1. **ОБЈАШЊЕЊЕ ОЗНАКА У ТАБЕЛАМА:**

| Ознака стандарда | **СТАНДАРДИ** | Сертификација/  акреди-тација | Катего-рија установе | Степен задо-воље-ња | Напомена |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

Колона 1: Ова колона садржи нумеричку ознаку стандарда која олакшава позивање на конкретни стандард.

Колона 2: Ова колона садржи исказ главног захтјева и других, с њиме повезаних захтјева. Главни захтјев дат је масним, а повезани захтјеви - обичним словима.

Колона 3: Ова колона упућује да ли се захтјев односи на сертификацију (ознака С) или акредитацију (ознака А).

Колона 4: Ова колона упућује на категорију болнице за коју важи дати захтјев (ознака 1-4 према Правилнику о категоризацији болница).

Колона 5: Ова се колона користи код самооцјењивања и може садржати сљедеће ознаке: Н (није задовољено); Д (дјелимично задовољено); П (потпуно задовољено) и НП (није примјенљиво).

Колона 6: Ова колона може да садржи коментаре који објашњавају неке детаље у вези са задовољењем захтјева.

1. **СТАНДАРДИ:**

| Подгрупа | 1.1 УСАГЛАШЕНОСТ СА ЗАКОНСКОМ И ДРУГОМ РЕГУЛАТИВОМ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.1.1** | **Установа ради у складу са свим законима Републике Српске и прописима које доносе надлежне институције које управљају здравственим системом.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.1.1.1 | Установа примјењује документовани поступак за идентификацију примјењивих закона и других прописа и за усклађивање с њима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.1.1.2 | Установа предузима мјере за осигурање усаглашености са законима и другим прописима. | С | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.2 ПЛАНИРАЊЕ И УПРАВЉАЊЕ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.2.1** | **Установа има документовану** **изјаву о мисији, визији и вриједностима која је доступна јавности.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.1.1. | Цјелокупно особље упознато је с изјавом о мисији, визији и вриједностима. | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.1.2 | Изјава о мисији, визији и вриједностима дио је стратешког плана установе. | А | 1-4 |  |  |
| **1.2.2** | **Установа је документовала политике, значајне за реализацију мисије, и то:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.2.1 | Политика квалитета здравствених услуга, | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.2.2 | Политика заштите животне средине, | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.2.3 | Политика безбједности и заштите на раду, | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.2.4 | Политика безбједности хране, | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.2.5 | Политика безбједности и сигурности информација, | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.2.6 | Политике су доступне јавности, | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.2.7 | Сви запослени упознати су с политикама установе. | С | 1-4 |  |  |
| **1.2.3** | **Политике су уведене у примјену, процјењује се степен њихове примјене и оне се ревидирају у складу с одговарајућим законским прописима и потребама установе.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.2.4** | **Установа посједује стратешки план за период најмање три године.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.4.1 | Стратешки план одобрен је од стране Министарства здравља и социјалне заштите РС. | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.4.2 | Постоји механизам за периодично преиспитивање и ажурирање стратешког плана. | А | 1-4 |  |  |
| **1.2.5** | **Установа посједује годишњи план пословања.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.5.1 | Годишњи план пословања одобрен је од стране Управног одбора установе. | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.5.2 | Годишњи план садржи мјерљиве циљеве, активности које су усмјерене на унапређење квалитета услуга, система менаџмента, повећање степена задовољстава корисника, заштиту животне средине и безбједност на раду. | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.5.3 | Руководиоци организацијских јединица упознати су с годишњим планом пословања. | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.5.4 | Руководство установе редовно прати реализацију годишњег плана пословања и ревидира га по потреби. | А | 1-4 |  |  |
| **1.2.6** | **Установа има усвојен и примијењен кодекс пословне етике.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.6.1 | Сви запослени упознати су с кодексом пословне етике установе. | А | 1-4 |  |  |
| 1.2.6.2 | Установа прати да ли се кодекс пословне етике примјењује. | А | 1-4 |  |  |
| **1.2.7** | **Установа посједује кућни ред који у равној мјери обавезује запослене, пацијенте и посјетиоце.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.7.1 | Кућни ред истакнут је на видним мјестима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.7.2 | Пацијенти се с кућним редом упознају приликом пријема. | С | 1-4 |  |  |
| 1.2.7.3 | Одговорност за упознавање пацијената с кућним редом је дефинисана. | С | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.3 УНУТРАШЊА ОРГАНИЗАЦИЈА |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.3.1** | **Установа је дефинисала и документовала своју унутрашњу организацију.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.1.1 | Унутрашња организација установе приказана је у виду организационе шеме која јасно приказује структуру управљања установом. | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.1.2 | Организационом шемом дефинисана су имена и називи функција руководства установе и руководства организацијских јединица (начелник, шеф, руководилац, директор, итд.). | А | 1-4 |  |  |
| 1.3.1.3 | Организациона шема представљена је и објашњена свим запосленим. | С | 1-4 |  | Нпр. током увођења новог радника у посао, или.путем организоване обуке |
| 1.3.1.4 | Организациона шема је ажурна и одражава постојеће стање. | А | 1-4 |  |  |
| **1.3.2** | **Организационом шемом дефинисано је ко чини руководство установе:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.3.2.1 | Директор/генерални директор, | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.2.2 | Директор(и)/помоћник за медицинске послове, | А | 1-4 |  |  |
| 1.3.2.3 | Административни/немедицински директор(и), или помоћник за немедицинске послове, | А | 1-4 |  |  |
| 1.3.2.4 | Директор/руководилац за управљање квалитетом, | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.2.5 | Директор/главна сестра за питање сестринства. | С | 1-4 |  |  |
| **1.3.3** | **Установа има документовану систематизацију радних мјеста.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.3.4** | **Установа има сталне одборе, тимове или комисије најмање за сљедеће области:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.4.1 | Лијекови и терапија, | С | 1-4 |  | Установа може да има само један одбор, тим или комисију за све наведене области |
| 1.3.4.2 | Операционе сале, | С | 1-4 |  |
| 1.3.4.3 | Безбједност и заштита на раду, | С | 1-4 |  |
| 1.3.4.4 | Квалитет, | С | 1-4 |  |
| 1.3.4.5 | Заштита права пацијента, | С | 1-4 |  |
| 1.3.4.6 | Управљање инфекцијама. | С | 1-4 |  |
| **1.3.5** | **Одбори/тимови/комисије имају дефинисане задатке, чланове и начин извјештавања.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.5.1 | У тим се именују запослени, који добро познају процес рада. | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.5.2 | За унапређење процеса тимови користе циклус учења (PDCA или други). | А | 1-4 |  |  |
| 1.3.5.3 | Тимови користе алате за унапређење квалитета. | А | 1-4 |  | Парето дијаграм, брejнсторминг, дијаграм сличности, дијаграм „рибља кост“, итд. |
| **1.3.6** | **Установа има директора/руководиоца за медицинска питања који је квалификован и посједује радно искуство.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.6.1 | Директор/руководилац за медицинска питања има годишњи план рада одобрен од стране генералног директора. | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.6.2 | Директор/руководилац за медицинска питања прати примјену клиничких путева и стандарда који се односе на пружање медицинских услуга и предузима корективне мјере када стандарди нису задовољени. | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.6.3 | Директор/руководилац за медицинска питања има редовне, документоване састанке с особљем. | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.6.4 | Директор/руководилац за медицинска питања организује рад на припреми планова, политика и процедура у вези с клиничким квалитетом. | С | 1-4 |  |  |
| 1.3.6.5 | Директор/руководилац за медицинска питања иницира и прати пројекте унапређења квалитета клиничких процеса. | А | 1-4 |  | Нпр. пројекти клиничке ревизије |

| Подгрупа | 1.4 УПРАВЉАЊЕ РЕСУРСИМА |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | ***а) Обезбјеђење ресурса*** |  |  |  |  |
| **1.4.1** | **Установа планира и обезбјеђује ресурсе, који су засновани на мисији установе, обиму и структури пружених услуга, а укључују најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.1.1 | Најважније материјале и опрему, | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.1.2 | Медицинску документацију, | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.1.3 | Крв и крвне продукте, | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.1.4 | Лијекове за хитне случајеве, | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.1.5 | Слободне постеље. | С | 1-4 |  |  |
| **1.4.2** | **Установа располаже с довољно ресурса који су неопходни за пружање сигурних медицинских услуга.** | С | 1-4 |  | Према *Правил-нику о условима за почетак рада здравствене установе* и плановима пружања медицинских услуга. |
|  | ***б) Људски ресурси*** |  |  |  |  |
| **1.4.3** | **Установа има директора/руководиоца за кадровске послове који посједује одговарајуће радно искуство и образовање.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.4** | **Установа има службу/јединицу за кадровске послове с довољним бројем запослених и одговарајућом опремом, у складу с намјеном службе/јединице.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.5** | **Установа има дефинисане опште и посебне захтјеве и опис посла за свако радно мјесто.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.5.1 | Захтјеви за радно мјесто укључују захтјеве у погледу стручне спреме, знања, вјештина и радног искуства, те захтјеве за посједовањем доказа о квалификацији, као што су дипломе, лиценце, сертификати или потврде о положеним стручним испитима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.5.2 | Постоји доказ да сваки запослени има дефинисан опис посла и да је упознат с њим. | С | 1-4 |  |  |
| **1.4.6** | **Установа има дјелотворан процес праћења рокова важења лиценци или сертификата у складу са законом и прописима о професионалној дјелатности.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.6.1 | Валидност диплома, лиценци и сертификата обавезно се провјерава приликом запошљавања. | С | 1-4 |  |  |
| **1.4.7** | **Установа има годишњи план људских ресурса.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.7.1 | Годишњи план минимално садржи: број и структуру запослених неопходних за реализацију мисије, стратешких циљева, те програм запошљавања и развоја особља. | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.7.2 | Установа посједује довољан број особља који се одржава у сваком тренутку, укључујући периоде годишњих одмора. | С | 1-4 |  |  |
| **1.4.8** | **Установа посједује и примјењује документовани поступак за увођење у посао нових запослених и оних који се премјештају на ново радно мјесто унутар установе.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.8.1 | Поступак пријема нових запослених подразумијева и упознавање с мисијом, кључним вриједностима, организацијом и политикама установе, те упознавање с мјерама безбједности и заштите на раду, мјерама заштите животне средине, правима пацијената и правима запослених. | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.8.2 | Поступак пријема нових запослених садржи упознавање с описом послова, методама процјене знања и вјештина и планом едукације о коришћењу опреме. | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.8.3 | Установа има документ којим потврђује да је нови запослени завршио обуку за увођење у посао, што он овјерава својим потписом. | С | 1-4 |  |  |
| **1.4.9** | **Установа идентификује потребе за обуком и планира обуку запослених.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.9.1 | Годишњи план обуке дио је годишњег пословног плана установа. | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.9.2 | Медицински сектор има програм едукације (академски програм) с распоредом едукативних активности које се заснивају на потребама установе. | А | 3, 4 |  |  |
| **1.4.10** | **Установа има „Приручник за запослене“ који се уручује сваком новом запосленом.** | А | 3, 4 |  |  |
| **1.4.11** | **Установа примјењује документовани поступак за рјешавање приговора и жалби запослених.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.12** | **Установа има ефективан систем процјене учинка запослених.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.4.12.1 | Сви запослени читају и потписују своју оцјену рада/евалуације. | А | 1-4 |  |  |
|  | ***ц) Инфраструктура*** |  |  |  |  |
| **1.4.13** | **Установа посједује инфраструктуру која одговара врсти услуга, доброј професионалној пракси и прописаним нормативима.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.4.14** | **Просторије установе уређене су и означене тако да омогућавају лако сналажење у простору, а путокази, ознаке смјерова кретања, пожарних путева, санитарних просторија, називи одјељења, ознаке упозорења и друге ознаке јасно су видљиве.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.4.15** | **Постоји довољан број мјеста за парки-рање, резервисаних за пацијенте, а мјеста за паркирање, намијењена особама с инвалидитетом, јасно су означена.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.16** | **Особама с инвалидитетом омогућен је приступ и кретање по кругу и просто-ријама установе. Тамо гдје то није могуће због постојања физичких препрека, установа обезбјеђује да се пацијентима пружи услуга на њима доступном мјесту.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.17** | **Установа осигурава да се рад обавља под контролисаним условима околине, гдје год ти услови утичу на квалитет рада.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.17.1 | Установа посједује записе о праћењу услова радне средине, тамо гдје је то неопходно. | С | 1-4 |  |  |
| 1.4.17.2 | Садржај ових записа, надлежности за вођење и поступак вођења јасно су утврђени. | С | 1-4 |  |  |
|  | ***д) Финансијски ресурси*** |  |  |  |  |
| **1.4.18** | **Установа утврђује годишњи буџет за сваку организациону јединицу.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.19** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке који утврђују одговорности и овлашћења руководилаца организационих јединица за управљање буџетом и за извјештавање о томе.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.20** | **Постоји датирана, документована листа опреме, услуга или пројеката за које се може одобрити прикупљање новчаних средстава за потребе установе. Одобрење издаје менаџмент, односно управни одбор.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.4.20.1 | Установа је одговорна за руковање добротворним средствима и/или поклонима. | А | 1-4 |  |  |
| 1.4.20.2 | Било који преостали дио добротворних средстава инвестира се у складу с текућим законом. | А | 1-4 |  |  |
| **1.4.21** | **Постоји датирана, документована процедура за провјеру статуса осигурања сваког пацијента.** | С | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.5 ИНТЕРНЕ ПРОВЈЕРЕ, КОРЕКТИВНЕ И ПРЕВЕНТИВНЕ МЈЕРЕ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.5.1** | **Установа посједује и примјењује програм и документоване поступке за спровођење интерних провјера. Програм интерних провјера обухвата најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.1.1 | Управљање установом и њеним организационим цјелинама, | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.1.2 | Квалитет пружених услуга и задовољство пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.1.3 | Мјере заштите животне средине, | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.1.4 | Мјере безбједности и заштите здравља пацијената, особља и посјетилаца, | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.1.5 | Мјере безбједности хране, | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.1.6 | Мјере безбједности и сигурности информација, | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.1.7 | Мјере управљања финансијама. | С | 1-4 |  |  |
| **1.5.2** | **Руководство установе периодично анализира резултате провјера и утврђује мјере за отклањање утврђених неусаглашености и проблема.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.5.3** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке за препознавање неусаглашености у процесима рада и за њихово рјешавање.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.15.3.1 | Установа има дефинисан механизам за спровођење корективних мјера и оцјену њихових ефеката, те доказе о проведеним мјерама. | С | 1-4 |  |  |
| **1.5.4** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке за спречавање настанка неусаглашености и проблема у процесима рада.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.5.4.1 | За идентификоване потенцијалне неусаглашености и проблеме установа припрема и спроводи план превентивних мјера. | С | 1-4 |  |  |
| **1.5.5** | **Установа процјењује ефекте примјене планова превентивних и корективних мјера, о чему постоје документовани докази.** | С | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.6 УПРАВЉАЊЕ ТОКОВИМА ИНФОРМАЦИЈА |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.6.1** | **Установа има план управљања информацијама.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.6.2** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке за пријем и дистрибуцију информација, те њихову категоризацију у погледу безбједности, тајности и интегритета.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.6.3** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке за управљање информацијама које долазе из екстерних извора као што су:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.3.1 | Службена акта и публикације, | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.3.2 | Усмени и писмени захтјеви, приговори и жалбе корисника услуга, | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.3.3 | Медицинска документација о пацијентима која стиже из других здравствених установа, | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.3.4 | Захтјеви за извјештавањем надлежних државних органа и агенција. | С | 1-4 |  |  |
| **1.6.4** | **Установа осигурава да све информације, намијењене за саопштавање организацијама изван установе или јавности, буду провјерене и одобрене прије саопштавања.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.4.1 | Дефинисана је надлежност за њихово саопштавање. | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.4.2 | Установа именује лице за контакт с јавношћу, које посједује квалификације и радно искуство. | А | 1-4 |  |  |
| **1.6.5** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке за ефективну вертикалну и хоризонталну комуникацију који обухватају најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.5.1 | Обавјештавање запослених о плановима и циљевима, постигнутим резултатима и мјерама за побољшање процеса рада, | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.5.2 | Чување копија свих информација у архиви установе у трајању које одговара врсти информације или прописима регулаторних органа | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.5.3 | Прикупљање приједлога и повратних информација од запослених. | А | 1-4 |  |  |
| **1.6.6** | **Установа има политику о одржавању повјерљивости података, што укључује:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.6.1 | Одређивање права приступа подацима према врсти и категорији, по принципу: “Омогућити приступ само оним подацима и само оном особљу гдје је то неопходно”, | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.6.2 | Политику казнених мјера које ће се примијенити у случају да особље наруши безбједност и повјерљивост података. | А | 1-4 |  |  |
| **1.6.7** | **Установа има план едукације особља о управљању информацијама.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.6.8** | **Установа има документоване поступке за управљање радом и одржавањем свих информационо-комуникационих система, рачунарских мрежа, програма и база података** | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.8.1 | Установа осигурава надзор над тајношћу, сигурношћу и заштити електронских података. | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.8.2 | Постоји планирани, документовани систем за чување података у случаја квара рачунара или нестанка електричне енергије. | А | 1-4 |  |  |
| 1.6.8.3 | Систем обухвата самосталне рачунаре и оне повезане у рачунарску мрежу. | А | 1-4 |  |  |
| **1.6.9** | **Установа посједује и примјењује документовани поступак који осигурава:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.9.1 | Да је адекватност неког документа провјерена прије његовог издавања, | С | 1-4 |  | Посебно важно код политика и документованих упутстава за рад |
| 1.6.9.2 | Да се документа периодично прегледају, ажурирају према потреби и поново одобравају, | С | 1-4 |  |
| 1.6.9.3 | Да се може препознати текућа (важећа) верзија документа, | С | 1-4 |  |
| 1.6.9.4 | Да су важеће верзије докумената расположиве на свим мјестима гдје треба да се користе, | С | 1-4 |  |
| 1.6.9.5 | Да су документа читљива и лако доступна, те да се могу лако идентификовати, | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.9.6 | Да су документа екстерног поријекла, која су установи неопходна, означена на погодан начин и да се управља њиховом дистрибуцијом, | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.9.7 | Да је спријечена ненамјерна употреба застарјелих докумената, те да су таква документа означена на погодан начин, ако ипак остају у употреби, из било којег разлога. | С | 1-4 |  | На примјер, у циљу едукације |
| **1.6.10** | **Установа посједује и примјењује документовани поступак за управљање записима од важности за организацију и записима, који се формирају у складу са законском регулативом.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.10.1 | Процедура утврђује надлежности, овлашћења и поступке за приступ записима, те начине за њихово означавање, складиштење, заштиту, чување и уништење по престанку потребе за њима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.6.10.2 | Записи су читљиви, могу се једноставно идентификовати и доступни су на мјестима чувања. | С | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.7 УПРАВЉАЊЕ КВАЛИТЕТОМ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.7.1** | **Установа је документовала свеобухватни план за управљање квалитетом услуге и безбједношћу пацијената. Овај план садржи најмање:** | С | 1-4 |  | У пословнику о квалитету или документу сличне намјене |
| 1.7.1.1 | Политику квалитета, опште и посебне циљеве у вези с управљањем квалитетом услуге и безбједношћу пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.2 | Дефиниције важних појмова који се односе на квалитет, управљање ризиком и безбједност пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.3 | Опис подручја рада и поступака који ће се користити за управљање квалитетом и континуирано побољшање квалитета услуге, управљање ризиком и безбједношћу пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.4 | Опис задатака и одговорности запослених на свим нивоима у вези с квалитетом, ризиком и безбједношћу пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.5 | Опис оквира за спровођење едукације особља из области квалитета, управљања ризиком и безбједношћу пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.6 | Опис како ће стандарди квалитета бити примијењени и одржавани, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.7 | Опис како ће функционисати идентификација проблема, прикупљање информација, примјена корективних и превентивних мјера и евалуација постигнутих резултата, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.8 | Опис поступка прикупљања и анализе података (мјерење), те поступка примјене мјера и евалуације постигнутих побољшања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.9 | Опис како руководство идентификује пројекте за унапређење квалитета и како одређује њихов приоритет, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.10 | Опис како тимови/комисије за унапређење квалитета подносе извјештаје савјету за унапређење квалитета, | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.1.11 | Опис како ће информације о активностима унапређења квалитета бити саопштене свима у организацији. | С | 1-4 |  |  |
| **1.7.2** | **Највише руководство развија и примјењује показатеље који се користе за планирање и унапређење квалитета.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.2.1 | Установа прати најмање оне показатеље које прописује Министарство здравља и социјалне заштите. | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.2.2 | Подаци за израчунавање ових показатеља редовно се прикупљају и обрађују. | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.2.3 | На основу остварених показатеља установа побољшава процесе и исходе пружених услуга. | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.2.4 | О кретању ових показатеља установа извјештава Агенцију за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске. | С | 1-4 |  |  |
| **1.7.3** | **Особље, које анализира показатеље и идентификује варијације и трендове, познаје методе за приказивање и анализирање података.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.3.1 | Подаци се упоређују интерно (историјски тренд) и екстерно када је могуће (бенчмаркинг). | А | 1-4 |  |  |
| **1.7.4** | **Руководиоци у установи активно су укључени у пројекте у вези с квалитетом и учествују у едукацији из области управљања квалитетом, управљања ризиком и безбједности пацијената.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.7.4.1 | Руководиоци у установи планирају и реализују пројекте клиничке ревизије које користе као ефективно средство за унапређење квалитета. | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.4.2 | Руководиоци користе клиничке путеве као основу за планирање пројеката клиничке ревизије и за унапређење клиничке праксе. | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.4.3 | Руководиоци у установи подстичу све особље да учествује у едукацији из области управљања квалитетом, управљања ризиком и безбједности пацијената. | А | 1-4 |  |  |
| **1.7.5** | **Постоји координирани, свеобухватни и континуирани процес едукације у вези с квалитетом, безбједношћу пацијената и управљањем ризиком. Овај процес обухвата релевантно особље које се обучава за примјену појмова и алата у најмање сљедећим дисциплинама:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.5.1 | Термини и дефиниције из управљања квалитетом, безбједношћу пацијената и управљања ризиком, | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.5.2 | Основе тимског рада, | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.5.3 | Приказивање и коришћење података, | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.5.4 | Алати за побољшање квалитета, | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.5.5 | Алати за управљање ризиком, | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.5.6 | Циклус учења о квалитету и побољшања квалитета, | А | 1-4 |  | PDCA или други |
| 1.7.5.7 | Клиничка ревизија, | А | 1-4 |  |  |
| 1.7.5.8 | Алати за доношење одлука. | А | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.8 УПРАВЉАЊЕ РИЗИКОМ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | ***а) Сузбијање болничких инфекција и надзор над њима*** |  |  |  |  |
| **1.8.1** | **Руководство установе доноси и спроводи програм за сузбијање болничких инфекција и надзор над њима.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.1.1 | Установа идентификује епидемиолошки важне инфекције, планира процесе и опрему неопходну за њихово сузбијање. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.1.2 | Установа посједује годишњи план сузбијања болничких инфекција и надзор над њима. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.2** | **Најмање једно стално запослено лице задужено је за реализацију активности у вези са сузбијањем инфекција и надзор над њима.** | С | 1-4 |  | Ово не значи да се отвара посебно радно мјесто, ради се само о задужењу. Потребна је једна особа на сваких 150-250 кревета. |
| 1.8.2.1 | Особље, задужено за сузбијање инфекција, квалификовано је по основу обуке, едукације, радног искуства или сертификације и посједује материјално-техничке услове за свој рад. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.3** | **У раду одјељења, тима или комисије за сузбијање инфекција учествују представници медицинског особља, представници управе, те лице непосредно задужено за реализацију програма сузбијања инфекција.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.3.1 | Одјељење, тим или комисија одржава састанке најмање једном у три мјесеца који су документовани. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.3.2 | Одјељење, тим или комисија добија податке, потребне за њен рад, од других служби као што су: операционе сале, централна стерилизација, апотека, лабораторије, кухиња и сл., | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.3.3 | Одјељење, тим или комисија прати реализацију годишњег плана за сузбијање болничких инфекција и ревидира га по потреби. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.4** | **Програм за сузбијање инфекција заснован је на:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.4.1 | Најновијим научним сазнањима, | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.4.2 | Утврђеним смјерницама за добру клиничку праксу, | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.4.3 | Примјењивим законским и подзаконским документима. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.5** | **Политике у вези с управљањем инфекцијама обједињене су у одговарајући приручник који садржи најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.1 | Поступак прања руку, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.2 | Поступак уклањања клиничког и неклиничког отпада, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.3 | Поступак који се примјењује приликом избијања инфекције, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.4 | Поступак за технике изолације и заштиту професионалног особља, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.5 | Поступак за превенцију ширења вируса који се преносе путем крви и профилаксу након излагања тим вирусима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.6 | Поступак с микроорганизмима, резистентним на антибиотике, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.7 | Поступак с високоризичним пацијентима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.8 | Процедура за спречавање инфекција за вријеме руковања лабораторијским узорцима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.9 | Тоалета уграђених уринарних катетера, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.5.10 | Тоалета периферних и централних венских катетера. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.6** | **Приручник за сузбијање инфекција доступан је цјелокупном особљу на свим одјељењима гдје се лијече пацијенти.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.6.1 | Садржај приручника периодично преиспитује задужено особље и одјељење, тим или комисија за сузбијање инфекција. Садржај приручника унапређује се у складу с научним препорукама. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.7** | **Установа посједује програм медицинске едукације којим се обезбјеђује обука новозапослених и унапређују знање и вјештине особља задуженог за сузбијање инфекција.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.8** | **Установа континуирано прикупља и анализира податке о надзору над болничким инфекцијама, сагласно утврђеној политици.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.8.1 | Резултати надзора користе се у пројектима унапређења квалитета. | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.8.2 | Резултати надзора редовно се саопштавају особљу, докторима и управи. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.9** | **Установа спроводи периодичне здравствене прегледе запослених и води о томе документацију.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.10** | **Постоје документоване политике које се односе на спречавање инфекција за вријеме трајања грађевинских радова.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.10.1 | Након завршетка грађевинских радова обавезно се спроводи испитивање на гљивичне културе, а резултате тих испитивања прегледа тим за спречавање инфекција. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.11** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке који се односе на правилну употребу рукавица, униформи, маски, заштитних наочара.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.11.1 | Коришћење рукавица, униформи и маски надзире руководилац организационе јединице, главна сестра, тим за спречавање инфекција. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.11.2 | Рукавице, униформе и маске исправно се користе. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.11.3 | Рукавице се носе увијек када постоји опасност од контакта с крвљу/тјелесним течностима обољелог. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.11.4 | Рукавице се скидају и одбацују послије употребе. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.11.5 | Контаминиране рукавице не користе се код додиривања чистих површина (телефона, оловке, папира и фасаде). | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.11.6 | Униформе или друга заштитна одјећа носе се за вријеме обављања свих процедура код којих може доћи до прскања, натапања крвљу или другим тјелесним течностима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.11.7 | Маске и заштитне наочаре/штитници за лице, носе се за вријеме процедура код којих може доћи до прскања капљица крви или тјелесних течности. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.12** | **У установи се строго поштују правила за одржавање хигијене руку.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.12.1 | Постоје и примјењују се документовани поступци који се односе на хигијену руку. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.12.2 | Хигијена руку одржава се у складу с документованим поступцима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.12.3 | На располагању је довољан број мјеста и прибора за одржавање хигијене руку. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.12.4 | Тоалети, мјеста и опрема за прање руку и купање задовољавају потребе установе, одржавају се у исправном стању и чисти су. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.13** | **Установа има документоване политике и процедуре које се односе на руковање оштрим предметима и поступање у случају повреде.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.13.1 | Игле се не савијају, ломе, нити се на њих враћа капица, сем у специјалним и одобреним околностима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.13.2 | Оштри предмети одбацују се у одговарајуће контејнере. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.13.3 | Кутија у коју се одбацују оштри предмети не може се пробити иглом, водонепропусна је и не представља опасност за особље или пацијенте. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.13.4 | Кутије за оштре предмете правилно се користе: не препуњавају се, не отварају се да би се оштри предмети пребацили у друге контејнере, налазе се у висини или испод висине ока. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.13.5 | Кутије за оштре предмете шаљу се на спаљивање када су попуњене ¾ запремине. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.13.6 | Постоји систем за одвајање игала за пацијенте са заразним болестима од других пацијената, особља и посјетилаца. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.14** | **Установа посједује могућност изолације заражених пацијената.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.14.1 | Тоалет, туш-кабина/када и лавабо за прање руку налазе се у свакој соби за изолације. | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.14.2 | Ознаке простора за изолацију су у складу с обољењем пацијента и указују које су мјере предострожности потребне. | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.14.3 | У контакту с обољелим пацијентом, чији узрочник болести се преноси ваздухом, особље користи респираторне маске (са високом филтрацијом, N-95, N-99) које су доступне у свим просторима гдје се такви пацијенти могу срести. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.15** | **Антисептици и средства за дезинфекцију користе се у складу с научним смјерницама и препорученом праксом.** | С | 1-4 |  |  |
|  | ***б) Стерилизација*** |  |  |  |  |
| **1.8.16** | **Руководилац службе централне стерилизације посједује искуство, знање, курс или сертификат за послове стерилизације.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.17** | **Особље које ради у централној стерилизацији квалификовано је за послове стерилизације и дезинфекције по основу интерне обуке, курсева или стажа.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.17.1 | Особље је у стању да објасни принципе рада стерилизатора, да наведе главне параметре који морају да се прате: трајање стерилизације, температуру и притисак и сл. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.18** | **Деконтаминација, чишћење и стерилизација медицинске опреме обавља се у централној стерилизацији, а не на клиникама/одјељењима.** | С | 1-4 | НП |  |
| 1.8.18.1 | Транспорт контаминиране опреме до централне стерилизације обавља се тако да се спријечи проливање или распршивање инфективних течности. | С | 1-4 | НП |  |
| **1.8.19** | **Просторије у којима се обавља централна стерилизација у складу су са стандардима и намјеном.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.19.1 | Постоји једносмјерни проток предмета-материјала од прљавог до чистог подручја. | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.19.2 | Постављени су видни знаци за усмјеравање протока материјала. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.20** | **Централна стерилизација примјењује мјере којима се осигурава безбједност особља и правилно функционисање службе.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.20.1 | Опрема за личну заштиту је на располагању и користи се током деконтаминације (рукавице са појачаном заштитом, водонепропусне кецеље, маске, заштитне наочаре или штит за лице). | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.20.2 | Стерилизатори су у исправном радном стању. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.20.3 | Доступна су упутства за руковање стерилизаторима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.20.4 | Доступни су подаци о редовном, периодичном, сервисном одржавању стерилизатора. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.20.5 | Трајање стерилизације, постигнути температурни циклус у складу су са оним што се сматра добром праксом стерилизације. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.21** | **Провјеравају се и документују резултати процеса стерилизације.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.21.1 | Хемијски индикатори стерилизације користе се у сваком паковању. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.21.2 | Биолошки индикатори користе се најмање једном недељно. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.21.3 | Записи о стерилизацији чувају се годину дана након завршене стерилизације, ради омогућавања контроле. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.21.4 | Записи укључују: списак предмета-материјала који су стерилисани, дневни тест функционалности стерилизације, тестирање на споре, ознаку серије и име руковаоца. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.21.5 | Сваки предмет који је стерилизован и упакован носи ознаку када му истиче рок употребе и изјаву "Стерилност је очувана ако је паковање неоштећено." | С | 1-4 |  |  |
|  | ***ц) Одржавање чистоће, дезинфекција, дезинсекција и дератизација*** |  |  |  |  |
| **1.8.22** | **За одржавање чистоће постоје документована упутства која описују која се подручја чисте, распоред и поступак чишћења.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.22.1 | Сва одјељења посједују распоред/план чишћења/дезинфекције који наводи све површине које се чисте. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.22.2 | Документ садржи попис предмета које треба очистити, хемикалије које се користе при чишћењу, учесталост чишћења и особе задужене за сваку активност. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.22.3 | Тим за управљање инфекцијама преиспитује поступке и распоред чишћења, те средства која се користе при чишћењу. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.23** | **Радна средина у установи одржава се чистом.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.23.1 | Просторије у установи, ормари и кабинети су чисти. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.23.2 | Особље које ради у подручјима гдје се поступа са пацијентима, прописно уклањања просуту крв/тјелесне течности. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.23.3 | Особље и покретни пацијенти конзумирају храну на за то предвиђеним мјестима. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.24** | **Постоје документована упутства за поступање са штеточинама.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.25** | **Мртвачница и соба за умрле налазе се под надзором тима за сузбијање инфекција.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.25.1 | Постоје документована упутства како се поступа са тијелима умрлих. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.25.2 | Мртвачница и соба за умрле редовно се чисте и дезинфикују. | С | 1-4 |  |  |
|  | ***д) Нежељени догађаји*** |  |  |  |  |
| **1.8.26** | **Установа посједује и примјењује документовану политику и поступке за извјештавање о нежељеним догађајима, и то:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.26.1 | Неочекивана смрт пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.26.2 | Самоубиство пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.26.3 | Нанесена повреда уз губитак екстремитета, или функције, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.26.4 | Крађа новорођенчета или предаја новорођенчета погрешним родитељима, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.8.26.5 | Нежељена реакција на трансфузију крви и крвних продуката, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.26.6 | Хируршка интервенција на погрешном пацијенту, или на погрешном дијелу тијела. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.27** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке за испитивање узрока инцидентних догађаја и за реаговање на њих.** | С | 1-4 |  |  |
|  | ***е) Безбједност пацијената, посјетилаца и запослених*** |  |  |  |  |
| **1.8.28** | **Управа установе развија и примјењује свеобухватни програм управљања спољашњом и унутрашњом безбједношћу који укључује:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.28.1 | Физичко-техничко обезбјеђење, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.28.2 | Заштиту од пожара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.28.3 | Безбједност медицинске опреме, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.28.4 | Безбједност инсталација, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.28.5 | Управљање инфраструктуром, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.28.6 | Поступање с опасним материјалима и отпадом, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.28.7 | Поступање у ванредним околностима. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.29** | **План безбједности укључује најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.29.1 | Редовне обиласке установе и њене околине, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.29.2 | Провјеру знања особља, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.29.3 | Примјену прописаних мјера безбједности објеката, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.29.4 | Провјеру инсталација, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.29.5 | Симулације, вјежбе и тренажне узбуне. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.30** | **Сви новозапослени пролазе обуку за упознавање с програмом управљања безбједношћу и придруженим плановима.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.31** | **Установа има комисију за безбједност објеката и управљање инфраструктуром. Комисију начелно чине:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.31.1 | Лице задужено за заштиту на раду, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.31.2 | Лице задужено за противпожарну заштиту, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.31.3 | Руководилац службе одржавања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.31.4 | Представник лабораторије, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.31.5 | Представник тима за управљање болничким инфекцијама, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.31.6 | Представници других одјељења/служби (по потреби). | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.32** | **Комисија има дефинисане задатке, чланове и начин извјештавања.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.32.1 | Руководилац комисије посједује квалификације и радно искуство у складу са својом функцијом. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.32.2 | Комисија се састаје периодично, расправља о свим аспектима безбједности, а закључке и приједлог одлука са састанака документује и просљеђује директору установе. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.32.3 | Комисија разматра питања спољње и унутрашње безбједности, физичко-техничко обезбјеђење, заштиту од пожара, безбједност медицинске опреме, инсталација, инфраструктуре. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.32.4 | Сваке године комисија анализира резултате примјене планова управљања ризицима и утврђује потребне мјере које могу да обухвате активности изван ових стандарда. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.33** | **Установа има у свакој организационој јединици координатора за питања безбједности.** | А | 3,4 |  |  |
| **1.8.34** | **Постоји и примјењује се политика забране пушења у просторијама установе.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.34.1 | Установа има механизам за провјеру да ли се поштује правило о забрани пушења. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.35** | **Установа обезбјеђује несметане, незапречене приступе интервентним екипама.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.36** | **Установа посједује означен паркинг простор за запослене, службене посјете и кориснике услуга.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.36.1 | Установа има означена, резервисана паркинг-мјеста за инвалиде. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.37** | **Установа има спољње обезбјеђење са јасним задацима и зоном одговорности.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.37.1 | Установа има централизовани видео надзор над болничким кругом. | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.37.2 | Видео надзором руководи оспособљено лице. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.38** | **Установа има јасне ознаке за усмјеравање кретања корисника услуга према објекту.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.39** | **Установа је одредила мјеста за окупљање особља изван зграде у случају потпуне евакуације.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.39.1 | Установа је документовала поступак евакуације запослених, посјетилаца или пацијената. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.40** | **Особље које обезбјеђује објекат посједује сертификате издате од стране МУП-а Републике Српске за дјелатност.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.40.1 | Установа посједује и примјењује документовани поступак за позивање особља које обезбјеђује објекат да интервенише. | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.40.2 | Установа посједује и примјењује документовани поступак за позивање МУП-а да интервенише. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.41** | **Сви запослени се идентификују путем личне идентификационе картице (беџа).** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.42** | **Установа има јасна упозорења за забрану приступа осјетљивим подручјима као што су:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.42.1 | Породилиште | С | 2-4 | НП |  |
| 1.8.42.2 | Интензивна њега на неонатологији | С | 3-4 | НП |  |
| 1.8.42.3 | Дјечије собе (новорођенчад и друга дјеца) | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.42.4 | Собе са женским пацијентима | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.42.5 | Операциона сала | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.42.6 | Централно складиште стерилног материјала. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.43** | **Установа посједује и примјењује документоване поступке за:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.1 | Једнозначну идентификацију пацијената помоћу двије ознаке, чиме се спречава могућа грешка код медикације, лабораторијских претрага, зрачења, рендгенских и других снимања, или хируршких интервенција, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.2 | Поступање с изгубљеним и нађеним стварима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.3 | Безбједно чување ствари пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.4 | Ступање у контакт с полицијом у случају потребе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.5 | Укључење полиције у случајеве трауме, саобраћајних несрећа и сличне догађаје, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.6 | Поступање код случајева наркоманије, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.7 | Поступање у случају убиства, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.43.8 | Поступање с насилним пацијентом/родбином. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.44** | **У купатилима и мјестима за туширање за пацијенте примијењене су сљедеће мјере безбједности:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.44.1 | Површина пода је од материјала који спречава оклизнуће, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.44.2 | Постоје држачи/шипке за придржавање, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.44.3 | Постоји звоно или други систем за позивање помоћи, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.44.4 | Систем за закључавање дозвољава да се врата отворе споља. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.45** | **Установа има видно истакнута упозорења у цијелом објекту и то:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.1 | Ознаке опасности од радиоактивног зрачења, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.2 | Ознаке упозорења од клизања када је под влажан, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.3 | Ознаке забране пушења, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.4 | Ознаке забране употребе мобилних телефона, посебно у осјетљивим подручјима, као што је магнетна резонанца или интензивна њега, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.5 | Ознаке за усмјеравање кретања корисника услуга, а према мјестима пружања услуга, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.6 | Ознаке смјера кретања, излаза у случају пожара и ванредних ситуација, путеве евакуације и мјеста окупљања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.7 | Ознаке спратова (на стубишту и испред лифта) | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.45.8 | Обавјештења за особље, пацијенте и посјетиоце у подручјима с ограниченим приступом. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.46** | **Установа има план за случај несрећа, непогода и других ванредних догађаја који укључује:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.46.1 | Одговор на унутрашње хаварије и вањске несреће, | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.46.2 | Опис улога за сваког запосленог у организацији у случајевима ванредних догађаја. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.47** | **Руководство подржава имплементацију плана за случај несрећа, непогода и других ванредних догађаја:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.47.1 | Проводи вјежбе симулација ванредних догађаја најмање једном годишње, | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.47.2 | Процјењује спремности особља да одговори на ванредне догађаје, а засновано на резултатима вјежби ревидира план активности, | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.47.3 | Проводи најмање једном годишње документовану анализу плана поступака у ванредним околностима. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.48** | **Постоји документована политика како поступити у случају пријетње терористичким актом, а она укључује и не ограничава на:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.48.1 | Одређивање мјеста унутар зграде за окупљање особља у случају хоризонталне евакуације, | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.48.2 | Одређивање мјеста за окупљање особља изван зграде у случају потпуне евакуације, | А | 1-4 |  |  |
| 1.8.48.3 | Документовање поступка евакуације запослених, посјетилаца или пацијената. | А | 1-4 |  |  |
| **1.8.49** | **Установа има референта противпожарне заштите који посједује радно искуство и сертификат Службе јавне безбједности за дјелатност.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.50** | **Установа примјењује мјере заштите од пожара које укључују најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.50.1 | Постојање довољног броја исправних апарата за гашење пожара, који су распоређени широм установе и лако видљиви, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.50.2 | Редовну провјеру функционалности апарата за гашење пожара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.50.3 | Обуку свег особља за коришћење апарата за гашење пожара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.50.4 | Означавање путева евакуације и осигурање да излази за случај ватре нису закључани или запречени, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.50.5 | Прикључење лифтова на систем за узбуњивање у случају пожара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.50.6 | Постојање освјетљења за случај пожара и осигурање његове исправности. | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.51** | **План заштите од пожара верификован је од стране надлежне службе јавне безбједности.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.52** | **Установа спроводи мјере за спречавање пожара што укључује најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.52.1 | Држање опасног или запаљивог материјала далеко од извора топлоте, | С | 1-4 |  |  |
| 1.8.52.2 | Уградњу зидова отпорних на ватру, тамо гдје је то могуће, а нарочито у опасним подручјима као што је лабораторија, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.8.52.3 | Уградњу материјала који заустављају ватру да би се блокирао евентуални продор, ако је погодно (нарочито у техничким радионицама, собама с електричном опремом и путевима за евакуацију). | С | 1-4 | НП |  |
| **1.8.53** | **Установа има професионално особље за гашење пожара, сертификовано од стране службе јавне безбједности.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.54** | **Установа има план обуке запослених за примјену мјера заштите од пожара.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.8.55** | **Установа има политику за употребу гријних тијела у установи.** | С | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.9 МЕДИЦИНСКИ МЕНАЏМЕНТ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | ***а) Процес пружања медицинских услуга*** |  |  |  |  |
| **1.9.1** | **Установа посједује и примјењује политике и процедуре које се односе на управљање процесом пружања медицинских услуга. Политике и процедуре ревидирају се и ажурирају сваке двије године, а укључују најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.1 | Опште информације о установи, организацијским јединицама, особљу и услугама које се пружају, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.2 | Поступке за заштиту права пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.3 | Поступке за осигурање приватности и повјерљивости података о пацијентима и запосленима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.4 | Понашање особља у односу на кодекс пословне етике, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.5 | Поступак пријема планираних пацијената и пацијената с хитним стањима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.6 | Поступак отпуста или премјештаја пацијената у оквиру установе, или ван ње, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.7 | Обезбјеђење информисаног пристанка пацијента на интервенцију, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.8 | Пружање хитне медицинске помоћи за случај да је живот пацијента угрожен, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.9 | Поступак премјештаја пацијента у другу установу, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.10 | Поступак за свјесну седацију пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.11 | Поступак с умрлим, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.12 | Поступање с крвљу и крвним дериватима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.1.13 | Политику пријављивања случајева злостављања и занемаривања дјеце и одраслих, | С | 1-4 |  | Укључује и сумњу на такве случајеве, и препознате или доказане случајеве |
| 1.9.1.14 | Поступање код појаве сигналних догађаја. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.2** | **Установа има документована правила за поступање дежурног особља.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.2.1 | Све дежурно особље упознато је с документованим правилима за обављање дежурства. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.3** | **Установа има главног дежурног доктора који је задужен да координира пружање здравствене заштите изван радних сати.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.9.4** | **Главни дежурни доктор има јасан опис посла и неопходне ресурсе за обављање своје улоге, што укључује:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.9.4.1 | Намјенску канцеларију, | А | 1-4 |  |  |
| 1.9.4.2 | Намјенски број телефона. | А | 1-4 |  |  |
| **1.9.5** | **Установа посједује и примјењује формулар за давање пристанка пацијента за општи третман и политику која регулише коришћење и попуњавање тог формулара.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.6** | **Установа посједује и примјењује програм и план за развој, примјену, евалуацију и унапређење клиничких путева и/или клиничких водича за обољења/стања која су најчешћа, или високоризична, или чије лијечење изазива високе трошкове.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.6.1 | Програмима и плановима утврђени су задаци директора/руководиоца квалитета и руководилаца организацијских јединица у установи за развој, примјену, евалуацију и унапређење клиничких путева/водича. | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.6.2 | Клинички путеви и/или водичи евалуирају се најмање једном годишње и по потреби ревидирају. | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.6.3 | Код развоја или ревизије клиничких путева и/или водича и приликом постављања дијагнозе и спровођења медицинских третмана, љекари се придржавају медицине засноване на доказима. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.7** | **Установа спроводи редовну провјеру клиничког квалитета у односу на утврђене индикаторе и примијењене клиничке путеве/водиче.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.7.1 | На основу резултата провјере установа предузима мјере побољшања. | А | 1-4 |  |  |
|  | ***б) Медицинска документација*** |  |  |  |  |
| **1.9.8** | **Пружене медицинске услуге евидентирају се у медицинској документацији.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.8.1 | Састав и начин вођења медицинске документације усаглашен је са законом. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.9.** | **Установа посједује и примјењује политику која се односи на ускладиштење и чување медицинских записа, података и информација:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.9.1 | Политика је усаглашена са законом и смјерницама Министарства здравља и социјалне заштите, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.9.2 | Политика одређује врсте записа и рокове њиховог чувања, укључујући рендгенске снимке, | С | 1-4 |  | Минимални рок је 5 година |
| 1.9.9.3 | Политика наводи како се обезбјеђује и одржава повјерљивост, интегритет и безбједност записа, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.9.4 | Политика одређује како се медицински записи штите од губитка, крађе, намјерних измјена, или уништења | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.9.5 | Политика одређује дисциплинске мјере које ће бити покренуте ако особље начини било коју неовлашћену промјену у записима, ако приступи записима без овлашћења и/или уништи било који дио записа, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.9.6 | Политика одређује како се прате токови медицинских записа и како се идентификује гдје је (и коме) предат било који запис који напусти одјељење за медицинску документацију. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.10** | **С медицинском документацијом о пацијентима поступа се у складу с усвојеним документованим поступцима:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.10.1 | Установа посједује и примјењује документовани поступак за формирање, коришћење, чување и ускладиштење медицинске документације, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.10.2 | Кључна информација о пацијенту је читљива и смјештена на насловној страни, заједно са сигналним информацијама, као што су подаци о алергијама, и други, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.10.3 | Сви записи у медицинској документацији су јасни и читљиви, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.10.4 | Постоје специфична упутства о исправљању грешака у медицинској документацији. | С | 1-4 |  | Грешке се НЕ СМИЈУ исправ-љати коректором, или другим течностима за исправке |
| **1.9.11** | **Медицинска документација идентификује се путем јединствене ознаке пацијента, или помоћу раније припремљених наљепница.** | С | 1-4 |  | Наљепнице могу да садрже бар-код или друге ознаке. |
| 1.9.11.1 | Историја болести мора садржавати минимално сљедећу информацију:   * Име пацијента, * Име једног од родитеља, * Презиме, * Адресу становања, * Датум рођења пацијента, * Јединствени матични број грађана и * Податке за ступање у контакт с најближим сродником. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.12** | **Историја болести пацијента поред основних податка садржи:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.1 | Детаље о болести пацијента, укључујући, гдје је потребно, оцјену понашања пацијента, његовог емотивног или социјалног стања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.2 | Важне социјалне и породичне податке (историје) које одговарају доби пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.3 | Клиничке податке о прегледу појединих органа и система, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.4 | Опис психо-социјалних потреба пацијента, сагласно његовој доби, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.5 | Извјештаје о значајним медицинским претрагама, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.6 | Налоге за дијагностику или терапију, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.7 | Доказе о информисаном пристанку, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.8 | Клиничке налазе, укључујући резултате терапије, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.9 | Извјештаје о процедурама, испитивањима и добијеним резултатима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.10 | Оцјену љекара, дијагнозу, опсервацију, план лијечења и евентуалне промјене тог плана, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.12.11 | Закључак код завршетка хоспитализације, прегледа или третмана. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.13** | **Установа је одредила особље које може да уноси податке у медицинску документацију. При томе:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.13.1 | За сваки запис у документацији наводи се датум и сат кад је направљен, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.13.2 | Особље потписује сваки запис, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.13.3 | Установа користи стандардизоване кодове за дијагнозе (нпр. МКБ-9 или -10, DRG итд.) и ознаке за процедуре, тако да се подаци могу груписати и превести у корисну информацију, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.13.4 | Извјештаји о извршеној операцији су откуцани (нису писани руком). | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.14** | **Медицинска документација непрекидно је доступна медицинском особљу (свих 24 часа).** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.14.1 | Медицинска документација за конкретног пацијента може се ставити на располагање медицинском особљу које га лијечи у року од 30 мин. од момента постављања захтјева. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.15** | **Историја болести пацијента комплетира се у року од 30 дана од његовог отпуштања, а пацијенту се доставља комплетно отпусно писмо које садржи:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.15.1 | Основне генералије пацијента, разлог пријема, главне тегобе, ток болести, податке личне, породичне и социјалне анамнезе, те објективни налаз код пријема, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.15.2 | Све релевантне дијагностичке процедуре утврђене у тренутку отпуста, као и све изведене оперативне процедуре, | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.15.3 | Сумарни закључак код отпуста у којем се наводи разлог хоспитализације, значајни налази, спроведене процедуре, стање пацијента код отпуста, те предложена терапија, вријеме контролног прегледа-хоспитализације. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.16** | **Љекар, у чијој се надлежности налазио пацијент, одговоран је за комплетирање записа о том пацијенту.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.9.16.1 | За пацијенте на одјељењу, љекар прегледа све лабораторијске налазе и овјерава их прије него што се они одложе у историју болести. | С | 1-4 |  |  |
| **1.9.17** | **Директор за медицинска питања у сарадњи с начелницима организационих јединица оцјењује квалитет вођења медицинске документације.** | А | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.10 ПОСТУПАЊЕ С ПАЦИЈЕНТОМ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.10.1** | **На болничко лијечење пацијенте прима љекар специјалиста, у складу с политикама и документованим поступцима пријема** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.1.1 | Приликом пријема пацијенту се саопштава име љекара који ће бити задужен за његов третман | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.1.2 | Приликом пријема, пацијенту се отвара клинички пут, у складу с документованим поступцима | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.2** | **Болница има план за информисање и/или обуку пацијената и њихових породица.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.10.3** | **Постоје ефективни ресурси за информисање пацијената/породица, у складу с потребама организације и потребама самих пацијената.** | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.3.1 | У опису посла здравствених радника укључена је њихова улога у информисању пацијената/ породица. | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.3.2 | Љекари и сестре знају своју улогу у информисању пацијената. | А | 1-4 |  |  |
| **1.10.4** | **Здравствени радници пружају пацијентима и/или њиховим породицама неопходне информације и обуку о:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.4.1 | Његовој болести и компликацијама које се могу десити, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.4.2 | Мјерама опште хигијене, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.4.3 | Провођењу процедура дијагностике и лијечења, начину примјене и могућим компликацијама код наведених процедура, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.4.4 | Кућним редом, временом за посјету, политиком у вези с пушењем у просторијама установе, употребом електричних апарата, коришћењем лијекова донијетих од куће, безбједности личних ствари, итд. | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.4.5 | Намјени и исправном коришћењу медицинске опреме и уређаја (на примјер, врећица за колостому), уз захтјев да пацијент демонстрира шта је научио, | С | 1-4 |  | Шта је примјењиво, зависно од врсте болести и медицинског третмана |
| 1.10.4.6 | Било којој неопходној хируршкој процедури, користима и потенцијалним ризицима у вези с том процедуром, | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.7 | Важности и садржају преоперативне припреме, | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.8 | Постоперативној њези, нпр. вјежбе дисања, дијета и хигијена ране, | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.9 | Неопходним лијековима који се дају пре- и пост-оперативно, уз објашњење свих очекиваних пратећих ефеката узимања лијекова | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.10 | Лијековима који се користе за третман болести, учесталости узимања, попратним појавама и мјерама предострожности | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.11 | Рендгенском снимању, потребом за њим и потенцијалним опасностима, | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.12 | Неопходним ограничењима у исхрани (дијета), уз навођење зашто су потребна та ограничења | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.13 | Ситуацијама када пацијент треба да затражи медицинску помоћ телефоном или посјетом одјељењу за хитне случајеве, | С | 1-4 |  |
| 1.10.4.14 | Начину заказивања термина контролног прегледа. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.5** | **Потребе пацијената за информисањем или обуком процијењене су и наведене у његовој историји болести:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.5.1 | Наведено је ко обезбјеђује његу пацијента након отпуштања (сам пацијент, или нека здравствена установа), | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.5.2 | Процијењене су потребе за информисањем и/или обуком, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.5.3 | Оцијењен је степен писмености пацијента (може ли да чита и разумије написано), | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.5.4 | Оцијењена је спремност онога ко ће наставити да пружа његу пацијенту послије отпуста, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.5.5 | Обезбијеђени су информативни материјали за онога ко ће наставити да пружа његу пацијенту послије отпуста, а који одговарају његовој способности (писани, усмени, слике, демонстрације, итд.), | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.5.6 | Све проведене активности информисања и/или обуке и реакција пацијента на те активности евидентирани су у историји болести пацијента. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.6** | **За пацијенте који нису у стању да разумију упутства, инструкције се дају породици, односно ономе ко ће наставити с пружањем његе послије отпуста. То се односи најмање на:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.6.1 | Пацијенте у коматозном стању, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.6.2 | Новорођенчад/дјецу, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.6.3 | Пацијенте с менталним оштећењем. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.7** | **Установа има смјернице за сестре, љекаре, дијететичаре и друго медицинско особље о томе како треба информисати или обучавати пацијента/породицу. Ове смјернице укључују најмање:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.7.1 | Како информисати или обучавати пацијенте једноставним језиком, тако да он/породица може разумјети упутства, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.7.2 | Како обезбиједити довољно времена да се омогући пацијенту да усвоји информацију која му је саопштена, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.7.3 | Како обезбиједити довољно времена за интеракцију с пацијентима/породицом, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.7.4 | Како користити летке, дијаграме, моделе и друга помагала, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.7.5 | Како добити повратне информације од пацијената/породице да би се осигурало да су саопштене информације заиста усвојене (тражењем да се информација понови или да се демонстрира научено). | А | 1-4 |  |  |
| **1.10.8** | **Пацијент и/или његова породица добијају информације које им омогућују да дају пристанак на хоспитализацију или интервенцију, да учествују у процесу лијечења и да разумију посљедице појединих процеса лијечења:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.8.1 | Пацијентима и/или њиховим породицама објашњава се шта је информисани пристанак, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.8.2 | Пацијентима и/или њиховим породицама објашњава се како да учествују у доношењу одлука у вези с лијечењем, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.8.3 | Пацијентима и/или њиховим породицама објашњава се како да учествују у процесу лијечења, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.8.4 | Пацијентима и/или њиховим породицама објашњавају се могуће финансијске посљедице појединих одлука у вези с лијечењем, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.8.5 | Свако информисање пацијента и/или његове породице документује се у историји болести пацијента. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.9** | **Установа примјењује законску регулативу која се тиче права и укључења пацијената.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.10** | **Највише руководство установе укључено је у подршку пацијентима и заштиту њихових права путем:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.10.1 | Развоја документоване политике и процедура за осигурање права пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.10.2 | Одређивање одговорних лица за осигурање права пацијената и обезбјеђивање потребних ресурса, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.10.3 | Надзор над спровођењем политике и документованих поступака, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.10.4 | Информисање пацијената и породица о њиховим правима и поступку остваривања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.10.5 | Рјешавања жалби пацијената и њихових породица. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.11** | **Пацијент се истинито информише када његове здравствене потребе превазилазе могућности установе.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.12** | **Пацијент се унапријед обавјештава о очекиваним трошковима лијечења.** | С | 1-4 |  | У случају да здравствено осигурање пацијента не покрива цјелокупне трошкове хоспитализације и лијечења |
| 1.10.12.1 | Установа даје информације пацијентима о цијени својих услуга и цијени смјештаја. Ове информације дају се прије хоспитализације или амбулантног третмана које треба платити. | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.12.2 | Постоји доказ да су пацијентима саопштене информације о цијени услуга и цијени смјештаја. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.13** | **Пацијент се обавјештава о плану његовог лијечења и има право да:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.13.1 | Детаљно расправи план лијечења са својим љекаром, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.13.2 | Добије довољно информација (саопштених једноставним језиком) о својој дијагнози, стању и третману од љекара који је за њега задужен. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.14** | **Установа штити пацијенте с инвалидитетом и помаже им тако што:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.14.1 | Поставља физичко и/или техничко обезбјеђење у осјетљивим или удаљеним подручјима, | С | 1-4 |  | На примјер, собе у којима су жене, породилиште, дјечије одјељење, одјељење за новорођенчад |
| 1.10.14.2 | Штити новорођенчад, дјецу и особе зависне од туђег старања од физичког насиља или отмице, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.14.3 | Нуди неопходну помоћ пацијентима с инвалидитетом, гдје је то потребно. | С | 1-4 |  | На примјер, одре-ђивањем мјеста за паркирање особа с инвалидитетом што ближе улазу |
| **1.10.15** | **Установа примјењује опште принципе заштите права пацијената, што укључује:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.1 | Поступање с пацијентима с поштовањем и достојанством, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.2 | Поштовање личних вриједности и вјеровања пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.3 | Стављање на располагање свих информација о идентитету и професионалном статусу љекара задуженог за пацијента и о томе како да пацијент ступи у контакт са њим, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.4 | Поштовање права пацијента на приватност и избјегавање непотребног разодијевања током третмана, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.5 | Поштовање права пацијента на процјену бола и управљање болом, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.6 | Обезбјеђење потпуне повјерљивости у погледу третмана који пацијент добија, уз строго избјегавање да се о пацијенту јавно говори, да се његово име или било који податак о његовој болести јавно саопшти, или да се таква информација публикује, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.7 | Избјегавање да се захтјеви и/или потребе пацијента занемаре, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.8 | Омогућавање пацијентима да поднесу усмени или писмени приговор или приједлог самој здравственој установи или Министарству здравља, што не смије утјецати на квалитет пружене његе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.9 | Омогућавање пацијентима да ступе у везу с било којом особом која није укључена у процес лијечења пацијента (ово може да укључи и лица која посјећују пацијента), | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.10 | Заштиту пацијената од вербалних увреда од стране било којег запосленог, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.15.11 | Стављање комплетног медицинског налаза и тачних дијагностичких извјештаја пацијенту на увид, ако он то затражи. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.16** | **Пристанак пацијента на хоспитализацију или медицински третман обезбјеђује се:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.16.1 | Потпуним информисањем пацијента и добијањем његовог потписаног пристанка на било коју хируршку или инвазивну дијагностичку процедуру, | С | 1-4 |  | Изузев када је у питању тешка траума или хитан случај, када љекар, сагласно закону, има право да интервенише и без пристанка пацијента. |
| 1.10.16.2 | Добијањем писмене сагласности пацијента на фотографисање, нарочито ако се фотографише лице пацијента. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.17** | **Информисани пристанак потписује пацијент или његов заступник:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.17.1 | Ако је то погодно, након пријема пацијент именује свога заступника, односно лице које има право да умјесто њега доноси одлуке, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.17.2 | Пристанак се потписује прије него што се изведе било која хируршка или инвазивна дијагностичка процедура, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.17.3 | У формулару за давање пристанка јасно је идентификована особа која га је потписала, нарочито када сагласност потписује неко у име пацијента. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.18** | **Установа посједује ажурни списак третмана и процедура високог ризика, тј. оних за које се мора добити информисана сагласност пацијента, а он укључује:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.18.1 | Хируршка интервенција/операција у општој и локалној анестезији, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.18.2 | Трансфузија крви и крвних продуката, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.18.3 | Аспирациона биопсија, | С | 4 |  |  |
| 1.10.18.4 | Биопсија, | С | 3-4 |  |  |
| 1.10.18.5 | Инвазивна процедура са зрачењем, нпр. пункција апсцеса уз коришћење компјутерске томографије, | С | 2-4 | НП |  |
| 1.10.18.6 | Компјутерска томографија уз коришћење контраста, | С | 2-4 | НП |  |
| 1.10.18.7 | Магнетна резонанца с контрастом или без њега, | С | 3-4 | НП |  |
| 1.10.18.8 | Ангиограм (дијагностички или терапијски), | С | 3-4 | НП |  |
| 1.10.18.9 | Аспирација коштане сржи, | С | 4 |  |  |
| 1.10.18.10 | Епидуралне ињекције и анестезија, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.18.11 | Примјена хемотерапије и радиоактивног материјала, | С | 4 | НП |  |
| 1.10.18.12 | Уградња централних катетера. | С | 3-4 | НП |  |
| **1.10.19** | **Установа има политику поступања са пацијентима који одбију или прекину третман:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.19.1 | Посљедице одбијање третмана објашњавају се пацијенту, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.19.2 | Чланови породице пацијента укључени су у процес и њихова се воља уважава, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.19.3 | Сва поменута дискусија документује се у историји болести пацијента. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.20** | **Установа подржава пацијенте који имају болове и помаже им, што укључује:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.20.1 | Процјену пацијента одмах по пријему и континуирано током хоспитализације, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.20.2 | Процјену ефиканости аналгетске терапије, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.20.3 | Праћење могућих нежељених ефеката терапије бола, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.20.4 | Пружање савјета о поступцима код хроничног бола, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.20.5 | Обучавање пацијента о његовом болу и о томе како да га максимално смањи. | А | 1-4 |  |  |
| **1.10.21** | **Установа има политику, документоване поступке и ресурсе за спровођење анкета о задовољству пацијената.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.21.1 | Анкете о задовољству пацијената спроводе се периодично, у складу с документованим поступцима. | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.21.2 | Руководство установе анализира податке из спроведених анкета и предузима потребне корективне и превентивне мјере и мјере побољшања. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.22** | **Установа развија и примјењује документоване поступке за заштиту личних ствари пацијента. Ови поступци укључују најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.22.1 | Одређивање мјеста за одлагање личних ствари пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.22.2 | Одређивање лица одговорних за добијање потребних потписа/овјера на реверсима, путем којих се ствари пацијента примају на чување или враћају пацијенту, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.22.3 | Одређивање како се поступа с вреднијим стварима трауматизованих пацијената или пацијената са специјалним потребама (коматозни пацијенти, дезоријентисани пацијенти, старије особе, дјеца). | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.23** | **Установа посједује структуру и примјењује документоване поступке рјешавања притужби пацијената:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.23.1 | Именована је служба или особа задужена за управљање притужбама пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.23.2 | Организациона јединица или особа одговорна за притужбе пацијената, просљеђује притужбе које **немају** медицинске посљедице начелницима служби на које се притужба односи. Начелници служби затим утврђују чињенично стање и помажу у рјешавању проблема, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.23.3 | Организациона јединица или особа, одговорна за притужбе пацијената, просљеђује притужбе које **имају** медицинске посљедице директору за медицинска питања, који утврђује чињенично стање у сарадњи са службом квалитета, | А | 1-4 |  |  |
| 1.10.23.4 | Установа одмах приступа истраживању чињеница у вези с приговорима и комплетира све предмете у складу са законом, уз обавјештавање онога ко је поднио приговор, | С | 1-4 |  |  |
| 1.10.23.5 | Руководство периодично анализира податке о приговорима пацијената. Резултати ове анализе су документовани. | С | 1-4 |  |  |
| **1.10.24** | **Установа информише особље, пацијенте и њихове породице о могућем избору (пристанак или одбијање) и поступку за донацију органа, што укључује најмање:** | А | 4 |  |  |
| 1.10.24.1 | Одређивање ко је одговоран да информише пацијента о донирању органа, | А | 4 |  |  |
| 1.10.242 | Давање породици пацијента информације о прописима и поступку у вези с донирањем органа, | А | 4 |  |  |
| 1.10.24.3 | Давање породици пацијента информације о томе шта се може донирати, ко може да буде донор, како се донира и који су поступци укључени у процес донирања органа, | А | 4 |  |  |
| 1.10.24.4 | Информисање пацијената и породица о донирању органа пажљиво је и професионално, | А | 4 |  |  |
| 1.10.24.5 | Одлука породице се поштује. | А | 4 |  |  |
| **1.10.25** | **Установа има политике и процедуре у вези са донирањем органа, што укључује:** | А | 4 |  |  |
| 1.10.25.1 | Примјену законских одредби о томе ко треба да обави неопходна испитивања да би се потврдила мождана смрт, | А | 4 |  |  |
| 1.10.25.2 | Листу неопходних доказа којима се потврђује смрт мозга, | А | 4 |  |  |
| 1.10.25.3 | Расположивост опреме неопходне да се обави дијагноза и потврди мождана смрт, | А | 4 |  |  |
| 1.10.25.4 | Обуку професионалног особља за поступање у таквим случајевима, | А | 4 |  |  |
| 1.10.25.5 | Процедуре комуникације са агенцијом надлежном за донирање органа. | А | 4 |  |  |
| **1.10.26** | **Установа има етичку комисију/комитет који одлучују о било ком виду истражи-вања, новој процедури или новом лијеку који се проводе на пацијенту:** | А | 4 |  |  |
| 1.10.26.1 | Етичка тијела разматрају и евалуирају све научне доказе о новом истраживању, | А | 4 |  |  |
| 1.10.26.2 | Оцјењују се могуће користи и нежељени ефекти од новог лијека/процедуре/испитивања, | А | 4 |  |  |
| 1.10.26.3 | Осигурава се писмена сагласност пацијента за учешће у истраживању, | А | 4 |  |  |
| 1.10.26.4 | Пацијенту се у потпуности објашњавају користи и ризици у вези са протоколом истраживања, | А | 4 |  |  |
| 1.10.26.5 | Поштује се жеља пацијената. | А | 4 |  |  |

| Подгрупа | 1.11 СЕСТРИНСТВО |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | ***а) Опште*** |  |  |  |  |
| **1.11.1** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе, има факултет здравствене његе, или еквивалент и одговарајуће радно искуство.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.2** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе, учествује у раду ужег колегијума установе.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.3** | **Сестринство има одобрену мисију, визију, вриједности и циљеве и с њима је упознато цјелокупно сестринско особље.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.4** | **Организациона шема сестринства јасно приказује структуру управљања.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.5** | **Установа посједује** **документована упутства о дежурствима и смјенском раду сестринства.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.5.1 | Све медицинске сестре/техничари упознати су с документованим упутствима о дежурствима и смјенском раду. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.6** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе, учествује у планирању и реализацији:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.6.1 | Простора, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.6.2 | Медицинске опреме, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.6.3 | Потрошног материјала, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.6.4 | Пријема нових запослених, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.6.5 | Стања залиха. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.7** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе, учествује у раду свих одбора/комисија/тимова за унапређење квалитета који се формирају у установи, или у те органе делегира медицинске сестре/техничаре.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.8** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе, сарађује с руководством болнице, развија и одржава ажуриран обим услуга за сестринство.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.8.1 | Постоји документован обим услуга који идентификује врсту услуга сестринства. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.9** | **Сестринство има ефективне процесе за професионалну комуникацију:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.11.9.1 | Састанци, везани за сестринска питања, редовно се одржавају, | А | 1-4 |  |  |
| 1.11.9.2 | Постоје документовани записници са састанака. | А | 1-4 |  |  |
| **1.11.10** | **Сестринство** **посједује и примјењује документоване поступке за препознавање неусаглашених догађаја и проблема у процесима рада.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.11.11** | **Сестринство посједује и примјењује документоване поступке за спровођење мјера корекције, оцјену њихових ефеката, те материјални доказ о проведеним мјерама.** | А | 1-4 |  |  |
|  | ***б) Управљање људским ресурсима*** |  |  |  |  |
| **1.11.12** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе учествује у управљању људским ресурсима у области сестринства.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.12.1 | Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе планира потребан број сестринског особља у установи сагласно претходно успостављеним критеријима који осигуравају континуитет његе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.12.2 | Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе организује рад сестара/техничара, што укључује дефинисање радних задатака, радних смјена, одређивање прековременог рада, кад је потребно, планирање распореда годишњих одмора и одобравање промјена у распореду рада, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.12.3 | Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе примјењује механизме за надзоре над радом сестара/техничара и оцјену њихове перформансе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.12.4 | Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе пружа подршку сестрама/техничарима путем увида у њихов рад, уочавањем могућности за унапређење учинка и обезбјеђење обуке гдје је потребна. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.13** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе је одговоран за процјену и верификацију сестринских компетенција прије запошљавања.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.14** | **Све сестринско особље пролази уводно упознавање с радом установе:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.14.1 | У персоналним досијеима сестринског особља постоје записи о обављеном упознавању с радом установе. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.15** | **Постоји планиран и документован програм упознавања сестринског особља с радом установе који обухвата најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.15.1 | Опис организационе структуре, визије, мисије, вриједности и политика установе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.15.2 | Описи послова, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.15.3 | Опис мјера обезбјеђења квалитета сестринске његе и управљање квалитетом у установи, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.15.4 | Обука за кардио-пулмоналну реанимацију (CPR) у складу са стандардима националне асоцијације за срце, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.15.5 | Упознавање с политикама и поступцима за спречавање инфекција, као што су смјернице за прање руку, стандардне мјере предострожности, чишћење проливене крви и тјелесних текућина, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.15.6 | Обука за противпожарну заштиту и упознавање с планом заштите од пожара. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.16** | **Све сестринско особље пролази упознавање с радом специфично за одјељење којем је додијељено.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.16.1 | У персоналним досијеима особља постоји извјештај о процјени и документација о компетентности особља за рад на додијељеном одјелу/јединици. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.17** | **Постоји програм континуиране едукације у области сестринства који обухвата најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.1 | Руковање опремом, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.2 | Надзор над болничким инфекцијама, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.3 | Дјеловања у случају пожара и потенцијалне евакуације, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.4 | Дјеловања у случају природне катастрофе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.5 | Безбједност и самозаштиту, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.6 | Примјену крви и крвних деривата, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.7 | Поступке са опасним материјама, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.8 | Коришћење физичко-механичке имобилизације, или ограничавања кретања пацијената, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.17.9 | Подизање и премјештање пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.17.10 | Поступање код специфичних активности које се односе на задатке организационе јединице. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.18** | **Компетентност сестринског особља за поступање по усвојеним политикама и процедурама провјерава се периодично, на основу документованог програма.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.19** | **Чланови особља обучени су и знају своје улоге у вези с примјеном планова заштите од пожара, примјеном мјера обезбјеђења, руковањем опасним материјама и хитним случајевима:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.19.1 | Постоје упутства о томе шта урадити у случају пожара, | С | 1-4 |  | На примјер: спаси, алармирај, остани присебан, евакуиши |
| 1.11.19.2 | Постоје упутства о томе како активирати аларм и позвати дежурни број за пријаву пожара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.19.3 | Постоје упутства о томе како се затвара вентил за довод кисеоника (на инсталацији за кисеоник, или на боцама с кисеоником), | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.19.4 | Постоје упутства о томе како руковати медицинском опремом и како је одржавати, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.19.5 | Постоји документација о противпожарним вјежбама. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.20** | **Сестринско особље пролази периодичну обуку о опасностима на радном мјесту како би се смањила вјероватноћа повреде.** | С | 1-4 |  | На примјер, поступак код убода иглом, повреде леђа, инфекције, итд.) |
| 1.18.20.1 | У персоналним досијеима запослених постоји документација о обуци везаној за опасности на радном мјесту. | С | 1-4 |  |  |
| 1.18.20.2 | Постоји документација о свим повредама запослених, са описом предузетих превентивних мјера за смањивање ризика. | С | 1-4 |  |  |
|  | ***ц) Њега пацијената*** |  |  |  |  |
| **1.11.21** | **Постоји главна/одговорна сестра на нивоу организационе јединице која се бави административним и клиничким питањима.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.22** | **Постоје и примјењују се документоване политике и поступци који се односе на сестринство и укључују најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.1 | Пријем пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.2 | Основна хигијена пацијената и њега коже, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.3 | Права и укључења пацијената и њихових породица, њихове обавезе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.4 | Преношење одредби/налога љекара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.5 | Процјена, подучавање и оцјењивање процеса информисања пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.6 | Примјена здравствене његе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.7 | Спречавање болничких инфекција и надзор над њима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.8 | Безбједност медицинске опреме и инфраструктуре, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.9 | Правилно узорковања материјала за дијагностику, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.10 | Исхрана пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.11 | Позивање љекара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.22.12 | Интерна и екстерна комуникација. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.23** | **Документовани поступци доступни су на сваком одјељењу гдје се пружа здравствена њега.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.24** | **Директор/руководилац за питања сестринства, односно главна сестра установе, одговара за развој документованих поступака којима се унапређује квалитет његе, што укључује најмање сљедеће области:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.24.1 | Поступање код медицинских грешака и њихово спречавање, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.24.2 | Поступање код пада пацијента и спречавање пада, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.24.3 | Поступање код декубитусних улцера и њихово спречавање, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.24.4 | Примјена интравенске терапије, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.24.5 | Прање руку, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.24.6 | Поступање код кардио-пулмоналне реанимације, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.24.7 | Спречавање болничких инфекција и надзор над њима. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.25** | **Ради задовољавања потреба пацијената, сестре у организационим јединицама обезбјеђују неопходне залихе постељине, пиџама и папуча што укључује:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.25.1 | Успостављење минималног нивоа залиха, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.25.2 | Механизме за обнављање залиха (редовне и ванредне). | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.26** | **Сестре штите приватност пацијента тако што:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.26.1 | Обезбјеђују физичку одвојеност између сваког пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.26.2 | Одвајају мушке од женских соба. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.27** | **Сестре осигуравају повјерљивост података о пацијентима:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.27.1 | Дозвољава се приступ медицинској документацији строго у складу с документованим поступцима установе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.27.2 | О пацијентима се разговара само у просторијама и мјестима гдје то други не могу чути, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.27.3 | Спречава се јавно истицање личних података пацијента, односно медицинских података о њему. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.28** | **Све сестринско особље које врши физичко-механичку имобилизацију или ограничавање кретања пацијената обучено је и компетентно** **за те сврхе, о чему постоје документовани докази.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.29** | **Физичко-механичка имобилизација или ограничавање кретања пацијената врши се на професионалан начин, што обухвата најмање сљедеће:** | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.1 | Одређују се начини за физичко-механичку имобилизацију или ограничавање кретања пацијената, као и његу пацијената код којих је таква мјера примијењена, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.2 | Примјењује се налог љекара који дефинише врсту физичко-механичке имобилизације или ограничавања кретања пацијената, као и временско трајање те мјере, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.3 | Спроводи се документована сестринска процјена/поновљена процјена пацијената прије, у току и након уклањања физичко-механичке имобилизације или ограничавања кретања, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.4 | Најмање сваких сат времена спроводи се сестринска процјена и провјера крвотока/циркулације свих удова на које је примијењена физичко-механичка имобилизација, а стање пацијента и његова реакција документује се у медицинској документацији, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.5 | Спроводе се прикладне интервенције у случајевима када је угрожена циркулација код пацијента, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.6 | Спроводе се прикладне интервенције за нежељене појаве усљед средстава за смирење (Haldol, Thorazine, итд.), | С | 2-4 | НП |  |
| 1.11.29.7 | Заштићена су права и достојанство пацијента, што обухвата најмање покривање пацијента у току задовољења физиолошких потреба, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.8 | Доступан је алармни систем у соби пацијента и у сестринској соби, због хитне помоћи или асистенције, | С | 2-4 |  |  |
| 1.11.29.9 | Све напријед наведено документовано је у одговарајућој медицинској документацији, што укључује пријаву нежељених догађаја. | С | 2-4 |  |  |
| **1.11.30** | **Пацијентима и њиховим породицама дају се разумљиве информације код премјеш-таја/отпуста, на начин како је то дефини-сано документованим поступцима, што подразумијева најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.30.1 | Пружање информација пацијенту о сигурном коришћењу медицинске опреме, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.30.2 | Пружање информација пацијентима о методама само-његе за свакодневне активности. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.31** | **Сестре/техничари познају и примјењују документоване политике и процедуре које** **обухватају најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.1 | Праћење виталних знакова пацијента и познавање одступања од нормалног стања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.2 | Процјена/поновљена процјена пацијената у складу с дјелокругом рада (нпр. интензивна њега, соба за порођај, итд.), | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.3 | Администрирање медикације, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.4 | Парентерална терапија (увођење, одржавање, прекид), | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.5 | Спречавање инфекција, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.6 | Падови пацијената - процјена ризика и методе спречавања падова, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.7 | Коришћење пулсне оксиметрије, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.8 | Улогу медицинских сестара/техничара у случају срчаног или респираторног застоја, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.9 | Исправну његу и коришћење назогастричне сонде (Н/Г), гастростомске сонде (ГТ) и храњење, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.10 | Пласирање и тоалета уринарних катетера, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.11 | Поступање са стерилним материјалом, инструментима и сл., | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.12 | Његу коже, превенцију улцера и третман декубитусних улцера, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.13 | Улогу сестринског особља у случајевима природних катастрофа, пожара и других хитних случајева, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.14 | Коришћење физичко-механичке имобилизације или ограничавања кретања пацијената, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.15 | Руковање опремом за испитивање шећера у крви, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.16 | Начин сигурног чишћења проливених хемикалија и људских течности, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.31.17 | Поступање с крвљу и крвним производима (флеботомија и администрирање крви). | С | 1-4 |  |  |
|  | ***д) Управљање ризиком*** |  |  |  |  |
| **1.11.32** | **Медицинске сестре/техничари осигуравају сигурност медицинске опреме тако што:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.32.1 | Одржавају свој ниво вјештине у коришћењу опреме, укључујући рјешавање мањих проблема, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.32.2 | Знају како и кога да обавијесте о неисправности опреме, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.32.3 | Јасно означавају неисправну опрему тако да је остали чланови особља не користе. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.33** | **Медицинске сестре/техничари користе преоперативне контролне листе како би процијенили да ли је пацијент спреман за хируршки захват, што укључује најмање:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.1 | Једнозначну идентификацију пацијента и операције којој треба да буде подвргнут, | С | 1-4 |  | Провјерава се име, презиме и матични број пацијента увидом у документацију, а такође се од пацијента тражи да каже своје име и презиме, као и операцију која ће му бити урађена. |
| 1.11.33.2 | Провјеру да је формулар сагласности за операцију исправно попуњен, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.3 | Провјеру врсте операције и имена хирурга, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.4 | Провјеру мјеста хируршког захвата и обављене припреме, те провјеру да ли је мјесто операције исправно означено, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.5 | Провјеру да ли фасцикла с радиолошким налазима прати пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.6 | Провјеру да ли се лабораторијски резултати и резултати тестова на трудноћу (ако је примјенљиво) налазе у медицинској документацији, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.7 | Провјеру комплетности листе пре-анестезијске припреме, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.8 | Провјеру да ли се документација о историји болести и физичком прегледу налази у медицинској евиденцији, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.33.9 | Провјеру да ли је за дату операцију резервисана/обезбијеђена крв. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.34** | **Спровођење медикације планира се на основу љекарских налога.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.35** | **Приликом администрирања медикације медицинске сестре/техничари примјењују поступке за смањење ризика од медицинских грешака:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.35.1 | Пацијенти се прије примјене лијека идентификују помоћу пацијентове идентификационе траке/историје болести (име и презиме пацијента, број историје болести), | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.35.2 | Медицинске сестре/техничари раде двоструку међусобну провјеру код израчунавања доза лијекова високог ризика, што потписују обје медицинске сестре/техничари, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.35.3 | Медицинске сестре/техничари код администрирања медикације користе „правило 7П“: прави пацијент, прави лијек, права доза, прави начин примјене, право вријеме, права учесталост и права документација. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.36** | **Служба сестринства осигурава придржавање основних сигурносних мјера опреза код давања лијекова**: | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.36.1 | Подручја за похрањивање лијекова су закључана све вријеме, изузев када медицинске сестре/техничари припремају лијекове, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.36.2 | Подручја у којим се врши припрема лијекова добро су освијетљена, чиста и налазе се у затвореном простору како би се избјегла ометања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.36.3 | Постоји стандардна листа медикације за све лијекове на залихама. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.37** | **Сестринско особље дистрибуира, похрањује и сигурно рукује наркотицима у складу са строгим политикама које обухватају сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.37.1 | За контролисане лијекове постоји упутство које дефинише одговорност сваке медицинске сестре/тех-ничара за контролу приступа (закључавање), администрирање и вођење потребне документације, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.37.2 | Ормар за похрањивање наркотика сигуран је и обезбијеђен двоструким закључавањем, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.37.3 | Кључеви ормара за похрањивање наркотика све вријеме се налазе код главне сестре/техничара, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.37.4 | Задужена медицинска сестра/техничар у свакој смјени пребројава наркотике и заједно с медицинском сестром/техничарем, задуженим за сљедећу смјену, верификује њихову количину, што се адекватно документује, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.37.5 | Евиденција о искоришћеним и неискоришћеним или отпадним наркотицима и контролисаним супстанцама у складу је с документованим поступцима које је дефинисала апотека. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.38** | **Сестринско особље примјењује документоване поступке и чек-листе за најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.38.1 | Провјеру функционалности опреме и датума истицања рока лијекова за кардио-респираторну реанимацију, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.38.2 | Садржај покретног комплета лијекова и прибора за хитне случајеве, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.38.3 | Стање батерије дефибрилатора, боца с кисиком, сукционе машине, амбу-балона и резервоара, ендотрахеалне тубе за неонаталне пацијенте, педијатријске пацијенте и одрасле, те попуњеност кутије за одлагање оштрих предмета. | С | 1-4 |  | Шта је примјенљиво |
| **1.11.39** | **Постоји документовани поступак који се односи на налоге, које љекари дају телефоном. Овај поступак обухвата најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  | На примјер, налог телефоном да се неки лијек да пацијенту |
| 1.11.39.1 | Особа која је примила телефонски налог верификује га "поновним читањем" цијелог налога љекару који га је дао, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.39.2 | У року од 24 сата љекар који је дао телефонски налог потписује медицинску документацију, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.39.3 | Телефоном примљени налог верификују потписима двије медицинске сестре/техничара. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.40** | **Постоје и примјењују се политике и документовани поступци што се односе на руковање, коришћење и администрирање крви и крвних производа:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.40.1 | Приликом одређивања идентитета пацијента користе се два идентификатора пацијента (нпр. број историје болести и име пацијента), | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.40.2 | Прије администрирања крви два члана особља верификују идентитет пацијента у сврху утврђивања подударности с упутом, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.40.3 | Прије администрирања крви двије медицинске сестре/техничара или једна медицинска сестра/техничар и два члана особља верификују идентитет пацијента, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.40.4 | Води се евиденција наручене и дате крви и крвних продуката, | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.40.5 | Води се евиденција о враћеној (неутрошеној) крви и крвним продуктима. | С | 1-4 |  |  |
| **1.11.41** | **Сестре/техничари идентификују новорођенчад:** | С | 1-4 | НП |  |
| 1.11.41.1 | Идентификационе тракице стављају се ОДМАХ након рођења бебе, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.11.41.2 | Идентификациона тракица ставља се на руку/ногу бебе и такође на мајку, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.11.41.3 | Користе се водоотпорне идентификационе тракице. | С | 1-4 | НП |  |
| **1.11.42** | **Медицинска сестра/техничар предаје бебу родитељима након што је верификовано сљедеће:** | С | 1-4 | НП |  |
| 1.11.42.1 | Упоређено је име на наруквици бебе с именом на наруквици мајке и с медицинском документацијом и потврђена је идентификација бебе и мајке, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.11.42.2 | Извршено је информисање мајке о основама његе бебе. | С | 1-4 | НП |  |
| **1.11.43** | **Медицинске сестре/техничари примјењују упутства која регулишу премјештање пацијената унутар установе.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.43.1 | Медицинске сестре/техничари могу да наведу име љекара, одговорног за пацијента прије премјештања и љекара који преузима пацијента послије премјештања. | С | 1-4 |  |  |
| 1.11.43.2 | Медицинске сестре/техничари који врше премјештај попуњавају чек-листу с прегледом посебних потреба пацијента, или сличну информацију за медицинске сестре/техничаре који примају пацијента. | С | 1-4 |  | Ово може да укључи информације о психичком стању пацијента, лијековима које је пацијент донио са собом, итд. |
| 1.11.43.3 | Информације о премјештају документују се у медицинској документацији пацијента. | С | 1-4 |  |  |

| Подгрупа | 1.12 СЛУЖБЕ ЗА ПОДРШКУ |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ознака стандарда** | **СТАНДАРДИ** | **Сертификација/акредитација** | **Категорија установе** | **Степен задовољења** | **Напомена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | ***а) Набавка*** |  |  |  |  |
| **1.12.1** | **Све спецификације за набавку јасно утврђују захтјеве за квалитет производа који се набављају.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.1.1 | Квалитет набављених производа провјерава се прије пријема. | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.1.2 | Одговорности за провјеру квалитета набављених производа и поступак провјере јасно су документовани. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.2** | **Постоји механизам за континуирано праћење квалитета рада, оцјењивање и преиспитивање свих испоручилаца услуга и за поступање у случају да се појави одступање од уговора.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.2.1 | Одговорност за надзор и праћење рада испоручилаца услуга јасно је дефинисана. | С | 1-4 |  |  |
|  | ***а) Кухиња*** |  |  |  |  |
| **1.12.3** | **Кухиња и придружене функције су под надзором тима за управљање инфекцијама.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.3.1 | Хигијена и здравље особља које ради у кухињи под сталним су надзором руководиоца кухиње и тима за управљање инфекцијама. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.4** | **Захтјеви за прописаном температуром задовољени су током:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.4.1 | Складиштења хране, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.4.2 | Припреме хране, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.4.3 | Транспорта хране. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.5** | **У кухињи се примјењују мјере хигијене и очувања квалитета хране:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.1 | Храна је заштићена од утицаја околине, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.2 | Воће и поврће детаљно се перу, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.3 | Контејнери или тунели за отпатке постоје у довољном броју, заштићени су од инсеката, глодара и покривени су, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.4 | Контејнери за храну перу се одмах након што се испразне од хране, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.5 | За сјечење меса, пилетине или поврћа користе се посебне даске које се перу одмах након употребе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.6 | Температура фрижидера провјерава се свакога дана и води се дневник очитане температуре, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.7 | Кухињске просторије су чисте, без барица воде на поду, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.8 | У кухињи постоји довољно мјеста за прање руку, опремљених течним сапуном и папирним убрусима, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.9 | Руке се перу или чисте на почетку смјене и увијек када се дотакне предмет који није храна, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.10 | Коса особља у кухињи покривена је за вријеме док се рукује храном, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.11 | Рукавице се носе за вријеме док се рукује свјежим месом, воћем или поврћем, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.12 | Особљу које је обољело од респираторних или стомачних инфекција, забрањено је да рукује храном, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.5.13 | Провјера столице запослених на присуство паразита ради се обавезно прије запошљавања, а потом сваких шест мјесеци сходно *Закону о заштити становништва од заразних болести.* | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.6** | **Постоје документоване политике и процедуре које се односе на сва поменута питања у кухињи, а преиспитује их руководилац кухиње и тим за управљање инфекцијама.** | С | 1-4 |  |  |
|  | ***б) Прање веша*** |  |  |  |  |
| **1.12.7** | **Постоје документоване процедуре о поступању с рубљем које обухватају све фазе од сакупљања рубља из соба пацијената, до завршетка процеса прања и чишћења:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.7.1 | Чисто рубље пакује се, преноси, складишти, дистрибуира тако да се држи заштићеним од контаминације и прашине, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.7.2 | Постоји раздвајање чистог и прљавог рубља за вријеме складиштења, транспорта и дистрибуције, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.7.3 | Колица за превоз чистог, односно прљавог рубља јасно су означена и одвојена. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.8** | **Рубље контаминирано крвљу пацијента, екскрементима или телесним течностима и рубље пацијената који се држе у изолацији пакује се, чува и транспортује у складу са сљедећим стандардима:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.8.1 | Рубље се додирује што је мање могуће и уз што мање помјерања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.8.2 | Код руковања оваквим рубљем користе се погодна средства за паковање и за личну заштиту (вреће само за прљаво рубље, рукавице, кецеље и маске), | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.8.3 | Рубље се убацује у вреће на мјестима гдје је коришћено, не чува се, нити пере на мјестима гдје се лијече пацијенти, | С | 1-4 |  |  |
|  | ***ц) Техничка служба*** |  |  |  |  |
| **1.12.9** | **Установа има план управљања медицинском опремом који укључује најмање сљедеће:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.9.1 | Централни списак све медицинске опреме са локацијом употребе, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.9.2 | Превентивно одржавање према упутству произвођача. | С | 1-4 |  | Најмање 95% опреме обухваћено је превентивним одржавањем |
| **1.12.10** | **Сва опрема која се користи у раду са пацијентима провјерена је у погледу безбједности (заштита од удара електричне струје и друго).** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.10.1 | За сву опрему постоји документација о превентивном одржавању, калибрацији/еталонирању, записе о отказима и извршеним поправкама. | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.10.2 | Сва опрема контролише се и испитује прије пуштања у рад. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.11** | **Постоји документована политика за означавање медицинске опреме ознакама које садрже:** | А | 1-4 |  |  |
| 1.12.11.1 | Датум извршеног и наредног планираног превен-тивног одржавања, испитивања или калибрације, | А | 1-4 |  |  |
| 1.12.11.2 | Инвентарски број. | А | 1-4 |  |  |
| **1.12.12** | **Запослени у установи, љекари, сестре и помоћно особље обучени су да рукују медицинском опремом коју користе у процесу рада и познају опасности повезане са том опремом.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.12.1 | Обука особља обухвата и упознавање са могућим инцидентима повезаним са коришћењем медицинске опреме. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.13** | **Постоје документоване политике које се односе на:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.13.1 | Оправке које изврши трећа страна/подуговарач, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.13.2 | Забрану коришћења продужних каблова. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.14** | **Систем за управљање инсталацијама обухвата програм периодичног одржавања за сљедећа подручја:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.14.1 | Систем напајања електричном енергијом, | С | 1-4 |  | зависно од врсте опреме којом располаже установа |
| 1.12.14.2 | Лифтове, | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.3 | Генератор(е), | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.4 | Фрижидере/замрзиваче, | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.5 | Систем за дистрибуцију медицинских гасова, | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.6 | Систем за сукцију (медицински), | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.7 | Систем за снабдијевање водом за болничке потребе, укључујући пумпе за воду, | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.8 | Систем за снабдијевање противпожарне инсталације водом, укључујући пумпе за случај пожара, | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.9 | Бојлере, | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.10 | Водоводну инсталацију, | С | 1-4 |  |
| 1.12.14.11 | Систем за снабдијевање једносмјерном струјом и систем за комуникацију. | С | 1-4 |  |
| **1.12.15** | **Установа има план за случај отказа или привременог прекида у раду сљедећих инсталација:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.15.1 | Напајање електричном енергијом из дистрибутивне мреже, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.15.2 | Снабдијевање водом, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.15.3 | Телефонска централа. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.16** | **Планови за поступање у хитним ситуацијама тестирају се симулацијом најмање једном годишње, а резултати тестирања се оцјењују.** | А | 1-4 |  |  |
| **1.12.17** | **Мјеста за прикључење електричних апарата означена су тако да се препознаје:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.17.1 | Врста електричне струје (једносмјерна или наизменична) и називни напон напајања, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.17.2 | Врста извора (дистрибутивна мрежа/резервно напајање). | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.18** | **План периодичног превентивног одржа-вања система за напајање електричном енергијом реализује обучено/специјали-зовано особље или подуговарач, а записи о одржавању се уредно воде.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.19** | **Систем за резервно (хаваријско) напајање електричном енергијом провјерава се свакога мјесеца под називним оптереће-њем у трајању од 30 мин. Овај систем обухвата намање сљедећа подручја:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.19.1 | Породилиште | С | 1-4 | НП |  |
| 1.12.19.2 | Јединице за интензивну његу, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.12.19.3 | Систем за дистрибуцију медицинских гасова, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.12.19.4 | Фрижидери/замрзивачи у кухињи, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.19.5 | Лифтови, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.19.6 | Путеви за спасавање/ходници. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.20** | **Генератор за резервно напајање електричном енергијом периодично се провјерава, а резултати провјере се документују.** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.20.1 | Провјера се обавља сваке недјеље без оптерећења, у трајању од 10 мин, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.20.2 | Провјера се једном годишње обавља на 100% називног оптерећења у трајању од 4 сата. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.21** | **План периодичног превентивног одржавања система за дистрибуцију медицинских гасова реализује обучено/специјализовано особље или подуговарач, а записи о одржавању се уредно воде.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.22** | **Систем за дистрибуцију медицинских гасова редовно се провјерава на:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.22.1 | Притисак, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.22.2 | Цурење, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.22.3 | Функционалност вентила, аларма, показивача притиска, прекидача. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.23** | **Вентили за искључење довода гасова јасно су означени, а ознаке указују на просторије у које се доводе гасови.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.24** | **Цјевоводи за развод медицинских гасова јасно су означени, а ознаке указују на врсту гаса и смјер протока.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.25** | **Постоји документована политика о поступању са различитим врстама компримованих гасова која обухвата:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.25.1 | Скадиштење у простору који се добро провјетрава, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.25.2 | Постављање (боца/контејнера за гас) у вертикални положај уз зид или држач и осигурање од пада ланцем за придржавање, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.25.3 | Одвојено складиштење запаљивих гасова од оних са високим садржајем кисеоника. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.26** | **План периодичног превентивног одржавања система за гријање, вентилацију и кондиционирање ваздуха реализује обучено/специјализовано особље или подуговарач, а записи о одржавању се уредно воде.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.27** | **Систем за гријање, вентилацију и кондиционирање ваздуха задовољава националне или еквивалентне међуна-родне техничке стандарде најмање за:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.27.1 | Операциону салу, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.27.2 | Лабораторију, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.27.3 | Јединице интензивне његе. | С | 1-4 | НП |  |
| **1.12.28** | **Температура и влажност ваздуха редовно се провјерава најмање у сљедећим подручјима:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.28.1 | Операциона сала, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.28.2 | Соба за освјешћивање послије анестезије, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.28.3 | Породилиште | С | 1-4 | НП |  |
| 1.12.28.4 | Јединица за интензивну негу, | С | 1-4 | НП |  |
| 1.12.28.5 | Складиште за стерилисане предмете, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.28.6 | Собе за пацијенте. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.29** | **Систем за снабдијевање водом обухваћен је програмом периодичног превентивног одржавања. Овај програм реализује обучено/специјализовано особље или подуговарач.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.30** | **Вода је расположива 24 сата на дан, цијеле године.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.31** | **Вода која се користи у процесу рада провјерава се редовно, при чему се прате и документују сљедећи параметри:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.31.1 | Хемијски састав (једном у шест мјесеци), | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.31.2 | Садржај бактерија (мјесечно). | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.32** | **Установа има план одржавања опреме.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.33** | **Установа посједује техничке цртеже, шеме и упутства која приказују све инсталације и поступке руковања контролним/управљачким системима, тако да се инсталацијама може управљати у случају ванредних догађаја.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.34** | **Опрема у кухињи контролише се и испитује, а резултати се документују најмање за сљедеће активности:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.34.1 | Аспиратори су у добром стању и без наслага масти, | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.34.2 | Филтери у аспираторима чисте се сваке недјеље, при чему је забрањено да се храна припрема ако филтери нису постављени. | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.35** | **Вода која се користи у процесу рада провјерава се редовно, при чему се прате и документују сљедећи параметри:** | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.35.1 | Хемијски састав (једном у шест мјесеци), | С | 1-4 |  |  |
| 1.12.35.2 | Садржај бактерија (мјесечно). | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.36** | **Установа има план одржавања инсталација у кухињи.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.37** | **Установа посједује неопходне техничке цртеже, шеме и упутства која приказују све инсталације и поступке руковања контролним/управљачким системима кухиње, тако да се инсталацијама може управљати у случају ванредних догађаја.** | С | 1-4 |  |  |
| **1.12.38** | **Инсталације у одјељку за прање веша редовно се испитију и контролишу, а резултати се документују.** | С | 1-4 |  |  |