



**РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО**

# **СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈА**

**Работна верзија**

**Скопје, ЈУНИ 2013**

## ВОВЕД

Содржина на стандардите

Овој нацрт-документ е наменет за болниците и се состои од шест поглавја:

Станува збор за следниве поглавја:

- Управување и раководење
- Човечки ресурси
- Управување со информации
- Управување со ризик и безбедност на пациенти
- Лечење на пациенти
- Специфични клинички услуги

Дадените стандарди можат да се поделат во три категории:

- **Раководење:** Овие стандарди се однесуваат на раководењето и управувањето со здравствената установа. На база на приоритетите во врска со развојот, со овие стандарди се опфатени само поединечни области.
- **Стандарди во врска со лечење на пациентите:** Овие стандарди се составени да го следат процесот на лечење на пациентот од моментот на прием во здравствената установа, преку процена, планирање и спроведување на лекувањето, до отпуштањето на пациентот. Обезбедени се стандарди за **операционите сали, службата за ургентна медицина, одделенијата за интензивна нега и лабораторија**. Обезбедените стандарди за **Општите насоки** можат да се применуваат во секое одделение во кое се врши лекување на пациентот. Во иднина ова поглавје може да се прошири, а имајќи ги предвид специфичностите, да се применува во другите одделенија во болницата.
- **Стандарди за работа на помошните служби:** Помошни служби претставуваат такви организациони облици кои помагаат (односно го следат) процесот на спроведување на лечењето. Подготвени се три поглавја во врска со помошните служби: **управување со ризик** (вклучувајќи ја контролата за ширење на инфекција, управување со медицински отпад, масовни несреќи и несреќни случаи, централна стерилизација и безбедно користење на опремата, материјалите, медицински уреди и простори), **управување со информации и човекови ресурси**. Со овие стандарди се опфатени само поединечни области.

## ФОРМА НА СТАНДАРДИТЕ

- **Стандардите** се истакнати со курсива и се обележани со броевите 1.0, 2.0, 3.0 итн. Стандард претставува посакувано ниво на учинок кој може да се постигне и со кој може да се спореди постојно ниво на учинок.
- **Критериумите** се наведени под стандардите и се обележани со броевите 1.1,1.2, 1.3 итн. Критериумите опишуваат кои се чекорите, т. е. активностите потребни за остварување на стандардите. Еден стандард може да има повеќе критериуми.

# **РАКОВОДЕЊЕ И УПРАВУВАЊЕ**

## **ПРОЦЕДУРИ ЗА РАБОТА НА БОЛНИЦИТЕ**

### **Упатство:**

*Утврдени се политиката и процедурите за работењето на болниците. Сите процедури се усвоени од страна на овластеното тело/лице и се ревидираат и се менуваат во согласност со потребата.*

<b>Стандард 1.0</b>	<b>Работењето на болницата се одвива според утврдените процедури</b>
---------------------	--

**Критериум 1.1** Утврдени се политиката и процедурите за работењето на болниците.

**Критериум 1.2** Постои листа на процедури.

**Критериум 1.3** Сите процедури се усвоени од страна на овластеното тело/лице.

## **СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ**

### **Упатство:**

*Утврден е циклусот на стратешкото планирање. Раководството ја дефинира својата улога во стратешкото планирање и во подготовката на неопходните податоци и документи во врска со стратешкото планирање. Управниот одбор врши контрола и ревизија на Стратешкиот план најмалку еднаш во три години.*

<b>Стандард 2.0</b>	<b>Болницата има стратешки план</b>
---------------------	-------------------------------------

**Критериум 2.1** Управниот одбор го остварува учеството и припремата на Стратешкиот план на болницата.

**Критериум 2.2** Управниот одбор го усвојува Стратешкиот план на болницата.

**Критериум 2.3** Управниот одбор врши контрола и ревизија на Стратешкиот план најмалку еднаш во три години.

<b>Стандард 3.0 Раководството му помага на Управниот одбор во изготвувањето на Стратешкиот план</b>
---

- Критериум 3.1** Утврден е циклусот на стратешкото планирање.
- Критериум 3.2** Раководството ја дефинира својата улога во стратешкото планирање.
- Критериум 3.3** Раководството ги подготвува неопходните податоци и документи во врска со стратешкото планирање.

### **ГОДИШЕН ОПЕРАТИВЕН ПЛАН**

**Упатство:**

*Оперативниот план се заснива врз стратешкиот план и со него се утврдуваат целите, активностите и роковите. Во изработка на планот се земаат во предвид извештаите и информациите добиени од вработените и им се доставуваат на сите служби/одделенија во болницата. Оперативниот план се следи и по потреба се врши негова ревизија. За планот и активностите за негово реализирање се известува Управниот одбор.*

<b>Стандард 4.0 Постои годишен оперативен план</b>
--

- Критериум 4.1** Оперативниот план се заснова врз Стратешкиот план.
- Критериум 4.2** Планот е во пишана форма и со него се утврдуваат целите, активностите и роковите.
- Критериум 4.3** Во изработка на планот се земаат во предвид извештаите и информациите добиени од вработените.
- Критериум 4.4** Планот се доставува до сите служби/одделенија на болницата.
- Критериум 4.5** Планот се следи и по потреба се врши негова ревизија.
- Критериум 4.6** За планот и активностите за негова реализација се известува Управниот одбор.

## **МИСИЈА И ВИЗИЈА**

### **Упатство:**

*Управниот одбор усвојува изјава за мисијата и визијата на болницата. Исто така, потребно е сите вработени во болницата, заинтересираните страни вон установата, како и заедницата чија територија ја покрива да бидат запознати со Изјавата за мисија и визија. Во изјавата за мисија и визија мора да биде следното: улога и одговорност на болницата, вид и обем на услугите кои ги пружа, ограничување во смисла на пружање на услугите, статус на болниците (во смисла на пружање секундарна здравствена заштита). Управниот одбор ја разгледува Изјавата за мисија и визија намалку еднаш во три години и врши ревизија по потреба.*

<b>Стандард 5.0</b>	<b>Изјава за мисија и визија на болницата</b>
---------------------	---

**Критериум 5.1** Управниот одбор усвојува изјава за мисијата и визијата на болницата.

**Критериум 5.2** Управниот одбор се грижи сите вработени во болницата, заинтересираните страни вон установата, како и заедницата чија територија ја покрива, да бидат запознаени со Изјавата за мисија и визија.

**Критериум 5.3** Во изјавата за мисија и визија (причина за постоење) мора да биде наведено следното:

- улога и одговорност на болницата
- вид и обем на услуги кои се пружаат
- ограничувања во смисла на пружање на услуги
- статус на болницата (пружање секундарна здравствена заштита)

**Критериум 5.4** Управниот одбор ја преиспитува Изјавата за мисија и визија најамлку еднаш во три години ја ревидира по потреба.

## **УПРАВНИОТ ОДБОР РАБОТИ СПОРЕД ЗАКОНСКИТЕ ПРОПИСИ**

### **Упатство:**

*Управниот одбор ги усвојува: годишниот план на работа, годишниот финансиски план и годишниот извештај за работата и вработување во болницата. Управниот одбор ја насочува и оценува работата и на менаџерите на болницата (постојат критериуми за оценување на работата на менаџерите на болницата) и ги доставува бараните извештаи до Министерството за здравство.*

<b>Стандарди 6.0    Управниот одбор ги исполнува своите обврски пропишани со Закон</b>
--

**Критериум 6.1**    Управниот одбор го усвојува годишниот план на работа.

**Критериум 6.2**    Управниот одбор го усвојува годишниот финансиски извештај.

**Критериум 6.3**    Управниот одбор ја насочува и оценува работата на менаџерите на болницата.

- изработени се критериумите за оценување на менаџерите

**Критериум 6.4**    Управниот одбор ги доставува извештаите до Министерството за здравство, по барање.

## **КОМУНИКАЦИЈА ПОМЕЃУ БОЛНИЦАТА И УПРАВНИОТ ОДБОР**

### **Упатство:**

*Управниот одбор се известува за проблемите и потребите на болницата, но и во врска со активностите за унапредување на квалитетот на работа на болниците. Исто така, Управниот одбор се информира за проблемите и други прашања во средината на чија територија дејствува болницата. Управниот одбор се известува за активностите на унапредување на квалитетот на работата на болницата. Управниот одбор делува и носи одлуки на основа на добиените информации.*

<b>Стандард 7.0    Управниот одбор се информира адекватно и навремено</b>
---



- Критериум 7.1**      Управниот одбор се известува за проблемите и потребите на болницата.
- Критериум 7.2**      Управниот одбор се информира за проблемите и други прашања во средината на чија територија дејствува болницата.
- Критериум 7.3**      Управниот одбор се известува за активностите на унапредување на квалитетот на работата на болницата.
- Критериум 7.4**      Управниот одбор делува и носи одлуки на основа на добиените информации.

## **ЧОВЕЧКИ, ФИНАНСИСКИ И ФИЗИЧКИ РЕСУРСИ**

### ***Упатство:***

*Распоредувањето на ресурсите се заснова врз утврдените приоритети. Постојат постапки врз основа на кои се усогласуваат постоечките ресурси со потребите на корисниците на услуги и постојат постапки за следење и известување на сите ресурси. Се врши проценка на квалитетот и економичноста на пружените услуги. Извештаите за користење на ресурсите му се доставуваат на Управниот одбор.*

<b>Стандард 8.0 Човечките, финансиските и физичките ресурси се распоредени во рамките на болницата</b>
--

- Критериум 8.1**      Распоредувањето на ресурсите се заснова врз утврдените приоритети.
- Критериум 8.2**      Постојат постапки според кои се усогласуваат постоечките ресурси со потребите на корисниците на услуги.
- Критериум 8.3**      Постојат постапки за следење и користење на сите ресурси.
- Критериум 8.4**      Се врши проценка на квалитетот и економичноста на пружените услуги.
- Критериум 8.5**      Извештаите за користење на ресурсите му се доставуваат на Управниот одбор.

## **ПЛАН ЗА УПРАВУВАЊЕ СО РИЗИК**

### **Упатство:**

*Се прибираат и анализираат информации за да се идентификуваат ризиците. На основа на нивната зачестеност и степен на опасност се намалува изложеноста кон истите. Се следи квалитетот на производите од добавувачите во поглед на ризикот. Постои стратегија за управување со ризикот во болниците со кој се запознати сите вработени.*

*Постојат средства наменети за управување со ризикот. На раководството му се доставуваат извештаи за активностите врзани за управување со ризикот.*

<b>Стандард 9.0 Постои план за управување со ризик на ниво на болницата</b>
---

- Критериум 9.1** Се прибираат и анализираат информации за да се идентификуваат ризиците. Информациите се однесуваат на:
- Здравје и безбедност на работа
  - Контрола на ширење на заразни болести
  - Безбедност на пациентот и вработените
  - Несакани случувања
  - Спремност за итно реагирање во случај на вонредни ситуации
- Критериум 9.2** Ризиците се предвидуваат на основа на нивната зачестеност и степенот на опасност, со што се намалува и изложеноста кон истите.
- Се наведуваат ризици врзани за употребата и злоупотреба на опремата.
- Критериум 9.3** Се прати квалитетот на производите од добавувачите во поглед на ризик.
- Критериум 9.4** Постои стратегија за управување со ризикот, внатре во болниците, со кои се запознаени сите вработени.
- Критериум 9.5** Постојат средства наменети за управување со ризик.

**Критериум 9.6** На раководството се доставуваат извештаи за активностите врзани со управување со ризик.

### **НЕСАКАНИ СЛУЧУВАЊА**

#### **Упатство:**

*Сите вработени се запознаени со дефиницијата за несакани случувања и постапката за нивно пријавување. Во случај на појава на несакани случувања, се пополнува причината за настанување и се превземаат активности за елиминирање на причините кои довеле до тоа.*

<b>Стандарди 10.0</b> Постои процес со кој се идентификуваат, проценуваат и решаваат несаканите случувања
---

**Критериум 10.1** Сите вработени се запознаени со дефиницијата за несакани случувања.

**Критериум 10.2** Сите вработени се запознаени со постапката на пријавување на несакани случувања.

**Критериум 10.3** Во случај на појава на несакано случување, се испитува причината за настанување.

**Критериум 10.4** Се превземаат активности за отстранување на причините кои довеле до несаканите случувања.

### **ПЛАН ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА РАБОТЕЊЕ**

#### **Упатство:**

*Планот за унапредување на квалитетот на работење на болницата, се донесува годишно во пишана форма. Со овој план се утврдуваат активностите и очекуваните резултати и редовно се прати спроведувањето на планот со цел унапредување на квалитетот на работењето на болниците. Задоволството на пациентите се истражува на годишно ниво и на основа на резултатите се превземаат активности. Средства за реализација на целите од планот се обезбедени. Извештај за постигнатото унапредување на квалитетот на работењето на установите се припрема и доставува до управниот одбор.*

<b>Стандард 11.0 На ниво на болницата постои план за унапредување на квалитетот на работење</b>
---

- Критериум 11.1** Планот за унапредување на квалитетот на работењето на болниците се донесува на годишно ниво во пишана форма.
- Критериум 11.2** Со планот за унапредување на квалитетот на работење на болниците се утврдуваат активностите и очекуваните резултати.
- Критериум 11.3** Спроведувањето на планот се прати редовно со цел унапредување на квалитетот на работење.
- Критериум 11.4** Задоволството на пациентите се истражува на годишно ниво и на основа на резултатите се превземаат активности.
- Критериум 11.5** Обезбедени се средства за активности на унапредување на квалитетот на работење на болницата.
- Критериум 11.6** Извештај за постигнатото унапредување на квалитетот на работење на болницата се доставува до управниот одбор.

## **ПАРТНЕРСТВО СО ПАЦИЕНТИ И ЗДРУЖЕНИЈА НА ПАЦИЕНТИ**

### ***Упатство:***

***Стандардот обезбедува рамка за активно партнерство со пациентите и нивните здруженија од страна на здравствената установа. Востпоставена е структура на управување која овозможува партнерство со пациентите, лицата кои ги негуваат и здруженијата на пациенти. Им се овозможува на пациентите, лицата кои ги негуваат и здруженијата на пациенти активно учество во подобрување на исходите / резултатите од лекувањето. Пациентите добиваат информации за резултатите на здравствените установи и допринесуваат во мониторингот, мерењето и евалуацијата на перформансот со цел континуирано подобрување на квалитетот.***

**Стандард 12.0 Партнерство со пациенти и здруженија на пациенти во планирање на здравствената услуга**

**Критериум 12.1** Во управувањето на здравствената установа вклучени се пациентите и здруженијата на пациенти

**Критериум 12.2** Се применуваат политики, процедури и/или протоколи за партнерство со пациенти и здруженијата на пациенти, особено за:

- планирање на стратешките услуги
- донесување на одлуки за безбедност и квалитет
- активности за подобрување на квалитетот

**Критериум 12.3** Здравствените установи ги консултираат здруженијата на пациентите во подготовката на прирачниците за правата на пациентите

**Критериум 12.4** Партнерство со пациентите и лицата кои ги негуваат со цел обезбедување на здравствена нега која ги задоволува потребите и желбите на пациентите.

**Стандард 13.0 Партнерство со пациенти и здруженија на пациенти во мерење и евалуација на здравствените услуги**

**Критериум 13.1** Информирање на пациентите, лицата кои ги негуваат и здруженијата на пациенти за безбедноста и квалитетот на здравствената установа во форма и начин разбирлив за нив

**Критериум 13.2** Здруженијата на пациенти и лицата кои ги негуваат пациентите учествуваат во анализа на податоците за безбедност и квалитет. Исто така активно учествуваат во развој на акциони планови за безбедност и квалитет.

## **ПОКАЗАТЕЛИ НА УЧИНОКОТ**

### **Упатство:**

*Показатели за следење на ефикасноста на работата на клиничките и други служби се утврдени. Раководството овозможува податоците добиени на основа на показателите да бидат достапни за потребите на следење и на раководството се доставуваат извештаи за показателите на учинокот. Во случај од потреба за подобрување на учинокот, раководството превзема соодветни мерки со цел постигнување на подобрен учинок, на основа на показателите.*

### **Стандард 14.0 Се следат показателите на учинокот**

- Критериум 14.1** Постојат утврдени показатели за следење на ефикасноста на работата на клиничките и другите служби.
- Критериум 14.2** Раководството овозможува податоците добиени на основа на показателите да бидат достапни за потребите на следење.
- Критериум 14.3** Извештаите за показателите на учинокот се доставуваат на раководството.
- Критериум 14.4** Во случај од потреба за подобрување на учинокот, раководството превзема соодветни мерки со цел постигнување на подобрен учинок, на основа на показателите.

## **ВИДИ ПОКАЗАТЕЛИ НА УЧИНОКОТ ВО УИ**

## **СЕ ПОЧИТУВААТ ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ**

### **Упатство:**

*Се почитуваат сите права на пациентите и постои постапка за прием, разгледување и решавање на забелешки и жалби од пациентите. Постапки за лечење, пружање нега и останати услуги се спроведуваат во согласност со почитување на верските и културолошките определби на пациентот.*

<b>Стандард 15.0 Вработените во болницата ги пружаат здравствените и другите услуги притоа почитувајќи ги правата на пациентите</b>
---

**Критериум 15.1** Се почитуваат правата на пациентите на:

- достоинство и почитување на личноста
- приватност и доверливост
- заштита и безбедност

**Критериум 15.2** Постои постапка за прием, разгледување и решавање на забелешки и жалби од пациентите, на правилен начин и благовремено.

**Критериум 15.3** Пациентот е вклучен во постапка на лечење, пружање и нега на останатите услуги.

- почитување на определбата и изборот на пациентот
- информирање на пациентот за можностите на лечење, пружена нега и останати услуги
- добиена согласност од страна на пациентот, во пишана форма

**Критериум 15.4** Постапки на лечење, пружање нега и останати услуги се спроведуваат во согласност со почитување на верските и културолошките определби на пациентот

## **ПРЕГЛЕД НА СПРОВЕДЕНИ ИСТРАЖУВАЊА**

### ***Упатство:***

*Постојат постапки за разгледување на прифатливоста на извршени медицински истражувања во болницата, особено оние кои се спроведуваат на луѓе во смисла на почитување на етичките принципи на истражување при самото истражување. Формирана е комисија за надзор над спроведувањето на оваа постапка и утврдени се и се применуваат критериуми за медицински истражувања. Комисијата води евиденција и врши евалуација на основа на извештаи за спроведените истражувања.*

**Стандард 16.0 Се врши преглед на спроведените истражувања со цел проверка на прифатливоста**

- Критериум 16.1** Постојат постапки за разгледување на прифатливоста на извршени медицински истражувања во болницата, особено оние кои се спроведуваат на луѓе во смисла на почитување на етичките принципи на истражување при самото истражување.
- Критериум 16.2** Формирана е комисија за надзор над спроведувањето на оваа постапка.
- Критериум 16.3** Критериумите за медицински истражувања се утврдени и се применуваат.
- Критериум 16.4** Комисијата води евиденција и врши евалуација на основа на извештаи за спроведените истражувања.



## ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ

## **ВРАБОТЕНИТЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ПРОГРАМАТА ЗА ЛИЦЕНЦИРАЊЕ**

### ***Упатство:***

*Се приложуваат лиценците на сите стручни лица за време на вработувањето и редовно се врши процес на повторно разгледување на лиценците на сите стручни лица. Постојат протоколи и процедури кои овозможуваат непречена работа на установата во случај на некое стручно лице да му се одземе лиценцата.*

<b>Стандард 1.0 Сите стручни лица имаат важечки лиценци</b>
---

- Критериум 1.1** Лиценците на сите стручни лица се приложуваат за време на вработувањето.
- Критериум 1.2** Постапката за повторно разгледување на лиценцата на сите стручни лица се редовно се извршува.
- Критериум 1.3** Постојат протоколи и процедури кои обезбедуваат непречена работа на установата во случај на некое стручно лице да му се одземе лиценцата.

## **ВРАБОТЕНИ КОИ НЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ПРОГРАМАТА ЗА ЛИЦЕНЦИРАЊЕ**

### ***Упатство:***

*Стручноста на вработените, кои не се опфатени со програмата за лиценцирање се оценува за време на вработувањето и постојат постапки за оценување. Постојат протоколи и процедури за непречена работа на установата во случај на прекинување со работа на стручните лица кои не подлежат на процесот на лиценцирање.*

<b>Стандард 2.0 Се утврдува стручната оспособеност на вработените кои не се опфатени со програмата за лиценцирање</b>
---

**Критериум 2.1** Стручноста на вработените, кои не се опфатени со програмата за лиценцирање се утврдува за време на вработувањето.

**Критериум 2.2** Постојат постапки за повторно разгледување на стручноста на вработените кои не подлежат на процесот на лиценцирање.

**Критериум 2.3** Постојат протоколи и процедури за непречено работење на установата во случај на прекинување со работа на стручните лица кои не подлежат на процесот на лиценцирање.

## **ЕДНОГОДИШНА ПРОЦЕНКА НА РАБОТАТА НА ВРАБОТЕНИТЕ**

### **Упатство:**

*Постои постапка за проценка на резултатите на работењето на сите вработени, која се врши еднаш годишно. Сите вработени имаат утврден план и цели во работата. Пишаните извештаи за проценка на постигнатите резултати во работењето се бележат во работното досие на вработениот и тие имаат можност да поднесуваат коментари во пишана форма за проценката на постигнатите резултати на работа.*

<b>Стандард 3.0 Резултатите на работењето на сите вработени се оценуваат годишно</b>
--

**Критериум 3.1** Постои постапка за проценка на резултатите на работење на сите вработени, кој се врши годишно.

**Критериум 3.2** Сите вработени имаат утврден план и цели во работењето.

**Критериум 3.3** Задачите и целите на работењето им се соопштуваат на сите вработени лица.

**Критериум 3.4** Пишаните извештаи за проценка на постигнатите резултати на работењето се бележат во работното досие на вработениот.

**Критериум 3.5** Сите вработени имаат право да поднесуваат коментари во пишана форма за проценката на постигнатите резултати во работењето.

## **УСМЕРУВАЊЕ И СЛЕДЕЊЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА РАБОТА**

### **Упатство:**

*Секоја клиничка служба има управувачка структура. Упатствата за практикување на Медицина Заснована на Докази се применуваат во работата на самата служба.*

### **Стандард 4.0 Се врши усмерување и се следи професионалното работење**

**Критериум 4.1** Секоја клиничка служба има управувачки тим. Управувачкиот тим го одредува следното:

- Лице кое управува и кое е одговорно за работата на службата, критериумите за избор и начинот на избор на тоа лице.
- Членовите на комисиите на службите
- Мерките за одржување на работна дисциплина на дадената служба.

**Критериум 4.2** Упатствата за практикување на Медицина Заснована на Докази се применуваат во работата на самата служба.

## **ЗДРАВЈЕТО И ЗАШТИТАТА НА РАБОТА НА ВРАБОТЕНИТЕ ЛИЦА**

### **Упатство:**

*Постои план за заштита на здравјето и заштита на работа на вработените. Се почитуваат сите законски прописи за зачувување на здравјето и заштита на работа на вработените. Се спроведува програма за обука од областа на хигиена и заштита на работа за вработените. Се врши редовно следење за да се обезбеди почитување на насоките од областа на хигиената и заштита на работа. Постои одговорно лице задолжено за хигиена и заштита на работа.*

### **Стандард 5.0 Постои програма од областа на заштита на здравјето и заштита на работа на вработените.**

**Критериум 5.1** Постои програма за заштита на здравјето и заштита на работа на вработените.

- Критериум 5.2** Се почитуваат сите законски барања за зачувување на здравјето и заштита на работа на вработените.
- Критериум 5.3** Се спроведува програма за обука од областа на заштита на здравјето и заштита на работа на вработените.
- Критериум 5.4** Се врши редовно следење за да се обезбеди спроведување на насоките од областа на заштита на здравјето и заштита на работа на вработените.
- Критериум 5.5** Постои одговорно лице задолжено за заштита на здравјето и заштита на работа на вработените.

### **ЗАДОВОЛСТВО НА ВРАБОТЕНИТЕ**

#### **Упатство:**

*Истражување на задоволството на вработените се врши еднаш годишно и резултатите од истражувањето се достапни за вработените. Врз основа на тие резултати се формира план на активности за зголемување на нивото на задоволство на вработените.*

<b>Стандард 6.0</b>	<b>Се следи задоволството на вработените</b>
---------------------	--

- Критериум 6.1** Се врши годишно истражување на задоволството на вработените.
- Критериум 6.2** Резултатите на истражувањето се достапни на вработените.
- Критериум 6.3** Врз основа на резултатите на истражувањето се носи план на активности за зголемување на нивото на задоволство на вработените.

## **УПРАВУВАЊЕ СО ИНФОРМАЦИИ**

## **ЗДРАВСТВЕНА ДОКУМЕНТАЦИЈА**

### **Упатство:**

*Содржината на здравствената документација на пациентите е одредена во согласност со законите. Доколку е воведена електронската здравствена картичка, истата е изработена според предвидените стандарди на Министерството за здравство на Република Македонија. Во болницата се врши интерна проверка со цел здравствената документација да се води во согласност со Законите. По отпуштање на пациентот, здравствената документација се комплетира и архивира во предвидениот рок. Постојат протоколи со кои на пациентот му е одреден пристапот до здравствената документација.*

<b>Стандард 1.0</b>	<b>Во здравствената документација прецизно се евидентираат сите пружени здравствени услуги</b>
---------------------	--

- |                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Критериум 1.1</b> | Содржината на здравствената документација е изработена е според насоките на Министерството за здравство на Република Македонија.                                 |
| <b>Критериум 1.2</b> | Доколку е воведена електронската здравствена картичка, истата е изработена според предвидените стандарди на Министерството за здравство на Република Македонија. |
| <b>Критериум 1.3</b> | Се врши интерна проверка за да се обезбеди водење на здравствената документација според Законите.  |
| <b>Критериум 1.4</b> | По отпуштање на пациентот здравствената документација се комплетира и се архивира во предвидениот рок.   |
| <b>Критериум 1.5</b> | Постојат протоколи со кои се одредува пристапот на пациентите во здравствената документација.  |

## ПОКАЗАТЕЛИ НА УЧИНОК

### **Упатство:**

*Системот ги вклучува показателите кои ги бара Министерството за здравство, но не е ограничен на нив. Постои систем на показатели со помош на кои се оценува учинокот како во доменот на клиничката пракса, така и во други области на работата. Вработените се адкватни за собирање, толкување и користење на податоците кои се добиваат преку показателите. Добиените податоци преку показателите се собираат, сумираат, анализираат и се интерпретираат, се презентираат по налог и се користат за подобрување на работата. Се следи квалитетот на добиените податоци преку показателите, како и квалитетот на самите показатели.*

<b>Стандард 2.0</b> <b>Во установата постои систем на показатели на учинокот (Balance Score Card)</b>
---

- Критериум 2.1**    Системот ги опфаќа показателите во согласност со барањата на Министерството за здравство, но не е ограничен само на нив.
- Критериум 2.2**    Постои систем на показатели со помош на кои се оценува учинокот како во доменот на клиничката пракса, така и во други области на работата.
- Критериум 2.3**    Вработените лица се едуцирани за собирање, толкување и користење на добиените податоци преку показателите.
- Критериум 2.4**    Добиените податоци преку показателите се:
- собираат
  - сумираат
  - анализираат и толкуваат
  - презентираат по налог
  - користат за унапредување на работата
- Критериум 2.5**    Се следи корисноста на податоците кои се добиваат преку показателите, како и квалитетот на самите показатели.



## **ОБЈАВУВАЊЕ НА ИНФОРМАЦИИ**

### **Упатство:**

*Постои овластено лице за давање и објавување на информации од јавно значење и значајни за болницата, како и процедура за истата постапка.*

<b>стандард 3.0 Се објавуваат информации од јавно значење и значајни за болницата</b>
---

**Критериум 3.1** Постои овластено лице за давање и објавување на информации од јавно значење и значајни за болницата.

**Критериум 3.2** Постојат процедури за давање и објавување на информации од јавно значење и значајни за болницата.

- Овој критериум може да се однесува и на трибини, стручни предавања, појавување во медиумите и сл.

## **УПРАВУВАЊЕ СО РИЗИК И БЕЗБЕДНОСТ НА ПАЦИЕНТИ**

## КОНТРОЛА НА ИНТРАХОСПИТАЛНИТЕ ИНФЕКЦИИ И НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ

### Превенција на интрахоспиталните инфекции и заразните болести

#### Упатство:

Во болницата се врши превенција при појавата на интрахоспиталните инфекции и заразните болести, на начин што редовно се применуваат мерки на изолација и предострожност и за тоа се води евиденција. Исто така постојат мерки, процедури и постапки на чистење, дезинфекција и стерилизација на просторот, опремата, материјалот и медицинските уреди. Со опасните материи и заразниот материјал се ракува во согласност со Националните насоки за управување со отпадот, како и во согласност со правилникот и протоколите на болницата. Се промовира личната хигиена и заради тоа е постигната чистота на просториите. Одржувањето на зградата вклучувајќи ја вентилацијата и инфраструктурата е адекватно.

### Стандард 1.0 Се врши превенција од интрахоспиталните инфекции и од заразни болести

- Критериум 1.1** Редовно се применуваат мерки на изолација и претпазливост и за тоа се води евиденција.
- Критериум 1.2** Постојат мерки, процедури и постапки на чистење, дезинфекција и стерилизација на просторот, опремата, материјалот и медицинскиот уред.
- Воведени се процеси на дезинсекција и дератизација.
- Критериум 1.3** Со опасните материи и заразниот материјал се ракува во согласност со Националните насоки за управување со отпадот, како и во согласност со правилникот и протоколите на болницата.
- Критериум 1.4** Се промовира личната хигиена и се одржува чистота на просториите.
- Критериум 1.5** Зградата адекватно се одржува, што подразбира и одржување на внатрешниот простор и системот на

вентилација се со цел спречување на ширење на зараза.

## **Процедури во случај на појава и ширење на интрахоспитални инфекции**

### **Упатство:**

*Постојат и се применуваат процедури за: откривање и превземање на соодветни мерки со цел спречување на понатамошно ширење на интрахоспитални инфекции, истражување на патиштата по кои се шири инфекцијата, откривање на сите контакти и сузбивање на заразата. Резултатите од епидемиолошкиот надзор се користат за спречување на ширењето или за намалување на опасноста при повторна појава на зараза. Се врши пријавување на заразните болести.*

## **Стандард 2.0 Постојат процедури во случај на појава и ширење на интрахоспиталните инфекции.**

- Критериум 2.1** Постојат и се применуваат процедури за откривање и превземање на соодветни мерки со цел спречување на понатамошното ширење на интрахоспиталните инфекции.
- Критериум 2.2** Постојат мерки и процедури за истражување на начинот на ширење на инфекцијата (вклучувајќи и откривање на сите контакти), како и процедури за спречување на заразата.
- Критериум 2.3** Резултатите од епидемиолошкиот надзор се чуваат во пропишаниот рок и се користат за спречување на ширење или смалување на ризикот од повторно избивање на заразата.
- Критериум 2.4** Заразните болести се пријавуваат во согласност со Законот.
- Критериум 2.5** Постои постапка за утврдување на мерките за спречување и контрола на ширењето на инфекциите.

## Комисија за спречување и контрола на ширење на заразните болести

### Упатство:

*Во рамки на болницата постои комисија која се занимава со спречување и контрола на ширење на заразните болести. Еден од членовите на комисијата е надлежен за управување со медицинскиот отпад. Комисијата редовно се состанува, а најмалку се состанува еднаш во три месеци при што се води записник и документацијата се чува одреден пропишан временски период. Сите процедури и постапки за контрола на инфекцијата редовно се контролираат, а документацијата за превземените мерки и ревизијата се чуваат во тек на одреден пропишан временски период. Комисијата предлага мерки за контрола и спречување на ширење на инфекцијата, ги истражува проблемите во врска со нејзината појава и за тоа известува во согласност со законот.*

## Стандард 3.0 Комисијата за спречување и контрола на ширењето на заразните болести врши контрола на ширењето на заразните болести и на интрахоспиталните инфекции

- Критериум 3.1** Комисијата е формирана на соодветен начин. Еден од членовите на комисијата е надлежен за управување со медицинскиот отпад.
- Критериум 3.2** Комисијата редовно се состанува и води записник за тие состаноци. Официјалната документација од состаноците се чува во тек на одреден пропишан временски период.
- Критериум 3.3** Постои документирана процедура за контрола на микроорганизми резистентни на антибиотици, како што се мултирезистентни *Staphylococcus aureus* (MRSA) и ванкомицин резистентни *Enterococcus* (VRE). Процедурата е во писмена форма.
- Критериум 3.4** Комисијата за контрола на интрахоспиталните инфекции соработува со Институтот за јавно здравје (преку мрежата на Центрите за јавно здравје), за што постои документација.

- Критериум 3.5** Комисијата редовно ги проверува и ревидира сите процедури и постапки со кои се контролира инфекцијата. Документацијата за превземните мерки и ревизии се чува во тек на пропишаниот временски период.
- Критериум 3.6** Именувана е одговорна медицинска сестра за контрола на инфекции, што е вклучено во нејзиниот попис на работни задачи и за што е предвидено одредено време кое го посветува на активностите за контрола на инфекции.
- Критериум 3.7** Комисијата предлага мерки за спречување и контрола на инфекцијата.
- Критериум 3.8** Комисијата ги истражува сите проблеми во врска со појавата на заразните болести и инфекции и за тоа ги известува внатрешните надлежни органи како и Институтот за јавно здравје.

## УПРАВУВАЊЕ СО МЕДИЦИНСКИОТ ОТПАД

### Издвојување на медицинскиот отпад

#### **Упатство:**

*Издвојувањето на целокупниот отпад се врши во согласност со Класификацијата на отпадот во Европската Унија. Вреќите, контејнерите и кантите кои содржат отпад се обележани во согласност со Националните насоки, додека пак на сите депонии за складирање на медицински отпад јасно стојат видни инструкции за раздвојување и обележување на отпадот.*

**Стандард 4.0** **Издвојувањето на медицинскиот отпад се врши во согласност со Националните насоки, додека болницата има План за управување со медицинскиот отпад, кој редовно се ревидира.**

- Критериум 4.1** Се врши раздвојување на целокупниот отпад и истиот се класифицира во следните категории:
- Отпад од здравствена заштита на луѓе и животни и/или со нив поврзани испитувања

Отпад од нега при породување, дијагноза, лекување или превенција на болести кај луѓето. Овој став понатаму се разграничува на следен начин:

- 01 01 остри предмети
- 01 02 делови од телото и органи
- 01 03 заразен отпад
- 01 04 незаразен отпад
- 01 06 хемиски отпад кој содржи опасни материји
- 01 07 други хемикалии
- 01 08 цитотоксични и цитостатични лекови
- 01 09 други лекови
- 0110 амалгамски отпад од стоматолошката здравствена заштита

**Критериум 4.2** Вреќите, контејнерите и кантите кои содржат отпад, адекватно се обележуваат во согласност со табелата за раздвојување на отпадот кои се наоѓаат во критериум 4.1.

**Критериум 4.3** На сите депонии за складирање на медицинскиот отпад истакнати се и јасно видливи инструкциите за раздвојување и обележување на отпадот во согласност со Националните насоки.

**Критериум 4.4** Потенцијалниот инфективен медицински отпад, кој е спакуван во пластични жолти кеси, се собира секој ден. Потенцијално инфективниот медицински отпад од остри предмети се собира еднаш неделно, без разлика на количината на содржината во контејнерот.

#### **Складирање на медицинскиот отпад во рамки на установата**

##### **Упатство:**

*Во болницата се врши дневно собирање на медицинскиот отпад и се складира на места кои се стратешки лоцирани во рамки на самата болница. На местата за складирање на отпадот во рамки на установата, отпадот се раздвојува и складира спрема категориите во јасно означени контејнери со одредена боја и ознака. Овие места како и контејнерите редовно се чистат и дезинфицираат, а при ракувањето со отпадот на местата за складирање се почитуваат соодветните мерки за заштита*

*(носење на ракавици, заштитна облека и чевли, заштитни наочари). Отпадот се складира врз основа на фиксен распоред.*

**Стандард 5.0 Медицинскиот отпад внатре во болницата се складира на соодветен начин**

**Критериум 5.1** Се врши дневно собирање на медицинскиот отпад.

**Критериум 5.2** Местата за складирање на медицинскиот отпад се стратешки лоцирани во рамки на самата болница.

**Критериум 5.3** На местата за складирање на отпадот во рамки на болницата, отпадот се издвојува и складира според категориите во јасно означени контејнери со одредена боја и ознака.

**Критериум 5.4** Се врши редовно чистење и дезинфекција на местата на складирање на отпадот, како и на самите контејнери.

**Критериум 5.5** Ракувањето со отпадот на местата за складирање се врши врз основа на почитување на соодветните мерки за заштита (носење на ракавици, заштитна облека и чевли, заштитни наочари).

**Критериум 5.6** Постои фиксен распоред за складирање на отпадот на секое место предвидено за складирање.

**Складирање на отпадот на централна депонија**

**Упатство:**

*Отпадот до централната депонија се транспортира во затворени, движечки пластични контејнери, по точно одреден пат и дневен распоред на транспорт, со цел да се избегне контакт со доставата на чист материјал. Времето на складирање на отпадот се движи помеѓу 24 и 48 часа. Централната депонија е со соодветна величина, за дневно складирање на медицинскиот отпад, и лоцирана е на соодветно место. Пристапот до депонијата е дозволен само на овластените лица.*

**Стандард 6.0 Медицинскиот отпад пред транспортот се складира на централна депонија**



- Критериум 6.1** Отпадот се транспортира до централната депонија во затворени, подвижни, пластични контејнери.
- Критериум 6.2** Се одредува патот и дневниот распоред на транспорт на отпадот, со цел да се избегне контакт со доставата на чистиот материјал.
- Критериум 6.3** Времето на складирање на отпадот изнесува помеѓу 24 и 48 часа.
- Критериум 6.4** Централната депонија е со соодветна величина за дневно складирање на медицинскиот отпад и мора да биде лоцирана на соодветно место.
- Не смее да биде лоцирана во близина на објекти во кои се врши припрема на храната.
  - Лесно е достапна за чистење, има соодветно осветлување и вентилација и заштитена е од пристап на глодари, птици и други животни.
  - Пристапна е за камиони и возила на комуналната служба за хигиена.
- Критериум 6.5** Пристапот до депонијата е дозволен само за овластени лица.

<b>Одговорно лице врши управување со медицински отпад</b>
---

**Упатство:**

*Одговорното лице за управување со медицинскиот отпад има завршено соодветна обука, поседува соодветно искуство и стручна квалификација, согласно барањата поставени во националните насоки; член е на Комисијата за контрола на инфекциите и врши ревизија на сите постапки и процедури за управување со отпадот и ја предлага политиката за управување со отпадот. Исто така, учествува во работна група за заштита на животната средина во соодветната област.*

<b>Стандард 7.0 Во болницата постои лице одговорно за управување со медицинскиот отпад</b>
--

- Критериум 7.1** Одговорното лице има завршена соодветна обука, поседува соодветно искуство и стручна квалификација, согласно барањата поставени со националните насоки.
- Критериум 7.2** Одговорното лице е член на Комисијата за контрола на инфекцијата. Комисијата редовно се состанува и води записник за својата работа.
- Критериум 7.3** Одговорното лице врши ревизија на сите постапки и процедури за управување со отпадот.
- Критериум 7.4** Одговорното лице ја предлага политиката за управување со отпадот.
- Критериум 7.5** Одговорното лице ги истражува сите проблеми во врска со управувањето со отпадот и за нив го известува директорот на болницата и Комисијата за контрола на инфекцијата.
- Критериум 7.6** Одговорното лице учествува во работната група за заштита на животната средина во соодветната област.

#### **Тим за управување со отпадот**

##### **Упатство:**

*Управувањето со отпадот го надгледува соодветен тим. Тимот редовно се состанува и води записник за состаноците, но врши и ревизија на сите процедури за управување со отпадот. Истотака предлага политика за управување со отпадот. Доколку дојде до проблеми во врска со управувањето со отпадот, ги истражува и известува за нив.*

#### **Стандард 8.0 Постои раководен тим кој го надгледува управувањето со отпадот**

- Критериум 8.1** Формиран е раководен тим.  
(тимот треба да го сочинуваат: директорот на болницата, началниците на одделенијат, председавачот на комисијата за интрахоспитални инфекции, главниот фармацевт, главната сестра/техничар, шефот на техничката служба,

началникот на финансиската служба, лицето задолжено за контакти со јавноста (ПР), координаторот за гореспоменатата област, при што составот на тимот ќе зависи од обемот и активностите на болницата).

- Критериум 8.2** Тимот редовно се состанува и води записник за состаноците.
- Критериум 8.3** Тимот врши ревизија на сите процедури за управување со отпадот.
- Критериум 8.4** Тимот ја предлага политиката за управување со отпадот.
- Критериум 8.5** Тимот ги истражува сите проблеми во врска со управувањето со отпадот и известува за нив.

## **СТЕРИЛИЗАЦИЈА НА ИНФЕКТИВНИОТ МЕДИЦИНСКИ ОТПАД**

**Програма за извршување на стерилизација на медицинскиот отпад**

### **Упатство:**

*Во рамки на просторот предвиден за стерилизација на медицинскиот отпад постои: зона за привремено складирање, мерење, бележење и деконтаминација на отпадот, зона предвидена за перење/чистење, како и зона за стерилизација, уситнување и отстранување на обработениот отпад. Постојат мерки и процедури за обавување на сите споменати активности. На располагање е посебна опрема за перење/чистење, дезинфекција, сушење, пакување и стерилизација.*

**Стандард 9.0 Постои програм за извршување на стерилизација на медицинскиот отпад**

- Критериум 9.1** Во рамки на просторот предвиден за стерилизација на медицинскиот отпад, постојат зони за привремено складирање, мерење на отпадот, бележење, деконтаминација, зона предвидена за перење/чистење, како и зона за стерилизација, уситнување и складирање на обработениот отпад.

**Критериум 9.2** Постојат мерки и процедури за извршување на сите споменати активности.

**Критериум 9.3** На располагање е посебна опрема за перење/чистење, дезинфекција,сушење, пакување и стерилизација

### **Простории за вршење на стерилизација на медицинскиот отпад**

#### **Упатство:**

*Протоколот на медицинскиот отпад во болницата, се врши во насока од зоната на манипулирање со нечистиот материјал кон зоната со чистиот материјал. Постојат соодветни системи за проток на воздухот: од деконтаминираната зона воздухот се испушта во надворешната средина; во зоната каде се врши перење/чистење, обезбеден е позитивен воздушен притисок; во зоната на обработка на отпадот постојат канализациони сифони за соодветно чистење на зоните; подовите, ѕидовите и работните површини проектирани се на начин да се постигнат високи хигиенски стандарди. Постојат контролирани зони на складирање на медицинскиот отпад. Автоклавите и/или стерилизаторите се сместени во посебни простории наспроти зоната на прием. Постои простор за перење и дезинфекција на контејнерите за складирање и транспорт на медицинскиот отпад, кој е соодветно припремен како би се избегнало изливање на отпадот. За складирање и транспорт на медицинскиот отпад се користат затворени контејнери кои по употребата се перат и дезинфицираат. Постои место за складирање на дезифицираните транспортни контејнери.*

### **стандард 10.0 Обезбедени се соодветни простории во кои се врши стерилизација на медицинскиот отпад**

**Критериум 10.1** Протоколот на материјал се врши во насока од зоната со нечист кон зоната со чист материјал.

**Критериум 10.2** Постојат соодветни системи за протек на воздухот.

- Воздухот од зоната за деконтаминација се испушта во надворешна средина.

- Во зоната во која се врши перење/чистење, обезбеден е позитивен притисок на воздухот.
- Во зоната на обработка на воздухот постојат канализациони сифони за соодветно чистење на зоната.
- Подовите, ѕидовите и работните површини проектирани се на начин да се постигнат високи хигиенски стандарди.

**Критериум 10.3** Постојат контролирани зони на складирање на медицинскиот отпад.

**Критериум 10.4** Автоклавите и/или стерилизаторите се сместени во посебни простории во однос на зоната на прием.

**Критериум 10.5** Постои простор за перење и дезинфекција на контејнерите за складирање и транспорт на медицинскиот отпад, кој е соодветно припремен на начин како би се избегнало негово изливање.

**Критериум 10.6** За складирање и транспорт на медицинскиот отпад се користат затворени контејнери кои пред употреба се перат и дезинфицираат.

**Критериум 10.7** Постои место за отстранување на дезинфицираните транспортни контејнери.

**Вработените за обработка на медицински отпад се соодветно обучени и имаат соодветна заштитна опрема**

**Упатство:**

*Вработените во деконтаминирани зони носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни кеџели, заштитни маски со штитник за лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали и друго) и се запознаени со протоколите и процедурите во случај на несреќни ситуации. Обезбеден е неопходен воведен програм и неопходна обука при работа за вработените на стерилизација на медицинскиот отпад, вклучувајќи и обука за работа со постоечката опрема. Опремата за итни случаи, комплекти за санирање на изливот и друго, се достапни на местата на третманот на медицинскиот отпад, а вработените се обучени да*

ги користат и вакцинирани се против заразни болести (ХЦВ,ХБВ итн.).

**Стандард 11.0 Вработените за обработка на медицинскиот отпад поседуваат квалификации, соодветно се едуцирани и имаат соодветна заштитна опрема**

- Критериум 11.1** Вработените во контаминирани зони носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни кеџели, заштитни маски со штитник за лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали и друго).
- Критериум 11.2** Вработените се запознаени со протоколите и процедурите во случај на несреќни случаи.
- Критериум 11.3** Обезбеден е неопходен воведен програм и неопходна обука при работа за вработените на стерилизација на медицинскиот отпад, вклучувајќи и обука за работа со постоечката опрема.
- Критериум 11.4** Опремата за итни случаи, комплети за санирање на изливот и друго се достапни на местата на третманот на медицинскиот отпад, а вработените се обучени да ги користат.
- Критериум 11.5** Вработените се вакцинирани против заразни болести (ХЦВ,ХБВ итн.).

**Процедури за вршење на стерилизација**

**Упатство:**

*Упатството за користење и безбедно ракување со секој стерилизатор, е достапно за вработените. Се почитуваат параметри како што се времето и температурата при циклусот на стерилизација. Спроведувањето, следењето и верификацијата на процесот на стерилизација се евидентираат за секоја метода на стерилизација. Секој ден се врши проверка на целокупната опрема и се евидентираат резултатите. Постои систем за регистрирање на секој предмет кој се стерилизира.*

## Стандард 12.0 Постојат соодветни процедури за стерилизација

**Критериум 12.1** Упатството за користење и безбедно ракување со секој стерилизатор е достапен за вработените.

**Критериум 12.2** Се почитуваат параметри како што се времето и температурата при циклусот на стерилизација.

Пред-или високо-вакуумски циклуси на стерилизација

Примери од меѓународно прифатени параметри:

- 134 степени целзиусови на минимум 3 минути, се препорачува 15 минути
- 121 степен и целзиусови на минимум 15 минути, се препорачува 30 минути

Циклуси на стерилизација со водена пареа под дејство на гравитационите сили

- 134 степени целзиусови на минимум 15 минути,
- 121 степени целзиусови на минимум 30 минути.

**Критериум 12.3** Спроведувањето на процесот на стерилизација, следење и верификација се евидентираат за сите методи на стерилизација.

**Критериум 12.4** Секој ден се врши проверка на целокупната опрема и се евидентираат резултатите, што подразбира:

- Резултати од тестовите за присуство на спори- еднаш неделно
- време на изложување на притисок и топлина- секојдневно
- Хемиски тестови - при секој циклус.

## Тим за управување со медицинскиот отпад

### **Упатство:**

*Формиран е тим за управување со медицинскиот отпад. Тимот редовно се состанува и води записник за својата работа, врши анализа на сите постапки и процедури на обработка на медицинскиот отпад, препорачува мерки за обработка на медицинскиот отпад и ги испитува сите проблеми во врска со обработка/третман на медицинскиот отпад и известува во врска со нив.*

**Стандард 13.0 Тимот за управување со медицинскиот отпад го надгледува обработувањето на медицинскиот отпад**

- Критериум 13.1** Тимот за управување со медицинскиот отпад е формиран на соодветен начин.  
(Тимот е составен од: директорот на центарот, началникот на одделение/служба, началникот на аптеката, главната сестра, началникот на техничката служба, шефот на финансиското одделение, шефот на комисијата за контрола на инфекциите, лицето одговорно за управување со медицинскиот отпад).
- Критериум 13.2** Тимот редовно се состанува и води записник во врска со својата работа.
- Критериум 13.3** Тимот ги анализира сите постапки и процедури на обработка на медицинскиот отпад
- Критериум 13.4** Тимот препорачува мерки за обработка на медицинскиот отпад.
- Критериум 13.5** Тимот ги испитува сите проблеми во врска со обработка на медицинскиот отпад и известува за нив.

**ТРАНСПОРТ НА МЕДИЦИНСКИОТ ОТПАД**

**Национални насоки и Техничко упатство за транспорт на медицинскиот отпад**

**Упатство:**

*Постои распоред на собирање на отпадот и план за транспорт, кој е достапен на вработените кои работат во оваа област. Болницата има обучено искусен возач кој е технички стручен да врши транспорт на медицинскиот отпад, а кој мора да носи соодветна лична заштитна опрема и да има соодветна документација за транспорт на отпадот. Болницата има возило кое е посебно наменето за оваа цел, со соодветна опрема, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на отпадот, кое треба да служи за превоз на отпадот првенствено помеѓу здравствените домови и централните, или локалните места на третман. Секое пренесување на отпадот на овој начин е пропратено со соодветна документација, односно со отпремница*



за отпад. Во случај кога отпадот е од амбулантите или од домашната посета тој се пакува во контејнер кој е правилно затворен и се превезува во приколката на возилото, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на возилото. За овој вид на транспорт на отпадот не е неопходна никаква документација во врска со неговиот транспорт. Пред товарењето, возачот треба да го провери целиот отпад и документацијата, со цел да ги воочи грешките во документацијата, пакувањето или обележувањето.

**Стандард 14.0 транспортот на медицинскиот отпад се изведува согласно националните насоки и согласно техничкото упатство за транспорт на медицински отпад**

**Критериум 14.1** Постои распоред на собирање на отпадот и план за транспорт, кој е достапен на вработените кои работат во оваа област.

**Критериум 14.2** Здравствената установа треба да има обучен, искусен возач кој е технички стручен да врши транспорт на медицинскиот отпад. Возачот мора да носи соодветна лична заштита и опрема и има соодветна документација за транспорт на отпадот.

**Критериум 14.3** Здравствената установа треба да има возило кое е посебно наменето за оваа цел, со соодветна опрема, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на отпадот, кој треба да служи за превоз на отпадот првенствено помеѓу здравствените домови и централното или локалното место за третман. Секое преместување на отпадот на овој начин потребно е да биде пропратено со соодветна документација поточно со отпремница за отпад.

**Критериум 14.4** Во случај кога отпадот е од амбулантите или од домашната посета тој се пакува во контејнер кој е правилно затворен и се превезува во приколката на возилото, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на возилото.

**Критериум 14.5** Пред товарењето, возачот треба да го провери сиот отпад и документацијата, со цел да ги воочи грешките во документацијата, пакувањето или обележувањето.

## МАСОВНИ НЕСРЕЌИ И НЕСРЕЌНИ СЛУЧАИ

### План во случај на масовни несреќи и несреќни случаи

#### **Упатство:**

*Со планот се одредени ризиците во случај на настанување на масовни несреќи и несреќни случаи одредени се одговорни лица за управување и координација. Со планот е предвиден систем на комуникација и постои процедура на известување на вработените во случај во случај на масовни несреќи и несреќни случаи. Планот предвидува згрижување на масовните жртви во случај на масовни несреќи на територија на општината.*

### Стандард 15.0 Постои план во случај на масовни несреќи и несреќни случаи

- Критериум 15.1** Со планот се одредени ризиците во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.
- Критериум 15.2** Со планот се предвидени одговорни лица за управување и координација во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.
- Критериум 15.3** Со планот е предвиден систем на комуникација во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.
- Критериум 15.4** Во планот е опишана процедурата на известување на вработените во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.
- Критериум 15.5** Планот предвидува згрижување на жртвите во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.

## **Ревизија на планот во случај на масовни несреќи и несреќни случаи**

### **Упатство:**

*Се врши ревизија на планот во случај на масовни несреќи и несреќни случаи. Редовно се прават практични вежби.*

## **Стандард 16.0 Се прави ревизија и проверка на планот во пракса во случај на масовни несреќи и несреќни случаи**

**Критериум 16.1** Се врши периодична ревизија на планот во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.

**Критериум 16.2** Редовно се прават практични вежби и проверка на планот на терен.

## **ЗАШТИТА ОД ПОЖАРИ**

### **Постапки и процедури за намалување на ризикот од пожари**

#### **Упатство:**

*Болницата се придржува кон важечките закони и прописи од областа на заштита од пожари. Запаливите и експлозивни материји се чуваат на соодветен начин и се врши редовна проверка на документацијата, се врши тестирање и одржување на системот за детекција на пожари, системот за аларм, како и системот за гасење на пожари. При секоја набавка за потребите на болницата, се земаат во предвид мерките за заштита од пожари. Постои тим кој е одговорен за заштита од пожари.*

## **Стандард 17.0 Постојат постапки и процедури за намалување на ризикот од пожари**

**Критериум 17.1** Болницата се придржува кон важечките закони и прописи од областа на заштита од пожари.

**Критериум 17.2** Запаливите и експлозивни материи се чуваат на соодветен начин.

**Критериум 17.3** Редовно се врши проверка на документацијата, се тестира и одржува системот за детекција на пожари, системот за аларм, како и системот за гасење на пожари.

**Критериум 17.4** При секоја набавка за потребите на болницата се земаат во предвид мерките за заштита од пожари.

**Критериум 17.5** Постои тим кој е одговорен за заштита од пожари.

## **ЦЕНТРАЛНА СТЕРИЛИЗАЦИЈА**

### **Програма за вршење на централна стерилизација**

#### **Упатство:**

*Во рамките на просторот предвиден за централна стерилизација, постои зона за деконтаминација, зона предвидена за перење/чистење, како и зона за стерилизација.*

*Постојат мерки и процедури за вршење на сите споменати активности. На располагање е посебна опрема за перење/чистење, дезинфекција, сушење, пакување и стерилизација.*

### **Стандард 18.0 Постои програма за вршење на централна стерилизација**

**Критериум 18.1** Во рамките на просторот предвиден за централна стерилизација, постои зона за деконтаминација, зона предвидена за перење/чистење, како и зона за стерилизација.

**Критериум 18.2** Постојат мерки и процедури за вршење на сите споменати активности.

**Критериум 18.3** На располагање е посебна опрема за перење/чистење, дезинфекција, сушење, пакување и стерилизација.

### Простории за централна стерилизација

#### Упатство:

*Движењето на материјалите за централна стерилизација се врши во правец од зоната за манипулирање со нечист материјал кон зоната со чист материјал, и постои посебен влез/излез за секоја зона. Во болницата постојат соодветни системи за движење на биздух: во зоната за деконтаминација, обезбеден е негативен притисок на воздухот, воздухот од зоната за деконтаминација се испушта во надворешната средин и во зоната кај што се врши перење/чистење, обезбеден е позитивен притисок на воздухот. Постојат зони за складирање со вентилација со позитивен притисок за стерилни пакување и вообичаените залихи. Аутоклавите и/или стерилизаторите се сместени во посебна просторија во однос на зоната за обработка на материјали. Пакувањето на постелнината и инструментите се врши одвоено (за да се спречи можноста за контаминирање со платно или влакна). Затворените колички за пренос на стерилниот материјал се држат надвор од одделението, а во близина на зоната за складирање на материјали.*

### Стандард 19.0 Обезбедени се соодветни простории во кои што се врши централна стерилизација

**Критериум 19.1** Движењето се врши во правец од зоната за манипулирање со нечист материјал кон зоната со чист материјал. Постои посебен влез/излез за секоја зона.

**Критериум 19.2** Постои соодветен систем за движење на воздухот

- Во зоната за деконтаминација, обезбеден е негативен притисок на воздухот.
- Воздухот од зоната за деконтаминација се испушта во надворешната средина.
- Во зоната каде што се врши перење/чистење, обезбеден е позитивен притисок на воздухот.

- Критериум 19.3** Постојат зони за складирање со вентилација со позитивен притисок за стерилните пакувања и вообичаените залихи.
- Критериум 19.4** Аутоклавите/стерилизаторите сместени се во посебна просторија во однос на зоната за обработка на материјали.
- Критериум 19.5** Пакувањето на постелнината и инструментите се врши одвоено (за да се спречи можноста за контаминирање со платно или со влакна).
- Критериум 19.6** Затворените колички за пренос на стерилен материјал се држат надвор од одделението, а во близина на зоната за складирање на материјалите.

**Вработените во централна стерилизација се едуцирани и имаат соодветна заштитна опрема**

**Упатство:**

*Вработените во зоната за деконтаминирање носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни кеџели, заштитни маски со заштита на лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали). Постојат вработени кои работат во контаминираната зона и вработени кои работат во зоната за стерилизација (доколку тоа не е случај, се превземаат мерки на претпазливост за да се избегне контаминирањето на чистата зона). Вработените се запознаени со протоколите и процедурите за случаи на несреќни случаи (пр. истекување на гасови). Обезбедена е задолжителна воведна програма и задолжителна обука за работа на вработените во централна стерилизација, вклучувајќи ја и обуката за работа со постоечката опрема.*

**Стандард 20.0 Квалификуваните лица вработени во централната стерилизација се соодветно едуцирани и имаат соодветна заштитна опрема**

- Критериум 20.1** Вработените во зоната на деконтаминација носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни кеџели, заштитни маски со заштита за лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали).

- Критериум 20.2** Постојат вработени кои работат во зоната на контаминација и вработени кои работат во зоната на стерилизација (ако тоа не е случај, се превземаат мерки на претпазливост за да се избегне контаминацијата на чистиот воздух).
- Критериум 20.3** Вработените се запознаени со протоколите и процедурите за случаите на несреќни случаи (пр. истекување на гасови).
- Критериум 20.4** Обезбедена е задолжителна воведна програма и задолжителна обука за работа на вработените во централна стерилизација, вклучувајќи ја и обуката за работа со постоечката опрема.

**Централната стерилизација се врши според предходно утврдени процедури**

**Упатство:**

*Стерилизаторите се сместени во посебна зона во однос на зоната на обработка. Упатствата за користење и безбедно ракување за секој стерилизатор, се достапни за вработените лица и се почитуваат параметрите како што се времето и температурата на стерилизациониот циклус. Постојат мерки и процедури кои ја оневозможуваат стерилизацијата на материјалот за еднократна употреба (според упатството на производителот). За сите методи на процесот на стерилизација се води писмена документација. Секој ден се врши проверка на целокупната опрема и се евидентираат резултатите. Постои систем за регистрирање на секој предмет кој се стерилизира (со број или со бар-код).*

**Стандард 21.0 Постојат соодветни процедури за вршење на стерилизација**

- Критериум 21.1** Стерилизаторите се сместени во посебна зона во однос на зоната на обработка.
- Критериум 21.2** Упатствата за користење и безбедно ракување за секој стерилизатор, се достапни на вработените лица.

**Критериум 21.3** Се почитуваат параметрите како што се времето и температурата на стерилизациониот циклус.

Примери на меѓународно прифатени параметри:

- Се препорачува времето на предвакумска стерилизација или работата под висок вакум изнесува 3-4 минути на 133-135 степени С.
- Се препорачува времето на циклусот на стерилизација со водена пареа под дејство на силата на гравитација да изнесува 10-15 минути на 133-135 степени С или 15-30 минути на 121 степен С.
- Се препорачува времето на циклусот на сува стерилизација да изнесува:
  - 1 саат 170 степени С или
  - 2 саати 160 степени С или
  - 2,5 саати 150 степени С

**Критериум 21.4** Постојат мерки и процедури кои ја оневозможуваат стерилизацијата на материалот за еднократна употреба (според упатството на производителот).

**Критериум 21.5** За сите методи на процесот на стерилизација се води писмена документација.

**Критериум 21.6** Секој ден се врши проверка на целокупната опрема и се евидентираат резултатите, што подразбира:

- резултати на тестот за присуството на спори
- времето на изложување на притисок и топлина
- содржината на секој контигент
- вработеното лице што ја извршува стерилизацијата на контигентот

**Критериум 21.7** Постои систем за регистрирање на секој предмет што се стерилизира (со број или со бар код) и тоа:

- тип на стерилизаторот
- дата на стерилизација
- контигент на стерилизација



## Тим за централна стерилизација

### **Упатство:**

*Тимот за централна стерилизација е конституиран на соодветен начин, редовно се состанува и води записник за својата работа. Тимот ги анализира сите постапки и процедури за централна стерилизација и препорачува мерки за централна стерилизација. Доколку дојде до одредени проблеми во врска со централната стерилизација се занимава со испитување и известување за тие проблеми.*

## Стандард 22.0 Тимот за централна стерилизација ја надгледува централната стерилизација

- Критериум 22.1** Тимот за централна стерилизација е конституиран на соодветен начин.
- Членови на тимот може да бидат: доктори на болницата, началници на службите, началник на аптека, главна сестра, началник на техничката служба, началник на финансиското одделение, член на комисијата за контрола на инфекциите и др.).
- Критериум 22.2** Тимот редовно се состанува и води записник за неговата работа.
- Критериум 22.3** Тимот ги анализира сите постапки и процедури за централна стерилизација.
- Критериум 22.4** Тимот препорачува мерки за централна стерилизација.
- Критериум 22.5** Тимот ги испитува сите проблеми врзани за централната стерилизација и известува за нив.

## **БЕЗБЕДНО РАКУВАЊЕ СО ОПРЕМАТА, НАБАВЕНИОТ МАТЕРИЈАЛ, МЕДИЦИНСКАТА АПАРАТУРА И СООДВЕТНО КОРИСТЕЊЕ НА ПРОСТОРОТ**

**Безбедно ракување со опремата, материјалот, апаратурата и просторот**

### **Упатство:**

*Установата води сметка за опремата, материјалот и медицинската апаратура така што: планира нова и современа опрема, редовно одржување и баждање на истата и за тоа води евиденција. Се намалуваат ризиците за пациентите и вработените во сите објекти на болницата. Се врши обука на вработените за безбедно користење на целокупната опрема (постојат посебни програми, а секоја спроведена обука се евидентира).*

**Стандард 23.0 Установата безбедно ракува со опремата, материјалот, апаратурата и просторот**

**Критериум 23.1** Установата располага со опрема, материјал и медицинска апаратура така што

- Планира набавка на нова и современа опрема
- Редовно и превентивно ја одржува и за тоа води евиденција
- Редовно ја баждари опремата

**Критериум 23.2** Се намалуваат ризиците за пациентите и вработените лица во сите објекти на болницата.

**Критериум 23.3** Се врши обука на вработените лица за безбедно користење на целокупната опрема.

Постојат посебни програми, а секоја спроведена обука се евидентира.

## ХИГИЕНА

<b>Стандард 24.0</b> Во просториите на болницата постојат утврдени постапки за одржување на хигиената
---

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Критериум 24.1</b> | Постојат документирани процедури за чистење кои се однесуваат на просториите на одделите, приемната служба и административните простории.  |
| <b>Критериум 24.2</b> | Постојат документирани процедури за чистење кои се однесуваат на специјализирани простории како што се лабораторија, мртвечница, операциона сала и единицата за интензивна нега. |
| <b>Критериум 24.3</b> | Постои распоред за генерално чистење, периодично, неделно, дневно за одржување на хигиена на прозорци, подови и сидови.  |
| <b>Критериум 24.4</b> | Постојат документирани процедури за користење, чистење, складирање и одржување на опремата за чистење  |

<b>Стандард 25.0</b> Постојат утврдени постапки за одржување на хигиена на раце
---

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Критериум 25.1</b> | Хигиена на раце, вклучува дезинфекција на раце, миење на раце и употреба на медицински ракавици за еднократна употреба |
| <b>Критериум 25.2</b> | Вработените се придржуваат кон утврдените постапките за миење и десинфекција на раце                                   |
| <b>Критериум 25.3</b> | Средствата за хигиена на раце се достапни за вработени, пациенти, посетители и снабдувачи                              |
| <b>Критериум 25.4</b> | Информации за хигиена на раце се достапни за пациенти, посетители и снабдувачи   |

# **ЛЕКУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ**

## **ОПШТИ ОДРЕДБИ**

## Прием

### **Упатство:**

*Иницијалната тријажа на пациентот се врши во текот на првиот контакт, со цел пациентот да биде упатен кон соодветна служба во рамките на болницата. Пациентите се поделени во категории, согласно нивните потреби, а предност имаат оние пациенти чијашто состојба е таква што бара моментално лечење. Постојат и се применуваат процедури за прием на пациентот. По приемот на пациентот и неговото семејство им се даваат информации за состојбата на пациентот.*

### **Стандард 1.0. Постои утврдена постапка за прием на пациентот**

- Критериум 1.1** Тријажата се извршува во текот на првиот контакт со цел пациентот да биде упатен кон соодветната служба во болницата.
- Критериум 1.2** Пациентите се поделени во категории согласно нивните потреби, а предност имаат оние пациенти чијашто состојба е таква што бара моментално лечење.
- Критериум 1.3** Постојат и се применуваат процедури за прием на пациентите.
- Критериум 1.4** По приемот, на пациентот и неговото семејство им се даваат информации за моменталната состојбата на пациентот.

**Проценка на здравствената состојба на пациентот и подготовка на планот за лекување**

**Упатство:**

*Потребата на пациентот во смисла на примена на мерки на превенција, куративно, рехабилитациско и палијативно згрижување се реализираат според утврдени приоритети и врз основа на состојбата на пациентот во текот на приемот. Се прават соодветни дијагностички процедури (лабараториски, радиолошки и др) и резултатите од истите се евидентираат во картонот/историјата на болест на пациентот (се земаат во предвид и резултатите од претходно извршените дијагностички процедури). Потребата од специјалистички услуги е одредена и евидентирана и се предлага план на лекување со очекувани цели (исходи). Планот на лекување се евидентира јасно во картонот/историјата на болеста на пациентот и/или се разгледува со пациентот, т.е. неговото семејство.*

**Стандард 2.0 Проценката на здравствената состојба на пациентот е извршена и подготвен е мултидисциплинарен план на лекување**

- Критериум 2.1** Врз основа на здравствената состојба на пациентот, во текот на приемот, се утврдуваат приоритетите на неговите потреби за примена на мерки на превенција, лечење, рехабилитација или палијативно згрижување.
- Критериум 2.2** Извршени се соодветни дијагностички процедури, лабараториски, радиолошки и др, а резултатите од истите се евидентирани во картонот/историја на болест на пациентот.
- Критериум 2.3** Се утврдуваат и се евидентираат потребите од специјалистички услуги.
- Критериум 2.4** Се предлага план на лекување со очекуваните цели (исходи).
- Критериум 2.5** Планот на лекување се евидентира јасно во картонот/историја на болест на пациентот.
- Критериум 2.6** Планот на лекување се разгледува со пациентот и/или со неговото семејство.

## Спроведување на лекувањето

### Упатство:

*Со планот на лекување се запознаени сите здравствени работници вклучени во процесот на лечење на пациентот. Се одредуваат квалификувани лица како одговорни за спроведување на лекувањето кое се спроведува според претходно утврдени Упатства за практикување на Медицина заснована на докази. Информациите во врска со спроведените лекувања на пациентот се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентот.*

### Стандард 3.0 Лекувањето се спроведува согласно планот на лекување

- Критериум 3.1.** Со планот на лекување се запознаени сите здравствени работници вклучени во процесот на лекување на пациентот.
- Критериум 3.2** Лекувањето го спроведуваат лица со соодветни квалификации
- Квалификациите се одредуваат во соработка со Лекарската комора и Македонско Лекарско Друштво
- Критериум 3.3** За лекување на пациентот се задолжени лица со соодветни квалификации
- Името на лицата задолжени за лекување се евидентираат во картонот/историјата на болест на пациентот.
  - Во текот на лекувањето може да дојде до промена на лицето кое е одговорно за лекувањето. Истата промена се евидентира.
  - Вработениот персонал е запознаен кое лице/ лица с(е) задолжени за лекување на пациентот.
- Критериум 3.4** Лекувањето се спроведува според претходно утврдени Упатства за практикување на Медицина Заснована на Докази.
- Критериум 3.5** Основната дејност на службата ја поддржува мисијата, визијата и вредноста на болницата

- Постојат докази дека службата ја почитува мисијата, визијата и вредноста на болницата при планирањето во пружањето на услугите
- Во текот на пружање на услугите вработените во службите ја почитуваат мисијата, визијата и вредноста на болницата.

**Критериум 3.6** Информациите во врска со извршеното лекување се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентот.

- Надлежниот лекар е задолжен за правилно водење на медицинската документација.
- Потписот на надлежниот лекар задолжително се наоѓа во картонот/историјата на болеста на пациентот.

**Критериум 3.7** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.

### План на лекување

#### **Упатство:**

*Планот на лекување се разгледува редовно, а во случај на измена на утврдените цели и планот на лекување, истите се евидентираат во историјата на болест на пациентот. За измените на планот на лекување се разговара со пациентот или со неговото семејство.*

### Стандард 4.0 Се разгледува планот на лекување

**Критериум 4.1** Планот на лекување се разгледува редовно.

**Критериум 4.2** Во случај на измена на утврдените цели и планот на лекување, истите се евидентираат.

**Критериум 4.3** Измените на планот на лекување се евидентираат во историјата на болест на пациентот.



**Критериум 4.4** За измените на планот на лекување се разговара со пациентот/ или со неговото семејство.

### **Испис/трансфер на пациентот на друго одделение**

#### **Упатство:**

*Постапката за испис/трансфер на пациентот на друго одделение вклучува план за испис/преместување во моментот на прием, кога е тоа можно, и за тоа се води евиденција (согласно мрежата на здравствени установи, пациентот се упатува во најблиската соодветна установа кога тоа го дозволува неговата здравствената состојба). Постапката се однесува и на помошните служби и предвидува пружање на понатамошни медицински услуги за кои ќе има потреба после исписот/трансферот на пациентот на други одделенија. Пациентот и/или неговото семејство однапред се информираат за исписот, како и за сите дадени препораки во смисла на потребите на пациентот по неговиот испис/преместување на друго одделение. При исписот/преместувањето на пациентот на друго одделение, неговото досие ги содржи податоците за: причината за прием, наодите, дијагнозите, спроведените процедури, лековите и другите третмани, отпусната листа, здравствената состојба на пациентот при исписот, лековите за понатамошна употреба со упатство за нивно користење и показатели за тоа дали целите и саканите резултати се постигнати, или не.*

### **Стандард 5.0 Постои утврдена постапка за испис/трансфер на пациентот на друго одделение**

**Критериум 5.1** Постапката вклучува план за испис/трансфер на пациентот на друго одделение во моментот на прием, кога е тоа можно

- Согласно мрежата на здравствени установи, пациентот се упатува во најблиската соодветна установа кога тоа го дозволува неговата здравствената состојба.

**Критериум 5.2** Постапката се однесува и на помошните служби и предвидува пружање на понатамошни медицински услуги за кои ќе има потреба после исписот/трансферот на пациентот на други одделенија.

- Критериум 5.3** Се проценува спремноста за испис/трансфер на пациентот на друго одделение и за тоа се води евиденција.
- Критериум 5.4** Пациентот и/или неговото семејство однапред се информираат за исписот, како и за сите дадени препораки во смисла на потребите на пациентот по неговиот испис/преместување на друго одделение.
- Критериум 5.5** При исписот/преместувањето на пациентот на друго одделение, неговото досие ги содржи податоците за:
- причината за прием
  - наодите/резултати
  - дијагнозите
  - спроведените процедури
  - лековите и другите третмани
  - отпусната листа
  - здравствената состојба на пациентот при исписот
  - лековите за понатамошна употреба со упатство за нивно користење
  - показатели за тоа дали целите и саканите резултати се постигнати или не.

## Простории и опрема

### **Упатство:**

*На располагање се соодветни простории и опрема кои редовно се одржуваат, а за кои постојано се води евиденција*

## Стандард 6.0. На располагање се соодветни простории и опрема

- Критериум 6.1.** \*Приодот кон болницата и службите е достапен  
\*Постои влез за лицата со инвалидитет  
\*Локацијата на болницата во влезовите на службите се обележани со соодветни ознаки.

- Критериум 6.2.** Болницата располага со соодветни простории за вршење на дејноста.
- Критериум 6.3.** Се води евиденција на целокупната опрема, заедно со распоредот за одржување на секој нејзин дел.
- Критериум 6.4.** Се евидентира целата опрема која треба да се баждари и се прецизира распоредот за баждарење.

### Квалитет на работење и безбедност на пациентите

#### Упатство:

*Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план. Операционата сала има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите. Со овој план се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за следење. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите. Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето, се идентификуваат и следат показателите за квалитет (утврдени се податоците и методите кои се користат за собирање на овие податоци- Правилник за видовите на индикторите за здравствена заштита). Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите (при изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите, како и работното оптоварување на вработените). Постои систем за превенција и справување со декубитуси. Планот за справување со декубитусите е осмислен и направен во соработка со пациентите и лицата кои ги негуваат. Менаџментот на болницата имплементира систем за превенција од паѓања на пациентот и ја минимизира штетата од паѓање. Пациентите и лицата кои ги негуваат се информирани за ризиците и се ангажираат во развојана превентивен план од паѓања.*

<b>Стандард 7.0 Се пратат квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите</b>
--

- Критериум 7.1** Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план.
- Критериум 7.2** Службата има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите.
- Критериум 7.3** Со планот за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за нивно следење.
- Критериум 7.4** Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите.
- Критериум 7.5** Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите се утврдуваат и следат показателите за квалитет на работењето и безбедноста на пациентите.
- Утврдени се податоците кои треба да се собираат за секој показател, како и методите кои се користат за собирање на овие податоци.
- Критериум 7.6** Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.
- При изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, како и оптовареноста на работното место.

**Критериум 7.7** Во согласност со насоките од Светската Здравствена Организација, вработените учествуваат во превенцијата и спречување на ширењето на инфекциите со редовно миеење на рацете, одржување на лична хигиена, користење на медицински ракавици и др.

**Стандард 8.0 Раководење и систем за превенција и справување со декубитуси**

**Критериум 8.1** Се имплементираат донесените политики, процедури и/или протоколи базирани на постоечките упатства за добра пракса.

**Критериум 8.2** Користење на рамка за проценка на ризикот и систем на известување за да се идентификува, истражи и преземе акција со цел да се намали зачестеноста и сериозноста на декубитусите.

**Критериум 8.3** Се преземаат активности за подобрување на квалитетот за решавање на безбедносните ризици и следење на процедури кои превенираат од појава на декубитуси.

**Критериум 8.4** Обезбедени се опрема и уреди за спроведување на ефективни стратегии за превенција на пациентите со ризик, како и план за справување со пациентите со декубитуси.

**Стандард 9.0 Превенција од декубитуси**

**Критериум 9.1** Спроведување на сеопфатен преглед на кожата согласно упатствата за добра пракса за пациенти со висок ризик за развој на декубитуси доколку е клинички индицирано и тоа за време на приемот и исписот на пациентот.

**Критериум 9.2** Постои договорена алатка за скрининг на декубитуси од страна на медицинскиот персонал со цел идентификација на пациентите кои би развиле декубитус.

**Критериум 9.3** Имплементација и мониторинг на планот за превенција од појава на декубитуси и негово ревидирање кога тоа е клинички индицирано.

**Стандард 10.0 Комуникација со пациентите и лицата кои ги негуваат**

**Критериум 10.1** Пациентите и лицата кои ги негуваат се запознаени со ризиците, стратегијата за превенција и справување со декубитусите на начин кој е разбирлив и осмислен за нив.

**Критериум 10.2** Планот за справување со декубитусите е осмислен и изработен во соработка со пациентите и лицата кои ги негуваат.

**Стандард 11.0 Раководење и систем за превенција и справување со паѓања**

**Критериум 11.1** Се имплементираат донесените политики, процедури и/или протоколи вклучително и придружните алатки базирани на постоечките упатства за добра пракса за превенција од паѓања и штетите од паѓањата.

**Критериум 11.2** Се врши редовно известување, истражување и следење на инцидентите од паѓања.

**Критериум 11.3** Се користат административни и клинички податоци за редовно следење и истражување на честотата и сериозноста од паѓања во здравствените установи.

**Критериум 11.4** Се преземаат активности за подобрување на квалитетот во однос на безбедносните ризици и се обезбедува ефективност на системот на превенција од паѓање.

**Критериум 11.5** Обезбедени се опрема и уреди за спроведување на превентивни стратегии за пациентите со ризик, како и план за намалување на штетите од паѓање.

**Стандард 12.0 Скрининг и проценка на ризик од паѓања и штетите од паѓања**

**Критериум 12.1** Се користи алатка за скрининг на пациенти за време на приемот во здравствената установа, како и кога ризикот од паѓање е клинички индициран.

**Критериум 12.1** Се следи алатката за проценка со цел да се идентификува односот на ризичните пациенти со проценката на вкупните паѓања.

**Стандард 13.0 Превенција од паѓања и штети од паѓања**

**Критериум 13.1** Се подготвува и имплементира мултифакотријален превентивен план и план за минимизирање на штетите кој е документиран во клиничкото досие на пациентот. Ефективноста и соодветноста на плановите редовно се мониторира.

**Критериум 12.1** Пациентите со ризок од паѓање се препраќаат до соодветни служби, кога тоа е возможно, како дел од процесот на отпуштање од здравствената установа.

**Стандард 14.0 Комуникација со пациентите и лицата кои ги негуваат**

- Критериум 14.1** Пациентите и лицата кои ги негуваат се запознаени со ризиците и стратегијата за превенција на начин кој е разбирлив и осмислен за нив.
- Критериум 14.2** Планот за превенција од паѓања е осмислен и изработен во соработка со пациентите и лицата кои ги негуваат.



## **СПЕЦИФИЧНИ КЛИНИЧКИ УСЛУГИ**

## Операциона сала

### Прием

#### Упатство:

*Иницијалната тријажа на пациентите се врши на местото на првиот контакт со установата, со цел пациентот да се упати кон адекватната служба во установата. Се дава предност на оние пациенти чија состојба побарува моментално лекување. Постојат пишани протоколи и процедури за прием на пациентите, кон кои вработените се придржуваат, а при влезот во операциона сала се пополнува контролна листа со податоци за секој пациент. Во историјата на болеста на пациентот се едидентира дека пациентот и неговото семејство се известени за хируршката интервенција.*

#### Стандард 1.0 пациентот

#### Постојат утврдени постапки за прием на

- Критериум 1.1** Тријажата се врши во текот на првиот контакт, со цел на пациентот да му се пружат соодветните услуги.
- Критериум 1.2** Се дава предност на оние пациенти чија состојба побарува неодложно лекување.
- Критериум 1.3** Постојат и се применуваат пишани протоколи и процедури за прием на пациентите кои содржат:
- потврда за идентитетот на пациентот.
  - потврда и одредување на местото на хируршката интервенција.
  - спроведување на процедура за добивање на согласност од пациентот врз основа на добиените информации (писмена согласност со потпис на пациентот).
  - доколку пациентот не е во состојба да даде согласност врз основа на добиените информации:
    - согласност дава семејството
    - доколу не е достапен ниеден член од семејството, лекарот кој ординира,

- оваа информација ја бележи во картонот/историјата на болеста
- доколку пациентот е свесен и ориентиран, лекарот кој ќе го оперира, како и анестезиологот заеднички ги разгледуваат процедурите кои ќе ги спроведуваат, како и можните компликации што се евидентираат во картонот/историјата на болеста.

**Критериум 1.4** При влезот во операциона сала се пополнува контролна листа со податоци за секој пациент, што го опфаќа следното:

- нараквица за идентификација на пациентот.
- потврда за името и личните податоци.
- потврда за видот на хируршката интервенција од страна на пациентот и медицинскиот персонал.
- писмена согласност од пациентот, потпишана во присуство на сведок.
- потврден алерголошки статус на пациентот.
- резултати од лабораториски и други прегледи се наоѓаат во картонот/историјата на болест на пациентот.
- симнување на накитот и лакот за нокти.
- симнување на контактни леќи.
- симнување на забни и други протези.
- *nulla per os* – проверка дека пациентот не земал храна/течност.
- подготовка на оперативното поле (бричење, обележување).

**Критериум 1.5** Постои контролна листа која содржи минимум на податоци која ги препорачува Светската Здравствена Организација.

**Критериум 1.6** Во историјата на болеста на пациентот се евидентира дека пациентот и неговото семејство се известени за хируршката интервенција.

<b>Проценка на здравствената состојба на пациентот и план на лекување</b>
---

**Упатство:**

*Потребата на пациентот од хируршка интервенција се проценуваат и евидентираат. На пациентот и неговото семејство му се предочуваат ризиците, користа, можните компликации и другите можности поврзани со интервенцијата, а содржината од тој разговор се евидентира во историјата на болеста на пациентот. Планот за спроведување на анестезија се разгледува со пациентот и семејството и се евидентира во историјата на болеста на пациентот.*

**Стандард 2.0 Се врши проценка на здравствената состојба на пациентот и се подготвува планот на лекување**

**Критериум 2.1** Се проценуваат потребите на пациентот во смисла на вршење на хируршка интервенција и истите се евидентираат.

**Критериум 2.2** На пациентот и неговото семејство му се предочуваат ризиците, користа, можните компликации и другите можности поврзани со интервенцијата. Содржината од тој разговор се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

**Критериум 2.3** Квалификувани лица вршат преанестетичка проценка/подготовка на пациентот.

**Критериум 2.4** Планот за спроведување на анестезија се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

**Критериум 2.5** Планот за спроведување на анестезија се разгледува со пациентот и/или семејството.

**Спроведување на лекувањето**

**Упатство:**

*Извршената хируршка интервенција се евидентира во историјата на болеста на пациентот, а извештајот потпишан од хирургот /оператор, се доставува во временски рок потребен за на*

пациентот му се пружи постоперативна нега. Физиолошката состојба на пациентот континуирано се следи за време и непосредно после хируршката интервенција и истата се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

**Стандард 3.0 Лекувањето се спроведува согласно планот на лекување**

**Критериум 3.1** Извршената хируршка интервенција се евидентира во историјата на болеста на пациентот и опфаќа:

- постоперативна дијагноза
- опис на хируршката интервенција, наодите и земените примероци од ткивата
- име на хирург/оператор и соработниците

**Критериум 3.2** Хирургот го составува и потпишува извештајот во предвиден временски рок, со цел на пациентот да му се пружи постоперативна нега.

**Критериум 3.3** Физиолошката состојба на пациентот континуирано се следи за време и непосредно после хируршката интервенција и истата се евидентира во историјата на болеста на пациентот

**Лекувањето на пациентите се спроведува од стручни лица**

**Упатство:**

*Стручните и квалификувани лица се одредуваат како одговорни лица за лечење и нега на пациентите. Во болницата постои комисија за операционата сала која ги одредува протоколите и процедурите за операционата сала. Оваа комисија се состанува редовно, води записник и по потреба презема активности.*

**Стандард 4.0 Лекувањето се спроведува од лица со соодветни квалификации**

**Критериум 4.1** За лекување на пациентите се задолжени лица со соодветни квалификации:

- Имиња на лицата задолжени за лекувањето се евидентираат во картонот/историјата на болест на пациентот.
- Во текот на лекувањето може да дојде до промена на лицето одговорно за лечење и истата промена се евидентира.
- Вработениот персонал е запознаен кое лице е задолжено за лекување на пациентот.

**Критериум 4.2** Лекувањето го спроведува лице со соодветни квалификации и тоа:

- Началник/раководител на одделение за хирургија.
- Началник/раководител на служба за анестезиологија.
- главна хируршка сестра/техничар со најмалку 5 години работно искуство во операциона сала.
- постојат најмалку 2,5 медицински сестри/техничари по операциона сала.
- постои можност за ангажирање на здравствени работници на повик.

**Критериум 4.3** Формирана е комисија која ги утврдува протоколите и процедурите кои се однесуваат на операционата сала.

**Критериум 4.4** Комисијата за операциони сали се состанува редовно, води записник и по потреба презема активности.

### Насоки, процедури и протоколи на лекување

**Упатство:**

*Во болницата постојат протоколи и процедури со кои вработените се запознаени. Исто така, вработените се запознаени доколку постојат нивни измени. Воведен е процес на периодично оценување на нивната примена. Восстановените протоколи се применуваат. Сите вработени се запознаени со правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги. За несаканите случаи се води евиденција, истите се испитуваат и за нив се води евиденција.*

**Стандард 5.0 Лекувањето се спроведува согласно постоечките насоки, процедури и протоколи**

- Критериум 5.1** Постојат протоколи за:
- закажување на операции (дневна хирургија и операции за лежечки пациенти).
  - ракување со примероците.
  - каутели за асепса.
  - општи мерки на претпазливост.
  - терапија на болка и седирање на пациентите.
  - документација за операционата сала:
    - видот на интервенција
    - време на влез во сала/ излез од сала
    - имиња на присутни во салата
    - употребени инструменти
    - проверка на бројот на инструментите и материјалите после операцијата
  - безбедност на вработените лица.
  - бележење, испитување и известување за несаканите случаеви.
- Критериум 5.2** Вработените се запознаени со протоколите и процедурите, како и со нивните измени.
- Критериум 5.3** Воведена е постапка за периодично оценување на работата во операционата сала и негово усогласување со постоечките процедури.
- Критериум 5.4** Сите вработени се запознаени со правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги.
- Критериум 5.5** Сите вработени се однесуваат според правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги.
- Критериум 5.6** Се почитуваат правата на пациентите-корисниците на здравствените услуги:
- достоинство и почитување
  - приватност
  - доверливост

- сигурност и безбедност

**Критериум 5.7** За несаканите случаи се води евиденција, истите се испитуваат и се известуваат.

## Простории и опрема

### Упатство:

*Движењето во операционата сала е во една насока. На располагање е опрема, а дневната контрола на опремата се врши од квалификувано лице. Опремата содржи: дефибрилатор (спремен за употреба), кардио-монитор (спремен за употреба), лекови кои се применуваат во ургентни ситуации, тубуси од различни големини, ларингоскоп со различни шпатули и резервни батерии и сијалици за ларингоскоп, даска за имобилизација. Просториите се безбедни и заштитени од ширење на инфекција (сите површини се мазни и непорозни, подовите се антистатички, електричните кола се добро вземјени, дотокот на струјата е постојан). Постојат посебни организациони единици за дневна хирургија и за лежечки пациенти. Контролиран е и граничниот влез во операционата сала. Опремата редовно се проверува и одржува и се врши соодветно складирање на опремата и материјалите. Постојат одвоени соблекувални за мажи и жени.*

## Стандард 6.0 Постојат адекватни простории и опрема

**Критериум 6.1** Влезот во операционата сала е ограничен и се контролира.

**Критериум 6.2** Движењето во операционата сала е во една насока.

**Критериум 6.3** На подвижните колички се наоѓа сет/комплет на опрема за реанимација чија што содржина секојдневно се проверува од лице со соодветна квалификација. Сетот на опремата содржи:

- дефибрилатор (спремен за употреба)
- кардио-монитор (спремен за употреба)
- лекови кои се применуваат во ургентни ситуации
- тубуси од различни големини
- ларингоскоп со различни шпатули



- резервни батерии и сијалици за ларингоскоп
- даска за имобилизација

**Критериум 6.4** Просториите се безбедни и заштитени од ширење на инфекција (сите површини се мазни и непорозни, подовите се антистатички, електричните кола се добро вземјени, дотокот на струјата е постојан).

**Критериум 6.5** Постојат посебни организациони единици за дневна хирургија и за лежечки пациенти.

**Критериум 6.6** Опремата редовно се проверува, баждари кога е потребно и се одржува

- се води список на целокупната опрема, заедно со распоредот на одржување за секој нејзин дел
- се евидентира целокупната опрема која треба да се баждари и се прецизира распоредот на баждарење.

**Критериум 6.7** Опремата и материјалот се чуваат на соодветен начин.

**Критериум 6.8** Постојат посебни соблекувални за мажи и жени.

### Квалитет и безбедност на пациентите

#### **Упатство:**

*Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план. Операционита сала има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите. Со овој план се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се превземат, како и резултатите и постапките за следење. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите. Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето, се идентификуваат и следат показателите за квалитет (утврдени се податоците и методите кои се користат за собирање на овие податоци). Вработените на*

*соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите (при изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите, како и работното оптоварување на вработените).*

<b>Стандард 7.0      Се следи квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите</b>
--

- Критериум 7.1**      Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план.
- Критериум 7.2**      Операционата сала има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедност.
- Критериум 7.3**      Со планот за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за нивно следење.
- Критериум 7.4**      Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите.
- Критериум 7.5**      Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите се утврдуваат и следат показателите за квалитет на работењето и безбедност на пациентите.
- Утврдени се податоците кои треба да се собираат за секој показател, како и методите кои се користат за собирање на овие податоци.
- Критериум 7.6**      Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите.
- При изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на

планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите, како и оптовареноста на работното место.

**Критериум 7.7** Во согласност со насоките од Светската Здравствена Организација, вработените учествуваат во превенцијата и спречување на ширењето на инфекциите со редовно миење на рацете, одржување на лична хигиена, користење на медицински ракавици и др.

## ИНТЕНЗИВНА НЕГА

### Прием

#### **Упатство:**

*Приемот на одделението за интензивна нега е овозможен 24 часа дневно и историјата на болеста се отвора при приемот на пациентот на одделението. Протоколите и процедурите за прием на пациентите опфаќаат прием на пациентите од иста болница, како и прием на пациентот од терен. Постојат протоколи и процедури за прием на пациентот од педијатрија.*

### **Стандард 8.0 Постои утврдена постапка за прием на пациенти на одделение за интензивна нега**

**Критериум 8.1** Приемот на одделението за интензивна нега е овозможен 24 часа дневно.

**Критериум 8.2** Историјата на болеста се отвора при приемот на пациентот на одделението.

**Критериум 8.3** Постојат протоколи и процедури за прием на пациентот, како од истата болница, така и од надвор.

**Критериум 8.4** Постојат протоколи и процедури за прием на педијатриските пациенти.

**Проценка на здравствената состојба на пациентот и план на лекување**

**Упатство:**

*Квалификувани лица вршат проценка на потребите на пациентите и истите се внесуваат во историјата на болеста на пациентот. Планот на лечење е утврден и се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство.*

**Стандард 9.0 Проценка на здравствената состојба на пациентот е извршена и утврден е планот на лекување**

- Критериум 9.1** Лицата со соодветна квалификација вршат проценка на потребите на пациентот.
- Критериум 9.2** Потребите на пациентот се внесуваат во историјата на болест на пациентот.
- Критериум 9.3** Се утврдува план на лекување.
- Критериум 9.4** Планот на лекување се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство.

**Спроведување на лекувањето**

**Упатство:**

*Начинот и текот на лекувањето се евидентираат во историјата на болеста на пациентот (лекувањето ги опфаќа сите пружени услуги, вклучувајќи ги дијагностичките и терапевтски процедури), а историјата на болеста на пациентот ја потпишува одговорниот лекар.*

**Стандард 10.0 Лекувањето се спроведува во согласност со планот на лекување**

- Критериум 10.1** Начинот и текот на лекувањето се евидентираат во историјата на болеста на пациентот.

- Лекувањето ги опфаќа сите пружени услуги, вклучувајќи ги дијагностичките и терапевтски процедури

**Критериум 10.2** Потписот на одговорниот лекар задолжително се наоѓа во историјата на болеста на пациентот.

**Лекувањето и негата ги спроведуваат лица со соодветни квалификации**

**Упатство:**

*Со службата за интензивна нега раководи квалификуван лекар, а одговорните медицински сестри/техничари кои работат во секој смена се исто така квалификувани со дополнителна обука од областа на интензивна нега и со најмалку три години работно искуство во одделението. Односот на бројот на медицински сестри/техничари се одредува според бројот на пациенти (се препорачува тој однос да е 1:1, меѓутоа се дозволува отстапување во зависност од стадиумот на оздравување на пациентот). Соодветниот однос на бројот на лекари и медицински сестри/техничари е утврден според бројот и состојбата на пациентите (постои механизам со кој се ускладува односот на бројот на здравствените работници според тоа каква е акутната состојба на пациентите). Лекарите-специјалисти се на располагање на одделението за интензивна нега 24 часа дневно (специјалистите кои работат во службата за ургентна медицина можат исто така да работат на одделението за интензивна нега). Специјализантите можат да работат на одделението само под надзор на специјалистите во одделението за интензивна нега. Здравствените работници имаат адекватно образование и обука. Редовно се проверува знаењето на здравствените работници за знаењето на процедурите и употреба на опремата. Постои комисија за интензивна нега која ги одредува протоколите и процедурите за одделението за интензивна нега. Оваа комисија се состанува редовно, води записник и по потреба презема соодветни активности.*

**Стандард 11.0 Лекувањето и негата ги спроведуваат лица кои имаат соодветни квалификации**

**Критериум 11.1** Со службата за интензивна нега раководи квалификуван лекар.

- Со одделението за интензивна нега раководи квалификуван лекар од областа на интензивна нега.
- Со коронарната единица раководи квалификуван кардиолог.
- Со одделението за интензивна нега за неонатологија раководи квалификуван неонатолог.

**Критериум 11.2** Во секоја смена работи одговорна медицинска сестра/техничар со соодветна квалификација и дополнителна обука од областа на интензивна нега и со најмалку три години работно искуство во одделението.

**Критериум 11.3** Медицинските сестри/техничари мораат да имаат соодветни квалификации и дополнителна обука од областа на интензивната нега.

**Критериум 11.4** Односот на бројот на медицински сестри/техничари се одредува според бројот на пациенти.

- Се препорачува тој однос да е 1:1, меѓутоа се дозволува отстапување во зависност од стадиумот на оздравување на пациентот.

**Критериум 11.5** Соодветниот однос на бројот на лекари и медицински сестри/техничари на одделението се одредува според инфлуксот и здравствената состојба на пациентот.

- Постои и се применува механизам со кој се ускладува односот на бројот на здравствените работници според тоа каква е акутната состојба на пациентите.

**Критериум 11.6** Лекарите-специјалисти се на располагање на одделението за интензивна нега 24 часа дневно.

- Специјалистите кои работат во Службата за ургентна медицина, можат исто така да работат на одделението за интензивна нега.

**Критериум 11.7** Лекарите на специјализација можат да работат на одделението само под надзор на специјалистите во одделението за интензивна нега.

**Критериум 11.8** Здравствените работници имаат адекватно образование и редовно се усовршуваат.

**Критериум 11.9** Редовно се проверува знаењето на здравствените работници за знаењето на процедурите и употреба на опремата.

Се врши проверка на знаењето за следното:

- Мониторинг на хемодинамиски параметри
- Пресметка на дозата на лекови
- Дефибрилација/кардиоверзија
- Откривање на аритмија и нејзино лекување
- Пулсна оксиметрија
- Гасни анализи на артериската крв и анализа на рутински лабораториски резултати
- После воведување на нова опрема
- Пракса/процедура за асепса и антисепса
- Процедура за кардиопулмонарна реанимација

**Критериум 11.10** Формирана е комисија за интензивна нега која ги утврдува протоколите и процедурите за одделението за интензивна нега.

**Критериум 11.11** Комисијата се состанува редовно, води записник и по потреба презема соодветни активности.

### **Насоки, процедури и протоколи за интензивна нега**

#### **Упатство:**

*На одделението за интензивна нега постојат протоколи за комуникација со пациентите и/или семејството на пациентот. Материјалот за здравствена едукација е на располагање на пациентите и нивните семејства. За несаканите случаи се води евиденција, истите се испитуваат и за нив се известува.*

**Стандард 12.0 Интензивната нега се врши според постоечки насоки, процедури и протоколи**

- Критериум 12.1** Постојат протоколи за:
- Прием и испис на пациентот
  - Насоки за водење на историјата на болеста на пациентот
  - Пружање на неодложна медицинска помош (на пр. прекин на работа на срцето)
  - Контрола на инфекциите
  - Процес на прием, транспортирање и трансфер на пациентите
  - Евидентирање, испитување и известување за несаканите случаи
  - Безбедност на вработените лица
  - Односот на бројот на здравствени работници спрема бројот на пациенти (посебно за пациенти на асистирано дишење 1:1)
  - Пресметување на дозата на лекови
  - Трајни налози
  - Време за визита
- Критериум 12.2** Постојат протоколи за комуникација со пациентите и/или семејството на пациентот.
- Критериум 12.3** Материјалот за здравствена едукација е на располагање на пациентите и нивните семејства.
- Критериум 12.4** Сите вработени се запознаени со правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги.
- Критериум 12.5** Сите вработени се однесуваат според правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги.
- Критериум 12.6** Се почитуваат правата на пациентите-корисниците на услуги за:
- достоинство и почитување
  - приватност
  - доверливост
  - сигурност и безбедност
- Критериум 12.7** За несаканите случаи се води евиденција, истите се испитуваат и за нив се известува.



## Простории и опрема

### Упатство:

Пристапот до одделението за интензивна нега е контролиран и ограничен. Одделението има можност за спроведување на централен мониторинг. Секој кревет е лесно пристапен за лекување и нега, во директен видеокруг на здравствените работници, опремен со систем за повикување/алармирање на медицинската сестра/техничар во случај на итна медицинска помош. Постои адекватен санитарен јаз за миење на рацете, а во рамките на самото одделение постои можност за формирање на соодветен простор за изолација. Постои можност за вршење на радиолошки и лабораториски испитувања со помош на подвижен анализатор и тоа 24 часа дневно. При транспорт на пациентите, покрај постоечките во рамките на опремата во одделението се става на располагање и подвижен кардиомонитор/дефибрилатор. Опремата редовно се проверува и одржува, така што се води ажуриран список на целокупната опрема заедно со распоредот на одржување за секој нејзин дел. Се бележи целокупната опрема која треба да се калибрира и се прецизира распоредот на калибрација. Опремата редовно се проверува, баждари и одржува и се врши соодветно складирање на опремата и материјалот.

## Стандард 13.0 Одделението за интензивна нега има адекватни простории и опрема

- Критериум 13.1** Пристапот до одделението за интензивна нега е контролиран и ограничен.
- Критериум 13.2** На одделението се обезбедени услови за спроведување на централен мониторинг.
- Критериум 13.3** Секој кревет е:
- лесно пристапен за лекување и нега на пациентот,
  - во директен видеокруг на здравствените работници
  - опремен со систем за повикување/алармирање на медицинската сестра/техничар во случај на итна медицинска помош.
- Критериум 13.4** На подвижните колички се наоѓа сет/опрема за реанимација чија содржина секојдневно го проверува лице со соодветна квалификација.
- Критериум 13.5** При транспорт на пациентот, покрај подвижната количка се сетот на опрема за реанимација, може да се користи и подвижен кардиомонитор/дефибрилатор.

## Испис на пациентот

### Упатство:

*Постојат протоколи за трансфер на пациентот на други одделенија и во текот на трансферот на пациентот се праќа и отпусната листа (извештај за трансфер) од одделението за интензивна нега. Пациентот и неговото семејство се информираат за исписот на пациентот, како и за сите дадени препораки.*

## Стандард 14.0 Постојат јасно утврдени постапки за испис на пациентот од одделението за интензивна нега

- Критериум 14.1** Постојат протоколи и процедури за трансфер на пациентот на други одделенија.
- Критериум 14.2** Во текот на трансферот на пациентот се праќа и отпусната листа (извештај за трансфер) од одделението за интензивна нега.
- Податоците за трансфер на пациентот се евидентираат во историјата на болест на пациентот.
- Критериум 14.3** Пациентот и неговото семејство се информираат за исписот на пациентот, како и за сите дадени препораки.
- Критериум 14.4** Постојат процедури за палијативно згрижување на пациентите.

## Квалитет на работење и безбедност на пациентот

### Упатство:

*Одделението за интензивна нега има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите. Со овој план се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои треба да се преземат, како и резултати и постапка за пратење на истите. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите. Во рамките на унапредување на квалитетот на работењето се утврдуваат и*

*пратат показатели за квалитет (утврдени се податоци кои треба да се собираат за показателите и методите кои се користат за собирање на овие податоци). Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите (при изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работење, како и работното оптоварување на вработените).*

<b>Стандард 15.0 На одделението за интензивна нега се прати квалитетот и безбедност во лекувањето</b>
---

**Критериум 15.1** Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден на основа на стратешкиот план.

**Критериум 15.2** Одделението за интензивна нега има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите.

**Критериум 15.3** Со планот за унапредување на квалитетот на работење се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои треба да се преземат, како и резултати и постапка за пратење на истите.

**Критериум 15.4** Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите.

**Критериум 15.5** Во рамките на унапредување на квалитетот на работењето се утврдуваат и пратат показатели за квалитетот на работењето и безбедност на пациентите.

- Утврдени се податоци кои треба да се собираат за секој од показателите, како и методите кои се користат за собирање на овие податоци.

**Критериум 15.6** Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите.

- При изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот.

**Критериум 15.7** Во согласност со насоките од Светската Здравствена Организација, вработените учествуваат во превенцијата и спречување на ширењето на инфекциите со редовно миење на рацете, одржување на лична хигиена, користење на медицински ракавици и др.

## СЛУЖБА ЗА УРГЕНТНА МЕДИЦИНА

### Прием

#### Упатство:

*Приемната амбуланта на Службата за ургентна медицина врши прием на пациенти 24 часа дневно, а историјата на болеста/протоколот на пациентот се отвора после приемот. Тријажата на пациентот ја спроведуваат лица кои имаат соодветна квалификација, а резултатите од тријажата се внесуваат во историјата на болеста/протоколот на пациентот.*

### Стандард 16.0 Постои утврдена постапка за прием на пациентот во Службата за ургентна медицина

**Критериум 16.1** Приемната амбуланта на Службата за ургентна медицина врши прием на пациенти 24 часа дневно.

**Критериум 16.2** Пациентот по приемот се евидентира во протоколот на пациенти/книга за евиденција

- Историјата на болеста – пациентот се отвора по приемот.

**Критериум 16.3** Се применува процедура за тријажа на пациентите.

**Критериум 16.4** Тријажата на пациентите ја вршат лица кои имаат соодветни квалификации.

**Критериум 16.5** Резултатите на тријажата се внесуваат во протоколот/историјата на болеста на пациентот.

**Процена на здравствената состојба на пациентот и план за лекување**

**Упатство:**

*Лицата со соодветни квалификации вршат проценка на потребите на пациентот и се евидентираат во историјата на болеста на пациентот. Планот за лекување е утврден и се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство.*

**Стандард 17.0 Се врши проценка на потребата на пациентот и се подготвува план на лекување**

**Критериум 17.1** Процената на потребата на пациентот ја вршат лица со соодветни квалификации.

**Критериум 17.2** Потребите на пациентот се внесуваат во историјата на болеста на пациентот.

**Критериум 17.3** Се утврдува планот на лекување.

**Критериум 17.4** Планот на лекување е утврден и се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство.

**Спроведување на лекувањето**

**Упатство:**

*Спроведувањето на лекувањето се евидентира во историјата на болеста/протоколот на пациентот. Историјата на болеста/протоколот на пациентот ја потпишува одговорниот лекар.*

**Стандард 18.0 Лекувањето се спроведува во согласност со планот за лекување**

**Критериум 18.1** Начинот и текот на лекување се евидентираат во историјата на болеста/протоколот на пациентот.

**Критериум 18.2** Потписот на одговорниот лекар се наоѓа во историјата на болеста/протоколот на пациентот.

## Лекувањето и негата ја спроведуваат лица со соодветни квалификации

### Упатство:

Со Службата за ургентна медицина раководат квалификуван лекар и квалификувана главна медицинска сестра/ техничар со соодветно искуство во областа на ургентна медицина. Медицинските сестри/техничари се квалификувани со дополнителна обука од областа на ургентната медицина. Соодветниот однос меѓу бројот на лекари и бројот на медицински сестри/техничари овозможува пружање на здравствени услуги на поголем број на пациенти. Вработените во службата посетуваат обука за кардиопулмонална реанимација и употреба на дефибрилатори и тоа на секои 6 месеци (30% од персоналот секој година поминува обука од областа на ургентна медицина). Услугите на помошните служби (на пример лабораторија и служба за радиологија) се на располагање 24 часа дневно. Постои обезбедување за вработените лица (обезбедувањето е постојано на должност, присутно во рамките на службата за ургентна медицина, или на приправност, а исто така постои аларм и систем за обезбедување). Постои комисија која ги одредува протоколите и процедурите за работата на службата за ургентна медицина. Оваа комисија се состанува редовно, води записник и по потреба презема соодветни активности.

## Стандард 19.0 Лекувањето и негата се спроведува од лица со соодветни квалификации

- Критериум 19.1** Со Службата за ургентна медицина раководи лекар- специјалист од областа на ургентната медицина.
- Критериум 19.2** Службата за ургентна медицина има квалификувана главна медицинска сестра/ техничар со соодветно искуство во областа на ургентна медицина
- Критериум 19.3** Медицинските сестри/техничари мораат да имаат соодветни квалификации и дополнителна обука од областа на ургентната медицина.
- Критериум 19.4** Соодветниот однос меѓу бројот на лекари и бројот на медицински сестри/техничари овозможува пружање на здравствени услуги на поголем број на пациенти.

- Критериум 19.5** Вработените во службата посетуваат обука за кардиопулмонална реанимација и употреба на дефибрилатори и тоа на секои 6 месеци.
- 30% од персоналот секој година поминува обука од областа на ургентна медицина.
- Критериум 19.6** Услугите на помошните служби (лабараторија, служба за радиологија и друго) се на располагање 24 часа дневно.
- Критериум 19.7** Постои обезбедување за вработените
- Обезбедувањето е постојано на должност, било да е присутно во рамките на службата за ургентна медицина, или е во приправност приправност.
  - Постои аларм и систем за обезбедување.
- Критериум 19.8** Формирана е комисија која ги одредува протоколите и процедурите за работата на службата за ургентна медицина.
- Критериум 19.9** Оваа комисија се состанува редовно, води записник и по потреба презема соодветни активности.

## **Насоки, процедури и протоколи**

### **Упатство:**

*Во службата за ургентна медицина постојат протоколи за вообичаените состојби, засновани на прифатените упатства за добра клиничка пракса. Истовремено постојат протоколи за комуникација со пациенти и/или нивното семејство, но и за комуникација помеѓу вработените. Материјалите за здравствена едукација им стојат на располагање на пациентите и нивното семејство.. За несаканите настани се води евиденција, тие се испитуваат и се известува за нив.*

## **Стандард 20.0 Лекувањето во Службата за ургентна медицина се врши согласно постоечките насоки, процедури и протоколи**

- Критериум 20.1** Постојат процедури за:
- Вршење тријажа

- Згрижување на пациенти заболени од заразни болести (деконтаминација по извршен третман на пациентите заболени од заразни болести)
- Почитување на достоинството и чување на доверливи информации кои се однесуваат на пациентот
- Пружање итна медицинска помош на деца
- Преглед и расположивост на резултатите на пратечките служби
- Издавање резултати на анализа на крвта и урината во рок од еден час
- Издавање на резултати од дијагностички снимања во предвидениот временски рок
- Водење евиденција, испитување и известување во врска со несаканите случувања.

**Критериум 20.2** Постојат утврдени протоколи за вообичаените состојби во службата за ургентна медицина.

**Критериум 20.3** Постојат процедури за комуникација со пациентот и/или неговото семејство.

**Критериум 20.4** Постојат процедури за комуникација помеѓу вработените.

**Критериум 20.5** Основната дејност на службата за ургентна медицина ги подржува мисијата, визијата и вредностите на болниците.

- Постојат докази дека службата при планирање и пружање на услугите ги почитува мисијата, визијата и вредностите на болницата
- При пружање на услугите, вработените во службата ги почитуваат мисијата, визијата и вредностите на болницата

**Критериум 20.6** Сите вработени се запознаени со правилата на усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствените услуги.

**Критериум 20.7** Сите вработени се однесуваат согласно усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствените услуги.



**Критериум 20.8** Се почитуваат правата на пациентите на услуги и тоа на:

- Достоинство и почитување
- Приватност
- Доверливост
- Сигурност и безбедност

**Критериум 20.9** Во врска со несаканите случувања се води евиденција, се вршат испитувања и се известува за нив.

**Критериум 20.10** Материјалите за едукација се достапни за пациентите.

### Простор и опрема

#### **Упатство:**

*Службата за ургентна медицина има посебен достапен покриен влез (локацијата и влезот на службата за ургентна медицина се обележани со соодветни ознаки при што постои посебен влез за лицата со инвалидитет). Влезот во службата за ургентна медицина се контролира. Постои доволен простор околу секој болнички кревет кој овозможува ефикасно лекување, како и лесна достапност до опремата и средствата. Секој кревет е опремен со систем за повик/алармирање на медицинска сестра/техничар. Електричните приклучоци се јасно означени. Службата за ургентна медицина има просторија наменета за изолација на пациентите. Службата ја поседува сета неопходна опрема (адекватно опремен систем за реанимација и движечки кардио-монитори); која постојано се проверува и одржува. Во службата постои соодветна просторија за складирање на опремата и материјалите. Списокот на антидотите (противотров) поставен е на видно место.*

### Стандард 21.0 Службата за ургентна медицина располага со соодветен простор и опрема

**Критериум 21.1** Службата за ургентна медицина има посебен покриен влез.

**Критериум 21.2** Влезот во Службата за ургентна медицина е достапен.

- Постои влез за лицата со инвалидитет

- Локацијата и влезовите во Службата за ургентна медицина обележани се со соодветни ознаки

**Критериум 21.3** Влезот во Службата за ургентна медицина се контролира

**Критериум 21.4** Просторот околу секој кревет на болните овозможува ефикасно лекување, како и лесен пристап до опремата и средствата.

**Критериум 21.5** Секој кревет е опремен со систем за повик/алармирање на медицинската сестра/техничарот.

**Критериум 21.6** Електричните приклучоци се јасно означени.

**Критериум 21.7** Службата за ургентна медицина располага со просторија која во случај на потреба може да се користи за изолација на пациентите.

**Критериум 21.8** Службата за ургентна медицина ја има сета неопходна опрема

- Адекватен опремен систем за реанимација
- Подвижни кардио-монитори

**Критериум 21.9** Опремата редовно се проверува и одржува.

- Се води список на целокупната опрема како и распоред за одржување на секој нејзин дел.
- Се евидентира секоја опрема која треба да се баждари и се прецизира распоредот на баждарењето.

**Критериум 21.10** Постојат соодветни простории за складирање на опремата и материјалите.

**Критериум 21.11** Постои просторија за складирање на нечистиот материјал и просторија за достава и држење на чистиот материјал.

**Критериум 21.12** Списокот на антидотите (противотровите) е изложен на видно место.

## Испис на пациентите

### Упатство:

*Постојат протоколи за трансфер на пациентите од едно на друго одделение, како и на одделението за интензивна нега. При трансферот на пациентите во друго одделение, од Службата за ургентна медицина се доставува и пишан извештај на лекарот. Кога пациентот се отпушта дома, добива пишано упатство за понатамошното лекување, што се евидентира во историјата на болеста на пациентот, како и материјал за едукација. Постојат протоколи и процедури во случај на смртен исход.*

## стандард 22.0 Постои постапка за испис на пациентите од Службата за ургентна медицина

- Критериум 22.1** Постојат протоколи и процедури за трансфер на пациентите на други одделенија.
- Критериум 22.2** Постојат протоколи и процедури за трансфер на пациентите на одделенијата за интензивна нега.
- Критериум 22.3** При трансфер на пациентите на друго одделение, се доставува пишан извештај на лекарот од Службата за ургентна медицина.
- Критериум 22.4** Пациентот при исписот добива пишано упатство за понатамошно лекување, што се евидентира во историјата на болеста.
- Критериум 22.5** При исписот, пациентот и/или неговото семејство добиваат едукативен материјал.
- Критериум 22.6** Постојат протоколи и процедури во случај на смртен исход.
- Критериум 22.7** Постојат процедури за палијативно згрижување на пациентите.

## Квалитет на работата и безбедноста на пациентите

### Упатство:

*Службата за ургентна медицина има план за унапредување на квалитетот на работата и безбедноста на пациентите, со што се одредува областа која треба да се подобри, активностите кои треба да се преземат, како и пратење на процесот на унапредување. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работата и на соодветниот начин на учество во активностите. Показателите на квалитетот на работа и безбедноста на пациентите се идентификуваат и следат како дел на активностите за подобрување на квалитетот на работа и безбедност на пациентите.*

## Стандард 23.0 Во службата за ургентна медицина се следи квалитетот на лекувањето

- Критериум 23.1** Сите вработени во Службата се запознаени со Стратешкиот план на болницата, а планот за унапредувањето на квалитетот на работата и безбедноста на пациентот е утврден врз основа на стратешкиот план.
- Критериум 23.2** Службата за ургентна медицина има план за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот.
- Критериум 23.3** Врз основа на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот се утврдуваат областите кои треба да се унапредат, активностите кои треба да се превземат, како и резултатите и постапката за следење на истите.
- Критериум 23.4** Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот.
- Критериум 23.5** Во рамки на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот, се утврдуваат и следат показателите на квалитетот на работа и безбедноста на пациентите.

- Утврдени се податоци кои треба да се соберат за секој показател, како и методи кои се користат за собирање на тие податоци.

**Критериум 23.6** Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.

- При избор на вработените, се разгледуваат активностите на планот на унапредување на квалитетот на работа и безбедност на пациентот, како и оптеретеност на работното место.

**Критериум 23.7** Во согласност со насоките на Светската здравствена организација, вработените учествуваат во превенција и спречување на ширење на инфекции со редовно миеење на рацете, одржување на личната хигиена, користење на медицински ракавици и друго.

## ЛАБОРАТОРИЈА

<p><b>Стандард 24.0</b> Лабораторијата располага со адекватна просторија и таа е соодветно организирана</p>
---

**Критериум 24.1** Во лабораторијата постои означена просторија за примање, ракување и подготовка на примероците.

**Критериум 24.2** Во лабораторијата постои означена просторија за складирање на примероците, реагенсите и документацијата, вклучувајќи ја и одвоената просторија за високоризичните примероци.

**Критериум 24.3** Во лабораторијата постојат услови за безбедно складирање на крв и крвни продукти, во неа се следи температурата и температурните аларми.

**Критериум 24.4** Во лабораторијата има опрема со контролирана температура за складирање на примероците.

**Стандард 25.0 Постојат јасно утврдени постапки и процедури во сите фази на процесот на работата**

**Критериум 25.1.** Постојат датирани и документираны политики и процедури за вршење на службата.

**Критериум 25.2.** Постојат датирани и документираны процедури за спроведување на секое испитување, вклучувајќи ги методите, видовите на примероците, реагенсите и контролниот материјал, пресметувањето на резултатите и референтните вредности.

**Критериум 25.3.** Постојат датирани и документираны процедури за собирање и транспорт на примероците.

**Критериум 25.4.** Постојат датирани и документираны процедури за отстранување на користените примероци и реагенси, вклучувајќи го клиничкиот и другиот отпад кој се создава во лабораторијата.

**Критериум 25.5.** Процедурите за прибирање на примероците се достапни на целиот персонал кој работи на прибирање на примероците од пациентите, или на транспорт на примероците до лабораторијата.

**Критериум 25.6.** Постои датирана и документирана процедура за известување на резултатите на испитувањата.

**Критериум 25.7.** Во лабораторијата постои евиденција за сите примени примероци.

**Критериум 25.8.** Постојат датирани и документираны процедури за собирање, етикетирање, чување, конзервирање на крв и крвни примероци.

**Стандард 26.0**

**Критериум 26.1** Во лабораторијата има panic value листа на параметри која се проучува во лабораторија.

**Критериум 26.2** Во лабораторијата се изведуваат, пресметки на КИТ за ефикасност.

**Критериум 26.3** Одржувањето и калибрацијата на лабораториската опрема се прават врз основа на однапред утврден план и за истите постои евиденција.