

# **Водич за самооцењивање**

## 1 Историјски осврт

Зачеци оцењивања ефикасности лечења, на основу његовог крајњег резултата, датирају из 1910. године, када је др Ернест Кодман предложио стандардизацију исхода болничког лечења, како би се у сличним случајевима у будућности применио успешан третман. Године 1913. основан је Амерички колеџ за хирургију који је за циљ поставио систем праћења исхода лечења, а 1917. године установио минимум стандарда за болнице. Следеће године установљава се институт инспекцијског надзора болница како би се утврдила испуњеност захтева садржана у минимуму стандарда. Амерички Колеџ за лекаре (The American College of Physicians – АСР), Америчко удружење болница (American Hospital Association – АНА) и Канадско медицинско удружење (Canadian Medical Association – СМА) придружили су се Америчком колеџу за хирурге (American College of Surgeons – АСС) и основали 1951. године Удружену комисију за акредитацију болница (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), као независну организацију са примарним циљем додељивања акредитације на добровољној основи. Канадско медицинско удружење (Canadian Medical Association – СМА) одвојило се 1959. године и основало своје тело за акредитацију у Канади, а Удружена комисија за акредитацију болница (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) и данас постоји и ради под истим именом.

Међународно удружење за обезбеђење квалитета (ISQua), тачније њен секретаријат, основан је у Аустралији 1995. године, а његово седиште 2008. године пресељено је у ирску престоницу Даблин, уз подршку Министарства за здравље и заштиту деце.

## **2 Међународно удружење за обезбеђење квалитета – ISQua**

ISQua је невладина независна организација са бројним чланством која обухвата више од 70 земаља. Делује на плану пружања услуга здравственим радницима, истраживачима, агенцијама, креаторима политике у области здравља и корисницима услуга у циљу постизања изврности у пружању лечења свим људима и сталног унапређења квалитета и безбедности лечења. Од децембра 2009. године ISQua је акредитовала 16 акредитационих тела, 29 сета стандарда и 5 програма обуке за спољашње оцењиваче.

Визија и мисија овог удружења је стално унапређење квалитета и безбедности у области здравствене заштите широм света кроз едукацију, истраживања, сарадњу и ширење и пропагирање знања заснованог на доказима.

За организације које се баве спољашњим оцењивањем и успостављањем стандарда као што је Агенција за акредитацију здравствених установа у Србији значајно је да је ISQua та која врши оцену стандарда у смислу провере испуњености услова најбоље међународне праксе. На тај начин Агенција сврсисходно спроводи поступак акредитације потенцијалним клијентима, финансијерима и осталим кључним доносиоцима одлука.

### **3 Агенција за акредитацију здравствених установа Србије**

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије основана је у октобру 2008. године, а оперативно је почела са радом у јулу 2009. године, са циљем да својом делатношћу преузме прописана јавна овлашћења. Јавна овлашћења обухватају: утврђивање стандарда за акредитацију здравствених установа, процену квалитета пружене здравствене заштите становништву, решавање у управним стварима о акредитацији здравствених установа и издавање јавних исправа о акредитацији (сертификати) и вођење евиденције о издатим сертификатима.

Циљеви акредитације подразумевају унапређење квалитета рада, безбедност пацијента, обезбеђивање делотворног и исплативог пружања здравствених услуга, стварање једнаких или приближних услова за пружање здравствених услуга у целом систему здравствене заштите, успостављање поверења корисника у систем здравствене заштите и унапређење менаџмента у здравству.

Агенција успоставља и уводи програм акредитације, уводи у примену националне акредитационе стандарде, обезбеђује анализу испуњености дефинисаних стандарда и додељује сертификате установама које испуњавају прописане услове.

Агенција у оквиру стручних и развојних послова:

- 1) врши периодичну анализу и ради на унапређењу акредитационих стандарда;
- 2) води листу акредитационих оцењивача;
- 3) припрема и спроводи програме едукације акредитационих спољашњих оцењивача и координатора за акредитацију;
- 4) даје савете и пружа стручну помоћ здравственим установама у процесу акредитације;
- 5) даје савете и пружа стручну помоћ потребну за унапређење квалитета рада здравствених установа;
- 6) обезбеђује и спроводи едукацију здравствених радника у циљу обезбеђења и унапређења квалитета здравствене заштите;
- 7) врши промоцију акредитације и издаје промотивни материјал (брошуре, књиге, публикације, приручнике и друго). (Статут Агенције, члан 13)

#### 4 Унапређење квалитета здравствене заштите

Квалитет здравствене заштите је препознат као једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите, како државног тако и приватног сектора. Стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијената су саставни део свакодневних активности здравствених радника и свих других запослених у здравственом систему. Стално унапређење квалитета (СУК) представља континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга.

Стално унапређење квалитета захтева увођење културе квалитета која ће подједнако укључити све интересне групе – кориснике, даваоце здравствених услуга, финансијере и доносиоце одлука на свим нивоима. Традиционално схватање да су здравствени радници, као непосредни даваоци здравствених услуга, једини одговорни за квалитет пружене заштите, замењено је новим приступом који препознаје значај организације у целини, а посебно улогу менаџмента, као и читавог процеса рада, а не појединачног извршења у задовољавању потреба корисника.

Влада Републике Србије у фебруару 2009. године донела је Стратегију за унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента којом се тежи достизању највишег нивоа квалитета рада и безбедности пацијената и којом се дефинише пет стратешких циљева:

1. Стварање услова да корисници-пацијенти буду у средишту система здравствене заштите.
2. Унапређење стручног знања здравствених радника и подизање свести о значају сталног унапређења квалитета здравствене заштите и развијање специфичних знања и вештина.
3. Стварање услова који промовишу културу сталног унапређења квалитета здравствене заштите и безбедност пацијента у здравственим установама.
4. Обезбеђивање сигурности, безбедности и исплативости здравствених технологија.
5. Обезбеђивање финансијских подстицаја за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената.

Стално унапређење квалитета здравствене заштите заснива се на вредностима које су уграђене у концепт квалитета рада и усвојене у свакодневној пракси здравствених установа:

- усмереност на корисника-пацијента,
- безбедност,
- делотворност,
- правременост,
- ефикасност,
- правичност.

За достизање и реализацију сваког принципа сталног унапређења квалитета потребно је дефинисање стандарда и показатеља за три основна аспекта здравствене заштите, а то су: **структура, процес и исход**.

Према закону о здравственој заштити Агенција за акредитацију утврђује стандарде за акредитацију здравствених установа и процењује квалитет пружене здравствене заштите становништву.

Акредитација представља оквир кроз који СУК може остварити највећи утицај у целој установи.

Уколико СУК систем функционише у потпуности, унапређење квалитета постаје део свакодневног рада запослених и постоји разумевање да је сваки запослени одговоран за квалитет свог рада и за стално унапређивање тог рада.

### 4.1 Практични приступи СУК-у

СУК је на неколико начина прилагођен здравству. Један од приступа јесте циклус FOKUS-PDCA:

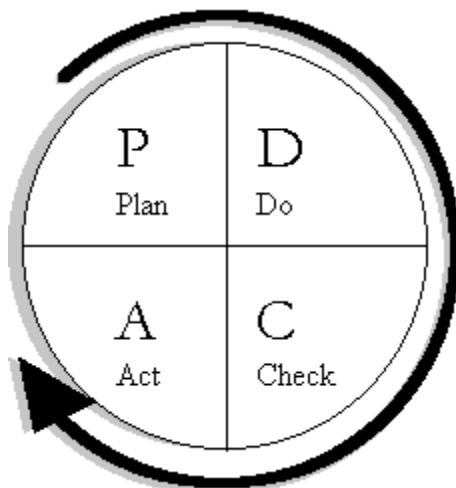
Пре свега битан је **FOCUS** (тежиште) на одређеној теми.

- **Find a process to improve** (наћи процес који треба унапредити).
- **Organize to improve a process** (организовати се да се процес унапреди).
- **Clarify what is known** (разјаснити оно што је познато).
- **Understand variation** (схватити варијације).
- **Select a process improvement** (одабрати процес унапређења).

Потом треба проћи кроз план унапређења процеса (**PDCA**).

- **Plan (планирање)**: одредити рокове за средства, активности, обуку и циљне рокове. Осмислити план прикупљања података, средства за мерење исхода и прагове за одређивање тренутка кад су циљеви испуњени.
- **Do (деловање)**: спровођење интервенција и прикупљање података.
- **Check (провера)**: анализирање резултата података и евалуација разлога за варијације.
- **Act (чињење)**: предузимање мера на основу оног што се сазнало и одређивање следећих корака. Уколико је интервенција успешна, радити на томе да се то угради у стандардни процес рада. Уколико није успешна, анализирати разлоге за неуспех, осмислити нова решења и поновити циклус PDCA.

Циклус PDCA представља списак за проверу четири фазе кроз које се мора проћи да би се прешао пут од суочавања с проблемом до решавања проблема. Четири фазе јесу: планирање–деловање–провера–чињење, и оне се изводе онако како је приказано на слици 1:



Слика 1: Циклус PDCA

## 5. Акредитација

*Акредитација је поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада здравствене установе у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине. (Закон о здравственој заштити Републике Србије, члан 214)*

Данас, постоји све већи захтев за спољашњом, независном проценом успешности пружања здравствених услуга. Акредитација, као најстарији и најпознатији облик спољашње процене рада здравствених установа широм света, примењује стандарде изврности. Акредитација помаже здравственим установама да открију сопствене предности и могућности напретка, а уједно да боље разумеју циљеве и сложеност свог рада. Када то увиде, установе могу да се посвете краткорочним и дугорочним плановима за побољшање резултата рада и почну са коришћењем расположивих ресурса на најефикаснији могући начин.

Акредитација обухвата оцењивање од стране саме установе ради евалуације нивоа усклађености са постављеним стандардима. Тим спољашњих оцењивача такође врши процену усклађености рада установе са постављеним стандардима. Акредитациони процес је конципиран тако да обезбеди оквир који ће омогућити здравственим установама да дефинишу и имплементирају потребне промене и направе приоритете за континуирано унапређење сопствених услуга.

### 5.1. Стандарди за акредитацију

*Стандард је жељени ниво учинка који је могуће достићи и са којим се може поредити постојећи ниво учинка.*

Акредитација се заснива на стандардима које је могуће достићи низом активности које су дефинисане критеријумима. Сваки стандард има више критеријума. Критеријуми представљају јасне кораке, тј. активности које треба предузети да би се испунио стандард. Стандарди подразумевају оптималне стандарде квалитета и безбедности и усмерени су на унапређење квалитета пружања здравствене заштите у оквиру здравствених установа Србије.

АЗУС стандарди за акредитацију су развијени од стране стручњака на том пољу. Нацрт стандарда за акредитацију општих болница и домова здравља настао је у оквиру пројекта „Развој здравства Србије“, Министарства здравља Републике Србије, финансираном из кредита Светске банке. У име Министарства здравља Републике Србије ови документи су резултат заједничког рада Радне групе за акредитацију Министарства здравља Републике Србије и међународне саветнице за акредитацију, госпође Елме Хајдеман (Elma Heidemann). У оквиру АЗУС-а, а уз подршку Пројекта Министарства здравља финансираног средствима Европске уније, формирана је Специјална радна група за израду стандарда за акредитацију лабораторија, радиолошке дијагностике и апотека. Ова радна група је заједничким радом са Елмом Хајдеман



израдила Нацрт стандарда за акредитацију лабораторија, радиолошке дијагностике и апотека.

У процесу ревизије постојећих и развоју нових АЗУС стандарда консултован је велики број партнера у циљу развоја стандарда који су: примењиви, достижни, мерљиви и који подржавају обезбеђење квалитета пружених услуга и безбедност пацијента.

### 5.1.1 Форма стандарда

Стандарди и критеријуми су обележени одређеним бројевима:

- **Стандарди** су обележени бројем 1.0, 2.0, 3.0 итд. Стандард је жељени ниво учинка који се може постићи и са којим се може поредити постојећи ниво учинка.
- **Критеријуми** су наведени испод стандарда и обележени су бројем 1.1, 1.2, 1.3 итд. Критеријуми описују који су кораци, тј. активности потребне за остваривање стандарда. Један стандард може имати више критеријума.

### 5.1.2 Садржај стандарда

Стандарди намењени болницама састоје се из следећих поглавља:

- Лечење пацијента (генеричко)
- Операциона сала
- Интензивна нега
- Служба ургентне медицине
- Апотека
- Радиолошка дијагностика
- Лабораторија
- Животна средина
- Људски ресурси
- Управљање информацијама
- Руковођење
- Управљање.

Стандарди намењени домовима здравља састоје се из следећих поглавља:

- Лечење пацијента – општа медицина
- Лечење пацијента – гинекологија
- Лечење пацијента – педијатрија
- Лечење пацијента – специјалистичко-консултативна служба
- Поливалентна патронажа
- Апотека
- Радиолошка дијагностика
- Лабораторија
- Животна средина
- Људски ресурси
- Управљање информацијама
- Руковођење
- Управљање.

Дати стандарди могу се поделити у три категорије:

- **Стандарди у вези са лечењем пацијента.** Ови стандарди су сачињени да прате процес лечења пацијента од момента пријема у установу, преко процене, планирања и спровођења лечења, до отпуста пацијента. Обезбеђени су стандарди за **операционе сале, службу ургентне медицине и одељења интензивне неге (везано за болнице), службе за здравствену заштиту: одраслог становништва (општа медицина), жена (гинекологија), деце и омладине (педијатрија), специјалистичко-консултативну службу и службу поливалентне патронаже.** Обезбеђени стандарди за **Опште одреднице** могу се применити у сваком одељењу које се бави лечењем пацијената. Ово поглавље се у будућности може проширити, како би уз поштовање специфичности, нашло примену у другим службама/одељењима у болници.
- **Стандарди рада пратећих служби.** Пратеће службе су службе у оквиру здравствене установе које помажу (прате) процес спровођења лечења. Стандарди **клиничке подршке** који се односе на рад **лабораторије, апотеке и радиолошке дијагностике.** Сачињена су три поглавља у вези са **неклиничким пратећим службама: животна средина** (укључујући контролу ширења инфекција, управљање медицинским отпадом, масовне несреће и акцидентне ситуације, централну стерилизацију и безбедно коришћење опреме, материјала, медицинских уређаја и простора), **управљање информацијама и људски ресурси.** На основу приоритета у вези са развојем и концентрисањем, овим стандардима су обухваћене само поједине области.
- **Руковођење.** Ови стандарди се односе на руковођење здравственом установом. Састављена су поглавља за **управљање и руковођење.** Стандарди **едукације** намењени су установама које имају и образовну улогу.

### 5.1.3 Циљ примене стандарда

Примена стандарда за акредитацију здравствених установа за циљ има:

#### Унапређење квалитета:

Стандарди су креирани да подстакну здравствене установе да побољшају квалитет свога рада, како у оквиру својих установа тако и на нивоу ширег система здравствене заштите.

#### Фокус на пацијента / корисника услуге:

Стандарди су креирани са фокусом на пацијента / корисника услуге и подразумевају континуирани процес праћења и лечења пацијента од момента пријема у установу до отпуста пацијента.

#### Унапређење организационог планирања и учинка:

Стандарди су креирани за процену капацитета за рад и ефикасности рада здравствене установе.

Безбедност:

Стандарди садрже мере за заштиту и побољшање безбедности пацијената / корисника услуга, запослених и свих осталих који се нађу у контакту са установом.

Развој стандарда:

Стандарди су планирани, формулисани и процењивани путем претходно дефинисаних принципа (ISQua принципи за израду акредитационих стандарда).

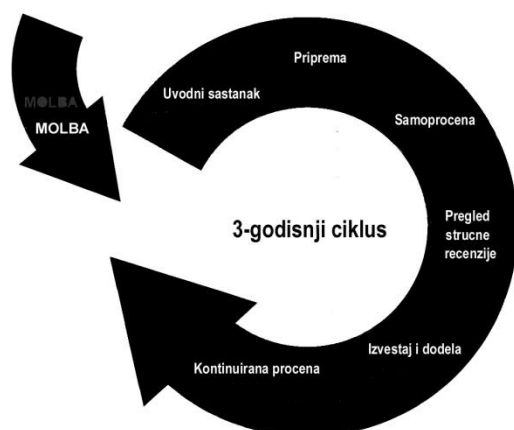
Мерење стандарда:

Стандарди обезбеђују доследно и транспарентно процењивање и мерење њиховог остваривања.

## 5.2 Процес акредитације

Процес акредитације обухвата четири карактеристичне етапе:

1. припрему и самооцењивање предузето од стране установе;
2. оцену спољашњих оцењивача о усклађености рада установе са стандардима за акредитацију;
3. припрему финалног извештаја и одлуку о додели акредитације од стране АЗУС-а;
4. континуирану процену и праћење извршења плана за унапређење квалитета



Слика 2: Трогодишњи циклус процеса акредитације

Процес акредитације се у организацији спроводи на сопствену иницијативу, како би се обезбедио успех у сталном унапређењу квалитета и безбедности. Иако начин на који организација приступа акредитацији може да буде веома различит, извесни кључни аспекти морају да буду задовољени како би се обезбедило адекватно руковођење и координација процесом акредитације. Они обухватају:

- подршку хијерархијски највишег руководства;
- именовање координатора за акредитацију;
- формирање тимова за самооцењивање.

Веома је важно да највише руководство организације подржава рад на акредитацији и да је укључено у читав процес. Руководство треба да саопшти кључне разлоге због којих је акредитација значајна и какву корист установа очекује да добије од предузетог акредитационог процеса уз додатно стварање позитивне атмосфере испуњене ентузијазмом која ће подстаћи учешће и „надметање“ током процеса.

### **5.3 Самооцењивање**

Самооцењивање спроводи установа ради евалуације нивоа усклађености свога рада у односу на постављене стандарде за акредитацију.

Самооцењивање пружа могућност организацији да преиспита свој рад и да га процени у складу са акредитационим стандардима, односно да процени:

- где се установа налазила раније,
- где је тренутно и
- како себе види у будућности.

Самооцењивање предочава запосленима шта добро раде и које су то области које треба унапредити, односно које су то снаге и слабости унутар организације.

#### **5.3.1 Координатор за акредитацију**

Након започињања процеса акредитације установа најпре именује координатора за акредитацију који је задужен за координацију рада тимова за самооцењивање, припрему интегралног извештаја о самооцењивању.

Улога координатора за акредитацију је да:

- одреди чланове тимова за самооцењивање;
- процени потребе за обуку тимова;
- усмерава рад тимова током процеса самооцењивања;
- координира рад и комуникацију међу тимовима;
- на време обезбеди потребни радни материјал (приручнике за самооцењивање, речник стручних израза итд.);
- планира и логистички подржи све активности везане за процес спољашње провере;
- припреми документацију;
- припреми тимове за питања спољашњих оцењивача;
- комуницира са АЗУС-ом;
- припрема интегрални извештај о самооцењивању и прослеђује га Агенцији.

Координатор за акредитацију може да буде посебна функција или интегрална функција на пример председник комисије за квалитет. Координатор за акредитацију треба да

поседује вештине у областима као што су унапређење квалитета, безбедност пацијента и управљање променама, као и да добро познаје поступак акредитације.

### **5.3.2 Тимови за самооцењивање**

Тимове за самооцењивање је потребно формирати како би се спровело јасно и свеобухватно самооцењивање. Чланство у тимовима треба да буде одраз интердисциплинарног приступа у обезбеђењу континуиране, свеобухватне здравствене заштите у оквиру установе и засновано на знању и професионалном искуству којим запослени располажу. Састав тима треба да осликава и хоризонтални и вертикални пресек целе организације. У тимовима би требало да буду заступљени запослени свих образовних структура (на пример лекари, медицинске сестре / техничари, економисти, запослени из пратећих служби и спремачице), и старији и млађи чланови, запослени из градских и сеоских амбуланти итд.

Да би тимови квалитетно радили, потребно је:

- *Одвојити време.* Постоји огроман притисак да се остваре резултати у рекордном времену. Ефикасан рад захтева и време и јасан циљ. Форсирање чланова тимова може да резултира нефункционалним понашањем и лошим резултатима.
- *Применити селекцију и процес развоја.* Промене чланова могу да доведу до регресије тима у погледу рада. Запослени треба да унапређују своја знања како би постали ефикасни чланови тима.
- *Омогућити интегритет између деловања и вредности.* Све што је у супротности са постојећим вредностима и принципима води ка смањењу оптималног учинка. Слобода у иновацијама ће одредити колика ће бити успешност имплементације.

Не постоји најбољи рецепт за изградњу и спровођење тимског рада. Тим треба да буде упознат и да ради у складу са визијом, циљевима и оквиром пословања саме установе.

Тимови за самооцењивање формирају се на основу стандарда које обухватају клиничке и неклиничке области у установи. Клиничке области су у вези са лечењем/услугама пруженим пацијенту. Неклиничке области се односе на животну средину, руководство, људске ресурсе, управљање инфомарцијама и стандарде управљања (управни одбор установе).

Препоручује се да састав сваког тима чине вођа и у просеку 6–10 чланова (број чланова зависи од величине установе и службе).

### **5.3.3 Рад тимова за самооцењивање**

Поступак самооцењивања тимови спроводе у периоду од највише дванаест месеци. У том периоду тимови се редовно састају. Искуство је показало да учесталост састанака тимова веома варира, од оних у трајању од 1 до 2 сата једном недељно па до састанака

са трајањем од пола дана једном месечно. Без обзира на утврђен начин рада који се примењује, неопходно је да тимови за самооцењивање прате два кључна корака у том процесу:

- обуку
- расправу и прикупљање доказа о усаглашености са критеријумима/стандардима.

#### *Обука*

Сви чланови тима треба да прочитају све о акредитационим стандардима и критеријумима, а не само о онима који се односе на њихов тим, како би им било јасно на коју од области се свака од њих односи. Међутим, највише пажње треба да обрате на стандарде и критеријуме који се тичу њиховог рада и за које треба да обезбеде доказе. Обуку чланова тима спроводи АЗУС.

#### *Расправа и прикупљање доказа о усаглашености са критеријумима/стандардима*

Расправе и дебате до којих долази када тимови за самооцењивање разматрају кључне активности својих служби представљају основне активности и оне су додатне вредности акредитацијског процеса. Подстицањем отворене расправе тим може да одговори на кључна питања као што су:

- Које активности спроводимо у вези са овим критеријумом?
- Шта је то што добро радимо?
- Шта можемо да побољшамо?
- Да ли нешто предузимамо у том погледу?
- Да ли поседујемо неки доказ којим бисмо проверили шта заправо радимо?
- Кога још можемо да питамо за мишљење да бисмо добили јаснију слику о томе како радимо? Друге запослене? Агенцију?

У оквиру сваког од стандарда постоје објашњења стандарда, а за сваки критеријум су наведени докази за обезбеђивање усаглашености за критеријум који оцењују. ***Докази нису дефинитивни, већ их треба схватити као смернице које ће помоћи тимовима да дефинишу почетну тачку њиховог рада на самооцењивању. Предложене доказе је могуће допунити новим, уколико тимови сматрају да је то потребно.***

Током рада тимови треба да настоје да открију у којој мери је рад установе прилагођен појединачним критеријумима. Када за критеријуме не постоје одговарајући докази, тим треба да одреди план мера које ће предузети за побољшање и унапређење квалитета рада. Неопходно је да се тим сложи и забележи ова запажања, јер је то податак на основу кога ће бити комплетирана документација о самооцењивању.

***Неопходна документација/записници са састанака тимова за самооцењивање:***

- избор координатора за акредитацију;
- избор чланова и формирање тимова за самооцењивање;
- пратећа документација сажетог прегледа самопроцене укључујући:
  - утврђене области изврсности,
  - приоритетне области за побољшање и унапређење,
  - приоритетне области дефинисане у плану за унапређење квалитета,
  - закључке тимова.

**5.3.4 Документација о самооцењивању**

Након завршетка самооцењивања, установа на адресу АЗУС-а доставља специфичну документацију која се састоји од уводног дела и дела који се односи на стандарде са образложењем и оценом.

***5.3.4.1 Уводни део треба да садржи кратак опис организације:***

- број и врсте служби у саставу здравствене установе;
- кратак опис врсте услуга (примарни, секундарни и терцијарни ниво);
- основни подаци за:
  - болнице
    - број хоспитализација,
    - проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема,
    - проценат пацијената упућених у друге здравствене установе,
    - просечан број преоперативних дана лечења,
    - број порођаја,
    - број обављених хируршких интервенција,
    - број датих анестезија по анестезиологу,
    - просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи,
    - број болничких постеља и број кревета у интензивној нези,
    - просечна дужина болничког лечења;
  - домове здравља
    - просечан број посета по лекару,
    - просечан број опредељених пацијената по лекару,
    - проценат превентивних посета у укупном броју посета код лекара,
    - обухват вакцинацијом против грипа особа старијих од 65 година;
- број особља запосленог у оквиру организације
  - медицинско особље,
  - немедицинско особље;

- кратак опис физичког устројства организације, нпр. број и старост објеката, величина установе у квадратним метрима;
- циљеви организације у вези са акредитационим процесом;
- вредности, мисија и визија организације;
- стратешки план (само сажети преглед руководства);
- опис заједнице/популације којој су намењене услуге организације;
- сажети преглед највећих успеха организације у току претходних 18 месеци;
- план унапређења квалитета организације (само сажети преглед руководства).

#### **5.3.4.2 Стандарди са образложењем и оценом**

Остататак документације о самооцењивању садржи све стандарде са образложењем и оценом. Самооцењивање обавезно попунити у електронској форми коју обезбеђује АЗУС.

#### **5.3.5 Достављање документације о извршеном самооцењивању**

Координатор за акредитацију доставља АЗУС-у целокупну документацију самооцењивања у договореном року. Детаљније информације о начину на који ће се подаци слати АЗУС-у ће пружити одговорно лице за комуникацију са здравственим установама.

#### **5.3.6 Начин оцењивања**

Испуњеност критеријума користи се за приказивање нивоа усаглашености које је здравствена установа постигла по сваком критеријуму стандарда. Скала обухвата оцене 1–5:

**Оцена 1** Подразумева да критеријум није уведен у примену

- потребно је дати образложење због чега критеријум није уведен у примену и навести мере и активности које ће се предузети да би се увео критеријум.

**Оцена 2** Подразумева да се критеријум уводи у примену

- протоколи и процедуре се тек припремају и уводе у примену,
- недовољна документација,
- неразумевање од стране особља и пацијената,
- недостатак континуиране праксе, недостатак координације,
- присутност ризика,
- потребно је предложити мере и активности које ће се предузети да би се критеријум адекватно увео у примену.



**Оцена 3** - Подразумева да се критеријум примењује

- процедуре углавном у употреби, али је присутан недостатак одговарајуће документације,
- имплементација није доследна, као ни разумевање од стране особља,
- недовољно доказа о сталном унапређењу квалитета,
- ризици сведени на минимум.

**Оцена 4** - Подразумева унапређену примену критеријума

- комплетна документација,
- протоколи и процедуре у примени,
- разумевање од стране особља,
- препознате потребе пацијената,
- ризик смањен или елиминисан,
- присутни докази о сталном унапређењу квалитета.

**Оцена 5** - Подразумева најбољу примену критеријума

- успешна примена критеријума без недостатака,
- широка примена најбоље праксе,
- премашена очекивања клијената,
- успешно управљање ризиком.

**Оцена БО (без одговора)** – када је немогуће у датој здравственој установи применити неки критеријум.

### **5.3.7 Услови за добијање акредитације**

Акредитацију здравствена установа стиче на период од једне године, ако:

- је остварила 40–50% оцена 4 и 5;
- нема више од 20% оцена 1 и 2;
- критеријуми који се односе на безбедност пацијента у процесу лечења нису оцењени оценом мањом од 4.

Акредитацију здравствена установа стиче на период од три године, ако:

- је остварила 51–70% оцена 4 и 5;
- нема више од 15% оцена 1 и 2;
- критеријуми који се односе на безбедност пацијента у процесу лечења нису оцењени оценом мањом од 4.

Акредитацију здравствена установа стиче на период од седам година, ако:

- је остварила 71–100% оцена 4 и 5;
- нема више од 10% оцена 1 и 2;
- критеријуми који се односе на безбедност пацијента у процесу лечења нису оцењени оценом мањом од 4.

### 5.3.8 Безбедност пацијента

Како је дефинисано Правилником о акредитацији здравствених установа, посебан значај у процесу акредитације имају критеријуми који се директно односе на безбедност пацијента и они великим делом утичу на акредитацију. Ови критеријуми су обележени звездама.

АЗУС је за почетак одабрао пет области на којима ће инсистирати и то је јасно представљено у Стратегији АЗУС-а за безбедност пацијента:

#### *АЗУС стратегија:*

1. Дефинисати пет кључних циљева за безбедност пацијента.
2. Изабрати специфичне активности које ће се применити како би се достигли циљеви.
3. Одредити временски оквир примене ових активности (за АЗУС и за здравствене установе).
4. Припремити едукативне материјале који објашњавају специфичне активности и која су очекивања током њихове примене.
5. Спровести едукацију у оквиру система здравствене заштите, посебно у установама које учествују у процесу акредитације, а у вези са захтевима АЗУС-а у погледу безбедности пацијента.
6. Праћење примене захтева у погледу безбедности пацијента.
7. Извештавање о прогресу и резултатима примене захтева у погледу безбедности пацијента.

#### *АЗУС циљеви за безбедност пацијента (иницијални)*

Циљеви за безбедност пацијента заснивају се на међународним циљевима који су поткрепљени истраживачким радом. Доле поменути циљеви имају утицај на целокупну здравствену установу и захтевају фокусиран и координисан напор да би се извршила њихова примена:

1. Процедуре у хирургији везане за безбедност.
2. Свођење на минимум могућности настанка инфекција у установама.
3. Безбедно руковање лековима.
4. Нега и лечење „правог“ пацијента.
5. До безбедног лечења елиминисањем/свођењем на минимум нежељених догађаја.

### 5.3.9 Улога АЗУС-а у процесу самооцењивања

АЗУС у процесу припреме установе за самооцењивање пружа потребну подршку. Подршка се састоји у адекватном едуковању запослених за: тумачење стандарда и критеријума, дефинисање неопходних доказа које треба прикупити, формирање тимова за самооцењивање, начинима за успешан рад тимова, спровођење активности за стално унапређење квалитета и безбедности пацијента.

За недоумице и проблеме у току *процеса самооцењивања* АЗУС предлаже установи конструктивна решења. Такође, помаже установи да развије културу унапређења квалитета рада и безбедности пацијента. Одржава комуникацију са координатором за акредитацију.

АЗУС може обезбедити и едукације из области које су битне за развој институције у целини са фокусом на унапређење квалитета и безбедности пацијента. У току самооцењивања многе вештине и алати су потребни запосленима да би обавили поверене задатке.

Постоје извесне основне претпоставке које сваки програм унапређења квалитета треба да садржи, али свакако ће приступ, величина, врста, сложеност и положај здравствене установе утицати на активности које ће бити предузете. Здравствена установа треба да идентификује неопходне принципе за програм унапређења квалитета, одреди своје приоритете за унапређење и развије програм у складу са тим.

### **5.3.10 Утврђивање приоритета, приступа и интерног програма**

Да би се одредили приоритети, приступ квалитету и структура интерног програма унапређења, здравствена установа треба да утврди:

- Шта су њени приоритети?
- Које су активности посебно истакнуте у стратешком плану?
- У каквој су узајамној вези активности унапређења квалитета и стратешки циљеви?
- Који проблеми постоје?
- Да ли постоје захтеви споља које треба задовољити?
- На које услуге треба посебно обратити пажњу?
- Да ли постоје посебне клиничке области којима је потребна подршка?
- Који ресурси нам стоје на располагању да би се унапредио квалитет?
- Којим вештинама располаже особље?
- Који су највећи ризици?
- Које су последице тих ризика?
- Која је вероватноћа за појаву тих ризика?
- Који приступ применити?
- Каква је улога руководства?
- Ко је одговоран за програм и ко га координира?
- Како ће здравствена установа укључити особље?
- Како ће организација представити своје планове за унапређење заинтересованим странама?
- Како ће бити праћен ток унапређења квалитета и његово унапређење?
- Која средства треба користити?

### 5.3.11 Развој конструктивне свести

Успешна примена акредитације захтева да читава здравствена установа буде посвећена унапређењу сопствених перформанси. То је основни елемент за успех који захтева снажно руковођење. Акредитација ће помоћи организацији да унапреди њен целокупни учинак, да има културу континуираног унапређења квалитета и да се усредсреди на пацијенте/клијенте и резултате. Организације које се односе према акредитацији искључиво као према средству за добијање сертификата неће имати пуну корист од ње као оквира за унапређење квалитета и безбедност пацијента.

Многе организације у свету, али и код нас, са успехом су имплементирале ефикасне програме квалитета у којима особље учествује са ентузијазмом и размењује своја искуства. Ефикасан начин за проналажење путева који ће бити делотворни је остваривање пословних веза и разговор са стручњацима из ове области о томе како су проблеми били или како могу да буду превазиђени и како резултати и исход могу да буду унапређени.

Постоје многи методи који се могу користити за унапређење рада у оквиру установе. Наредни одељак разматра неке од најопштијих алата. Треба користити онај који највише одговара организацији. Примери ефикасних алата обухватају мерење учинка и квалитета рада, управљање нежељеним догађајима, управљање културом и променама, „benchmarking“ (упоређивање са конкурентима), путеве за постизање циљева са анализом варијација, праћење нежељених догађаја, клиничку проверу и алате квалитета.

### 5.3.12 Мерење учинка и квалитета рада

Од здравствених установа често се захтева да многобројним заинтересованим странама пруже податке о многим аспектима сопствене организације. Усредсређење пажње на управљање перформансама је настало кроз повећање захтева за доказима о перформансама и новог стављања у центар унапређења квалитета и безбедности.

„Научни приступ“ користи податке и статистичке методе како би потпомогао доношење одлука и представља корисну методологију и аналитички прилаз решавању проблема. Овај приступ обухвата доношење одлука засновано на валидним подацима, трагање и откривање правих узрока проблема, развој адекватних решења и имплементирање промена.

### *Показатељи учинка*

Показатељи учинка здравственој установи пружају податке о:

- садашњем нивоу учинка,
- томе како она функционише у поређењу са другима,
- томе куда жели да иде,
- томе у којим областима се може постићи унапређење.

Ове мере се користе код:

- унапређења учинка,
- управљања доношењем одлука,
- разматрања управљања расподелом финансијских средстава итд.,
- тежње да се постигну жељени исходи,
- доношења одлука о приоритетима у области комуникације.

#### **5.3.13 Показатељи квалитета**

Праћење показатеља квалитета је дефинисано Правилником о показатељима који су у обавези да примењују све здравствене установе и да једном годишње извештавају о резултатима праћења показатеља.

#### **5.3.14 Управљање нежељеним догађајима**

*„Нежељени догађај је догађај којим се наноси штета пацијенту везано за активности предузете током пружања здравствене заштите, а не као последица обољења и основног здравственог стања.“ (СЗО)*

Појава нежељених догађаја у оквиру здравственог система може имати озбиљне последице на све који су њима обухваћени укључујући и пацијенте/клијенте, породице, запослене, као и саму здравствену установу. У случају наступања нежељеног догађаја, здравствена установа треба да утврди узроке и изврши његову анализу, а као део стратегије унапређења квалитета.

Различити фактори доприносе појави нежељеног догађаја. Винсент и други (1998) развили су основу за анализу нежељеног догађаја узимајући у обзир све могуће факторе који утичу на појаву нежељеног догађаја, тј. залажење у срж узрока појаве нежељеног догађаја. Дата табела представља различите факторе који утичу и доприносе настанку нежељеног догађаја, а у основи се могу поделити на системске и људске:

Врста фактора	Фактори доприноса
Фактор пацијент	Здравствено стање (комплексност) Језик и комуникација Личност и социјални фактори
Фактор појединца (особља)	Знање и вештине Компетентност Физичко и ментално здравље
Фактор тимова	Вербална комуникација Писана комуникација Надзор и потребна помоћ Вођство
Фактори радног окружења	Кадрови и скуп вештина Радно оптерећење и рад по сменама Дизајн, доступност и одржавање опреме Менаџерска и административна подршка Физичко окружење
Организациони и управљачки фактори	Финансијски ресурси и органичења Организациона структура Политика, стандарди и циљеви Култура безбедности и приоритети
Институционални фактори	Економски и регулациони контекст Руководиоци у систему здравствене заштите Везе са спољашњим установама

Табела 1. Фактори који доприносе појави нежељеног догађаја

Два главна приступа конципована су тако да одговоре на питање зашто долази до појаве нежељеног догађаја и названи су „приступ појединац“ и „приступ систем“. „Приступ појединац“ се фокусира на грешку појединца која настаје као резултат немарности, лоше мотивације, несмотрености и занемаривања. „Приступ систем“ се фокусира на бројне факторе у оквиру система или установе који доводе до појаве нежељеног догађаја.

Иако постоји велики број начина за минимизовање могућности настанка нежељених догађаја, они се јављају због активних грешака или због латентног стања. Активне грешке описују се као небезбедни поступци, грешке, или злоупотреба особља са лошим последицама по систем или пацијента. Ту се подразумева следеће:

- пропусти у раду, као нпр. давање погрешног лека пацијенту,
- когнитивне грешке, као последица незнања или погрешног тумачења ситуације,
- злоупотреба у виду намерног нарушавања безбедне праксе, политике, процедура и стандарда.

Латентне грешке настају као резултат доношења одлука на вишем нивоу у оквиру установе, а чије негативне последице остају скривене све док у контакту са окидачким факторима не постану очигледне. Окидачки фактори могу бити:

- недовољан број запослених,

- неадекватна опрема,
- неадекватна контрола.

Латентна стања се идентификују и исправљају пре појаве нежељеног догађаја и на тај начин се ствара проактивно управљање ризиком, за разлику од реактивног.

Иако су се у прошлости клиничари освртали на разлоге настанка нежељеног догађаја, стечена искуства нису објављивана. Чињеница је да су се разлози за успех или неуспех углавном повезивали са квалитетом постављања дијагнозе и успешности лечења. Медицина је данас много комплекснија наука и ослања се на високу технологију, крећући се од појединачног пружања услуга ка тимском раду, чиме се ствара дијапазон фактора који одређују квалитет здравствене заштите и спречавање појаве нежељеног догађаја.

Пријављивање и анализа нежељених догађаја неопходна је како на локалном нивоу, тј. на нивоу саме установе, тако и на националном нивоу.

Основни циљ извештавања је могућност да се на основу искустава након појаве нежељених догађаја смањи, односно спречи нашоће штете и повреде пацијенту. Посебан циљ се односи на искоришћавање података добијених анализама и на основу истраживања о нежељеном догађају, како би се омогућило да стечена искуства здравствених установа буду доступна. Анализом извештаја од стране агенција или других тела могу се открити опасности које би у супротном остале скривене, а за које је потребно предузети посебне активности. Такође се пружа увид у прикривене грешке у систему и добијају се препоруке за „добру праксу“ којом се сви запослени руководе. Информације добијене кроз идентификовање нежељеног догађаја, његове анализе и стечена искуства могу се искористити на локалном нивоу, како би се препознали трендови и обрасци који ће омогућити стварање приоритета при развоју програма за унапређење безбедности. Информације добијене кроз идентификовање нежељеног догађаја, његове анализе и стечена искуства могу се искористити на националном нивоу, како би се препознали трендови и обрасци, који нису евидентни на индивидуалном-локалном нивоу извештавања. Уколико се нежељени догађаји пријављују и о њима се извештава на националном нивоу, подићиће се свест о том проблему и омогућиће се стварање приоритета при развоју националних програма за унапређење безбедности.

### **5.2.15 Клиничка провера**

Клиничке провере могу се користити за побољшање свих аспеката клиничког рада. Провере су систематски оквир који примењују здравствени радници за испитивање и процену клиничког рада и предузимање мера за побољшање. Оне имају велики потенцијал јер могу да буду од суштинске користи пацијентима/клијентима у погледу унапређења квалитета лечења и сигурности пружених услуга.

Када организација реши да својим програмом унапређења обухвати и клиничку проверу(е) потребно је да размотри бројне факторе. То укључује:

- системе за прикупљање информација, нпр. преглед здравствених картона, коришћење вишеструких извора података;

- време предвиђено за процес провере;
- избор предмета провере;
  
- метод провере;
- коришћење одговарајућих узорака;
- сагледавање резултата;
- обуку особља;
- мултидисциплинарни приступ;
- приватност и поверљивост;
- интеграцију процеса провере у свакодневно пословање.

### **5.3.16 Алати, методи и технике за анализу и унапређење квалитета**

Да би се анализирали поступци и подаци, затим подаци преточили у информације и на крају учинили доступним за примену у процесу унапређења квалитета, користе се: блок-дијаграми, дијаграми узрока и последице, брејнсторминг и парето графикони. Поменути методи омогућавају откривање проблема, анализу процеса и проналажење могућности за побољшање. Хистограми, дијаграми тока, контролни дијаграми и скатерграми приказују релевантне податке и пружају информације неопходне у процесу одлучивања.



## 6 Начин коришћења радне свеске

Тим за самооцењивање поседује радну свеску коју добија од Агенције и на основу увида у службу у којој су чланови тима запослени попуњава на следећи начин:

- чита стандарде и критеријуме;
- припрема доказе у складу са препорукама за сваки критеријум и уколико поседује додатне доказе уписује их у предвиђен простор;
- врши увид у стање у служби;
- на основу претходно наведеног даје коначну оцену за тај критеријум тако што заокружује једну од понуђених оцена;
- постоји могућност писања напомене за сваки критеријум, уколико за то постоји потреба;
- након сваког стандарда постоји део за писање коментара који се односи на цео стандард.

### Коришћена литература и документа:

- ISQua Приручник за оцењиваче (новембар 2009).
- Правилник о акредитацији (*Службени гласник Републике Србије*, бр. 112/09).
- Завршни извештај акредитационе посете у здравственој установи.
- ISQua Checklist for Development of new Healthcare Accreditation Programmes (ISQua, November 2006).
- Стратегија сталног унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента (*Службени гласник РС*, бр. 15/2009).
- АЗУС Стратегија о безбедности пацијента (Први драфт).
- Акредитацијски стандарди. Оквир за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента. Ирски одбор за акредитацију. Друго издање (прва ревизија), 2005.