

## Садржај:

<b>1.0 Увод-Појам акредитације и улога спољашњих оцењивача у акредитацијском поступку</b>	<b>2</b>
<b>2.0 Циљеви акредитације</b>	<b>3</b>
<b>3.0 Спољашњи оцењивачи</b>	<b>6</b>
3.1 Критеријуми за избор спољашњих оцењивача	6
3.2 Радно искуство	7
3.3 Особине спољашњих оцењивача	7
3.4 Како постати спољашњи оцењивач?	8
3.5 Континуирана евалуација оцењивача	8
3.6 Искључивање спољашњих оцењивача из процеса акредитације	9
<b>4.0 Улога спољашњих оцењивача у акредитацијској посети</b>	<b>10</b>
4.1 Посете установи (припрема и планирање)	10
4.2 Процес оцењивања квалитета рада здравствене установе	11
4.2.1 Вође тима у процесу спољашњег оцењивања	11
4.2.2 Чланови тима у процесу спољашњег оцењивања	12
4.2.3 Препоруке за вођење разговора током акредитацијске посете	12
4.2.4 Компоненте оцењивања	14
4.2.5 Скала за оцењивање	18
4.3 Писање извештаја	19
4.4 Путни трошкови оцењивача	22
<b>5.0 Услови за добијање акредитације</b>	<b>23</b>
<b>6.0 Улога спољашњих оцењивача након акредитације</b>	<b>24</b>
<b>7.0 Прилози</b>	<b>25</b>
7.1 Образац за пријаву спољашњих оцењивача	25
7.2 Евалуациони лист: Вођа тима врши евалуацију тима након оцењивања	27
7.3 Евалуациони лист: Вође тимова за самооцењивање врше евалуацију процеса спољашњег оцењивања	28
7.4 Евалуациони лист: Оцењивач оцењује самог себе	29
7.5 Евалуациони лист: Евалуација вође тима од стране чланова тима	30
7.6 Евалуациони лист: Самооцењивачи оцењују спољашње оцењиваче	31
7.7 Пример извештаја спољашњих оцењивача	32
7.8 Листа провере спољашњег оцењивача	33
7.9 Програм едукације за спољашње оцењиваче	35
7.10 Речник појмова	36

## 1.0 Увод – Концепт акредитације и улога спољашњих оцењивача у процесу акредитације

*Водич дефинише појам акредитације и улогу спољашњих оцењивача у процесу акредитације, дефинише и критеријуме (одговарајућа знања, вештине и степен одговарајуће обуке) за избор оцењивача.*

- 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.
- Акредитација помаже здравственим установама да открију сопствене предности и могућности напретка, а уједно боље разумеју циљеве и сложеност свог пословања. 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 самооцењивање од стране здравствене установе ради евалуације нивоа њихове ефикасности у односу према постављеним стандардима. Тим за спољашње оцењивање, састављен од стручњака врши вредновање обављеног самооцењивања. Процес акредитације је конципиран тако да обезбеди оквир који ће омогућити здравственим установама да дефинишу и имплементирају начине и направе приоритете за континуирано унапређење сопствених услуга.
- Акредитацију стиче здравствена установа за коју Агенција утврди да испуњава утврђене стандарде за одређену област здравствене заштите, односно грану медицине.

Акредитацију здравствених установа врши Агенција за акредитацију здравствених установа Србије (АЗУС). Акредитација је добровољна и врши се на захтев здравствене установе. Трошкове акредитације сноси здравствена установа која је поднела захтев за акредитацију.

Поступак акредитације састоји се од:

- 1) самооцењивања (самопроцене);
- 2) спољашњег оцењивања (спољашње процене);
- 3) стицања акредитације.

## 2.0 Циљеви акредитације

Циљеви акредитације подразумевају унапређење квалитета, 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.

Сталним унапређењем квалитета се смањује:

- неуједначен квалитет здравствених услуга;
- неприхватљив ниво варирања у исходима по здравље лечених пацијената;
- неефикасно коришћење здравствених технологија;
- време чекања на медицинске процедуре и интервенције;
- незадовољство корисника пруженим здравственим услугама;
- незадовољство запослених у систему здравствене заштите;
- трошкове који настају због лошег квалитета.

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

Квалитет здравствене заштите се мора развијати и унапређивати континуирано имајући у виду следеће:

- Постоје варијације у пружању здравствене заштите и исходима по здравље за исте или сличне пацијенте, који добијају недовољну, као и непотребну или неадекватну здравствену заштиту. Разлике су присутне међу државама, регионима, здравственим установама и појединим даваоцима здравствених услуга, чак и тамо где су материјални, финансијски и хумани ресурси уједначени.
- Пружена здравствена заштита није увек безбедна као што би требало да буде, што безбедност пацијената сврстава у најважније димензије квалитетне здравствене заштите.
- Нова знања и технологије захтевају нове специјализације и субспецијализације здравствених радника и сарадника, што доводи до прекомерне фрагментације знања и праксе и све веће отуђености од корисника у систему здравствене заштите. Последица тога је пораст незадовољства, како корисника, тако и запослених у систему здравствене заштите.

- Захтеви корисника се мењају и постају све већи. Доступност модерних информационих технологија омогућава бољу информисаност корисника и доводи до већих очекивања у систему здравствене заштите. Савремени корисник очекује да добије такву здравствену заштиту у којој ће ризик по његово здравље бити минималан, а корист од пружене здравствене заштите максимална. Он се не задовољава само решавањем здравственог проблема, већ захтева и пријатан амбијент, љубазно особље, информисаност о стању свог здравља и медицинским процедурама којима ће бити подвргнут, односно постаје активни учесник у доношењу одлука о свом лечењу.
- Трошкови здравствене заштите су у порасту, а често се за веома високу цену добијају сразмерно мали и ограничени ефекти по здравље становника. У таквим условима, захтева се већа ефикасност у систему здравствене заштите, односно да се за уложена средства обезбеди највећа добит по здравље људи.
- Интензивирање развој приватног сектора доводи до стварања конкуренције у систему здравствене заштите. У таквим условима, установе које пружају квалитетну заштиту постају атрактивније, како за кориснике, тако и за здравствене раднике.

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. Овај приступ је усмерен да утврди зашто се нешто дешава, а не ко је до тога довео и да открије путеве који могу да превентирају лош квалитет.

Предности увођења сталне културе квалитета могу се сагледати из неколико различитих перспектива. Из угла здравствене професије, увођење културе квалитета и сталног праћења квалитета рада води ка смањивању грешака из незнања, недостатка вештина, немара, недовољне мотивације, непажње. То је механизам за дефинисање нивоа разлика који је прихватљив за медицинску праксу и начина да се оне сведу на минимум, без угрожавања професионалне аутономије. Из перспективе корисника здравствене заштите, предности се огледају у омогућавању постизања адекватног одговора на његове захтеве и очекивања (минимални ризик по његово здравље уз максималну корист, као и добијање мерљивих резултата). Из перспективе финансијера здравствене заштите то је начин за унапређење ефикасности система здравствене заштите.

За достизање и реализацију принципа сталног унапређења квалитета потребно је дефинисање стандарда и показатеља за три основна аспекта здравствене заштите:

- **Структура** подразумева ресурсе неопходне за обезбеђивање здравствене заштите, односно административне, организационе и технолошке могућности система да пружи квалитетну здравствену заштиту и задовољи потребе корисника. Овај аспект здравствене заштите обухвата карактеристике даваоца здравствених услуга, здравствених организација и система здравствене заштите (број здравствених установа, њихову територијалну дистрибуцију, доступност, величину, опремљеност, број и структуру здравствених радника, њихова знања и вештине, оптерећеност, мотивацију, финансирање).
- **Процес** здравствене заштите обухвата све активности које се предузимају од првог контакта корисника са системом здравствене заштите до решавања његовог проблема или задовољења потреба. То су: садржај и време пружања услуга, комуникација пацијента са здравственим радницима, благовремено информисање, и укључивање пацијената у процес доношење одлука које се односе на његово здравље.
- **Исход** представља крајњи резултат примењеног процеса и односи се на побољшање здравственог стања појединаца, популационих група или целокупног становништва након пружене здравствене заштите, као и на одговорност здравственог система на немедицинска очекивања корисника - задовољство пруженом здравственом заштитом.

### 3.0 Спољашњи оцењивачи

#### 3.1 Критеријуми за избор спољашњих оцењивача

Спољашњи оцењивачи су особе, одређене од стране Агенције за акредитацију здравствених установа Србије (АЗУС), које у процесу акредитације, за време посете здравственој установи, оцењују квалитет рада и састављају извештај.

Улога спољашњих оцењивача је да докажу пуноважност самооцењивања и да независно оцене ниво испуњености стандарда, подржавајући ово оцењивање јасно документованим налазима као доказима. Оцењивачи идентификују могућности за унапређење и даљи развој и у извештају дају препоруке које се односе на недостатке.

Спољашњи оцењивачи морају поседовати:

- Професионално искуство у систему здравствене заштите (лекар, медицинска сестра, правник, економиста, фармацеут, инжењер);
- Тренутно радно искуство у оквиру исте или сличне здравствене установе;
- Адекватно познавање (интерпретација) АЗУС акредитационих стандарда и процеса оцењивања;
- Добре интерперсоналне способности, као и вештине у посматрању, интервјуисању и писању извештаја;
- Способност рада у тиму, флексибилност, објективност;
- Позитиван став у односу на здравствену установу коју оцењују

Спољашњи оцењивачи морају да:

- Буду обучени од стране Агенције за све вештине и знања које ће користити у току оцењивања
- Буду спремни за континуирану едукацију и усавршавање;
- Буду доброг физичког и менталног здравља
- Поштују Етички кодекс који је успоставила Агенција
- Да потпишу уговор са Агенцијом и у свом раду пратите Водич за спољашње оцењиваче

#### 3.2 Радно искуство

Потребно радно искуство спољашњих оцењивача:

- најмање пет година рада за лекаре специјалисте/фармацеуте
- најмање 8 година за медицинске сестре/здравствене техничаре, правнике/економисте/инжињере

Послове спољашњих оцењивача не могу обављати:

- Особе које раде као консултанти за акредитацију у здравственим установама;
- Особе старије од 65 година;

- Особе које раде у Министарству здравља, Републичком заводу за здравствено осигурање или Агенцији.

### 3.3 Особине спољашњих оцењивача

#### **Објективност**

Иако оцењивачи треба да донесу личне одлуке, оне морају бити засноване на чињеницама и подржане доказима. Добра обука оцењивача ће допринети већој објективности током оцењивања.

#### **Тачност**

Тачност је важна како би се обезбедило довољно времена за сваку сесију и подстицао професионални приступ оцењивању. Могућности за промену и одлагање распореда су ограничени. Важно је водити рачуна о расположивом времену испитаника јер се процес одвија током њиховог радног дана.

#### **Прецизност**

Прецизно вођење белешки, уз учешће осталих чланова тима омогућиће квалитетан извештај и повратне информације здравственим установама.

#### **Припремљеност**

Детаљна припрема пре и током оцењивања помоћи ће оцењивачу да сакупи довољно информација како би оцењивање било што успешније.

#### **Умеће дипломатије**

Здравствени радници-чланови тима за самооцењивање у установи током интервјуа могу бити нервозни, анксиозни и осећати нелагодност што може утицати на одговор током оцењивања од стране спољашњих оцењивача. Потребно је створити опуштenu атмосферу, и подстаћи све чланове тима у здравственим установама да узму реч и уверити их да је сврха тимског састанка како унапредити квалитет.

#### **Флексибилност**

Оцењивачи морају да препознају и одговоре на различита понашања, тактике и ситуације. Повремено чланови тима у здравственим установама имају нејасноће око захтева који је тражен од њих, или не желе да открију неке информације или не пружају потпуну сарадњу оцењивачком тиму. У тим случајевима оцењивачи морају да размотре како да дођу до потребних информација.

#### **Професионалност**

Спољашњи оцењивачи представљају током акредитацијске посете Агенцију и морају поседовати висок степен професионализма и поштовати кодекс облачења у здравственим институцијама.

#### **Упорност**

Оцењивачи ће користити разне вештине у добијању доказа о достигнућима и испуњености критеријума. Проблеме треба размотрити и истражити из различитих углова да би се успоставиле чињенице. Није препоручљиво брзо доношење одлука.

### 3.4 Како постати спољашњи оцењивач?

- На основу утврђених критеријума Агенција расписује конкурс за одабир спољашњих оцењивача. Приликом конкурисања кандидати прилажу попуњени „Образац за пријаву“ (прилог 7.1)
- Након увида у предату документацију и обављеног интервјуа врши се одабир кандидата од стране Агенције. Интервју обавља комисија Агенције. Одабрани кандидати пролазе обуку коју организују Агенција и Медицински факултет, а која је акредитована од стране Центра за континуирану медицинску едукацију Медицинског факултета у Београду и Здравственог савета и садржи 11 модула (прилог 7.9). Обуку држе запослени Агенције као и искусни оцењивачи (особе које су прошле лиценцирану обуку и имају две године искуства у овој области). Након обавезне едукације оцењивачи морају прихватити континуирану, планирану сталну едукацију коју им обезбеђује Агенција.
- Склапање уговора између Агенције и спољашњих оцењивача се обавља по завршеној обуци. Оцењивачи потписивањем уговора прихватају и следе Водич за спољашње оцењиваче.
- Уговор мора да садржи опис послова за оцењиваче који је дефинисан правилником Агенције. Оцењивачи не могу оцењивати установу у којој су радили у претходних пет година или имали било какав уговор са том установом у истом периоду. Актуелни послодавац мора да обезбеди оцењивачу ангажовање у трајању од 12-15 дана у години за потребе спољашњег оцењивања и то мора бити дефинисано споразумом о пословној сарадњи између Агенције и здравствене установе.

### 3.5 Континуирана евалуација (процена) оцењивача

Након сваког учешћа у процесу акредитације врши се евалуација рада спољашњих оцењивача.

- Вођа тима врши евалуацију свог тима након оцењивања (прилог 7.2)
- Директор установе и Вође тимова за самооцењивање врше евалуацију тима за спољашње оцењивање и процеса акредитације (прилог 7.3)
- Оцењивач оцењује самог себе (прилог 7.4)
- Чланови тима оцењују вођу тима (прилог 7.5).

**Евалуацију организују виши сарадници Агенције који обрађују резултате евалуације рада оцењивача и достаљају им најмање једном годишње.**



### 3.6 Искључивање спољашњих оцењивача из процеса акредитације

Искључивање и иступање оцењивача наступа у следећим случајевима:

- Услед необављања посете у заказаном року без претходне најаве или ваљаног разлога;
- Услед жалби на начин обављеног оцењивања или рада који није у складу са овим Водичем;
- Ако у периоду од две године од тренутка када су потписали уговор са Агенцијом нису присуствовали ни једном семинару, обуци и едукацији у области акредитације или унапређења квалитета;
- Код промене занимања оцењивача, које не испуњава више потребне стандарде за спољашње оцењивање.

#### **4.0 Улога спољашњих оцењивача у процесу оцењивања квалитета рада здравствених установа**

Спољашње оцењивање је оцењивање квалитета рада здравствене установе у односу на утврђене стандарде за одређену област здравствене заштите, односно грану медицине, од стране едукованих спољашњих оцењивача које именује Агенција.

#### **4.1 Посета установи - припрема и планирање посете**

У зависности од величине установе одређује се број оцењивача и број дана-посета.

Агенција је дужна да сваком члану тима за спољашње оцењивање квалитета рада здравствене установе достави резултате самооцењивања здравствене установе најмање 21 дан пре заказане акредитацијске посете.

Агенција израђује план оцењивања који доставља здравственој установи и члановима тима за спољашње оцењивање квалитета рада здравствене установе, најмање 21 дан пре заказане акредитацијске посете.

Спољашњи оцењивачи морају пре оцењивања да буду добро упознати са резултатима самооцењивања здравствене установе (опис сваког критеријума, докази), као и са осталом расположивом документацијом. Разлог добре припреме је потреба да спољашњи оцењивачи пре акредитацијске посете одреде области које нису јасно презентоване у самооцењивању, у којима има нелогичности, недоумица, конфликта у писаним изјавама, оцени и приложеној документацији. Такође се могу добро припремити за разговор са тимовима за самооцењивање. Оцењивачи би требало да припреме подсетник на који начин да прибаве неке додатне доказе за критеријуме које оцењују, као и да идентификују питања која проистичу из резултата самооцењивања. На овај начин спољашњи оцењивачи могу искористити време проведено у установи, а које је ограничено, за обављање задатака који нису могући ван установе.

Агенција обавештава здравствену установу која је у поступку акредитације о саставу тима спољашњих оцењивача који има вођу и чланове. У саставу тима су увек: лекар, медицинска сестра - здравствени техничар, правник, економиста, фармацеут или инжињер. Тим мора имати бар једног члана са искуством који је увек и вођа тима. Време доласка тима у установу унапред се заказује и дефинише се број дана трајања посете. У току оцењивања тим за спољашње оцењивање оцењује квалитет рада здравствене установе, користећи самооцењивање које је установа припремила, документацију и медицинску документацију, посматрање и интервјуе са тимовима за самооцењивање, запосленима, пацијентима/корисницима услуга и представницима партнера из локалне заједнице.

## 4.2 Процес оцењивања квалитета рада здравствене установе

Документација подразумева одговарајуће законе, организациону схему, структуру запослених, политике и процедуре, стратешки и бизнис план, опис послова, белешке о активностима на унапређењу квалитета и пројекти, записи о нежељеним догађајима и жалбама, као и приручнике о здрављу и безбедности пацијената као и медицинску документацију.

Такође оцењивачи морају да препознају све евентуалне недостатке, конфликти интереса, и очигледна неподударања између коментара (примедби) и оцена. Оцењивачи морају да препознају и евидентирају сву прикупљену документацију као релевантну за критеријуме и стандарде који се оцењују.

Током припремања за састанак са тимовима за самооцењивање у здравственој установи оцењивачи треба да узму у разматрање широк дијапазон тема повезаних са стандардима и критеријумима како би обезбедили довољно информација потребних за оцењивање.

Оцењивање је резултат читавог тима, и један оцењивач ће ретко моћи да добије све информације потребне да напише извештај. Ретко се дешава да ће и сви оцењивачи бити у могућности да буду присутни на свим састанцима са члановима тима у здравственим установама, те је потребно проследити важније информације осталим члановима тима и усагласити се око коначних оцена.

### 4.2.1 Вођа тима у процесу спољашњег оцењивања

Вођа тима је задужен за комуникацију са члановима Агенције и са здравственим установама пре оцењивања и учествује у договору око прелиминарног распореда оцењивања. Вођа тима:

- Уговара састанак тима пре оцењивања;
- Представља тим организацији и упознаје је са процесом оцењивања;
- Координише рад оцењивачког тима у установи;
- Комуницира са представницима установе током оцењивања;
- Утврђује да ли је обавештење о распореду акредитацијске посете истакнуто у здравственој установи
- Задужен је за одржавање дневних састанака тима;
- Утврђује да ли су чланови тима комплетирали своје задатке и да ли су једни другима помагали размењујући информације;
- Пружа подршку члановима тима да што већи део извештаја ураде на лицу места;
- Саставља оцењивачки извештај, од приложених индивидуалних извештаја оцењивача пратећи смернице о извештају;
- Припрема завршни извештај;
- Попуњава образац за евалуацију рада тима

#### 4.2.2 Чланова тима у процесу спољашњег оцењивања

- Сваки члан тима дужан је да оцени одређен број стандарда са критеријумима уз обавезно тражење што већег броја доказа. Они такође достављају осталим члановима тима релевантне информације до којих су дошли у областима које оцењују. Оцењивачи воде уредно белешке.
- Оцењивачи прикупљају информације током акредитацијског процеса на више начина:
  - 1 Посматрањем околине;
  - 2 Разговором са члановима тимова за самооцењивање; запосленима и пацијентима;
  - 3 Увидом у расположиву документацију;
- Чланови тима следе упуства из Водич за спољашње оцењиваче.

#### 4.2.3 Препоруке за вођење разговора током акредитацијске посете

##### Сврха интервјуа

Тимско и групно испитивање уз индивидуалне интервјуе чине важан део оцењивања и користе се ради утврђивања испуњености стандарда. Разговор са тимовима за самооцењивање ће омогућити оцењивачима боље разумевање процеса пружања услуга у одрженим организационим јединицама (одељењима, клиникама), појашњења области које нису добро приказане у самооцењивању, да на лицу места провере како је и колико имплементирана употреба процедура и протокола и да ли су запослени упознати са: сврхом постојања дате здравствене установе, начином рада, задацима, програмима едукације, програмом безбедности и здравља на раду. Може се проверити посвећеност установе имплементацији система безбедности пацијента итд. Да би разговор дао очекиване резултате, техника вођења интервјуа мора бити јасно дефинисана и савладана од старане спољашњих оцењивача.

##### Вођење интервјуа

Добро обучени оцењивачи треба да:

- Развију структуру интервјуа, кроз скуп једноставних, неформалних питања са којима могу почети процес, да знају које стандарде треба да обраде и ко су испитаници;
- Представе себе и свој тим, нагласе циљ интервјуа, као и дужину трајања интервјуа, разјасне стандарде који се испитују;
- Слушају и буду флексибилни;
- Користе отворен и позитиван говор тела;
- Током интервјуа сакупљају и бележе исказе испитаника који доприносе доказима о успеху и неуспесима у испуњености критеријума;
- Контролишу интервју и спречавају да при групним испитивањима доминира једна особа, охрабрују остале да се укључе у разговор;
- Користе записничара или сами забележе оно што сматрају важним током интервјуа;
- Понуде сугестије о томе како се могу достићи критеријуми, помињући искуства добре праксе из других установа (оцењивачи не би требали да говоре о

догађајима из своје матичне организације, осим ако их то неко конкретно не пита);

- Не треба да показују пристрасност, нити да имају фаворите;
- Треба да поштују временске рокове и распоред акредитацијске посете;
- Сумирају главне исказе који су изнети, дају примере добре праксе, истичу области које треба унапредити и захваљују се испитаницима на помоћи и времену које су посветили акредитацијском процесу.

### **Технике испитивања**

Оцењивачи треба да користе познате технике испитивања током разговора:

- Употреба кључних речи: како, где, када, зашто, шта, ко и покажи те ми;
- Хипотетичка питања ‘шта ако’ или ‘замислимо..’ да покажу разумевање политика и процедура које се користе;
- Отворити питања ради истраживања предмета и добијања генералне слике са ‘Реците ми’;
- Затворена питања ради потврђивања ситуације или испитивања чињеница;
- Додатна питања да би се појасниле неке недоумице;
- Водити питања ако се испитаници са тиме слажу;
- Треба да покажу разумевање када запослени не разумеју питања оцењивача;

### **Технике слушања**

- Технике слушања подразумевају невербалну подршку као што је очни контакт и површно климање главом како би показали интересовање;
- Исказивање емпатије, изражавање забринутости када говоре о проблематичним деловима и охрабривати их да наставе;
- Показати да су слушали и разумели саговорнике.

### **Аналитичке вештине**

Оцењивачи треба да буду способни да анализирају већи број информација у краћем временском року. Приликом испитивања информација које су им представљене треба да размотре следеће:

- Истинитост, релевантност и применљивост на критеријуме који се оцењују;
- Да утврде усаглашеност са околностима установе;
- Усаглашеност са националним и локалним токовима, са захтевима, плановима и са добром праксом.

### **Управљање временом**

Оцењивачи морају рационално управљати расположивим временом и свој рад прилагодити унапред испланираним распоредом посете здравственој установи.

## Препоруке за вештине посматрања

Оцењивачи треба да употребе своје посматрачке способности како приликом вођења интервјуа, тако и приликом посете службама и при разговору са запосленима и руководиоцима. Потребно је обратити пажњу на :

- уобичајну праксу у установи;
- извршавање радних задатака противно уобичајеној пракси;
- околину и хигијену;
- амбијент генерално;
- на информације на огласним таблама, столовима, радним површинама;
- понашање запослених, међуљудску комуникацију;
- на знаке за узбуну и прибор за прву помоћ;
- придржавање општих здравствених и сигурносних захтева;
- одржавање поверљивости клијената, што вербално што у виду документоване информације.

### 4.2.4 Компоненте оцењивања

#### Састанак тима дан пре почетка оцењивања

**Састанак тима дан пре почетка оцењивања сазива вођа тима који и води састанак који се одржава у установи. Сви чланови тима треба да изнесу своје виђење самооцењивања, процене које службе захтевају већу пажњу и где могу очекивати проблеме. Могу прегледати документацију и припремити се заједнички за оцењивање.**

#### Уводни састанак

Оцењивање започиње уводним састанком у здравственој установи који има за циљ упознавање руководства установе и спољашњих оцењивача. Сваки оцењивач треба да се представи и кратко изнесе своје образовање. Добро вођен уводни састанак је погодан за стварање добре атмосфере у установи током посете и може обезбедити битне информације спољашњим оцењивачима. Неопходно је да тим спољашњих оцењивача дође у акредитацијску посету у договорено време.

Уводни састанак траје сат времена, представници руководства здравствене установе упознају оцењиваче о текућим питањима-изазовима, плановима за будућност, о очекивањима од акредитацијског процеса, проблемима са којима су се суочили током самооцењивања. Упознавање са установом траје 30 минута, а остатак времена је резервисан за дискусију. Потребно је водити записник са овог састанка. Неопходно је упозорити тим оцењивача на могуће проблеме између руководства и запослених (нејсано дефинисане одговорности унутар здравствене установе, реорганизација здравствене установе), као и могуће узроке несугласица међу запосленима.

На постављена питања, даље одговара вођа тима у име својих колега.

### Услови за рад тима за оцењивање

За оцењивачки тим и њихове потребе се обезбеђује посебна просторија са расположивом пратећом документацијом. За време акредитацијског процеса тиму је континуирано на располагању координатор за акредитацију из здравствене установе.

### Оцењивање служби

Оцењивање клиничких служби према унапред утврђеном распореду траје 2 сата по служби. Спољашњи оцењивачи ће у току планирања акредитацијске посете алоцирати време потребно за различите активности (обилазак, разговор са тимом, преглед документације) али да укупно време остане у оквиру 2 сата. Такође ће и распоред активности сами одредити. Уколико у току посете дође до потребе продужетка времена оцењивања или промене распореда потребно је обавестити координатора, али се не очекује да ће оваквих ситуација бити у великом броју.

Ради се колективно и тимски да би се обавило оцењивање на лицу места и да би се припремио акредитациони извештај потребно је обавити поделу посла током оцењивања.

- **Разговор са тимом**

Спољашњи оцењивачи разговарају са тимом из службе (6-8 чланова) о оцени уклапања у стандарде, главни задатак је да се потврди (или не) процена здравствене установе о уклапању у стандардеи да се дају препоруке за побољшања.

Тимски састанак водиће најмање два оцењивача. Један оцењивач води дискусију и поставља питања док други оцењивач бележи коментаре. Након састанка тима, оба оцењивача учествују у одређивању оцена уклапања.

Код неких састанака тима (управљање и руковођење) сви чланови тима ће бити присутни, тако да тим може испитивати више од једног оцењивача.

Оцењивачи одређују пре разговора с тимом која питања желе да поставе у вези са стандардима/документацијом.

**Коментар: неће бити могуће да се с тимом продискутују сви стандарди/критеријуми, стога оцењивачи морају направити избор.**

Оцењивачи ће се представити и замолити све чланове тима из здравствене установе да се представе и наведу своју улогу у служби.

Након завршеног састанка главни оцењивач се захваљује члановима тима на учешћу и пита чланове тима да ли имају нека питања за оцењиваче а потом главни оцењивач укратко резимира оно што су оцењивачи сазнали током разговора с тимом (главна достигнућа/промене за тим).

Током оцењивања чланови тима међусобно решавају сва размимоилажења и представљају мишљење које је резултат консензуса о резултатима оцењивања.

- **Обилазак службе**

Начелник службе води оцењиваче у обилазак службе. Бар један оцењивач мора обићи службу идеално би било да у обилазак иде више оцењивача, да би се добило више мишљења о тој служби. Оцењивачи могу током обиласка кратко попричати са запосленима. Мора се водити рачуна да се без потребе не омета рад запослених у служби.

Оцењивачи процењују физички распоред службе у којој мери су просторије одговарајуће и адекватне, какав је проток пацијената у служби, затим лично присуствују обављању лечења у оквиру службе, прате радни проток запослених у служби, процењују расположиву опрему (доступност неопходне опреме и недостатке у опреми).

Оцењивачи треба да запазе питања безбедности, да разговарају с пацијентима/породицама тамо где је то могуће. Оцењивачи се накратко заустављају (највише на 5 минута) да поразговарају с пацијентима/породицама оних који се тренутно лече. Сврха разговора је да се добију блиц-ставови од пацијената/породица о лечењу које им је указано, да се добију мишљења о лечењу које се управо одвија.

Оцењивачи анализирају документацију, насумице се бирају и анализирају картони пацијената, како би се видело да ли су потпуни (може ли се пратити лечење тог пацијента), разматрају се протоколи, њихова доступност и коришћење.

- **Преглед документације**

Разматра се медицинска документација пацијента (узорак), из које се прати ток лечења, резултати.

Прегледају се приручници о протоколима и водичима добре клиничке праксе: како се користе, анализирају и да ли су запослени упознати са њима.

### **Оцењивање неклиничких служби**

Сат времена се обавља разговор са тимом: људски ресурси, управљање информацијама, руковођење и управљање, и сат времена за преглед документације.

Два сата су посвећени животној средини:

- Разговор с тимом
- Обилазак (управљање отпадом, стерилизација и друго)
- Анализа документације



**Изабране (фокус) групе:**

Треба разговарати са три групе :

- пацијентима/породицама
- запосленима
- партнерима из локалне заједнице

Сврха разговора са фокус-групама је да помогну да се верификује/потврди оно што здравствена установа тврди о себи. Разговор са фокус групама траје по сат времена.

**Коментар: Требало би да се обави што пре приликом оцењивања, може их обавити један оцењивач али треба бележити одговоре.**

Питања која се постављају током разговора са изабраним групама:

- Какво је (било) ваше искуство у овој здравственој установи?
- Да ли сте током целог лечења били добро обавештени о току ваше болести и вашем здравственом стању?
- У случају да сте били забринути због нечега/имали притужбу, јесте ли знали с ким о томе можете да поразговарате?
- Имате ли предлоге за унапређење лечења у здравственој установи?

**Комуникација у оквиру тима за спољашње оцењивање током акредитацијске посете**

Дневни састанак тима оцењивача се одржава на крају сваког дана на њему се резимира обављен посао. Вођа тима прави кратке дневне извештаје у циљу размене утисака, потврђивања сазнања до којих се дошло, тражи савет, подршку и сарадњу од колега. Оцењивачи треба да размењују информације и доказе које су прикупили у циљу реалнијег оцењивања стандарда и критеријума

Састанци са представником управног одбора или са високим руководиоцем установе се обавља сваки дан, вођа тима се на кратко састаје са руководиоцима установе и дискутује о евентуалним проблемима на које су наишли. Ако постоје значајна сазнања о постојању ризика који може одложити акредитацију, то се одмах мора предочити одбору/руководству, да би се исти ако је то могуће отклонио. Потребно је доставити доказе о елиминисању или минимизирање ризика ако исти постоји.

Вођа тима издваја време за оцењиваче даје им подршку, савет, такође мора да изврши преглед како оцењивачи обављају своје дневне задатке. Он преговара у име тима и тражи од управе додатну документацију, приступ и др.

**Завршни састанак са запосленима у установи**

Пре завршетка извештаја и презентована истог запосленима, вођа тима одржава састанак са оцењивачким тимом где дефинише:

- главне теме које треба обрадити на завршном састанку
- припрема кратак извештај о сваком поглављу стандарда
- утврђује ако постоји неки критеријум оцењен 1 или стандард оцењен 2 који могу утицати на акредитациони статус

Завршни састанак је последња сесија акредитационе посете и представља вербални резиме на високом нивоу од стране оцењивача о томе шта су уочили током посете. Закључци тима за спољашње оцењивање се представљају високом руководиоцу или представнику управног одбора здравствене установе пре него се представи запосленима

Састанак треба да траје сат времена, и треба да обухвати својим присуством што већи број запослених. Вођа тима води састанак правећи одговарајуће белешке, том приликом се похваљује (оно што је добро урађено) и наговештава се које ће бити главне препоруке (шта се може унапредити)

Вођа тима оцењивача представља тим и обавештава који је оцењивач оцењивао које службе а затим и уводи ред у извештавање оцењивача. Вођа тима даје резиме укупних налаза у трајању од око 5-10 минута (главни изазови и проблеми с којима се сусреће здравствена установа и главна достигнућа).

Вођа тима потом позива сваког оцењивача да да преглед налаза из појединачних служби, 5-6 минута по служби. Један оцењивач представља резултате за сваку службу, шта се добро ради и које области треба унапредити

Вођа тима закључује ову сесију и

- Обавештава да је резиме налаза само резиме а да ће се више детаља наћи у писменом извештају здравственој установи. Обавештава присутне да ће извештај о обављеној акредитацијској посети бити готов у року од 15 дана и прослеђен Агенцији. Агенција на основу налаза оцењивача израђује завршни акредитацијски извештај.
- Писмени извештај ће дати и бројчани резиме налаза
- Може прокоментарисати документацију са самооцењивања, уколико је добро урађена
- Захваљује здравственој установи на сарадњи током посете, а нарочито тимовима за самооцењивање на доброј сарадњи
- Током подношења извештаја на крају представљања резултата, нема дискусије

На крају вођа тима пише извештај на основу коментара и оцена добијених од спољашњих оцењивача. Извештај садржи похвале и препоруке и шаље се Агенцији.

#### 4.2.5 Скала за оцењивање

Испуњености 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

- Препорука обавезна

**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
- Препорука обавезна

**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
- Препорука по потреби, али боље је дати

**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
- Препорука је могућа само за одређене аспекте критеријума који нису испуњени

**Оцена 5** - Подразумева најбољу примену критеријума

- Успешна примена критеријума без недостатака
- Широка примена најбоље праксе
- Премашена очекивања клијената
- Успешно управљање ризиком
- Без препоруке

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

#### 4.3 Писање извештаја

Радне свеске оцењивача ће бити попуњене у колико је могуће на лицу места пре краја оцењивања (или убрзо потом, крајњи рок је 15 дана од завршетка посете, али је препорука написати извештај док су утисци свежи) оне се попуњавају компјутерски (биће обезбеђен софтвер). Два оцењивача која оцењују неку службу сарађују на попуњавању једног извештаја о свакој служби. На крају оцењивања, оцењивачи остају на месту још додатних пола дана да попуне делове извештаје и потврде из документације сазнања која нису још увек потврђена. Пре давања извештаја вођи тима, оцењивачи треба да прегледају следеће:

- Извршити преглед сваког стандарда

- Да ли су забележени сви критеријуми
- Да ли све оцене испод 4 имају одговарајуће коментаре
- Да ли сви критеријуми оцењени са 2 или 3 имају одговарајуће препоруке
- Да ли остали критеријуми имају адекватне коментаре
- Да ли постоје похвале у оним областима где су критеријуми потпуно испуњени (оцена 4 и 5)

Делови извештаја се дају вођи тима. Оцењивачки извештај пружа установи која се оцењује екстерни поглед на њихову организацију а и пружају основе за прављење плана за унапређење квалитета. Циљ извештаја је да обезбеди валидност самооцењивања установе преко детаљних повратних информација, и усаглашености са стандардима. Коментари, сазнања, препоруке, похвале и сугестије су урађене према критеријумима које су рангирани оцењивачи. При писању коментара пожељно је да оцењивачи користе пуне реченице, тамо где је то могуће, уз пажљиво коришћење придева и без коришћења скраћеница и да буду објективни. Препорука служи да појасни установи шта јој је потребно да би се испунио одређени критеријум, а не говори о начину за испуњавање истог. То је обично једна реченица, уз којун се даје коментар и објашњење. Критеријуми оцењени са 1 и 2 обавезно морају да имају препоруку, оцена 3 може имати препоруку ако оцењивачи сматрају да је потребно додатно појашњење установи, док за оне са оценом 5 препорука није потребна, такви се могу похвалити.

**Препоруке морају бити написане јасни реченицама и свака препорука мора имати три дела**

- Део који се односи на коментар нађеног стања и недостатака
- Део који се односи на потребна побољшања и како их треба спровести али не и начин како то радити, то је одлука саме установе
- Део који тачно означава на које критеријуме се односи препорука (препорука мора обухватити све стандарде и критеријуме на које се односи, нпр. Лечење, менаџмент, животна средина могу бити обухваћени једном препоруком

**На пример:**

- Особље је виђено током обиласка да ради без одговарајуће заштитне опреме (рукавице, заштитне наочаре идр), и примећено је да се не спроводе политика одвајања медицинског отпада на адекватан начин у одговарајуће кесе.
- Тим за управљање медицинским отпадом мора да спроведе истрагу и утврди разлоге за ово, предузме ефективне мере да реши овај проблем, направи извештај и доставо руководству о резултатима.
- **УПРАВЉАЊЕ МЕДИЦИНСКИММ ОТПАДОМ 1.3, 3.1, 4.5, 6.3, 6.5**
- Ова препорука се односи и на стандард 6 ЈР који захтева програм за заштиту и здравље на раду и упутства за њихово спровођење. Да би се добила шира слика и да се не би непотребно се понављале препоруке овакве стандарде је потребно повезати и дати јединствену препоруку.

- Вођа тима је задужен да све овакве препоруке повеже и направи јединствени коментар на нивоу целе установе
- За успешно обављање овог задатка неопходно је изузетно добро познавање стандарда и добра интерпретација.

Вођа тима попуњава нацрт извештаја (Анекс 7.7), проверава његову конзистентност, објективност, адекватност, прегледност, потпуност утврђујући да ли постоје оцене за све критеријуме и стандарде. Вођа тима контактира са члановима тима око области које треба појаснити или оцењивања која се морају поново прегледати. Он припрема извршни закључак о установи који даје преглед организације, достигнућа као и делове које треба поправити. Уз извештај може ићи и пропратно писмо тима за спољашње оцењивање које садржи препоруку тима о акредитационом статусу. Препорука тима не сме бити укључена у извештај.

Након завршене акредитацијске посете, тим за спољашње оцењивање тј. Вођа тима, најкасније у року од 15 дана доставља Агенцији извештај о обављеној акредитацијској посети.

Завршни извештај је документ о раду спољашњих оцењивача и састоји се од:

- Општег утиска екстерних оцењивача
- Увода - опште информације о здравственој установи
- Укупног резимеа - налаза: кратак текстуални опис онога што су оцењивачи приметили, резиме бројчаних оцена и уклапања од стране оцењивача (укупно и по службама),
- Детаљног налаза по службама
- Оцена оцењивача
- Коментара
- Препорука-похвала
- описа области које су добре
- описа области које захтевају унапређење

У завршном извештају се не говори о будућем акредитационом статусу. Листа провере коју спољашњи оцењивачи попуњавају током процеса оцењивања приказана је у Анексу 7.8.

На основу извештаја екстерних оцењивача и извештаја самооцењивања Агенција за акредитацију сачињава финални извештај.

Финални извештај садржи опште препоруке и похвале, упоредне оцене самооцењивања и екстерног оцењивања, као и све специфичне препоруке и похвале. Завршни извештај Агенција након израде шаље оцењивачима на потврду истинитости података садржаних у њему а након потврде њихове потврде здравственој установи која се акредитује. У року од 60 дана од дана завршетка акредитацијске посете Агенција издаје установи Решење о издавању сертификата и Сертификат о акредитацији, како је дефинисано Законом о здравственој заштити и Правилником о акредитацији.

#### **4.4 Путни трошкови оцењивача**

Трошкове пута, смештаја, исхране и дневнице сноси Агенција, сходно броју дана које оцењивач проведе у установи у процесу акредитације.

## 5.0 Услови за добијање акредитације

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

- је остварила 40% до 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% до 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% до 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.

Агенција шаље вођи тима оцењивача финални извештај да потврди да у њему нису сачињене грешке.

**6.0. Улога спољашњег оцењивача након акредитације здравствених установа**

Установа након добијања акредитације прави план о унапређењу квалитета и доставља га Агенцији.

Агенција ангажује оцењиваче да у редовним и ванредним посетама прате план о унапређењу квалитета.



**7.1 Образац за пријаву спољашњих оцењивача са њиховом биографијом**

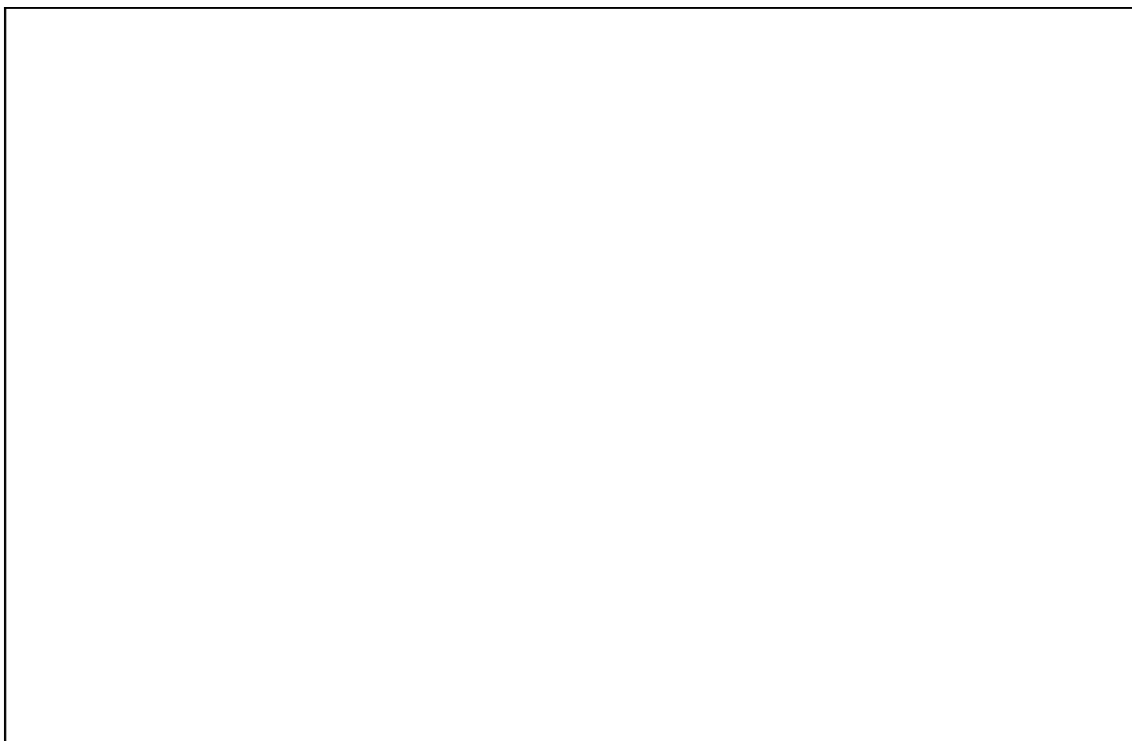
<b>Лични подаци:</b>	
Име	
Презиме	
Датум рођења	
Адреса	
Број телефона	
E-mail	

<b>Образовање:</b>	
Назив образовне установе – Звање/Диплома – Година завршетка	
1.	
2.	
3.	
Вештине и квалификације: лиценце, сертификати, обуке, награде	
1.	
2.	
3.	

<b>Радно место:</b>	
Назив установе	
Радно место	Од
Одговорности	
Број телефона	
E-mail	

<b>Предходно радно место:</b>			
Назив установе			
Радно место	Од		До
Одговорности			
Број телефона			
E-mail			

<b>Можемо ли контактирати Вашу установу у којој тренутно радите?</b>	
Одговор:	
<b>Препоруке:</b>	
Име/звање, адреса, телефон:	
1.	
2.	
3.	
<b>Разлози подношења пријаве:</b>	



Потврђујем да су информације садржане у овој пријави истините и потпуне. У потпуности се слажем да нетачне информације могу бити основа за моје неангажовање. Сагласан сам да можете проверити све предходно наведене информације.

Потпис :

Место и датум:

**7.2 Евалуациони лист: Вођа тима врши евалуацију тима након оцењивања**

Датум \_\_\_\_\_

Име установе \_\_\_\_\_

Оценити рад тима		Почетак				
		Т	Т	Т	Т	Т
1.	Да ли је састав тима био адекватан?					
2.	Да ли је тим био ефикасан?					
3.	Да ли је дужина трајања оцењивања била адекватна?					
4.	Да ли је тим био одговарајуће величине?					
5.	Да ли су се појавили проблеми током оцењивања?					
6.	Да ли је постојала сарадња између чланова тима?					
7.	Да ли је спроведено оцењивање на професионалан начин?					
8.	Да ли је извештај од оцењивања написан на време?					
9.	Да ли су прегледани сви стандарди?					
10.	Да ли су прегледани сви критеријуми?					
11.	Да ли критеријуми са слабијом оценом садрже препоруку?					
12.	Како би сте оценили укупан процес оцењивања (Оценама од 1 до 5)?	1	2	3	4	5

Коментари:

---



---



---



---

**7.3 Евалуациони лист: Вође тимова за самооцењивање врше евалуацију процеса спољашњег оцењивања**

Име установе \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

Вођа тима: \_\_\_\_\_

Оценити процеса оцењивања:		Да	Делимично	Не		
1.	Да ли је процес спољашњег оцењивања био задовољавајући?					
2.	Да ли је оцењивање спроведено на професионалан начин?					
3.	Да ли оцењујете процес спољашњег оцењивања као користан и добар?					
4.	Да ли су оцењени сви стандарди и критеријуми?					
5.	Да ли су се појављивали проблеми током оцењивања?					
6.	Да ли је постојала подршка од стране руководства током процеса оцењивања?					
7.	Да ли је дужина трајања оцењивања била задовољавајућа?					
8.	Како би сте оценили укупан процес оцењивања (оценама од 1 до 5)?	1	2	3	4	5

Коментари:

---



---



---



---

**7.4 Евалуациони лист: Оцењивач оцењује самог себе**

Лични подаци:

**Пол**                      Мушки                      Женски

**Старост**                26-35                      36-45                      46-55                      преко 55

**Занимање**            Лекар                      Виша медицинска сестра  
Правник/економиста/остали

Датум \_\_\_\_\_

Име установе \_\_\_\_\_

	<b>Оцените Ваш рад (оценама од 1 до 5):</b>	1-Незадовољавајуће; 2-Задовољавајуће; 3-Добар; 4-Врло добар; 5-Одличан	<b>Оцене</b>
1.	Добро припремљен за оцењивање		
2.	Сарадња са осталим члановима тима		
3.	Могућност тумачења и оцењивања према стандарду		
4.	Спровођење оцењивања на професионалан начин		
5.	Извештај испуњава стандарде (објективан, прегледан, достављен на време)		
6.	Комплетан извештај садржи оцене за све стандарде и критеријуме		
7.	Оцените Ваш рад		

Коментари:

---



---



---



---

## 7.5 Евалуациони лист : Евалуација вође тима од стране чланова тима

Име установе \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

Вођа тима: \_\_\_\_\_

	Оцените рад вође тима (оценама од 1 до 5):	1-Незадовољавајуће; 2-Задовољавајуће; 3-Добар; 4-Врло добар; 5-Одличан	Оцене
1.	Кординисана припрема за успешно оцењивање		
2.	Сарадња са члановима тима током процеса оцењивања		
3.	Одржавање дневних састанака тима		
4.	Давање упутстава и подршке током процеса оцењивања		
5.	Спровођење оцењивања на професионалан начин		
6.	Сарадња у састављању оцењивачког извештаја		
7.	Извештај је тачан, комплетан и урађен на време		
8.	Оцените његов рад		

Коментари:

---



---



---



---

**7.6 Евалуациони лист: Самооцењивачи оцењују спољашње оцењиваче**

(Користити одговоре Да; Не; Делимично; или оценама од 1 до 5)

Име установе \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

Оцените рад спољашњих оцењивача:		Да		Делимично			Не	
1.	Да ли је процес спољашњег оцењивања био задовољавајући?							
2.	Да ли је однос спољашњих оцењивача био коректан и задовољавајући?							
3.	Да ли оцењујете процес спољашњег оцењивања као користан и добар?							
4.	Оцена целог процеса је? (оценити са оценама од 1 до 5)	1	2	3	4	5		
5.	Да ли су били добро припремљени за оцењивање?							
6.	Да ли су користили одговарајуће методе за добијање информација?							
7.	Да ли су оценили све стандарде и критеријуме?							
8.	Да ли су спровели оцењивање на професионалан начин?							
9.	Оцените њихов рад:	1	2	3	4	5		

Коментари:

---



---



---



---

**7.7 Пример извештаја спољашњих оцењивача**



**7.8 Листа провере спољашњег оцењивача**

ЗАДАЦИ	ДАТУМ	УРАДИО
1. Сагласност да ће спровести поступак оцењивања у унапред заказаним и предвиђеним терминима. У случају немогућности поштовања временских рокова, обратиће се Агенцији.		
2. Преузеће и прегледати резултате самооцењивања и осталу документацију пре него што приступи поступку оцењивања.		
3. Пре акредитацијске посете ће са вођом тима разјаснити нејасноће у вези са резултатима самооцењивања и осталом документацијом, нарочито уколико постоје неправилности, нејасноће, предмети посебног интересовања, конфликтне поруке, области у којима је пристуна забуна или неусклађеност између оцена и коментара које је дала здравствена установа. Забележиће који додатни докази ће бити потребни и на који начин ће се доћи до њих, за сваки критеријум стандарда који се оцењује, на пример интервјуи, преглед документације, посматрање, разговори са представницима менаџмента или представницима локалне заједнице. За сваки интервју припремиће отворена питања о општим областима и процесима.		
4. Вођа тима одређује време и место и организује састанак са осталим оцењивачима из свог тима пре акредитацијске посете. На том састанку се још једном прегледају стандарди и утврђује њихово постојање, проверава да ли су сви чланови тима упознати са распоредом акредитацијске посете и својим улогама, расправљају о резултатима самооцењивања, доказима и документацији. Сваки оцењивач саопштава осталим члановима тима неопходне информације.		
5. Вођа тима: представља чланове тима на уводном састанку, објашњава поступак оцењивања и очекивања тима. Организује дневне састанке оцењивача на крају сваког дана на којима се размењују информације, договара о прелиминарним оценама и прати ток акредитацијске посете.		
6. Спроводи поступак оцењивања према утврђеном распореду. Бележи коментаре и констатације које се односе на критеријуме за време оцењивања, како би олакшао припреме за размену повратних информација приликом састанка са осталим члановима тима на крају сваког радног дана. Прикупља довољно доказа да би потврдио налазе и цене. Чланови тима информишу једни друге о налазима, недоумицама и потребној помоћи.		
7. Последњег дана посете припрема кратак резиме за сваки од стандарда. Потврђује налазе заједно са остатком тима.		
8. Пише извештај током половине дана који ће уследити после обављене акредитацијске посете и извештај предаје вођи тима на УСБ-у, ЦД-у или га шаље путем електронске поште. Пре напуштања места акредитацијске посете, тим се усаглашава у погледу оцене своје ефикасности у раду.		
9. Дистрибуира евалуациони лист за потребе евалуације рада вође тима и чланова тима.		
10. Током дана прегледа и комплетира извештај, уколико је потребно, вођи тима шаље допуне, уколико их има, електронском поштом. Дужан је да:  -изврши преглед сваког појединачног стандарда  -оцене за све критеријуме		

-да одговарајуће коментаре који се односе на области које задовољавају и оне које би требало унапредити		
11. Попуњава евалуациони лист о раду вође тима и доставља Агенцији електронском поштом у року од две недеље.		
12. Вођа тима прикупља појединачне извештаје од оцењивача из свог тима, расправља о променама које су предложили оцењивачи, врши договорене измене и припрема уводни, односно завршни резиме који пружа преглед здравствене установе, било које посебне карактеристике установе, истиче проблеме, главна достигнућа, као и области које би требало унапредити. Такав извештај доставља Агенцији у року од 15 дана од дана завршетка акредитационе посете.		

## 7.9 Програм едукације за спољашње оцењиваче

Број курса	Назив курса КМЕ	Обим
1	Стално унапређење квалитета и безбедност пацијената	6 сати
2	Тимски рад	6 сати
3	Стратешко планирање институције	6 сати
4	Улога пацијената у сталном унапређењу квалитета здравствене заштите	6 сати
5	Основа акредитацијског оцењивања институције (теорија и пракса)	6 сати
6	Акредитацијски стандарди – клинички	6 сати
7	Акредитацијски стандарди – неклинички	6 сати
8	Неклинички акредитацијски стандарди - Лабораторије, Апотеке, Дијагностичка радиологија	6 сати
9	Планирање акредитације	6 сати
10	Акредитацијске методе за оцењивање институције	6 сати
11	Писање акредитацијског извештаја са препоруком	6 сати

## 7.10. Речник појмова

**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.<sup>1</sup>

**Акредитацијски стандард** је опште признати, препоручени и жељени ниво квалитета рада здравствене установе, како клиничких тако и неклиничких служби. Очекивани ниво учинка који води највишем нивоу квалитета здравствене заштите. За сврху акредитације, то је сет очекивања унапред утврђених од стране надлежног тела. Стандард описује очекивани ниво учинка здравствене установе или појединца и односи се на структуру, процес или мерљиви исход здравствене заштите.<sup>2</sup>

**Агенција за акредитацију здравствених установа Србије** је организација која обавља стручне, регулаторне и развојне послове, коју оснива Влада у име Републике, у складу са законом којим се уређују јавне агенције. Агенција је самостална у свом раду и обавља следеће послове:

- 1) утврђивање стандарда за акредитацију здравствених установа;
- 2) процена квалитета пружене здравствене заштите становништву;
- 3) решавање у управним стварима о акредитацији здравствених установа;
- 4) издавање јавних исправа о акредитацији (у даљем тексту: сертификат) и вођење евиденција о издатим сертификатима.<sup>1</sup>

**Алгоритам** је редослед кратких и специфичних упутстава за извођење одређене процедуре или решавање одређеног проблема.<sup>3</sup>

**Безбедност пацијента** је идентификација, анализа и корекција ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризици по здравље пацијента сведу на минимум.<sup>4</sup>

**Безбедност пацијената** је смањење могућности компликација за пацијенте у поступку дијагнозе, лечења, рехабилитације, и садржи активности за избегавање, спречавање или кориговање безбедносних поступака.<sup>3</sup>

**Клинички пут** је документ који приказује мултидисциплинарну здравствену обраду одређене болести односно здравственог стања у форми редоследа свих поступака (услуга) од почетка до краја епизоде и омогућава њихово истовремено евидентирање односно евидентирање разлога зашто је дошло до одступања од предвиђеног поступка.<sup>3</sup>

**Клинички водич** је документ, који приказује и рангира аргументе о најбољој постојечној дијагностици, лечењу и другим видовима обраде одређене болести односно здравственог стања. Модерни клинички водич се базира на темељном прегледу стручне литературе и опису постојећих доказа о ефикасности појединачних поступака превенције, дијагностике, и лечења.<sup>3</sup>

**Континуирана медицинска едукација (КМЕ)** представља активности на обуци и развоју који се предузимају након што је лекар остварио стручну квалификацију, обично се пријављује на годишњој основи да би се обезбедила континуирана способност да се обавља пракса.<sup>5</sup>

**Колегијално преиспитивање** је процес у којем учинак организације, појединаца или група оцењују чланови исте струке, дисциплине или статуса као и даваоци услуга. Ово је уобичајен метод који се користи у процесу акредитације здравствених установа.<sup>5</sup>

**Комисија за протоколе и процедуре** је комисија која се бави увођењем нових, ревизијом и променама постојећих протокола и процедура.

**Контролна листа Светске алијансе за безбедност пацијента** као дела СЗО је контролна листа за операционе сале установљена са циљем јачања и подршке усвојене праксе за безбедност у хирургији.<sup>6</sup>

**Комисија за унапређење квалитета рада** јесте стручно тело које се стара о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите која се спроводи у здравственој установи.<sup>1</sup>

**Критеријум** представља очекивани ниво достигнућа са којим се пореди учинак или квалитет. Одређени кораци које треба предузети или активности које се предузимају у циљу испуњења стандарда.<sup>2</sup>

**Квалитетна здравствена заштита** је она која омогућава организацију ресурса на најделотворнији начин, како би се задовољиле здравствене потребе корисника за превенцијом и лечењем, на безбедан начин, без непотребних губитака и на високом нивоу њихових захтева.<sup>4</sup>

**Медицинска документација** је скуп докумената у медицини која имају судско-медицински значај. Садржи податке о индивидуалном пацијенту, а лекар, фармацеут или техничар својим потписом и печатом болнице гарантују њихову тачност под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

**Медицина заснована на доказима** подразумева коришћење најбољих расположивих доказа за одлуке о лечењу пацијента.<sup>7</sup>

**Менаџмент, руковођење, управљање** је скуп мера управљања установом предузетих за планирање, организовање, функционисање и евалуацију свих многобројних и међусобно повезаних елемената система. Од таквих мера се очекује да преведу политику у стратегију, а стратегију у планове активности за одређивање акције потребне у дефинисању и извршавању здравственог програма и обезбеђивање такве инфраструктуре здравственог система које омогућава реализацију тог програма ефективно и ефикасно.<sup>7</sup>

**Менаџмент ризиком** су клиничке и административне активности које се предузимају да се идентификују, евалуирају и смање ризици повреде пацијената, особља и посетилаца и ризици губитака за саму организацију.<sup>7</sup>

**Мултидисциплинарни тим** чине га стручњаци исте професионалне групе са различитом специјалношћу, пример доктор специјалиста интернист, доктор специјалиста неуролог итд.<sup>5</sup>

**Мисија (изјава о мисији)** је изјава у писаном облику у којој је наведена основна делатност установе и разлог њеног постојања на основу које се утврђују циљеви рада.<sup>7</sup>

**Нежељени догађај** је било која нежељени повреда или компликација која доводи до појаве инвалидитета, смртог исхода или продуженог боравка у болници, а настаје као последица активности у процесу лечења пацијента и није повезана са основном.<sup>8</sup>

**Организациона култура** је култура једне организације дефинише се као образац заједничких основних претпоставки који је једна група научила – било кроз прилагођавање спољној околини или одржавање односа својих чланова – који је био толико успешан да се може сматрати валидним па се, стога, може предавати новим члановима као исправан начин посматрања, размишљања и мишљења у вези са тим проблемима. Култура описује типичан начин размишљања и понашања и обухвата норме, вредности, језик, међуљудско понашање, бихејвиорална очекивања и стилове руковођења.<sup>5</sup>

**Показатељи квалитета рада у здравству** су статистичке или друге мерљиве јединице, које показују квалитет здравствене заштите и успешност деловања здравственог система, пружаоца здравствене заштите, одељења, тима или појединца код побољшања здравља појединца и популације.<sup>1</sup>

**Политика квалитета** представља опште усмерење и циљеве извршилаца здравствене делатности у погледу квалитета коју формално одређује највише руководство. Политика квалитета је део пословне политике и потврђује је највише руководство. Политика квалитета се значи односи на одговорност руководства за уређивање односа за остваривање циљева и вредности.<sup>1</sup>

**Процедура** је писани сет инструкција који садржи одобрене и предложене кораке у циљу остварења одређених задатака.<sup>2</sup>

**Протокол** је писани план са одређеним процедурама које треба следити у спровођењу неког испитивања, извођења истраживања или у пружању здравствене заштите за дефинисано стање или обољење.<sup>2</sup>

**Самооцењивање** је процес који установа спроводи у циљу побољшања квалитета рада установе у пружања здравствених услуга корисницима.<sup>9</sup>

**Стално унапређење квалитета** представља континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга.<sup>5</sup>

**Спољашње оцењивање** је независно оцењивање усаглашености са стандардима у самој установи од стране едукованих спољашњих оцењивача.<sup>9</sup>

**Спољашњи оцењивачи** су особе, одређене од стране Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, које у процесу акредитације, за време посете здравственој установи, оцењују квалитет рада и састављају извештај.<sup>9</sup>

**Сертификат о акредитацији** је јавна исправа издата од надлежне Агенције за акредитацију здравствених установа потврђује да здравствена установа испуњава националне, односно међународно признате стандарде за пружање здравствене заштите. Агенција издаје сертификат о акредитацији здравствене установе, у управном поступку. Сертификат може се односити на поједину област здравствене заштите,

односно грану медицине коју обавља здравствена установа или целокупну делатност здравствене установе. Сертификат се издаје на одређени период, а најдуже на период од седам година. По истеку рока поступак акредитације може се поновити на захтев здравствене установе.<sup>1</sup>

**Стандард квалитета** је очекивани ниво учинка који води највишем нивоу квалитета здравствене заштите. За сврху акредитације, то је сет очекивања унапред утврђених од стране надлежног тела. Стандард описује очекивани ниво учинка организације или појединца и односи на структуру, процес или мерљиви исход.<sup>2</sup>

**Визија** представља опис онога што би здравствена установа желела да представља у будућности.<sup>2</sup>

#### **Референце:**

1. Закон о здравственој заштити. Службени гласник Републике Србије бр. 107/05.
2. ISQua Glossary
3. Република Словенија, Министарство здравља, Национална стратегија за развој квалитета у здравству Љубљана, 2006
4. Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента. Службени гласник Републике Србије бр. 15/2009.
5. Финални нацрт Националне стратегије унапређења квалитета, 2007.
6. Implementation Manual Surgical Checklist. World Alliance for Patient Safety, WHO/IER/PSP/2008.05.
7. Цуцић В, Симић С, Бјеговић В и др. Терминолошки речник квалитета у здравственој заштити. Београд, 2000.
8. WHO
9. Правилник о акредитацији здравствених установа. Службени гласник Републике Србије бр. 112/2009.

#### **Коришћена литература и документи:**

- ISQua Приручник за оцењиваче (новембар 2009.)
- Правилник о акредитацији (Службени гласник Републике Србије бр. 112/09)
- Завршни извештај акредитационе посете у здравственој установи
- Стратегија сталног унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента (усвојила Влада Републике Србије 13.02.2009. године)
- ISQua Checklist for Development of new Healthcare Accreditation Programmes (ISQua, November 2006)