenata uz mjere zaštite materijala i instrumenata od fizičkog i termičkog oštećenja.

Primopredaja materijala i instrumenata

Kasete i doboše pripremljene za sterilizaciju prima sestra u Centralnoj sterilizaciji i odlaže ih na policu **NESTERILNO** koja se nalazi u prvom dijelu prostorije neposredno uz sto za primanje. Prilikom predaje ili podizanja materijala medicinske sestre-tehničari dužne su poštovati slijedeće termine:

- Od 07:00 do 07:30 preuzima se sterilisan materijal (prva smjena)
- Od 13.30 do 14:00 preuzima sterilisan materijal druga smjena
- Od 14:00 do 14:30 predaju materijal sestre iz prve smjene
- Od 20:30 do 21:00 predaja materijala iz druge smjene

Primopredaja materijala evidentira se u Knjigu evidencije koju svojim potpisima potvrđuju medicinska sestra koja predaje i koja preuzima materijal.

Sterilizacija materijala i instrumenata

Nakon što završi sa primanjem medicinska sestra-tehničar otpočinje pripremu i obilježavanje kontrolnim trakama, sačinjava redosled sterilizacije prema kojem započinje sterilizaciju. Instrumenti se sterilišu na temperaturi od 180 stepeni Celzijusa u trajanju 120 minuta. Gaza i komprese sterilišu se takođe suhom sterilizacijom (zbog nedostatka autoklava), ali na temperaturi od 120 stepeni Celzijusa u trajanju od 120 minuta.

Vođenje evidencije o sterilizaciji

Sestra u sterilizaciji vodi Knjigu evidencije sterilizacije u koju se u odgovarajuće rubrike unose podaci o dnevnoj upotrebi, vremenu početka i završetka sterilizacije, popis setova i doboša, nalaz ispitivanja ispravnosti sterilizacije (prilaže se kontrolna traka) i potpis osobe koja izvodi sterilizaciju. Ukoliko sterilizaciju ne dovršava ista osoba koja je započela (smjena) i to se unosi u knjigu evidencije. Evidencija o primopredaji materijala vodi se u Svesci primopredaje u koju se upisuje datum, vrsta i količina materijala (kasete i doboša) i potpis osoblja.

Kontrola sterilizacije

Obilježavanje materijala pripremljenog za sterilizaciju vrši trakama za kontrolu sterilizacije neposredno prije stavljanja u sterilizator. Kontrolne trake dužine najmanje tri poprečne linije, na koje se ispisuje datum sterilizacije, stavljaju se u svaki komplet i svaki sterilizator. Traka za kontrolu sterilizacije iz sterilizatora, nakon sterilizacije lijepi se u Knjigu sterilizacije.

Čuvanje sterilisanog materijala

Sterilisani materijal se nakon što se ohladi u sterilizatoru i adekvatno zatvore kasete i doboši odlaže na police **STERILNO** koje se nalaze u drugom dijelu prostorije neposredno

uz sterilizatore, do preuzimanja od strane sestara-tehničara koje se odvija na početku smjene.

Sterilisani materijal se **NE OTVARA** prije upotrebe. Sterilisani materijal se uvijek čuva zaključan za što su odgovorne sestre-tehničari u Centralnoj sterilizaciji i druge sestre nakon preuzimanja sterilisanog materijala i odnošenja u službe.

Nadzor nad provođenjem sterilizacije

Nadzor nad provođenjem sterilizacije u Domu zdravlja vrši glavna sestra jednom sedmično, o čemu sačinjava pismenu zabilješku u Knjigu evidencije sterilizacije.

Sterilizacija materijala u terenskim ambulantom porodične medicine provodi se na način i po postupku predviđenom za sterilizaciju u suvom sterilizatoru. Za sve predviđene pripreme radnje, sam postupak sterilizacije, vođenje evidencije i kontrole kao i čuvanje sterilisanog materijala odgovorna je sestra-tehničar u toj ambulanti.

6. HIGIJENSKO UKLANJANJE OTPADA

Higijensko uklanjanje otpada vrši se na način koji sprečava rizik od profesionalnog oboljenja i rizik vezan za kontaminaciju čovjekove okoline.

Najveći dio otpada čini komunalni otpad, dok je samo 5-7% infektivni a čine ga mikrobiološki otpad, uzorci za laboratorijske analize i oštri predmeti.

Odlaganje otpada vrši se na slijedeći način:

Komunalni otpad se odlaže u zatvorene kante za otpatke u koje se prethodno stavlja PVC vrećica koja je vodootporna, dovoljno čvrsta i sa vezicom za vezanje. Napunjene i zavezane vrećice se svakodnevno ili češće odlažu u kontejner za komunalni otpad unutar bolničkog kruga koji se svakodnevno odvozi na konačnu deponiju.

Tečni otpad uključujući i uzorke za laboratorijske pretrage uklanjaju se prosipanjem u odvođe kanalizacione mreže.

Oštri predmeti (igle, skalpeli i sl) neposredno nakon upotrebe, odlažu se u kontejnere od stakla, tvrde plastike ili metala. Nakon što se kontejner napuni, zatvori se originalnim zatvaračem i odlaže se u PVC vrećice crne boje, koje se zavezane vezicom, odnose u kontejner unutar bolničkog kruga, odakle se odvoze na konačnu deponiju.

7. ČIŠĆENJE, PRANJE, PROVJETRANJE I DEZINFEKCIJA RADNIH PROSTORA

Procedura detaljno opisana u PROCEDURI O ČIŠĆENJU, DEZINFEKCIJI I DEKONTAMINACIJI POVRŠINA

8. DEZINFEKCIJA, DEZINSEKCIJA I DERATIZACIJA

Dezinfekcija, dezinskcija i deratizacija su obavezne mjere za sprečavanje i suzbijanje kućne infekcije.

Dezinfekcija, rokovi, sredstva i izvršioци detaljno su opisani u Uputstvu o čišćenju, dezinfekciji i dekontaminaciji površina.

Mjere dezinfekcije i deratizacije za suzbijanje infestacija (žohari, mravi, komarci, uši, miševi i pacovi) koji mogu biti vektori zaraznih i parazitarne bolesti, a čija je prisutnost vezana uz opštu bolničku higijenu, provodi Higijensko-epidemiološka služba.

Dezinfekcija se provodi po ukazanoj potrebi a deratizacija se provodi redovno dva puta godišnje, kao proljetna i jesenja i po ukazanoj potrebi.

Procjenu o potrebi za deratizaciju i dezinfekciju, ili samo dezinfekciju i samo deratizaciju (kada nije redovna) vrši direktor ili glavna sestra ustanove na čiji poziv će Higijensko-epidemiološka služba provesti potrebne mjere i radnje o čemu vodi evidenciju u Knjizi evidencije dezinfekcije i deratizacije. Knjiga sadrži rubrike za unos sledećih podataka: datum, naziv objekta u kome je vršena dezinfekcija ili deratizacija, naziv sredstva i koncentracija, potpis izvršioca i potpis glavne sestre.

9. OSIGURANJE I KONTROLA HIGIJENSKIH USLOVA ČUVANJA I PODJELE HRANE I PIĆA

Osiguranje i kontrola higijenskih uslova čuvanja i podjele hrane i pića (toplog obroka radnicima i obroka porodiljama) podrazumijeva:

- mjere za osoblje,
- čuvanje namirnica i
- čišćenje kuhinje.

Mjere za osoblje

- nošenje odgovarajuće propisane radne odjeće i obuće
- redovni sanitarni pregledi kuvarica (na 6 mjeseci)
- završen kurs higijenskog minimuma

Čuvanje namirnica

Čuvanje zaliha prehrambenih artikala koji se koriste za pripremu obroka ili kao obroci, vrši se u skladu sa uputstvima za čuvanje (u frižideru ili zamrzivaču ili suhoj i hladnoj prostoriji).

Čuvanje gotovih obroka koji se ostavljaju osoblju ili porodiljama vrši se u zatvorenim plastičnim posudama.

Čišćenje kuhinje

Čišćenje kuhinje vrši se dnevno, sedmično i mjesečno.

Dnevno čišćenje podrazumijeva prebrisanje podnih površina, radnih površina, trpezarijskih stolova i uklanjanje otpada.

Sedmično čišćenje obuhvata pranje sa ribanjem podnih površina, radnih površina i frižidera.

Mjesečno čišćenje je generalno čišćenje kuhinje sa naprijed pobrojanim radnjama uz ribanje pločica i pranje prozora i vrata. Mjesečno se takođe odmrzavaju i čiste frižideri.

Sedmično čišćenje se vrši petkom, a mjesečno zadnjeg petka u mjesecu.

Za čišćenje su zadužene kuvarice, dok se za generalno čišćenje može, na osnovu procjene glavne sestre, angažovati pomoć od strane spremačica.

Mjere dezinfekcije u kuhinji provode se po postupku i na način opisan u proceduri o čišćenju, dezinfekciji i dekontaminaciji površina. Dezinsekcije i deratizacije provode se na način i po postupku opisanom u prethodnom poglavlju.

10. MIKROBIOLOŠKA KONTROLA ZAPOSLENIH LICA I IMUNIZACIJA

Podrazumijeva:

- podvrgavanje zaposlenog osoblja propisanim zdravstvenim pregledima na šest ili dvanaest mjeseci zavisno od radnog mjesta i to:
 - profesionalci koji obavljaju preglede, liječenje i njegu djece podliježu zdravstvenim pregledima svakih 6 mjeseci,
 - profesionalci koji obavljaju preglede, liječenje, njegu i usluživanje bolesnika i starih i iznemoglih osoba, podliježu zdravstvenom pregledu jednom godišnje.

Ova obaveza proizlazi iz PRAVILNIKA o obavezanim zdravstvenim pregledima i drugim mjerama koje se provode nad licima koja podliježu zdravstvenom nadzoru ("Sl. Glasnik RS" 10/99).

- obavezno vakcinisanje protiv HEPATITISA B i C profesionalaca koji rade na mjestima povećanog rizika od infekcije (Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti "Sl. Glasnik RS" 248/95). Mjesta povećanog rizika od infekcije u Domu zdravlja su mjesta gdje se dolazi u kontakt sa krvlju: laboratorija, stomatologija, porodična medicina, hitna pomoć vakcinacije i porodilište.

Vakcinacija protiv GRIPA je fakultativna o trošku ustanove.

- bakteriološke i druge kontrole osoblja koje se provode u slučaju pojave ili sumnje na kućnu infekciju.

PROCEDURA O PRAVILNOJ UPOTREBI I TRANSPORTU INSTRUMENATA

Pravilna upotreba i transport instrumenata podrazumijeva sledeće postupke:

- **transport sterilnih instrumenata** od mjesta sterilizacije iz Centralne sterilizacije, do mjesta upotrebe
- **čuvanje sterilnih instrumenata** do njihove upotrebe i
- **upotreba instrumenata** u skladu sa namjenom.

Transport sterilnih instrumenata

Pravilan transport sterilnih instrumenata od mjesta sterilizacije do mjesta upotrebe je transport koji obezbeđuje da instrumenti u zatvoreni kasetama i dobošima ili drugim adekvatnim posudama, budu prenešeni ili prevezeni do prostorija gdje će biti upotrebljavani.

Transport počinje od trenutka preuzimanja zatvorenih kaset i doboša od sestre-tehničara iz Centralne sterilizacije, na početku smjene, držeći se utvrđenih termina za podizanje sterilnog materijala i predaju na sterilizaciju nesterilnog materijala.

Zatvorene kasete i doboše sestre-tehničari stavljaju u platnene vrećice, koje imaju oznaku Tima ili ambulante, prenose ih ili odvoze na kolicima do prostorija Tima ili ambulante gdje se odlažu u ormar do upotrebe.

Čuvanje sterilnih instrumenata

Sterilisani materijal i instrumenti čuvaju se u zatvorenim kasetama, dobošima i drugim adekvatnim posudama /posuda »ČISTO« od rosfraja ili tegla/. Čuvanje podrazumijeva:

- čuvanje u sterilizatoru po isključivanju sterilizatora najmanje 60 minuta,
- čuvanje na polici STERILNO u prostoru centralne sterilizacije,
- čuvanje u toku transporta i nakon transporta do upotrebe.

Sterilan materijal koji se čuva u zatvorenim kasetama i dobošima, a ne koristi se 48 sati od sterilizacije, više nije sterilan.

Sterilan materijal čija je upotreba započela, na način koji obezbeđuje sterilne uslove, nakon 24 sata više nije sterilan.

Upotreba instrumenata

Pravilna upotreba instrumenata jeste upotreba uz obezbeđenje sterilnih uslova što podrazumijeva nekoliko definisanih radnji:

- vađenje instrumenata ili materijala iz kaset ili doboša, vrši se neposredno prije upotrebe, sterilnim peanom koji se sterilise i nalazi u adekvatnoj posudi »ČISTO«,
- komplet instrumenata za šivanje ili drugu intervenciju vadi se i slaže na sterilnu kompresu odakle se instrumenti uzimaju samo sa rukama na kojima su sterilne rukavice,
- sterilnom kompresom se takođe obezbeđuje i mjesto na kome se intervencija izvodi (mjesto povrede i sl).
- upotrebljen instrument se nakon upotrebe odlaže u posebnu posudu »NEČISTO« ili bubrežnjak odakle se na način propisan za čišćenje instrumenata priprema za sterilizaciju,
- upotrebljen instrument za jednokratnu upotrebu odlaže se bezbjedno po proceduri o odlaganju oštrih predmeta.

PROCEDURA O ČIŠĆENJU INSTRUMENATA

Pripremu materijala i instrumenata za sterilizaciju provode medicinske sestre – tehničari poštujući pravila pripreme mehaničkim pranjem i dezinfekcijom odgovarajućim dezinfekcionim sredstvom, vodeći pri tome računa o zaštiti materijala od fizičkog i termičkog oštećenja.

Pri izvođenju ovih radnji profesionalci su dužni pridržavati se mjera zaštite u sprečavanju prenošenja infekcije putem infektivnih supstanci i izlučevina, koristeći propisanu zaštitnu opremu i predviđen prostor za pripremu.

Upotrebjeni instrumenti za jednokratnu upotrebu odlažu se odmah u kontejner za odlaganje oštih i šiljatih predmeta.

Upotrebjeni instrumenti za višekratnu upotrebu odlažu se u toku intervencije u odgovarajuću posudu (bubrežnjak) a neposredno po završetku intervencije, peru se pod mlazom hladne, pa tople vode i antiseptičnim deterdžentom. Pere se svaki instrument posebno i svaki njegov dio, naročito zglobni dijelovi i neravne površine. Na taj način se mehanički uklanjaju nečistoće kao što su krv, sekret, nektotično tkivo i dr.

Proces pranja, njege i održavanja instrumenata podrazumijeva nekoliko definisanih postupaka:

- 1) Pridržavati se uputstava proizvođača za doziranje dezinfekcionog sredstva
- 2) Poslije pranja, dezinfekcije ili iskuhavanja instrumenata, izvršiti temeljito ispiranje
- 3) Prije pranja i čišćenja zglobne površine rastaviti
- 4) Za pranje instrumenata koristiti meku četku
- 5) Ne ostavljati instrumente u vlažnoj sredini više nego što je potrebno
- 6) Poslije pranja provjeriti postignutu čistoću i funkciju
- 7) Prije sterilizacije instrumente zatvoriti na prvi zub
- 8) Zglobne površine podmazati uljima
- 9) Materijali za jednokratnu upotrebu ne smiju se ponovo sterilisati.

Oprani instrumenti se potapaju u dezinfekciono sredstvo najmanje 30 minuta, nakon čega se ispiraju tekućom vodom, posušuju kompresom i slažu u setove za sterilizaciju.

Opisani postupak primjenjuje se i za metalne špatule s tim što se neposredno nakon upotrebe špatule odlažu u posudu NEČISTO u koju se stavi dezinfekciono sredstvo.

Mehaničko čišćenje instrumenata zahtijeva posebno mjesto, vrijeme i mjere zaštite. **Pranje instrumenata obavlja se u sobi za intervencije neposredno nakon upotrebe, koristeći obavezno zaštitne lateks rukavice.** I pored upotrebe debljih rukavica rukovanje šiljatim i oštrim predmetima zahtijeva oprez kako bi se izbjeglo samopovređivanje ili povređivanje druge osobe.

Od dezinfekcionih sredstava koristiti 5% rastvor hlorheksidina u razblaženju propisanom u uputstvu proizvođača.

Prilikom pranja instrumenata treba spriječiti prskanje vode po odjeći, obući ili pak po podu prostorije.

Instrumenti se jednom mjesečno iskuhavaju u deterdžentu kako bi se očistile žuto smeđe naslage nastale od zaostalih bjelančevina na instrumentima, a sasušene pri sterilizaciji, vodeći pri tome računa da ne dođe do fizičkog i termičkog oštećenja.

Instrumente pripremljene na način i po postupku kako je definisano ovom procedurom, na kraju smjene sestre odnose u Centralnu sterilizaciju.

PROCEDURA O ODLAGANJU OŠTRIH PREDMETA

Bezbjedno odlaganje oštrih predmeta

Nakon upotrebe oštri predmeti kao što su igle, skalpeli i drugi medicinski instrumenti za jednokratnu upotrebu, odmah se odlažu u prilagođen kontejner za tu namjenu.

Odlaganje se vrši na način koji neće ugroziti osobu koja odlaže kontaminirane šiljate predmete ili će rizik biti veoma mali:

Igle se odlažu tako što se igla od šprice odvaja potezanjem šprice unazad kada je igla već u otvoru kontejnera vodeći računa da se igla ne dodiruje rukama.

Kontejner treba da stoji tako blizu mjesta gdje se koriste igle koliko to dozvoljava praktičnost (na terapijskim kolicima).

Zidovi kontejnera trebaju biti dovoljno čvrsti a kontejner može biti od stakla, metala, tvrde plastike ili tvrdog kartona.

U kontejner sa oštrim predmetima dosipa se dezinfekciono sredstvo kontinuirano kako se povećava količina odloženih predmeta tako da sredstvo za dezinfekciju u svakom momentu potapa odložene predmete (igle).

Kontejneri za oštre predmete se čuvaju izvan domašaja djece.

Bezbjedno odlaganje oštrih predmeta podrazumijeva:

- da u postupku odlaganja igala nakon upotrebe iste nije uputno savijati, lomiti ili stavljati poklopac na igle za jednokratnu upotrebu
- instrumente za jednokratnu upotrebu odmah odlagati u kontejner
- oštre instrumente za višekratnu upotrebu neposredno u toku intervencije odlagati u bubrežnjak, a prilikom pranja istih nositi deblje (lateks) rukavice
- izbjegavati nepotrebno rukovanje kontaminiranim oštrim predmetima uključujući i igle.

Postupak sa kontejnerom

Kada se kontejner napuni dosipa se dezinfekciono sredstvo do vrha, kontejner se zatvara originalnim (neoštećenim) zatvaračem, odlaže u PVC vrećicu za otpadke crne boje, koja se potom zaveže vezicom za vezanje. Odlaganje kontejnera vrši se u kontejner za komunalni otpad u bolničkom krugu, odakle se odvozi na konačnu deponiju.

PROCEDURA O PROVJERI ZALIHA U TIMU - PROVJERI ROKA TRAJANJA I ODLAGANJA MATERIJALA SA ISTEKLIM ROKOM TRAJANJA

Ovom procedurom utvrđuju se postupci profesionalaca u:

- provjeri zaliha farmaceutskih proizvoda, vakcina i potrošnog medicinskog materijala u ustanovi i u TIMU,
- provjeri rokova trajanja farmaceutskih proizvoda, vakcina i potrošnog medicinskog materijala i
- odlaganje materijala sa isteklim rokom trajanja.

Provjera zaliha u ustanovi

Ustanova obezbjeđuje snabdijevanje farmaceutskim proizvodima, vakcinama i potrošnim medicinskim materijalima putem priručne apoteke doma zdravlja. Snabdijevanje je petnaestodnevno kako za priručnu apoteku tako i za službu porodične medicine i ostale službe, koje su dužne provjeriti vlastite zalihe i u skladu sa potrebama obnoviti iste.

Provjera zaliha farmaceutskih proizvoda, vakcina i potrošnog medicinskog materijala vrši se dva puta mjesečno. Za provjeru zaliha u priručnoj apoteci odgovorna je medicinska sestra-tehničar za medicinsko snabdijevanje.

Za provjeru zaliha u TIMU ili ambulanti odgovorna je medicinska sestra-tehničar iz dotičnog TIMA ili ambulante.

Medicinska sestra iz TIMA je obavezna da pri trebovanju ampuliranih lijekova i medicinskog materijala naručuje količine u skladu sa potrebama kako bi se izbjegli nepotrebni troškovi.

Provjera roka trajanja

Provjera roka trajanja farmaceutskih proizvoda, vakcina ili potrošnog medicinskog materijala vrši se zadnjeg petka u mjesecu o čemu se sačini zabilješka u Svesci rokova trajanja.

U Svesku rokova trajanja upisuju se svi proizvodi koji do isteka roka imaju šest mjeseci bilo da su zatečeni prilikom provjere ili su tek trebovani. U svesku se upisuje naziv, količina i mjesec u kome ističe rok.

Obaveza TIMA je da se prvo troše zalihe sa kraćim rokom trajanja, ako se trebaju isti proizvodi sa različitim rokom trajanja.

Za provjeru rokova odgovorne su medicinske sestre-tehničari iz TIMA ili ambulante.

Odlaganje materijala sa isteklim rokom

Farmaceutski proizvodi, vakcine ili potrošni materijal kojima je istekao rok trajanja ne mogu se nalaziti u ormaru za lijekove niti u ljekarskoj torbi TIMA.

Odlaganje ovih materijala vrši se pakovanjem u kutije na koje se naznačava: Istekao rok, naziv i količina. Istovremeno se sačinjava SPISAK lijekova sa isteklim rokom koji potpisuju članovi TIMA i koji se predočava popisnoj komisiji na kraju kalendarske godine kada se povlače i kutije sa ampulama i drugim materijalima kojima je istekao rok i odnose na sabirno mjesto unutar ustanove. Definitivno odlaganje medicinskog otpada zavisi od vanjskih činilaca.

PROCEDURA O ZABRANI PUŠENJA U PROSTORIJAMA DOMA ZDRAVLJA

Polazeći od ZAKONA O ZABRANI PUŠENJA DUVANSKIH PROIZVODA NA JAVNIM MJESTIMA (Sl. glasnik Republike Srpske br.46/04) **zabranjuje se pušenje u radnim prostorijama, čekaonicama, hodnicima i drugim prostorijama u Domu zdravlja.**

Znakovi o zabrani pušenja ističu se na ulazu u zgrade, etaže, čekaoničke i radne prostorije kao i na oglasne table.

Obavještenje o zabrani čine ZNAK ZABRANE sa precrtanom cigaretom i tekstualni dodatak **ZABRANJENO PUŠENJE** ispisan na način i u veličini koji obezbjeđuje da postoji razumna vjerovatnoća da ih lice koje ulazi u prostoriju ili se nalazi u prostoriji vidi.

Pušenje je dozvoljeno u posebno određenim prostorijama za pušenje kojih ima dovoljno i koje su označene natpisom **PROSTORIJA ZA PUŠENJE – ZABRANJEN ULAZ LICIMA MLAĐIM OD 18 GODINA.**

Za pacijente i pratiocje nije predviđeno pušenje u toku boravka u ustanovi radi sistema zakazivanja koji omogućava da se uz kratko zadržavanje obave potrebni pregledi i intervencije.

Radnici zaposleni u Domu zdravlja, pacijenti i njihovi pratioci i drugi posjetioci ustanove dužni su uskladiti svoje ponašanje sa ovim uputstvom koje proizlazi iz gore pomenutog zakona koji ponašanje suprotno propisanim odredbama adekvatno sankcioniše.

PROCEDURA O NAČINU RADA RECEPCIJE U PORODIČNOJ MEDICINI

A. ZAKAZIVANJE TERMINA ZA KORISNIKE

1. Zakazivanje pacijenata u PM vrši se na centralnoj recepciji kod medicinskih sestara sa rasporedom rada na recepciji.
2. Raspored rada iz prethodnog člana vrši glavna medicinska sestra pismenim mjesečnim rasporedom uz primenu principa maksimalne poštode medicinskih sestara TPM.
3. Mjesečni raspored dostavlja se u formi zvaničnog dokumenta najkasnije do 30. u mjesecu za naredni mjesec: medicinskim sestrama sa rasporeda, šefu službe PM i arhivi.
4. Zakazivanje pacijenata može se vršiti:
 - telefonom
 - ličnim pristupom pacijenta ili člana porodice
 - od strane članova TPM kod koga je pacijent registrovan
5. Korisnici se mogu naručivati isključivo u TPM kod koga je korisnik registrovan a u slučaju odsustva ljekara iz matičnog TPM dužeg od 3 dana kod zamjenskog TPM pod uslovima koji su dati u odjeljku o načinu funkcionisanja zamjenskih timova.
6. Zakazivanje korisnika vrši se u terminima od 15 minuta uz mogućnost rezervisanja više od jednog termina ukoliko se radi o posebnim potrebama na zahtev korisnika ili nadležnog lekara.
7. Zakazivanje se može vršiti samo za registrovane korisnike u registraciji za 2006.
8. Pacijenti koji traže neodložan prijem zbog akutnog poremećaja zdravlja ne zakazuju se već se primaju po proceduri koja je opisana u odeljku C ove procedure.

B. PRIJEM NEZAKAZANIH PACIJENATA

1. Nezakazani pacijenti mogu se primati samo ukoliko ima slobodnih termina.

C. PRIJEM PACIJENATA SA AKUTNIM STANJIMA I OBOLJENJIMA

1. Pacijenti koji imaju oboljenja ili čije je stanje zdravlja takvo da bi odlaganje prijema moglo dovesti do značajnijeg pogoršanja zdravlja primaju se isti dan u nadležnom TPM (tim kod koga su registrovani).
2. U ovu grupu pacijenata spadaju pacijenti koji imaju neki od navedenih simptoma:
 - povišena temperatura preko 39 stepeni C.
 - akutne glavobolje
 - povišen krvni pritisak uz glavobolju ili zabrinutost pacijenta
 - akutni bol u grudima koji traje duže od 15 min.
 - nepravilan rad srca
 - bolovi vezani za maligne bolesti
 - problemi sa disanjem i promukli kašalj kod dece
 - naglo nastali bol u stomaku
 - pojačano menstrualno krvarenje i bolne menstruacije
 - komplikacije u trudnoći
 - povraćanje

- podatak o gubitku svesti
- neodložna upućivanja u bolnicu ili na dijagnostičku proceduru
- krvarenje iz nosa
- astmatični napad
- lakša traumatska povreda.

3. U slučajevima kada nadležni TPM nije prisutan zbog kratkotrajnog odsustva do 3 dana ili je u suprotnoj smjeni, ovakve pacijente će primati timovi za univerzalnu zamjenu – TPM koji na posljednjoj registraciji imaju najmanje registrovanih pacijenata.

U slučajevima kada ni jedan od navedenih timova nije prisutan ovakve pacijente recepcija će raspoređivati jednakim redoslijedom svim TPM koji su prisutni.

4. U slučajevima dužeg odsustva matičnog tima (odsustvo duže od 3 dana) prijem pacijenata odsutnog tima uključujući i pacijente sa akutnim stanjima vršiće se prema pravilu koje je navedeno u odjeljku o zamjenskim timovima.

D. FUNKCIONISANJE ZAMJENSKIH TPM

1. Svi timovi porodične medicine imaju dva zamjenska tima pri čemu zamjenu prioritetno obavlja zamjenski tim 1 a tek u njegovom odsustvu zamjenski tim 2.
2. Timovi porodične medicine dužni su da na oglasnim tablama istaknu vidljiva obavještenja o planiranim odsustvima uključujući i godišnji odmor.
3. Aktivnosti vezane za zamjenu odsutnog tima, zamjenski timovi obavljaju na različite načine u zavisnosti od dužine odsustva i to:
 - a. kratkotrajna odsustva do 3 dana (i trenutno odsustvo zbog suprotne smjene) – zamjenski timovi primaju samo pacijente odsutnog tima sa akutnim stanjima iz tačke C 2. i to slijedećim redoslijedom:
 - univerzalno zamjenski tim
 - zamjenski tim 1 u odsustvu univerzalno zamjenskog tima
 - zamjenski tim 2 u odsustvu oba gore navedena tima.
 - b. duže odsustvo (preko 3 dana) – zamjenski tim 1, a u slučaju njegovog odsustva zamjenski tim 2 će obavljati zamjenu tako što će primati dvostruki broj pacijenata u periodu zamjene odnosno pacijenti će se naručivati na 7 minuta (po dva u jednom terminu). Prijem pacijenata u ovim slučajevima nije ograničen na akutna stanja i ravnopravno se primaju vlastiti pacijenti i pacijenti tima koji se zamjenjuje.
4. Zakazivanje pacijenata kod kratkotrajnog odsustva timova se ne vrši a kod dužeg odsustva vrši se na uobičajen način u skraćenim terminima.
5. Obavezuju se TPM da kod svih planiranih ili neplaniranih odsustava vidno istaknu na oglasnoj tabli obavještenje korisnicima o dužini odsustva i načinu obavljanja zamjene.

E. OBAVEZE MEDICINSKIH SESTARA NA RECEPCIJI I MEDICINSKIH SESTARA TPM.

1. Medicinske sestre sa rasporedom za rad na recepciji dužne su da se pri zakazivanju pacijenata pridržavaju svih pravila koja su navedena u ovoj proceduri.

2. Priprema kartona i dostavljanje kartona TPM u ambulantama obaveza je medicinskih sestara sa recepcije a vraćanje kartona u kartoteku i njihovo ulaganje je obaveza medicinskih sestara tima. Prenosanje kartona od strane pacijenata nije dopušteno.
3. Medicinska sestra na recepciji dužna je da odbije prijem nezakazanog pacijenta ukoliko su svi termini u nadležnom timu popunjeni a ne radi se o slučaju iz tačke C.2. Ukoliko matični TPM insistira da se takvom pacijentu izda karton, priprema kartona će se provesti po uobičajenoj proceduri i o tome napraviti službena zabeleška u knjizi «Bilješke o sporovima».
4. Pri prijemu pacijenata sa akutnim stanjima medicinske sestre sa recepcije su dužne da provedu određenu proceduru koja se sastoji u slijedećem:
 - a. Nakon saznanja o razlogu zbog kojeg pacijent traži neodložan prijem i procene da je razlog jedan od navedenih u tački C.2 ove procedure ispunjava poseban obrazac, pronalazi karton i prati pacijenta u nadležni TPM kako matični tako i zamjenski. Pomenuti obrazac je posebni interni dokument DZ i nosi radni naziv „Lista pacijenta sa akutnim tegobama,“ - forma obrasca data je u prilogu 1. Obrazac se ispunjava u 2 primjerka od kojih po jedan zadržava svaka od potpisanih sestara i dužna je da ga čuva jednu kalendarsku godinu u posebnom fasciklu sa nazivom «Liste za akutna stanja»
 - b. U nadležnom TPM predaje pacijenta sa akutnim tegobama medicinskoj sestri nadležnog TPM, obavještava je usmeno o slučaju i traži potpis pomenutog obrasca iz tačke 4. stav a.
 - c. Obavještava bez odlaganja glavnu medicinsku sestru, šefa službe ili direktora o eventualnoj situaciji odbijanja prijema pacijenta sa akutnim tegobama u nadležnom TPM.
 - d. Evidentira pismeno svaki slučaj spora sa timovima PM oko zakazanih korisnika kao i oko prijema pacijenata sa akutnim stanjima. Pomenuta evidencija vrši se u posebnoj knjizi koja nosi radni naziv «Bilješke o sporovima». Pismena zabilješka sadrži najmanje ime i prezime pacijenta, ime i prezime medicinske sestre ili lje-kara koji u spornoj situaciji učestvuje, razlog nastalog spora, vrijeme i datum a potpisuje ga medicinska sestra na recepciji.

F. ZAVRŠNE ODREDBE

1. Ova procedura smatra se sastavnim dijelom Pravilnika o načinu rada u PM DZ _____ i obavezna je za sve članove TPM.
2. Procedura se primjenjuje od 25.01.2006.g.
3. Stupanjem na snagu ove procedure stavlja se van snage ranije odredbe Pravilnika o načinu rada u PM DZ _____ koje su u suprotnosti sa ovom procedurom.

Prilog 1.

Lista za pacijenta sa akutnim tegobama

Ime i prezime pacijenta	Anamneza (zaokružiti ono što odgovara navodima pacijenta)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Povišena temperatura preko 39.st.C 2. Akutna glavobolja 3. Povišen krvni pritisak uz glavobolju ili zabrinutost pacijenta 4. Akutni bol u grudima koji traje duže od 15 min. 5. Nepravilan rad srca 6. Bolovi vezani za maligne bolesti 7. Otežano disanje i promukli kašalj 8. Naglo nastali bol u stomaku 9. Pojačano menstrualno krvarenje i bolne menstruacije 10. Komplikacije u trudnoći 11. Povraćanje 12. Podatak o gubitku svesti 13. Krvarenje iz nosa 14. Asmatični napad 15. Lakše traume 16. Neodložna upućivanja u bolnicu ili na dg.proceduru

Datum i vrijeme:

Potpis medicinske sestre
sa recepcije

Potpis medicinske sestre
nadležnog tima

Dostaviti sa potpisom o prijemu:

1. Timovima porodične medicine,
2. Recepciji PM,
3. Ambulanti hitne pomoći,
4. Ljekarima specijalistima ginekologije i pedijatrije,
5. Zaposlenima CMZ – Procedura o načinu liječenja osoba sa mentalnim poremećajima,
6. Šefovima službi: PM, KSZ službe i Tehničke službe,
7. Glavnoj MS Doma zdravlja,
8. Pravniku-sekretaru ustanove,
9. Ljekarima porodične medicine – Vodič za urgentna stanja.

Direktor DZ _____

DODATAK 2 - UPITNIK ZA SAMOOCJENJIVANJE**DIO I - USLUGE TIMA PORODIČNE MEDICINE****DOSTUPNOST USLUGA**

Standard 1.1 Svi pacijenti moraju dobiti blagovremenu njegu i savjet koji odgovaraju njihovim potrebama.

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.1.1 A	Članovi tima su obučeni da prepoznaju hitna medicinska stanja.			
1.1.1 B	Članovi tima su u stanju da opišu koje vodiče koriste za hitna medicinska stanja i proceduru za pružanje hitne medicinske pomoći.			
1.1.1 C	Tim ima napisanu proceduru (vodiče) za djelovanje po pitanju hitnih medicinskih stanja (pregled dokumenata).			
1.1.2 A	Članovi tima potvrđuju da pacijenti dobijaju konsultacije sa ljekarom u ambulanti u roku od dva radna dana ukoliko su zakazali pregled.			
1.1.2 B	Pacijenti tima izjavljuju da, za ne-hitne medicinske probleme, mogu dobiti konsultacije sa porodičnim ljekarom u roku od dva radna dana, ukoliko su zakazali pregled.			
1.1.2 C	Knjiga zakazivanja pregleda potvrđuje da je pacijentu zakazan pregled unutar dva radna dana.			
1.1.2.D	Članovi tima ohrabruje pacijente da zakazuju preglede (razgovor sa članovima tima i pregled knjige zakazanih pregleda).			
1.1.3 A	Članovi tima opisuju da postoji mogućnost za pacijente kojima su potrebne duže konsultacije da dobiju potrebno vrijeme za konsultaciju.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.1.3 B	Pacijenti koji čekaju, a imaju zakazan pregled, obavještavaju se o razlogu kašnjenja.			
1.1.3 C	Raspored pregleda omogućuje da pacijenti kojima trebaju duže konsultacije zakažu duži pregled.			
1.1.4 A	Članovi tima izjavljuju da prihvataju pozive pacijenata ili im uzvraćaju pozive kada je to potrebno.			
1.1.4 B	Pacijenti tima izvještavaju da mogu dobiti informacije ili savjet vezano za njihovo stanje ili liječenje preko telefona.			
1.1.4 C	Postoji dokaz telefonskog kontakta ljekar/pacijent.			
1.1.4 D	Na oglasnoj tabli postoji informacija o načinu primanja i uzvraćanju poziva pacijenata.			
1.1.4 E	Tim ima proceduru o primanju i uzvraćanju telefonskih poziva pacijenata.			
1.1.5 A	Postoji dokaz o izvršenoj kućnoj ili drugoj posjeti u kartonu pacijenta ili u rasporedu pregleda.			
1.1.5 B	Ljekar i članovi tima su upoznati sa procedurom ustanove o kućnim posjetama i mogu opisati situacije u kojima je posjeta odgovarajuća, uključujući i informaciju o tome šta je ustanova odlučila da je razumna udaljenost i tipove problema koji zahtijevaju posjete.			
1.1.5 C	Pacijenti tima su upoznati sa procedurom tima o pružanju kućnih posjeta (pregled anketnih upitnika, razgovor sa pacijentima).			
1.1.5 D	Tim ima napisanu proceduru o kućnim i drugim posjetama (pregled pravilnika ili knjige procedura).			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.1.6 A	Tim obezbjeđuje obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu 24 sata dnevno, individualno ili kroz smjene.			
1.1.6 B	Na oglasnoj tabli postoji informacija o rasporedu rada van radnog vremena, uključujući i telefonske brojeve na koje pacijenti mogu dobiti dodatne informacije.			
1.1.6 C	Postoji obavještenje, vidljivo izvan ustanove, na kojem se nalazi informacija o stupanju u kontakt sa dežurnim timom (npr. telefonski broj).			
1.1.6 D	Kartoni pacijenata sadrže izvještaje ili zabilješke o konsultacijama van radnog vremena.			

KOMUNIKACIJA S PACIJENTOM**Standard 1.2 Tim otvoreno komunicira s pacijentima i obezbjeđuje dovoljno informacija da bi mogli donijeti odluke o svom liječenju.**

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.2.1 A	Oglasna tabla je na raspolaganju pacijentima. Ta tabla bi trebala sadržavati najmanje slijedeće informacije: - imena članova tima koji rade u ambulanti - lokaciju i broj telefona dežurnog tima - radno vrijeme tima - informaciju o mogućnosti dobijanja zdravstvene usluge van radnog vremena uključujući i telefonske brojeve na koje se pacijenti mogu javiti.			
1.2.2 A	Prosječan broj pacijenata koji primi ljekar u toku sat vremena ne prelazi šest.			
1.2.3 A	Članovi tima potvrđuju da obavještavaju pacijente o svrsi, važnosti, koristima i rizicima predložene pretrage, ili tretmana.			
1.2.3 B	Pacijenti tima izvještavaju da dobijaju dovoljno informacija o svrsi, važnosti, koristi i rizicima predložene pretrage, ili tretmana predloženih od strane ljekara i da su u mogućnosti da donesu odluku o svom liječenju.			
1.2.4 A	Oglasna tabla ili obavještenje u čekaonici sadrži informacije o mogućnostima dobijanja informacije o cijenama usluga.			
1.2.4 B	Članovi tima opisuju na koji način se pacijenti mogu informisati o mogućim dodatnim troškovima prije tretmana, pretraga ili procedura (npr. EKG, hematološke pretrage ili RTG) koji se vrše pored konsultacija.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.2.4 C	Pacijenti tima izvještavaju da su dobili informacije prije tretmana, pretraga ili procedura (npr. EKG, hematološke pretrage ili RTG) koji se vrše pored konsultacija.			
1.2.4 D	Tim ima pisanu brošuru ili letak na kojoj se nalaze informacija o troškovima pretraga, konsultativno-specijalističkih pregleda i drugih procedura na koje se pacijenti upućuju.			
1.2.5 A	Članovi tima opisuju na koji način informišu pacijente o mogućim dodatnim troškovima kada se šalju na pretrage ili na konsultacije sa specijalistom.			
1.2.5 B	Pacijenti tima izvještavaju da su informisani o mogućim troškovima kada su upućeni na dodatne pretrage ili na konsultacije sa specijalistom.			
1.2.6 A	Članovi tima su upoznati sa postojanjem lokalnih zdravstvenih ustanova kao što su dijagnostički centri, bolnice i centri za rehabilitaciju u zajednici i znaju procedure za stupanje u vezu sa njima.			
1.2.6 B	Postoji dokaz o saradnji sa lokalnim zdravstvenim ustanovama i socijalnim službama iz okruženja.			

KLINIČKA NJEGA

Standard 1.3 Tim ima zajednički pristup pri postavljanju dijagnoza i liječenju pacijenata u skladu sa relevantnim kliničkim vodičima

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.3.1 A	Ljekar tima potvrđuje da se uobičajena oboljenja tretiraju u skladu sa kliničkim vodičima.			
1.3.1 B	Zdravstveni kartoni sadrže dokaze da ustanova pruža njegu pacijentima sa uobičajenim stanjima u skladu sa kliničkim vodičima.			
1.3.1 C	Ljekari opisuju koji se klinički vodiči koriste pri tretiranju uobičajenih stanja.			
1.3.1 D	Postoji pristup trenutnim i važećim kliničkim vodičima ustanove ili drugim izvorima podataka.			

PROMOCIJA ZDRAVLJA I PREVENCIJA BOLESTI

Standard 1.4 Tim obezbjeđuje usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti koje su u skladu sa važećom profesionalnom praksom.

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.4.1 A	Tim od registrovanih građana/pacijenata mora uzeti sve podatke u cilju sticanja uvida u njihovu medicinsku i porodičnu istoriju, socijalne faktore, stil života i postojanje faktora rizika.			
1.4.2 A	Postoje poster, pamflet i brošure na raspolaganju pacijentima na oglasnoj tabli, u čekaonici, na recepciji i/ili u sobi za konsultacije.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.4.2 B	Članovi tima opisuju kako koriste pamflete, brošure i informacije u pisanoj formi u cilju pružanja dovoljno informacija pacijentima o njihovom stanju ili oboljenju.			
1.4.3 A	Članovi tima su upoznati sa i informišu pacijente o lokalnim grupama i programima za promociju zdravlja i podstiču ih na uključivanje ako smatraju da je to odgovarajuće.			
1.4.3 B	Tim učestvuje u lokalnim ili nacionalnim programima za promociju zdravlja ili preventivnim programima i projektima.			
1.4.4 A	Postoji dokaz u kartonu pacijenta o preventivnoj njezi uključujući: 1. mjerenje krvnog pritiska, 2. mjerenje nivoa holesterola u krvi, 3. mjerenje nivoa šećera u krvi, 4. mjerenje tjelesne težine i visine i izračunavanje indeksa tjelesne mase, 5. postavljanje pitanja o pušenju i davanje savjeta o pušenju.			
1.4.4 B	Postoji dokaz u kartonu pacijenta o mjerama ranog otkrivanja bolesti i to: 1. uzimanje brisa za papa test, 2. fizikalni pregled dojke i upućivanje na mamografiju, 3. digitalni pregled rektuma i pregled stolice na krv i upućivanje na sigmoskopiju, 4. digitorektalni pregled i upućivanje na test na specifični antigen i ultrazvučnu dijagnostiku.			
1.4.4 C	Tim koristi važeće stručno uputstvo prilikom otkrivanja faktora rizika i ranog otkrivanja bolesti.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.4.5 A	A. Tim koristi: I sistem kartica koji pokazuje krajnje vrijeme za preventivnu aktivnost, ili II sistematsko obilježavanje zdravstvenih kartona za prilagodljivu preventivnu njegu, ili III registar građana/pacijenata po polu i dobi u cilju podsjećanja na vršenje preventivnih aktivnosti, ili IV kompjuterizovani sistem podsjetnika (razgovor sa članovima tima, pregled zdravstvenih kartona, pregled dokumenata, direktno posmatranje)			
1.4.5 B	Pacijenti tima su informisani o postojanju sistema podsjetnika i nudi im se učešće u njima (razgovor sa pacijentima, anketni upitnik)			
1.4.6.A	Tim održava grupna savjetovanja svaka tri mjeseca za registrovane grupe pacijenta sa slijedećim faktorima rizika : 1. povišen krvni pritisak, 2. povišen nivo holesterola u krvi, 3. pušenje (pregled zapisnika/protokola sa grupnog savjetovanja).			
1.4.6.B	Tim održava grupna savjetovanja svaka tri mjeseca za registrovane grupe pacijenta sa slijedećim hroničnim bolestima : 1. kardivaskularne bolesti, 2. dijabetes mellitus, maligne bolesti (pregled zapisnika/protokola sa grupnog savjetovanja).			

PRAVA I POTREBE PACIJENATA**Standard 1.5 Članovi tima poštuju prava i potrebe pacijenata.**

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.5.1 A	Ljekari i članovi tima izjavljuju da nijedan pacijent nije odbijen od strane ljekara na osnovu njenog/njegovog pola, starosti, religije, etničke pripadnosti, seksualnog opredjeljenja ili medicinskog stanja.			
1.5.1 B	Pacijenti tima izvještavaju da su tretirani s poštovanjem od strane ljekara i osoblja.			
1.5.1 C	Članovi tima opisuju kako tretiraju pacijente sa mentalnim poremećajima (razgovor sa članovima tima, pregled dokumentacije).			
1.5.1 D	Tim ima napisanu proceduru o postupanju sa pacijentima sa mentalnim poremećajima (pregled pravilnika, knjige procedura)			
1.5.2 A	Ljekari i članovi tima opisuju na koji način obezbjeđuju privatnost pacijenata.			
1.5.2 B	Vizuelna i auditorijska privatnost je obezbijeđena u sobama za konsultacije i intervencije.			
1.5.2 C	Postoji privatni dio, na primjer iza zaslona ili zavjese, gdje se pacijenti mogu skinuti.			
1.5.2 D	Pacijenti izvještavaju da im je obezbijeđena privatnost u sobama za konsultacije i intervencije.			
1.5.3 A	Članovi tima opisuju kako tretiraju pacijente koji odbijaju određeni tretman.			
1.5.3 B	Tim ima napisanu proceduru o postupanju sa pacijentima koji odbijaju određen tretman.			
1.5.4 A	Ljekari opisuju kakav odnos imaju prema pacijentima koji namjeravaju tražiti drugo mišljenje.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
1.5.4 B	Članovi tima opisuju kakvu proceduru koriste kada pacijenti žele napustiti tim.			
1.5.4 C	Tim ima definisanu proceduru o tome na koji način se na lični zahtjev pacijenta obezbjeđuje mišljenje drugog ljekara ili proceduru koja objašnjava način napuštanja i obezbjeđenja drugog tima pacijentu ima koji žele napustiti tim.			
1.5.5 A	Članovi tima opisuju proceduru tima za primanje i odgovaranje na žalbe pacijenata.			
1.5.5 B	Oglasna tabla ima informacije koje podstiču pacijente da daju svoje žalbe i uopšte svoja mišljenja ljekarima.			
1.5.5 C	Tim ima pisanu proceduru kojom je regulisan način prihvatanja i rješavanje žalbi pacijenata.			
1.5.5 D	Tim periodično analizira prikupljene žalbe i reaguje shodno istima.			
1.5.6 A	Ljekari potvrđuju da traže pristanak pacijenta za prisustvo treće strane u toku konsultacija ili intervencija.			
1.5.6 B	Pacijenti tima pri čijim konsultacijama prisustvuje treća strana izvještavaju da su ih pitali o tome prije konsultacije ili intervencije.			
1.5.7 A	Ljekari potvrđuju da dobijaju pristanak pacijenata za uključivanje u istraživačke projekte.			
1.5.7 B	Tim vodi evidenciju učestvovanja u bilo kakvim istraživačkim projektima, uključujući i protokol i proceduru davanja saglasnosti od strane pacijenata.			

DIO II - MEDICINSKA DOKUMENTACIJA**Standard 2.1 Tim vodi odgovarajuću medicinsku dokumentaciju oboljenja i tretmana pacijenata.**

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samoocjenjivanju (1-5)
2.1.1 A	Tim vodi registar uređen po polu i starosti registrovane populacije.			
2.1.1 B	Tim vodi registar pacijenata sa rizičnim faktorima uključujući: - povišen krvni pritisak, - povišen nivo holesterola u krvi, - pušenje.			
2.1.1 C	Tim vodi registar pacijenata sa hroničnim oboljenjima koji uključuje: kardio-vaskularne bolesti, maligne bolesti i dijabetes melitus.			
2.1.1 D	Članovi tima prave mjesečne i godišnje planove pozivanja pacijenata na pregled da bi omogućili sistematsku preventivnu njegu i rano otkrivanje bolesti.			
2.1.2 A	Tim pokazuje da uputnice slanju pacijenata: - su čitke (i po mogućnosti otkucane), - sadrže dijagnozu, izvršene pretrage i trenutni tretman, - su napisane na odgovarajućem formularu.			
2.1.2 B	Uputnice su evidentirane u kartonu pacijenta.			
2.1.3 A	Za svakog registrovanog pacijenta postoji individualan karton koji sadrži sve kliničke informacije vezane za pacijenta. Zdravstveni karton pacijenta uključuje istoriju, zabilješke, nalaze i mišljenja od strane ljekara specijalista, otpusne liste iz bolnica.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
2.1.3 B	Ljekar je obavezan da u zdravstveni karton unosi sljedeće informacije: 1. trenutni problemi, 2. alergije i osjetljivost, 3. faktori rizika (npr. pušenje i konzumiranje alkohola), 4. lijekovi, imunizacije i tretiranje, 5. socijalna i porodična anamneza, i anamneza prethodnih bolesti.			
2.1.3 C	Svaki zdravstveni karton pacijenta sadrži zabilješku sa svake konsultacije ljekar-pacijent (uključujući i one poslije radnog vremena, kućne posjete ili konsultacije putem telefona koje su bile bitne) koje sadrže: 1. datum konsultacije, 2. razlog konsultacije, 3. problem koji se tretirao, 4. plan tretiranja (uključujući i predviđeni datum pregleda, po potrebi), 5. bilo koji prepisan lijek 6. bilo koju poduzetu preventivnu mjeru, 7. dokumentaciju bilo koje upute u drugu zdravstvenu ustanovu, identifikacija onog ko je obavio konsultaciju.			
2.1.3 D	Kartoni su čitki.			
2.1.3 E	Lijekovi koje pacijent prima se jasno nabrajaju u kartonu uključujući ukupnu, pojedinačnu, dnevnu dozu i broj pakovanja.			
2.1.4 A	Zdravstveni kartoni i drugi dosijei koji sadrže informacije o pacijentima se čuvaju na mjestima gdje je pristup nezaposlenima ograničen.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
2.1.4 B	Članovi tima je upoznato sa zahtjevima povjerljivosti za sve pacijente i shvataju da je kršenje povjerljivosti prekršaj.			
2.1.4 C	Tim ima napisanu proceduru o tretiranju ličnih zdravstvenih informacija.			
2.1.4 D	Pacijenti imaju pristup svojim kartonima na lični zahtjev.			

DIO III - OSIGURANJE I UNAPREĐENJE KVALITETA

Standard 3.1 Tim je posvećen kontinuiranom osiguranju i unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite.

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenivanju (1-5)
3.1.1.A	Tim ima direktan pristup nizu novijih medicinskih tekstova. Ovo može uključivati i pristup računarom.			
3.1.1.B	Tim ima godišnji plan unapređenja kvaliteta (pregled dokumentacije)			
3.1.1.C	Tim ima redovne sastanke (minimum 1 mjesečno) na kojim raspravlja pitanja vezano za unapređenje prakse i kliničku reviziju			

DIO IV - ČLANOVI TIMA

Standard 4.1 Članovi tima moraju imati odgovarajuće kvalifikacije i raditi na sopstvenom profesionalnom usavršavanju.

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samoocjenjivanju (1-5)
4.1.1 A	Ljekar tima je specijalista porodične medicine, na i specijalizaciji iz porodične medicine edukovan iz porodične medicine ili na edukaciji iz oblasti porodične medicine.			
4.1.1 B	Ljekari tima imaju licencu ljeinarske komore.			
4.1.1 C	Medicinske sestre u timu imaju odgovarajuću obuku, kvalifikacije i učestvuju u stalnoj edukaciji.			
4.1.2 A	Najmanje još jedan član tima je prisutan kada je ambulanta otvorena za redovne konsultacije.			

DIO V - FIZIČKI FAKTORI**PROSTORIJE USTANOVE**

Standard 5.1 Tim radi u prostorijama koje su odgovarajuće za rad u porodičnoj medicini i poštuju procedure koje osiguravaju zdravlje, sigurnost, privatnost i udobnost osoblja i pacijenata.

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
5.1.1 A	Tim ima najmanje jednu prostoriju određenu za konsultacije/preglede.			
5.1.1 B	Tim ima najmanje jednu prostoriju određenu za intervencije ili ima pristup takvoj prostoriji.			
5.1.2 A	U prostorijama za konsultacije i intervencije nema jakih zvukova.			
5.1.2 B	Postoji odgovarajuće osvjetljenje u prostorijama za konsultacije i intervencije.			
5.1.2 C	Postoji krevet za preglede u prostoriji za konsultacije i krevet za intervencije u prostoriji za intervencije.			
5.1.2 D	Pacijenti tima su zadovoljni udobnošću u prostorijama za konsultacije i intervencije.			
5.1.2 E	U prostorijama za konsultacije i intervencije se održava ugodna temperatura.			
5.1.3 A	Tim ima čekaonicu dovoljno veliku da primi uobičajen broj pacijenata i pratilaca.			
5.1.3 B	Pacijenti tima izvještavaju da postoji dovoljan broj stolica u čekaonici.			
5.1.4 A	U prostorijama u kojima radi tim postoje toaleti i mjesta za pranje ruku koja su na raspolaganju osoblju, pacijentima i pratiocima.			
5.1.4 B	Postoji znak na toaletu ili znak gdje se isti nalazi.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
5.1.5 A	Tim ima telefonski sistem sa dovoljnim kapacitetom primanja poziva.			
5.1.5 B	Pacijenti tima izvještavaju da nije teško uspostaviti telefonsku vezu sa timom.			
5.1.5 C	Tim ima (unutar ustanove) pristup faksu ili drugom uređaju za elektronsku komunikaciju.			
5.1.6 A	Mjesta na kojima se čuvaju lijekovi u ustanovi su obezbjeđena.			
5.1.6 B	Zdravstveni kartoni, blokovi za recepte, administrativne knjige i ostali zvanični dokumenti nisu na mjestu dostupnom neovlaštenim licima.			
5.1.6 C	Čuvanje i korištenje lijekova se prati odgovarajućom dokumentacijom.			
5.1.7 A	Članovi tima opisuju procedure koje se poduzimaju za čišćenje, dezinfekciju i dekontaminaciju površina.			
5.1.7 B	Tim ima proceduru u pisanoj formi za čišćenje, dezinfekciju i dekontaminaciju ustanove.			
5.1.8 A	Postoje mjesta za pranje ruku u svim prostorijama koje koristi tim za pružanje njege pacijentima.			
5.1.8 B	Članovi tima potvrđuju da peru ruke i prije i poslije bilo kakve procedure koja uključuje direktan kontakt sa pacijentima, krvlju ili tjelesnim tečnostima.			
5.1.8 C	Članovi tima potvrđuju da im je lična zaštitna oprema na raspolaganju i da se koristi kada su u kontaktu sa krvlju ili tjelesnim tečnostima.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
5.1.8 D	Ljekari i članovi tima opisuju kako se u ambulanti primjenjuju standardne mjere opreza za kontrolu infekcija.			
5.1.8 E	Tim ima proceduru u pisanoj formi za kontrolu infekcija u ambulanti.			
5.1.9 A	Članovi tima opisuju poduzete procedure za prethodno čišćenje instrumenata prije sterilizacije.			
5.1.9 B	Tim ima proceduru u pisanoj formi za čišćenje instrumenata prije sterilizacije.			
5.1.10 A	Sterilni instrumenti su uvijek na raspolaganju za korištenje.			
5.1.10 B	Članovi tima opisuju ili pokazuju pravilnu upotrebu i održavanje sterilne opreme i/ili članovi tima opisuju ili pokazuju procedure za bezbjedno transportovanje instrumenata u i iz ustanove.			
5.1.10 C	Sterilni instrumenti se čuvaju na način koji obezbjeđuje njihovu sterilnost.			
5.1.11 A	Članovi tima mogu opisati kako oni bezbjedno odlažu korištene oštre predmete.			
5.1.11 B	Kontejneri za oštre predmete se čuvaju van dometa djece i nisu smješteni na podu.			
5.1.11 C	Ustanova ima proceduru u pisanoj formi za odlaganje oštrih predmeta.			
5.1.12 A	Osoblje je prošlo obuku o riziku infekcija.			
5.1.12 B	Nudi se imunizacija svom osoblju koja odgovara njihovom dužnostima.			
5.1.13 A	Članovi tima potvrđuju da je pušenje zabranjeno u cijeloj ustanovi.			

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-oocjenjivanju (1-5)
5.1.13 B	U prostorijama koje koristi tim postoje znakovi da je pušenje zabranjeno.			
5.1.13 C	Tim ima proceduru u pisanoj formi koja definiše da je pušenje zabranjeno u ustanovi.			
5.1.14 A	Prostorije koje koristi tim se dobro održavaju i vidno su čiste.			

OPREMA TIMA

Standard 5.2 Medicinska oprema i resursi su odgovarajući i mogu obezbijediti sveobuhvatnu njegu na nivou primarne zdravstvene zaštite kao i reanimaciju.

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-oocjenjivanju (1-5)
5.2.1 A	Tim ima potrebnu medicinsku opremu za obezbjeđenje sveobuhvatne primarne njege i reanimaciju.			
5.2.2 A	Ljekar tima ima pristup ljekarskoj torbi.			
5.2.2 B	Ljekarska torba sadrži stetoskop, otoskop, oftalmoskop, aparat za mjerenje krvnog pritiska, opremu za održavanje prohodnosti disajnih puteva, lijekove za urgentne slučajeve, šprice i igle raznih veličina, termometar, bateriju i drugi materijal (uključujući blokove za recepte).			
5.2.3 A	Ne postoje farmaceutski proizvodi, vakcine ili potrošni medicinski materijal u upotrebi kojima je prošao rok trajanja u ambulanti ili ljekarskoj torbi.			
5.2.3 B	Članovi tima opisuju procedure za provjeravanje roka trajanja, i odlaganje materijala sa rokom trajanja.			
5.2.3 C	Tim ima proceduru u pisanoj formi za provjeravanje zaliha.			

FIZIČKI PRILAZ

Standard 5.3 Usluge tima su dostupne svim pacijentima, uključujući i osobe sa onesposobljenjem.

Broj	Indikator	Indikator ispunjen DA/NE	Dokument kojim je regulisan standard (naziv, strana)	Ocjena pri samo-ocjenjivanju (1-5)
5.3.1 A	Postoji pristup invalidskim kolicima prostorijama, uključujući prilaz najmanje jednoj prostoriji za osobe sa onesposobljenjem ili Ako je fizički pristup ograničen, ustanova obezbjeđuje posjete osobama sa onesposobljenjem.			
5.3.1 B	Postoji odgovarajući parking na razumnoj udaljenosti od ustanove.			

DODATAK 3 - ANKETA POVRATNIH INFORMACIJA PACIJENATA

Anketa pacijenata: Ovu anketu vi trebate popuniti. Informacije će ostati povjerljive. To će obezbijediti vrijedne informacije o kvalitetu usluge koju dobijate.

Molimo vas da odgovorite na sva pitanja zaokruživanjem.

- | | | | | | | |
|--|-------|--------|----------|-------|----|----|
| 1. Vaše godine: | 15-20 | 20-30 | 30-40 | 40-50 | | |
| | 50-60 | 60-70 | preko 70 | | | |
| 2. Pol: | muški | ženski | | | | |
| 3. Dolazim u ovu ustanovu više od dvije godine. | | | | | DA | NE |
| 4. Moj doktor me primi u roku od dva radna dana, kada se najavim. | | | | | DA | NE |
| 5. Putem telefona mogu se konsultovati sa svojim doktorom. | | | | | DA | NE |
| 6a. Tražio/la sam kućnu posjetu. | | | | | DA | NE |
| 6b. Ako ste tražili kućnu posjetu, da li ste je dobili? | | | | | DA | NE |
| 7. Postoji li mogućnost da kod svog doktora zakažete pregled ili razgovor? | | | | | DA | NE |
| 8. Doktor mi daje savjete o mojoj bolesti. | | | | | DA | NE |
| 9. Doktor mi daje potrebne upute o mojoj terapiji. | | | | | DA | NE |
| 10. Doktor me upozorava na štetnost pojedinih lijekova. | | | | | DA | NE |
| 11. Doktor objašnjava troškove vezane za predložene terapije. | | | | | DA | NE |
| 12. Doktor mi može približno objasniti troškove vezane za uput specijalisti. | | | | | DA | NE |
| 13. Doktor razgovara sa mnom o zaštiti zdravlja i sprečavanju bolesti (npr. prestanak pušenja i vježbe) | | | | | DA | NE |
| 14. Doktor razgovara o stvarima vezanim za opšte zdravlje (npr. smanjenje težine, dijeta vezana za masnoće). | | | | | DA | NE |
| 15. Doktor me periodično poziva na kontrolne preglede | | | | | DA | NE |
| 16. Mogu slobodno izabrati doktora kod kog ću ići. | | | | | DA | NE |
| 17. Zadovoljan/na sam uslovima u čekaonici (npr. Brojsjedišta, higijena, zagrijanost prostora) | | | | | DA | NE |
| 18. Pri pregledu ili konsultaciji u ordinaciji je obezbjeđena mogućnost da kažem privatne stvari ljekaru ili sestri bez prisustva drugih lica. | | | | | DA | NE |

- | | | |
|--|----|----|
| 19. Zadovoljan/na sam načinom kako me doktor primi. | DA | NE |
| 20. Zadovoljan/na sam opštim pristupom sestara. | DA | NE |
| 21. Pri telefonskom pozivu često je zauzeće na centrali. | DA | NE |
| 22. Znam da postoji mogućnost za žalbe ili primjedbe. | DA | NE |
| 23. Osoblje mi objasni i zakaže kad se trebam javiti na kontrolni pregled. | DA | NE |
| 24. Još jedna osoba je bila prisutna kad me doktor pregledao. | DA | NE |
| 25. Ako da, doktor je tražio moju saglasnost prije pregleda. | DA | NE |
| 26. Mislim da osoblje dovoljno štiti informacije koje dobiju odpacijenta. | DA | NE |

Hvala vam što ste popunili anketu. Cijenimo vas kao pacijenta i pokušavamo vam obezbjediti najbolju uslugu.

Slobodno dodajte bilo kakve dodatne sugestije.

DODATAK 4

PRAVILNIK
o akreditaciji zdravstvenih ustanova
u Republici Srpskoj

Banjaluka, oktobar, 2003. godine

Na osnovu Člana 112. Zakona o administrativnoj službi ("Službeni glasnik Republike Srpske", broj 16/02) i Člana 87-c Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni glasnik Republike Srpske", broj 58/01), direktor Agencije za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske

donosi

PRAVILNIK

o akreditaciji zdravstvenih ustanova
u Republici Srpskoj

I - OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Ovim pravilnikom uređuju se postupci koje Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske (u daljem tekstu Agencija) primjenjuje pri podnošenju i rješavanju zahtjeva za akreditaciju, odnosno navode se uslovi za dodjelu, održavanje i obnavljanje akreditacije, kao i uslovi pod kojima će se akreditacija odbiti, suspendovati ili povući, način podnošenja i rješavanja prigovora i žalbi, kao i način vođenja registra akreditovanih zdravstvenih ustanova. Pod akreditacijom zdravstvenih ustanova podrazumjeva se ocjenjivanje kvaliteta rada zdravstvene ustanove na osnovu primjene utvrđenih standarda i zdravstvenih usluga.

Član 2.

Pravo akreditacije ima zdravstvena ustanova kod koje se u procesu akreditacije utvrdi da se pružanje zdravstvenih usluga obavlja u skladu sa utvrđenim standardima.

Agencija u sprovođenju svojih osnovnih djelatnosti poštuje principe zakonitosti, transparentnosti i javnosti, odgovornosti, efikasnosti i ekonomičnosti i profesionalne nepristrasnosti i neutralnosti.

Član 3.

Unutrašnja organizacija Agencije je utvrđena Pravilnikom o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta.

II - PROCES AKREDITACIJE

Član 4.

Zahtjev za akreditaciju postavlja zdravstvena ustanova koja želi da bude akreditovana. Ustanova koja želi da se akredituje dostavlja pismo o namjerama Agenciji. Agencija ustanovi dostavlja obrazac upitnika ponude, cjenovnik usluga akreditacije i Pravilnik o akreditaciji u kojem je detaljno opisana procedura procesa akreditacije. Pravilnik o akreditaciji donosi Agencija.

Član 5.

Neprihvatanjem ponude od strane ustanove koja se akredituje, akreditacija se zaustavlja.

Ukoliko je ponuda prihvaćena, Agencija dostavlja ustanovi obrazac prijave za akreditaciju i obrazac upitnika o samoocjenjivanju. Ustanova je dužna da prijavu za akreditaciju i upitnik o samoocjenjivanju popuni ispravno i da uz njih dostavi Agenciji sljedeću dokumentaciju na razmatranje:

- Izvod iz registracije organizacije koja se prijavljuje za akreditaciju;
- Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta (ili akt drugog naziva, ali iste namjene);
- Pravilnik o pružanju zdravstvene zaštite (ili akt drugog naziva, ali iste namjene);
- Dokaz o uplati definisane cijene za podnošenje prijave.

Član 6.

Potpisivanjem prijave od strane ustanove koja želi da se akredituje započinje zvaničan proces akreditacije.

Razmatranjem prijave za akreditaciju, Agencija može da utvrdi da ustanova koja se akredituje nije spremna za akreditaciju, čime se proces akreditacije zaustavlja. Ako Agencija utvrdi da prijava ili prateća dokumentacija nisu kompletni ili adekvatno popunjeni, akreditacija se odlaže dok se prijava i prateća dokumentacija ne kompletiraju. Ako Agencija prihvati prijavu, akreditacija se nastavlja.

Član 7.

Agencija imenuje vođu tima ocjenjivača. Vođa tima ocjenjivača priprema i obavlja predocjenjivačku posjetu radi upoznavanja ustanove, te izrađuje izvještaj o predocjenjivanju. Na osnovu izvještaja o predocjenjivanju predlaže broj i strukturu članova tima i izrađuje program ocjenjivanja. Prema prijedlogu vođe tima, Agencija vrši izbor članova tima ocjenjivača i odlučuje o eventualnom uključivanju eksperata u proces ocjenjivanja. Ustanova koja ulazi u proces akreditacije treba da odobri sastav ocjenjivačkog tima.

Član 8.

Ocjenjivači su odgovorni za sprovođenje ocjenjivanja. Ocjenjivač je eksterni, nezavisni provjeravač koji ocjenjuje rad ustanove u odnosu na definisane standarde.

Ocjenjivači su osposobljeni da obavljaju provjeru, i treba da ispunjavaju slijedeće uslove:

- da posjeduju dovoljno ekspertskog znanja za oblasti koje će biti predmet ocjenjivanja,
- da imaju odgovarajuće profesionalno znanje o funkcijama, aktivnostima i primjenljivim procedurama ustanove koja je predmet ocjenjivanja,
- da imaju dovoljno znanja i vještina da sprovede odgovorno ocjenjivanje performansi ustanove u odnosu na kriterijume standarda za akreditaciju.
- da radi u oblasti ili sprovodi djelatnost koja se ocjenjuje.
- da se nalaze na spisku ocjenjivača/eksperata Agencije
- da su prošli svu potrebnu obuku za zvanje ocjenjivača (ne važi za eksperte),
- da ne postoji konflikt interesa po pitanju predmetne organizacije koji bi mogao ugroziti kompetentnost i nepristrasnost postupka ocjenjivanja.

Konflikt interesa za ocjenjivače kao i karakteristike ocjenjivača su definisani internim dokumentima koje donosi Agencija.

Ocjenjivanje se sprovodi kroz:

- Razgovor sa doktorima ustanove i drugim osobljem
- Pregled odabranih medicinskih dokumenata, zdravstvenih kartona i dokumentacije ustanove
- Obilazak prostorija ustanove i pregled medicinske opreme
- Pregled povratnih informacija pacijenata i razgovor sa pacijentima.

Nakon završenog ocjenjivanja podnosi se izvještaj o ocjenjivanju Agenciji za akreditaciju.

Član 9.

Svaki ocjenjivač iz tima je dužan da izradi lične planove provjere ustanove i kontrolne liste pitanja za provjeru. Ocjenjivački tim sprovodi ocjenjivanje ustanove koja se akredituje po ranije utvrđenom programu ocjenjivanja.

Član 10.

Ocjenjivanje se vrši u skladu sa akreditacionim standardima definisanim od strane Agencije, a odobrenim od strane Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Svaki standard se sastoji od grupe kriterijuma. Kriteriji precizno pojašnjavaju zahtjeve koje postavlja standard. Svaki kriterij se ocjenjuje preko indikatora, koji pomažu ocjenjivaču da ocijeni stepen koliko je kriterijum ispoštovan i oni su klasifikovani kao obavezni ili kao neobavezni. Svi kriteriji moraju biti ispunjeni da bi ustanova dobila punu akreditaciju. Kriterij je ispunjen onda kada su svi obavezni indikatori ispoštovani.

Član 11.

Po završenom procesu ocjenjivanja tim definiše nalaze provjere. Vođa tima priprema izvještaj o ocjenjivanju. Ukoliko izvještaj o ocjenjivanju sadrži prijedlog da se akreditacija ne dodijeli, proces akreditacije se zaustavlja. Ukoliko izvještaj o ocjenjivanju sadrži prijedlog o odlaganju akreditacije, ovdje se navodi i rok do koga treba izvršiti naknadne provjere da bi se potvrdilo da je ustanova postigla zahtijevanu usaglašenost sa referentnim standardima. Ukoliko izvještaj o ocjenjivanju sadrži preporuku da se ocjenjivanoj ustanovi dodijeli status akreditacije, on treba da sadrži i prijedlog termina u kome će se vršiti nadzor ocjenjivane ustanove.

Član 12.

Izvještaj o ocjenjivanju se izrađuje u tri primjerka od čega svaki primjerak treba da bude posebno označen i dostavlja se:

- jedan primjerak ocjenjivanoj ustanovi
- jedan primjerak Komisiji za akreditaciju
- jedan primjerak ostaje u arhivi Agencije

III – POSTUPAK SA NALAZIMA OCJENJIVANJA

Član 13.

Komisija za akreditaciju razmatra izvještaj o ocjenjivanju. Djelokrug rada Komisije utvrđen je Poslovnikom o radu Komisije za akreditaciju.

Član 14.

Po isteku roka za podnošenje prigovora, Komisija za akreditaciju na osnovu izvještaja donosi Rješenje o dodjeli akreditacije koje odobrava direktor Agencije.

Opcije po osnovu Rješenja Komisije za akreditaciju mogu biti:

- dodjeljuje se puna akreditacija – bezuslovno
- dodjeljuje se uslovna akreditacija uz plan za sprovođenja predloženih mjera poboljšanja u roku od tri do dvanaest mjeseci.
- ne dodjeljuje se akreditacija.

Član 15.

Akreditacija se dodjeljuje, održava ili obnavlja ustanovi koja:

- ispunjava zahtjeve iz standarda ;
- zadovoljava kriterijume i pravila propisana od strane Agencije
- nadoknađuje Agenciji propisane nadoknade koje su vezane za proces akreditacije

Član 16.

Akreditacija se dodjeljuje na tri godine. Akreditovana organizacija je dužna da koristi akreditaciju u skladu sa odredbama ovog Pravilnika.

Član 17.

Agencija dodjeljuje akreditovanoj ustanovi Potvrdu o akreditaciji i Znak akreditacije, kao dokaz da su ispunjeni uslovi za akreditaciju.

Znak akreditacije je zaštićeni znak za koji Agencija daje pravo korišćenja akreditovanoj ustanovi za sve vrijeme trajanja akreditacije. Znak akreditacije može se koristiti samo uz logotip akreditovane ustanove i/ili njen naziv.

Akreditovana ustanova je u obavezi da osigura da se pri reprodukciji znaka akreditacije očuva njegov oblik, čitljivost i jasnoća, bez ikakve izmjene i/ili izobličavanja.

Akreditovana ustanova može - uz poštovanje ovih Pravila - da koristi znak akreditacije u svojoj poslovnoj dokumentaciji (npr. memorandum, brošure, prospekti), ili na drugim mjestima.

Član 18.

Agencija sprovodi redovan godišnji nadzor kod akreditovanih ustanova, u cilju utvrđivanja načina na koji organizacija održava akreditaciju.

U toku trajanja akreditacije nadzorne posjete sprovode se jednom godišnje, s tim da se prva nadzorna posjeta obavlja godinu dana nakon završenog ocejnjivanja (sa dozvoljenim odstupanjem do dva mjeseca na obe strane, zbog eventualnih objektivnih okolnosti). Agencija zadržava pravo da po potrebi obavi vanredne nadzorne posjete izvan navedenih intervala.

Na osnovu rezultata nadzora, Agencija donosi odluku o daljem statusu akreditacije predmetne ustanove.

Ponovno ocjenjivanje radi produženja, odnosno obnavljanja akreditacije sprovodi se svake treće godine.

Akreditovana ustanova ne smije da koristi znak akreditacije, niti da se poziva na akreditaciju u dokumentima koji se odnose na aktivnosti za koje nije akreditovana.

Akreditovana ustanova ne smije da se poziva na status akreditovane ustanove izvan obima dodijeljene akreditacije. Akreditovana ustanova dužna je da osigura da se korisnici njenih usluga (u slučaju potrebe) na isti način pozivaju na njenu akreditaciju.

Član 19.

Svaka ustanova koja je na osnovu Rješenja o dodjeli akreditacije stekla status akreditovane ustanove dobija dva primjerka Potvrde o akreditaciji i jedan primjerak Znaka akreditacije. Znak akreditacije se dostavlja akreditovanoj ustanovi u elektronskom obliku da ga može koristiti u promotivne svrhe.

Član 20.

Agencija vodi registar akreditovanih zdravstvenih ustanova i objavljuje spisak akreditovanih zdravstvenih ustanova do kraja tekuće godine u "Službenom glasniku Republike Srpske".

IV - AKTIVNOSTI NAKON ODLUKE KOMISIJE

Član 21.

Agencija vrši provjeru sprovođenja predloženih korektivnih mjera, a vođa tima ocjenjivača formira izvještaj o naknadnoj provjeri u tri primjerka koji se dostavljaju ocjenjivanoj ustanovi, Komisiji za akreditaciju i jedan primjerak ostaje u Agenciji.

Član 22.

Agencija obavlja periodični nadzor nad održavanjem akreditacije, te nadzor nad korišćenjem potvrde o akreditaciji i znaka akreditacije sa čim je akreditovana ustanova upoznata preko dokumenta "Pravila o akreditaciji zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj".

V- OBAVEZE I PRAVA AKREDITOVANIH USTANOVA

Član 23.

Akreditovana ustanova obavezuje se da će se u svom radu pridržavati ustanovljene organizacije, sopstvenih pravila i postupaka koji su poslužili kao osnova za dobijanje akreditacije od strane Agencije.

Član 24.

Akreditovana ustanova u obavezi je da čuva sve zapise i druge podatke koji se odnose na obavljanje aktivnosti za koje je ona akreditovana i da osoblju Agencije omogući pristup tim podacima. Rok čuvanja zapisa i podataka je tri godine, osim ako Agencija drugačije ne propiše, ili ukoliko zakonom ili pratećim propisom nije utvrđen drugi rok.

Član 25.

Zapisi kojima se dokazuje obrazovanje, obučenosť i iskustvo, odnosno kompetentnost osoblja akreditovane ustanove, moraju biti redovno ažurirani i takođe moraju biti dostupni Agenciji. Akreditovana ustanova u obavezi je da sve zaposlene upozna s njihovim zadacima i nadležnostima i da to dokumentuje.

Član 26.

Uređenje ugovornog odnosa između akreditovane ustanove i njenih korisnika usluga ne smije stvarati nikakve obaveze ili odgovornosti za Agenciju.

Član 27.

U skladu s međunarodnim standardima koji se odnose na ocjenjivanje i akreditaciju u oblasti zdravstvene zaštite, akreditovana ustanova u toku trajanja akreditacije ima slijedeće obaveze:

- da za vrijeme trajanja akreditacije poštuje ova Pravila i da zadovoljava kriterijume za akreditaciju koje je propisala Agencija
- da koristi pravo na akreditaciju samo za usluge za koje joj je akreditacija dodijeljena i samo kada ih pruža poštujući ova Pravila i kriterijume akreditacije koje je propisala Agencija
- da sprovodi mjere, utvrđene programom unapređenja
- da redovno obavještava Agenciju o svim namjeranim promjenama koje su od značaja za kvalitet, što može uključivati:
 - promjenu pravnog statusa
 - promjenu u delatnosti
 - promjenu lokacije, radnog prostora i/ili prostornog kapaciteta
 - promjenu organizacije
 - promjenu u strukturi ključnog osoblja
 - promjene u procesima koje utiču na kvalitet usluga koje su definisane u obimu akreditacije
- da se saglasi s odlukom Agencije kada namjeravane promjene zahtijevaju ponovno ili dodatno ocjenjivanje
- da obezbijedi predstavnicima Agencije uslove za sprovođenje nadzora u utvrđenim intervalima, da evidentira i čuva zapise o prigovorima korisnika usluga i o preduzetim mjerama i da ih, na zahtjev Agencije stavi na uvid
- da odmah prestane sa korišćenjem potvrde o akreditaciji i znaka akreditacije ukoliko:
 - akreditacija istekne, bude suspendovana ili povučena
 - sprovedene promjene u organizaciji nisu prihvaćene od strane Agencije
 - nisu sprovedene promjene koje se zahtijevaju standardima za akreditaciju
 - nastanu okolnosti koje nepovoljno utiču na kvalitet usluga koje ustanova pruža.
- da svoju akreditaciju, odnosno znak akreditacije, ne koristi na način koji bi ugrožavao reputaciju Agencije, niti se stvara nedoumica u pogledu obima i sadržaja dodijeljene akreditacije, te da ne daje nikakve izjave o svojoj akreditaciji koje se, po ovom Pravilniku, mogu smatrati zloupotrebom dodijeljene akreditacije
- da osigura da nijedan dokument o akreditaciji niti bilo koji njihov dio ne bude korišćen tako da dovodi u zabludu treće lice
- da obezbijedi čuvanje zapisa u vezi s nastalim incidentnim situacijama i podatke o preduzetim mjerama, uključujući zapise korisnika njenih usluga ili treće strane
- da Agenciji dostavi detalje o odlukama pravosudnih organa koje se tiču usluga iz obima akreditacije
- da po saznanju da dolazi do narušavanja i/ili zloupotrebe akreditacije od strane trećih lica, o tome bez odlaganja obavijesti Agenciju
- da se suzdrži od bilo kakvih interpretacija ili davanja informacija o propisima, postupcima i registrima iz oblasti akreditacije za šta je nadležna Agencija
- da se povinuje odlukama Agencije donijetim kao mjera zbog povrede zahtijeva sadržanih u ovom Pravilniku

- da blagovremeno nadoknađuje Agenciji sve troškove koje Agencija utvrđuje na osnovu važećeg Cjenovnika usluga

Član 28.

Akreditovana ustanova ima pravo da:

- podnese zahtjev za izmjenu ili proširenje obima akreditacije
- informiše svoje korisnike i javnost o statusu akreditacije
- stavi na uvid javnosti svoju Potvrdu o akreditaciji
- koristi znak akreditacije kako je definisano ovim Pravilnikom
- zatraži zvanično tumačenje Agencije u slučaju bilo kakvih nedoumica oko korišćenja akreditacije koja joj je dodijeljena.

V - NAČIN FORMIRANJA CIJENA USLUGA AGENCIJE

Član 29.

Troškovi akreditacije zdravstvene ustanove padaju na teret ustanove koja se akredituje kao i troškovi periodičnog ocjenjivanja. Agencija svoje usluge naplaćuje na osnovu važećeg cjenovnika usluga koji je utvrdila Agencija, a odobrava Ministar zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Cjenovnik usluga je podležan promjenama, a Agencija je dužna da blagovremeno obavijesti svoje klijente o svim promjenama cjenovnika.

VI - SUSPENDOVANJE I/ILI POVLAČENJE AKREDITACIJE

Član 30.

Suspendovanje i /ili povlačenje akreditacije može proizaći iz:

- nepravilnog korištenja potvrde o akreditaciji i znaka akreditacije
- nepoštovanja pravila akreditacije
- neispunjenja zahtjeva referentnih standarda za akreditaciju u mjeri koja se zahtijeva za održavanje statusa akreditacije.

Član 31.

Ukoliko se utvrde neusaglašenosti u sistemu kvaliteta akreditovane ustanove, kao i kod upotrebe Potvrde o akreditaciji i Znaka akreditacije, od akreditovane ustanove se zahtijeva sprovođenje odgovarajućih mjera. Korektivne mjere zahtijevaju se kada je akreditovanoj ustanovi potrebno do trideset dana za sprovođenje odgovarajućih mjera.

Član 32.

Agencija suspenduje potvrdu o akreditaciji kada se:

- tokom nadzora ili kontrolom korišćenja potvrde o akreditaciji utvrde neusaglašenosti koje zahtijevaju mjere za čije je sprovođenje potrebno više od mjesec dana, a manje od četiri mjeseca
- ako postoji bilo kakav prekršaj Pravila akreditacije

Član 33.

Agencija povlači potvrdu o akreditaciji kada se:

- tokom nadzora ili kontrolom korišćenja potvrde o akreditaciji utvrde neusaglašenosti koje zahtijevaju mjere za čije je sprovođenje potrebno više od četiri mjeseca
- ustanova kojoj je suspendovana akreditacija nije sprovela odgovarajuće mjere.

VII - NAČIN RJEŠAVANJA PRIGOVORA I ŽALBI

Član 34.

Ustanova u postupku akreditacije i akreditovana ustanova imaju pravo na prigovor ili žalbu u toku trajanja postupka ocjenjivanja, akreditacije ili nadzora u skladu sa Pravilima akreditacije.

Član 35.

Prigovori se podnose Komisiji za akreditaciju u pismenom obliku. Komisija uzima u razmatranje prigovor i donosi odluku u roku od osam (8) dana.

Član 36.

Ustanova u postupku akreditacije i akreditovana ustanova imaju pravo da podnesu žalbu na slijedeće odluke:

- odbijanje prijave za akreditaciju
- negativan nalaz predocjenjivanja kojim se prekida akreditacija
- odluka o akreditaciji kojom se uskraćuje dodjeljivanje akreditacije
- odluka o suspendovanju akreditacije
- odluka o povlačenju akreditacije.

Žalba se podnosi Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite, a rješava se u skladu sa upravnim postupkom.

VIII - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 37.

Sve informacije koje Agencija ili njen predstavnik dobiju tokom dodjeljivanja, održavanja ili obnavljanja akreditacije, tretiraće se kao povjerljive. Agencija preduzima mjere da takve informacije budu dostupne samo licima koja su uključena u postupak akreditacije i neće ih otkrivati trećoj strani bez pisane saglasnosti ovlašćenog lica podnosioca zahtjeva/akreditovane ustanove, osim u slučaju kada je to predviđeno zakonom ili sudskom odlukom.

Član 38.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Broj: 50-GEN-31/03
Dana: 01. decembar, 2003. godine

v.d. Direktora
dr Aleksandar Gajić