

BQM

Bona Qualitas Medicinae

Broj 1

Volumen 1

Godina 2006

Časopis Udruženja za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu
Federacije Bosne i Hercegovine
Journal of Association for Healthcare Quality and Accreditation
Federation Bosnia and Herzegovina

Copyright © 2006 UKAZ FBiH

Sadržaj predstavlja vlasništvo UKAZ-a (Udruženja za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH). Namjenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, ali samo u originalnom obliku, bez ikakvih izmjena, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava UKAZ-a, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.

Riječ urednika

Ljubaznošću glavnog i odgovornog urednika Acta Informatica Medica, prof dr Izeta Mašića, Udruženje za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu (UKAZ) imat će na ovim stranicama svoj mali kutak po nazivom Bona Qualitas Medicinæ. Svrha je ovih stranica da bude svjedokom razvoja i implementacije ideja, principa, projekata, programa i planova u širokoj oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, i uže - politika, strategija, standarda, procedura i vodilja u našoj sredini, s osobitim fokusiranjem na iskustva pacijenata; da ubrza razvoj istraživačkih metoda u administraciji, organizaciji, finansiranju i menadžmentu zdravstvenih usluga; da omogući medicinskoj javnosti objavljivanje radova iz dosad zanemarenih oblasti istraživanja zdravstvenog menadžmenta i zdravstvenih usluga; da nas poveže s europskim i svjetskim trendovima u ovim područjima.

Ne bismo htjeli da se prema nazivu ove rubrike zaključiti da će u našem fokusu biti samo medicina. Naprotiv! Zdravstvo i zdravstveni sistemi, koji se uobičajeno definiraju kao skup humanih resursa, zdravstvenih ustanova i usluga s osmišljenim planom na temelju kojeg se pruža cjelovit spektar zdravstvene zaštite i medicinskih usluga za korisnike,¹ također će biti u središtu naše pažnje. Budući su zdravstvo i medicina usko povezani a ponegdje ih ne možemo ni jasno razgraničiti, jer se dobri klinički sistemi i dobra klinička praksa deriviraju iz dobro organiziranih zdravstvenih sistema, ne želimo praviti oštre podjele i preferirati bilo jednu, bilo drugu oblast. Ako Vaši prilozima, bilo iz zdravstva, bilo iz medicine, i tematski i kvalitetom budu zadovoljavali propisane kriterije, bit će objavljivani bez obzira na naizgled sužen naziv naše rubrike.

U jeku reforme zdravstva, osobito važnim postaje integracija zdravstvenih i socijalnih usluga. Novine su danas prepune članaka o medicinskim greškama, listama čekanja na medicinske usluge, ograničenim pristupom zdravstvenoj zaštiti, visokim troškovima za zaštitu i slabim kvalitetom zdravstvenih usluga. Zajednički nazivnik svih tih opažanja i žalbi pacijenata jesu slabosti zdravstvenog sistema a manje individualne pogreške. Stoga se danas veći naglasak stavlja na zdravstvene sisteme - funkcije, institucije i profesije - a sve s ciljem da se poboljša izvedba zdravstvenih sistema.²

Naša je namjera da ostvarimo suradnju sa stručnjacima za zdravstveni menadžment, kvalitet i akreditacije zdravstvenih ustanova širom Europe i svijeta; i da postupno osiguramo međunarodne recenzije radova. U tome ćete nam i Vi, dragi čitatelji, pomoći Vašim kvalitetnim priložima.

¹ Coddington et al. *Integrated Health Care: Reorganizing the Physician, Hospital and Health Plan Relationship*, Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, Englewood, Colorado 1994.

² Gröne O, Garcia-Barbero M. *Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services*. <http://www.ijic.org/publish/articles/000036/index.html>.

BQM

Bona Qualitas Medicinæ

Glavni i odgovorni urednik / Editor-in-chief:

Zoran Ridanović

Zamjenik urednika / Deputy Editor:

Ahmed Novo

Pridruženi urednici / Associate Editors:

Charles D Shaw & Strašimir Cucić

BQM
Bona Qualitas Medicinæ

VIJESTI

Konferencija: "Kvalitet, vrijednosti i stimulacije u zdravstvu Bosne i Hercegovine"

U velikoj sali poslovnog centra UNITIC u Sarajevu, 28.-29. septembra/rujna 2005. godine, a u okviru projekta EU/SZO Podrška reformi zdravstvene zaštite i komponente 3 - Akreditacija i osiguranje kvaliteta, održana je konferencija pod nazivom "KVALITET, VRIJEDNOSTI I STIMULACIJE U ZDRAVSTVU BOSNE I HERCEGOVINE". Konferenciji je prisustvovalo više od 90 učesnika iz cijele Bosne i Hercegovine, a na press konferenciji održanoj prvog dana bilo je preko 25 novinara, što je uticalo na veoma dobru medijsku pokrivenost skupa, kako u pisanim, tako i u elektronskim medijima. Na Konferenciji su usvojeni važni zaključci i date smjernice za standardizaciju pružanja i menadžmenta zdravstvenih usluga u našem zdravstvenom sistemu.

Vanjska ocjena pilot-institucija.

U okviru EU/WHO projekta Akreditacija i osiguranje kvaliteta, sredinom mjeseca februara/veljače, vanjski ocjenjivači iz Federacije BiH ocijenili kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga u pet domova zdravlja: Goražde, Tomislavgrad, Brčko, Travnik i Čapljina, te bolnicama u Brčkom, Novoj Biljoj, Travniku, Goraždu i Livnu. Ocjenjivači iz Federacije će pomoći kolegama iz RS-a prilikom akreditacijskog pregleda u bolnicama Doboj i Bosanska Gradiška kojima će to biti prvo iskustvo ovakve vrste. To će biti druga ocjena (prva je bila tokom BHP projekta), ali ovoga puta znatno većeg obima. Svrha ocjene je da se testira akreditacijski program, a ne da se nakon vanjske ocjene dodijele akreditacijska priznanja.

Završna konferencija EU/WHO projekta Akreditacija i osiguranje kvaliteta

Završna konferencija u okviru ovog projekta i komponente 3 - Akreditacija i osiguranje kvaliteta biće održana 15.-16. marta/ožujka 2006. u Banja Luci. Konferenciji će prethoditi završni sastanak radne grupe 4/5 na kojem se treba usvojiti finalni izvještaj u vezi sa podizanjem internih sistema kvaliteta i akreditacije pilot-ustanova.



Sekretarica redakcije / Secretary of the Editorial Office:

Melka Mercvajler

Tehnički urednik / Technical Editor:

Ljubomir Kravec

Lektor za b/h/s jezik / b/h/s Language Revision:

Mirsad Hajdarević

Lektori za engleski jezik / English Language Revision:

Vildana Aljović i Melka Mercvajler

Savjetnik za statistiku / Statistics Consultant:

Fadija Serdarević

EU/SZO PODRŠKA REFORMI ZDRAVSTVENOG SISTEMA U BOSNI I HERCEGOVINI (BIH) - AKREDITACIJA I OSIGURANJE KVALITETA

I Z J A V E - RADNE GRUPE 1 I 2

Ahmed Novo,
Medicinski fakultet Univeziteta u Sarajevu

Sažetak:

Koncept kvaliteta zdravstvene zaštite implicira kontinuirane i stalne napore u postizanju efektivne i adekvatne zdravstvene zaštite, efikasnog korištenja resursa, zadovoljstva pacijenata i dobrih rezultata zdravstvene zaštite. U zajedničkom projektu Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Evropske unije (EU) "Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini", kvalitetu zdravstvene zaštite dat je prioritet. Prva izjava identificira osam osnovnih vrijednosti sistema zdravstvene zaštite u zemlji i implikacije koje one imaju na kvalitet zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Druga izjava predstavlja preporuke za nagrađivanje bolje performanse i kvaliteta zdravstvene zaštite kroz odgovarajuće finansijske stimulacije prilagođene postojećim mehanizmima zdravstvenog finansiranja u Bosni i Hercegovini.

Gljučne riječi: kvalitet, zdravstvena zaštita, stimulacije

1. UVOD

Koncept kvaliteta zdravstvene zaštite implicira kontinuirane i stalne napore u postizanju efektivne i adekvatne zdravstvene zaštite, efikasnog korištenja resursa, zadovoljstva pacijenata i dobrih rezultata zdravstvene zaštite. U zajedničkom projektu Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Evropske unije (EU) "Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini", kvalitetu zdravstvene zaštite dat je prioritet. Kako bi se pomoglo zdravstvenim vlastima u zemlji, cjelokupna komponenta projekta osmišljena je tako da omogući dalji napredak u razvoju politika o kvaliteti zdravstvene zaštite i pomogne postojeće agencije za kontrolu kvaliteta i akreditaciju, Agenciju za akreditaciju i unapređenje kvaliteta Republike Srpske (AAQI) i Agenciju za kvalitet zdravstvene zaštite i akreditaciju Federacije BiH (AKAZ), da prikažu poboljšanja u smislu izgradnje internih i eksternih sistema kvaliteta u odabranim pilot-institucijama u cijeloj Bosni i Hercegovini.

Dijelovi dvije izjave koje se nalaze u ovom radu predstavljaju rezultat devetomjesečnog rada dvije radne grupe, imenovane od strane odgovarajućih zdravstvenih vlasti u zemlji, kako bi predstavljale ključne aktere u području zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Obje radne grupe su odvojeno imale šest radnih sastanaka u periodu decembar 2004. – juli 2005. kako bi radile na nacrtu ovih izjava, a na završnom zajedničkom sastanku u avgustu 2005. konsenzusom su usvojene obje izjave.

Prva izjava identificira osam osnovnih vrijednosti sistema zdravstvene zaštite u zemlji i implikacije koje one imaju na kvalitet zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Druga izjava predstavlja preporuke za nagrađivanje bolje performanse i kvaliteta zdravstvene zaštite kroz odgovarajuće finansijske stimulacije prilagođene postojećim mehanizmima zdravstvenog finansiranja u Bosni i Hercegovini.

Široka zastupljenost ključnih aktera u procesu unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini kroz dvije radne grupe, uključujući predstavnike ministarstava zdravlja/zdravstva, parlamentarnih komisija za zdravlje/zdravstvo, direktore domova zdravlja, predstavnike fondova zdravstvenog osiguranja, profesionalnih udruženja i komora zdravstvenih radnika i agencija za kontrolu kvaliteta i akreditaciju, garantira da ove dvije izjave pružaju dobre i odgovarajuće poglede na kvalitet zdravstvene zaštite i daju prioritet kvalitetu zdravstvene zaštite u tekućim procesima reforme zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini.

2. IZJAVA RADNE GRUPE I O VRIJEDNOSTIMA, KLJUČNIM AKTERIMA, DEFINICIJAMA I OBIMU KVALITETA U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, UKLJUČUJUĆI OPŠTE IMPLIKACIJE I PREPORUKE ZA IMPLEMENTACIJU

Osam prava (vrijednosti) zdravstvenog sistema koja su navedena u tekstu izjave, također su prezentirana i u drugim međunarodnim dokumentima i deklaracijama, posebno onima koja su objavljena od strane Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Savjeta Evrope.

U izjavi su članovi RG 1 koristili dokumente preporučene od strane SZO:

- Ottawska povelja o promociji zdravlja, SZO 1986.;
- Evropska povelja o pravima pacijenata, osnovni dokument, Rim, novembar 2002.;
- Deklaracija o promociji prava pacijenata u Evropi, usvojena u Amsterdamu 1994.;
- Povelja o reformi zdravstvene zaštite iz Ljubljane, usvojena 1996.;
- Deklaracija o vođenju promocije zdravlja u 21. vijeku iz Džakarte, usvojena 1997.

Što se tiče Savjeta Evrope, mora se posebno imati u vidu Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini iz 1997. godine kao i preporuku za razvoj struktura za učešće građana i pacijenata u procesu donošenja odluka koje se tiču zdravstvene zaštite (Rec(2000)5).

Najvažniji nacionalni dokumenti u Bosni i Hercegovini (BiH), iz kojih su vrijednosti također izvedene su sljedeći:

- Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji BiH (FBiH);
- Predlog nacionalne politike u oblasti kvaliteta zdravstvene zaštite, Republika Srpska (RS);
- Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu u FBiH;
- Preporuke za stvaranje ambijenta koji omogućava samoodrživost sistema kontinuiranog poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite, Republika Srpska;
- Program zdravstvene politike i zdravstvene strategije do 2010.godine, Republika Srpska;
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Federacija BiH;
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Republika Srpska.

2.1. OPŠTE VRIJEDNOSTI ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Članovi radne grupe 1, u okviru projekta EU/SZO „Podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH“ su postigli konsenzus i objavili: Vjerujemo da su opšte vrijednosti sistema zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini u odnosu na kvalitet zdravstvene zaštite sljedeće:

- 1. Prava i jačanje uloge pacijenata;**
Prava svih pacijenata/korisnika bez obzira na uzrast, onesposobljenost, rasu, religiju, pol i seksualnu orijentaciju trebaju biti priznata, uvažena i prihvaćena od strane svih ključnih aktera u sistemu zdravstvene zaštite uključenih u njihovu njegu ili liječenje i promociju zdravlja, kao i briga samih pacijenata o njihovom vlastitom zdravlju.
- 2. Sigurnost i zaštita pacijenata, osoblja i zajednice;**
Svi davaoci zdravstvenih usluga trebaju imati dokumentirane mehanizme za identifikiranje, evidentiranje, istraživanje, analizu slučajeva i smanjenje incidence nepovoljnih događaja koji su prouzrokovali ili mogu prouzrokovati štetu pacijentima, posjetiocima, osoblju i okolini.
- 3. Prepoznavanje i uključivanje ključnih organizacija;**
Trebalo bi da postoje efektivni mehanizmi za integraciju i implementaciju politike kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti na državnom, entitetskom, kantonalnom/županijskom i lokalnom nivou, kao i između svih ključnih aktera u pružanju zdravstvene zaštite¹. Raspoložive opcije za mehanizme poboljšanja kvaliteta, npr. dobrovoljna akreditacija i zakonski propisano licenciranje, trebali bi biti široko publicirani i shvaćeni kroz cijeli sistem.
- 4. Transparentnost menadžmenta i razmjena informacija;**
Obim odgovornosti zdravstvenih menadžera za kvalitet kao i mehanizmi za njihovu odgovornost prema javnosti trebali bi se eksplicitno navesti na svim nivoima. Na državnom nivou treba da postoji jasna strategija rada centara za zdravstveni menadžment i edukaciju menadžera, uz razvoj informacionih sistema, dostupnost informacija i zaštitu privatnih podataka i građenje kapaciteta u ovoj oblasti.
- 5. Primjena medicine zasnovane na dokazima;**
Najbolja zdravstvena zaštita trebala bi biti rezultat savjesne, eksplicitne i racionalne upotrebe najboljih dijagnostičkih ili terapijskih metoda koja je utemeljena na naučno utvrđenim dokazima, te individualnim vrijednostima i potrebama pacijenta i iskustvu zdravstvenih profesionalaca.
- 6. Uloga institucionalne i profesionalne samoregulacije;**
Svrha profesionalno vodene samoregulacije je garancija da društvo ima zdravstvenu njegu i zaštitu samo od onih zdravstvenih radnika koji su kompetentni, posjeduju najsavremenija medicinska znanja i koji se pridržavaju etičkih principa profesije.
- 7. Smanjenje gubitaka u korištenju radne snage, opreme, potrošnog materijala i novcu;**
Pravovremena informacija o lokalnim varijacijama troškova i korištenja materijala, te kliničkim intervencijama treba se učiniti dostupnom fondovima zdravstvenog osiguranja i menadžerima kako bi se omogućila multidisciplinarna analiza odgovarajuće upotrebe resursa.
- 8. Odgovornost u cjelokupnom sistemu zdravstvene zaštite.**
Ministarstva, menadžeri i drugo stručno osoblje bi trebali biti jasno privrženi unapređenju kvaliteta, transparentnosti, javnoj odgovornosti i pozitivnim stimulacijama za performansu i rezultate rada.

2.2. ZAKLJUČCI RG 1

Članovi radne grupe 1 prihvataju da su svih ovih osam vrijednosti - kao i pristup zasnovan na pacijentu, stručna kompetentnost, odgovornost i etika, korištenje informacija i pozitivne stimulacije za performansu, obuka i trening u oblasti poboljšanja sigurnosti i kvaliteta – preduslovi za unapređenje sistema zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, definiranog na osnovu kliničke efikasnosti, vrijednosti za novac, zadovoljstva korisnika i javne odgovornosti. Zdravstvena zaštita mora biti organizirana tako da predvidi i učestvuje u zadovoljavanju potreba na osnovu podataka o pacijentima, lokalnim uslovima, kao i kroz znanje o prirodnoj istoriji bolesti.

3. IZJAVA RADNE GRUPE 2 O ODNOSU IZMEĐU KVALITETA, SIGURNOSTI, EFIKASNOSTI I FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE SA POSEBNIM OSVRTOM NA ULOGU FONDOVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U OBEZBJEĐIVANJU STIMULACIJA (INCENTIVES) I NAGRADIVANJU PERFORMANSE (PERFORMANCE) POJEDINACA I INSTITUCIJA

Troškovi zdravstvene zaštite u svijetu su porasli sa tri posto od bruto-nacionalnog proizvoda (BNP) u 1948. godini na 7.9 posto u 1997. godini. U Bosni i Hercegovini troškovi javnog sektora na zdravstvo iznose 7.6 posto BNP-a, što je znatno više od prosjeka u zemljama Centralne i Istočne Evrope (zemlje CEE). Premda nedostaju precizni podaci, procjenjuje se da troškovi koji građani direktno plaćaju (*out-of-pocket*) mogu iznositi još dodatnih 4.7 posto BNP-a². Sve u svemu, teret zdravstvenih troškova koji snosi bh ekonomija je znatan po obimu i sa makroekonomskog stajališta zaustavljanje njegovog rasta je od suštinskog značaja.

Prema tome, zaustavljanje porasta troškova zdravstvene zaštite, kao što je to slučaj u velikom broju država, uključujući i one najrazvijenije, predstavlja važan cilj zdravstvene politike u BiH. Jedan od mogućih načina na koji bi se to moglo postići bilo bi da se poboljša performansa (*performance*) zdravstvenog sektora, uzimajući u obzir sve najvažnije aspekte i suštinske attribute performanse: pristup, efektivnost, efikasnost, jednakost, održivost i kvalitet zaštite.

Svrha finansiranja zdravstvene zaštite je da se finansiranjem obezbijede finansijska sredstva kao i da se uspostave prave finansijske stimulacije (*incentives*) za davaoce zdravstvenih usluga, kako bi se osiguralo da svi pojedinci imaju pristup efektivnoj i dostupnoj javno-zdravstvenoj i ličnoj zdravstvenoj zaštiti. To znači smanjenje ili uklanjanje mogućnosti da pojedinac ne može platiti takvu zdravstvenu zaštitu ili da će osiromašiti ako to učini. Da bi se obezbijedilo da pojedinci imaju pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti od ključnog su značaja tri međusobno povezane funkcije finansiranja zdravstvene zaštite: prikupljanje prihoda, udruživanje sredstava (*resource pooling*) i kupovina zdravstvenih usluga.

Kupovina zdravstvenih usluga je proces u kojem se iz udruženih sredstava plaća davaocima zdravstvenih usluga za pružanje definisanog ili nedefinisanog paketa zdravstvenih usluga. Ona može biti aktivna ili pasivna. Pasivna kupovina se odnosi na pridržavanje unaprijed određenog budžeta ili jednostavno plaćanje primljenih računa. Aktivna, strateška kupovina uključuje neprekidno traganje za najboljim putevima za maksimiziranje performanse zdravstvenog sistema donošenjem odluka o tome koje se usluge trebaju kupiti, kako i od koga. To znači aktivni izbor usluga s ciljem ostvarivanja najbolje performanse, kako za pojedince tako i za populaciju u cjelini, putem shema selektivnog ugovaranja i stimulacije. Kao i u mnogim drugim državama gdje se ovaj sistem pokazao uspješnim, članovi RG2, teže ka uvođenju aktivne kupovine zdravstvenih usluga u zdravstvenom sistemu Bosne i Hercegovine.

3.1. PREPORUKE RG 2

3.1.1. STRATEŠKA KUPOVINA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Članovi RG 2 podržavaju otklon od pasivnog modela kupovine – gdje se striktno pridržava unaprijed određenog budžeta ili se jednostavno retrospektivno plaćaju primljeni računi – prema strateškom obliku kupovine zdravstvenih usluga u kojem se donose proaktivne odluke o tome koje se zdravstvene usluge trebaju kupiti, kako i od koga (World Health Report³, WHO, 2000). Fondovi zdravstvenog osiguranja trebali bi pružati stimulativno finansiranje i davati stimulacije za nagrađivanje dobre performanse pojedinaca i zdravstvenih institucija, u pogledu efektivnih i prikladnih procesa kao i poboljšanih kliničkih rezultata i rezultata na nivou populacije.

3.1.2. INFORMACIJE I PRAVA PACIJENATA

U nastojanju da se usmjerimo na kupovinu zdravstvenih usluga, članovi RG2, prihvataju preporuke radne grupe 1 koja je odredila glavne ciljeve našeg zdravstvenog sistema u smislu vrijednosti, učesnika u procesu, definicija i obima kvaliteta.

3.1.3. UGOVARANJE

Članovi RG2, podstiču izradu ugovora koji se baziraju na performansu u BiH, a koji će uključiti indikatore za praćenje i evaluaciju poboljšanja zdravlja i tako omogućiti kupcima zdravstvenih usluga da nagrade bolju performansu davalaca usluga i poboljšaju kvalitet usluga.

3.1.4. METODE PLAĆANJA

Članovi RG2, preporučuju da tekuće reforme zdravstvenog sistema u BiH jasno definiraju mehanizme plaćanja davalaca usluga kako bi nagradili dobru performansu i kvalitet zdravstvene zaštite, i na primarnom nivou (predominantno kapitalizacija, sa specifičnim plaćanjem za prioritete odabrane usluge i bonus plaćanjem za bolju performansu i kvalitet usluga), i u bolničkom sektoru (prospektivni globalni budžeti sa uvođenjem DRG). Istovremeno, članovi RG 2 smatraju da te velike promjene traže visok nivo stručnih, organizacionih i institucionalnih kapaciteta, posebno od strane kupaca (fondova zdravstvenog osiguranja), s ciljem da se oni potpuno osposobe za strateško kupovanje i implementaciju i monitoring ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga. To uključuje razvoj snažnih i sofisticiranih informacionih sistema, koji mogu isporučiti pravovremene i pouzdane informacije od strane davalaca zdravstvenih usluga.

3.1.5. PERFORMANSA, KVALITET, INDIKATORI I STIMULACIJE

Članovi RG2, zagovaraju da se eksplicitne finansijske stimulacije uvedu kako bi se nagradila dobra performansu davalaca usluga, postepeno i uzimajući u obzir ograničena finansijska sredstva i prioritete zahtjeve kvaliteta uvezane s opštim ciljevima reformi zdravstvenog sistema u BiH. U isto vrijeme, oni smatraju da se kultura mjerenja zbog odgovornosti treba dalje razvijati u BiH, skupa s dostupnošću dobrih i pozdanih informacija te prihvatanjem i korištenjem indikatora od strane kupaca i davalaca zdravstvenih usluga, a u svrhu demonstriranja i posljedičnog stimuliranja dobre performanse i kvaliteta zdravstvene zaštite.

3.1.6. REGULATORNE AKTIVNOSTI

Članovi RG2, su pozvali vlade u BiH da uvedu neophodne regulatorne i zakonske aranžmane koji će omogućiti fondovima zdravstvenog osiguranja da u cijelosti razviju svoje potencijale za stratešku kupovinu zdravstvenih usluga i tako značajno doprinesu boljoj performansu zdravstvenog sistema i kvalitetu zdravstvene zaštite.

3.2. ZAKLJUČCI RG 2

Najvažnije što kupci zdravstvenih usluga mogu učiniti za poboljšanje ugovornih aranžmana jest da traže da davaoci usluga imaju odgovarajuće i dokumentovane sisteme kvaliteta i da mogu dokazati odgovarajuće rezultate. Ovakav pristup zahtijeva da davaoci usluga definišu odgovornosti i proces procjene kvaliteta, dokumentiranje odstupanja i vršenje korekcija.

Svaki tip sistema plaćanja donosi neplanirane posljedice i mogućnosti za promjenu nivoa kvaliteta zdravstvene zaštite i nabolje i nagore. Integracija neke vrste “parametara za uporedbu” (*benchmarks*) kvaliteta čini se glavnim mehanizmom menadžmenta kako bi se osiguralo da kvalitet nije ugrožen zbog primjene određenog pristupa finansiranju.

Proces akreditacije pravi prvi kritični korak u obezbjeđivanju visokog kvaliteta pružanja usluga, ali time se ne iscrpljuje u potpunosti složeni zadatak praćenja i poboljšanja rezultata. A kad u proces ugovaranja nisu uključeni indikatori kvaliteta, cilj obezbjeđenja usluga visokog kvaliteta može doći u pitanje. Zbog toga razvoj i upotreba indikatora kvaliteta imaju kritičnu važnost tako što povezuju plaćanje sa mjerenjem performanse te posljedično poboljšavaju kvalitet usluga i smanjuju gubitak resursa. FZO-i bi trebali finansijski podržati istraživanje ishoda (*outcomes research*) i procjene tehnologije (analiza troškova i efektivnosti, *cost-effectiveness analysis*). Relevantne agencije za akreditaciju i unapređenje kvaliteta u oba entiteta i Distriktu Brčko imaju važnu ulogu u pružanju stručne ekspertize.

¹ Pod pojmom »svi nivoi« podrazumijeva se državni, entitetski, kantonalni/županijski, regionalni, Distrikt Brčko i institucionalni nivo u BiH.

² Srednjoročna razvojna strategija Bosne i Hercegovine 2004.-2007. (PRSP-Strategija smanjenja siromaštva), mart/ožujak 2004.

³ World Health Report je godišnja publikacija Svjetske zdravstvene organizacije. Glavni cilj publikacije je da pruži informacije zemljama članicama, donatorskim agencijama, međunarodnim i drugim organizacijama koje će im pomoći da donesu odluke vezane za zdravstvenu politiku i finansiranje.

EDUKACIJA

UPUTSTVO ZA PISANJE PROCEDURA

Maida Nuhić

Univerzitetско-клинички центар Тузла

1. POJAM I ZNAČAJ PROCESA

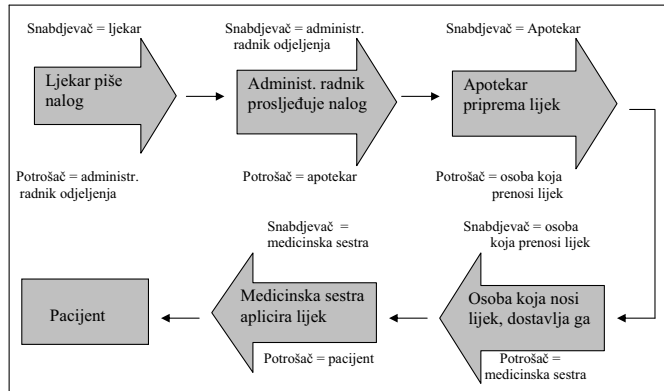
Akreditacijski standardi za bolnice utvrđuju potrebu postojanja niza dokumentiranih procedura, kojima se standardiziraju procesi. Zbog toga je potrebno prvo ukazati na pojam i značaj procesa.

Neki od istraživača u oblasti poboljšanja kvaliteta tvrde da su problemi procesa, a ne ljudi, i pitanja drugih resursa odgovorni za 80-90% problema u oblasti kvaliteta, koji se javljaju u zdravstvenim ustanovama.¹ Sa ovom tvrdnjom se slažu mnogi, što znači da se treba fokusirati na apore kvalitativnog poboljšanja procesa i uključivanja u njih svih zaposlenih unutar svake zdravstvene ustanove. Sve zaposlenike treba poticati da na svoj rad gledaju kao na proces, da raščlane svaki input, korake koje treba poduzeti, output i korisnike.

Proces se može definisati kao sekvenca međusobnih aktivnosti koje, kada se izvode, koriste ljudske i druge resurse (inpute) da zadovolje očekivanja potrošača. Iz procesa za potrošače nastaju outputi.

Svaki proces i svaki korak unutar procesa ima snabdjevače i potrošače. Treba da bude potpuno jasno ko su oni i koji se zahtjevi prema njima postavljaju s ciljem poboljšanja procesa. Na svakom koraku procesa je snabdjevač, koji obezbjeđuje inpute za taj korak procesa, i potrošač, koji prima output tog koraka.

Na narednoj slici je prikazan odnos potrošač – snabdjevač na primjeru propisivanja i apliciranja lijekova.



Slika 1: Povezanost između potrošača i snabdjevača²

Sav rad na svim nivoima treba posmatrati kao proces.

Razlika između izvođenja i procesa predstavlja se na sljedeći način.

Izvođenje = aktivnosti i ponašanja koje svaka osoba preduzima da bi pružila potrošaču uslugu najvišeg nivoa izvrsnosti, aktivnost dizajnirana da zadovolji potrošačeva očekivanja. Ubrzo se uviđa da izvođenje ne može postojati samo za sebe. Svaka aktivnost je, u stvari, korak u izvođenju serije koraka. To se, onda, počinje nazivati procesom.

Procesi su akcije povezane sa drugim akcijama, svaka zavisi od one druge.

Proces = serije međusobno povezanih i međuzavisnih koraka u izvođenju, dizajnirane da zadovolje očekivanja potrošača. Zna se i to da procesi rijetko postoje sami za sebe. Svaki od njih je dio veće slike koju nazivamo sistem.

Sistem = mreža međusobno povezanih i međuzavisnih procesa dizajniranih da zadovolje očekivanja potrošača. I dalje, sistemi su rijetko zasebni. Oni su dio onoga što zovemo organizacija.

Organizacija = sistem sistema, kompleksan entitet međusobno povezanih i međuzavisnih sistema dizajniranih da zadovolje očekivanja potrošača.³

Ukoliko bi se pokušale definisati karakteristike, koje treba da ispunjava svaki proces, one bi se ogledale u sljedećem:⁴

- **Definisan:** Svi inputi, outputi i aktivnosti su specificirani i dokumentirani. Zahtjevi potrošača su jasni i preneseni onima na koje se odnose. Jasno je utvrđeno vlasništvo nad procesom u smislu da je jasno ko posao obavlja, poboljšava ga i za njega odgovara.
- **Kontrolisan:** Mjeri se primjena i outputi procesa, rezultati se redovno vrednuju.
- **Djelotvoran:** Udovoljava zahtjevima potrošača
- **Troškovno efektivan:** Ostvaruje se uz najniže troškove koje traži zahtijevani output.
- **Prilagodljiv:** Može da reaguje na promijenjene zahtjeve potrošača.

2. SASTAVNI DIJELOVI PROCEDURE (POLITIKE I PROCEDURE)

Prije pristupanja pisanju procedure potrebno je standardizirati sastavne dijelove dokumenta, koji se u zavisnosti od toga da li obuhvata i politiku i opis procesa ili samo opis procesa, naziva politika i procedura ili samo procedura.

Sastavni dijelovi politike i procedure su:

- Naziv zdravstvene ustanove
- Datum usvajanja
- Pozicija (radno mjesto) jedne ili više osoba ovlaštenih da odobre proceduru
- Grupa u koju se procedura svrstava
- Naziv procedure
- Opšta izjava o politici
- Područje primjene
- Osobe zadužene za distribuciju i nadzor
- Opis procesa
- Vrijeme u kome se vrši revizija

2.1. Pozicija (radno mjesto) jedne ili više osoba ovlaštenih da odobre proceduru

Svaka procedura treba biti odobrena od strane jednog ili više ovlaštenih zaposlenika. Odobrava je onaj zaposlenik koji je na to ovlašten statutom ili drugim opštim aktom i u zavisnosti od procesa koji je opisan.

Procedura uvijek podrazumijeva nalog za određeno ponašanje. Kod odobravanja procedure, dakle, neophodno je, na osnovu područja primjene, odrediti koja osoba je ovlaštena da daje nalog osoblju određene organizacione jedinice i kontroliše rad tog osoblja.

Uobičajeno je da procedure, koje su zajedničke za više organizacionih jedinica, ili sve, odobrava direktor zdravstvene ustanove. Ovdje se prvenstveno misli na procedure koje su vezane za put pacijenta, upravljanje i rukovođenje bolnicom i sl. (Naprimjer, Politika i procedura postupanja po žalbama pacijenata i drugih korisnika, Procedura o zapošljavanju i izboru osoblja, Procedura za prijem u bolnicu/jedinicu, Procedura za pristup medicinskoj dokumentaciji i sl.). Kod ovih procedura, uz odobrenje direktora, dodatno se može uvrstiti odobrenje zaposlenika odgovornog za pravne poslove (kod

procedura kod kojih je potrebno izvršiti povezivanje sa odgovarajućom regulativom, kao što je, naprimjer, Procedura za pristup medicinskoj dokumentaciji), ekonomske poslove, tehničke poslove.

Procedura može biti odobrena od strane medicinskog direktora, ako se radi o procesu koji tretira medicinska pitanja (naprimjer, Politika i procedura o samostalnom uzimanju lijekova, Procedura za brojanje sredstava koja se koriste tokom operacije, Procedura za evidentiranje uzoraka tkiva poslanih na analizu, Procedura o raspoloživosti sala za kritične operacije, Procedura za procjenu pacijentove podobnosti za operativni tretman i sl.).

Ukoliko se radi o proceduri usko vezanoj za neko područje odobriti je može i rukovodilac organizacione jedinice (naprimjer, Proceduru u postupanju kod anafilaktičkog šoka može odobriti šef anestezije i reanimacije).

Procedure koje se odnose isključivo na sestrinsko osoblje odobrava glavna sestra zdravstvene ustanove.

Ako se radi o procedurama specifičnim za neku organizacionu jedinicu, iste odobrava rukovodilac te organizacione jedinice.

2.2. Grupa u koju se procedura svrstava

Radi preglednosti procedure treba svrstati u pojedine grupe. Najjednostavnije je koristiti dijelove, po kojima su razvrstani Akreditacijski standardi. Po potrebi ovi dijelovi se mogu raščlaniti, obično u situacijama kada određeni dio zahtijeva više procedura (naprimjer, u okviru dijela 4. akreditacijskih standarda za bolnice može se uvesti posebna grupa Upravljanja zdravstvenom dokumentacijom i njen sadržaj; U okviru dijela 6. uvesti posebnu grupu Dnevni hirurški tretman).

Procedure se obično ulažu u jedinstven priručnik pa ih je potrebno i numerisati u okviru iste grupe i tako odlagati, odnosno dodavati novonapisane procedure.

2.3. Naziv procedure

Procedura ima naziv, koji se uobičajeno podudara sa nazivom iz Akreditacijskih standarda. Ukoliko procedura obuhvata dvije ili više procedura iz Akreditacijskih standarda ili se jedna procedura iz Akreditacijskih standarda dijeli, to treba definisati naslovom.

2.4. Opšta izjava o politici

Uobičajeno je da definisanju procesa prethodi definisanje politike, ali to nije uvijek i neophodno. Definisanje politike za pojedini proces može proizaći iz politike kvaliteta i sigurnosti, koju usvaja zdravstvena ustanova. Takođe, imajući u vidu definiciju politike kao „... određenog smjera i metode rada države, partije, ustanove ili pojedine osobe.“⁴⁵ moguće je politiku definisati i kao smjer i metod rada jedne ili više organizacionih jedinica ili ovlaštenih zaposlenika u rješavanju određenog pitanja.

Iskustva bolnica, koje niz godina razvijaju procedure, pokazuju da svaka procedura ima kratku izjavu o politici i svrsi procedure.

2.5. Područje primjene

U proceduri je neophodno naglasiti na koga se primjenjuje. Neke procedure se primjenjuju na sve organizacione jedinice, neke na one medicinske, neke na administrativne, neka na tehničke ili kombinovano. Organizacione jedinice treba označiti prema zajedničkom nazivu (na pr. sve klinike/poliklinike, službe) ili prema pojedinačnom nazivu (na pr. Služba za održavanje higijene, Služba za transport bolesnika, Poliklinika za radiologiju).

2.6. Osobe zadužene za distribuciju i nadzor

U svakoj ustanovi veoma je važno obezbjediti da se sa procedurom upozna sve osoblje na koje se ona odnosi. U zavisnosti od procesa rada, koji se opisuje, i unutrašnje organizacije određuju se osobe zadužene za upoznavanje osoblja sa procedurom.

Za upoznavanje osoblja sa procedurom treba zadužiti rukovodioca organizacione jedinice najnižeg nivoa. Naprimjer, ako je klinika organizovana tako da u svom sastavu ima odjeljenja, za upoznavanje sa procedurom koja se odnosi na rad ljekara i sestrinskog osoblja biće odgovoran šef odjeljenja i odgovorna sestra odjeljenja. Ako odjeljenje ima i odsjeke, odgovornost za upoznavanje se prenosi na šefove odsjeka i odgovorne sestre odsjeka.

U zavisnosti od broja organizacionih jedinica – procedura, od strane osoblja zaduženog za njenu distribuciju, može biti dostavljena direktno rukovodiocima koji su zaduženi za upoznavanje osoblja ili rukovodiocima višeg nivoa, koji organizuju upoznavanje rukovodilaca nižeg nivoa i umnožavanje. U većim ustanovama, kao što su klinički centri, uobičajeno se distribucija vrši rukovodiocima organizacionih jedinica prvog nivoa podjele poslova (šef klinike/poliklinike, glavna sestra klinike/poliklinike), a oni vrše upoznavanje rukovodilaca organizacionih jedinica nižeg nivoa (šef odjeljenja/odsjeka, odgovorna sestra odjeljenja/odsjeka).

Na sličan način se rješava pitanje nadzora nad provođenjem procedure. Za kontinuiran nadzor se zadužuju rukovodioci koji su vršili upoznavanje osoblja, a za periodični nadzor rukovodioci organizacione jedinice višeg nivoa. U periodični nadzor se mogu uključiti i specijalizovane službe (naprimjer, Služba za higijensko - epidemiološki nadzor). Na ovaj način se realizuje i zakonska odredba o unutrašnjem nadzoru nad stručnim radom, koji treba da provode zdravstvene ustanove putem šefova organizacionih jedinica.

2.7. Opis procesa

Prilikom opisivanja procesa rada treba voditi računa o tome da je proces niz međuzavisnih koraka u izvođenju, dizajniran da zadovolji očekivanja potrošača. Svaki od tih koraka ima snabdjevača, koji obezbjeđuje inpute, i potrošača, koji prima output određenog koraka. To znači da treba opisati svaki korak, tačno navodeći ko, šta, kako i u kom vremenskom intervalu radi.

Naprimjer, u proceduri pristupa pacijenta medicinskoj dokumentaciji jasno se izdvajaju slijedeći koraci:

- podnošenje zahtjeva od strane pacijenta ili ovlaštenog predstavnika,
- zaprimanje zahtjeva,
- pronalaženje dokumentacije i njeno umnožavanje i
- otprema ili stavljanje dokumentacije na uvid.

U koraku, koji se odnosi na podnošenje zahtjeva, treba odrediti ko može podnijeti zahtjev (pacijent, njegov zakonski zastupnik) ili punomoćnik. Zatim se određuje kako se zahtjev podnosi (obrazac na osnovu koga se može identifikovati podnosilac zahtjeva, period u kome je usluga pružena i sam zahtjev). Output ovog koraka (popunjen zahtjev) postaje input slijedećeg koraka – zaprimanja zahtjeva. Pacijent ili ovlašteni predstavnik, kao snabdjevač, predaje zahtjev potrošaču (nadležnoj službi za prijem pošte). Služba za prijem i otpremu pošte provjerava da li je zahtjev podnešen od ovlaštenog lica i da li sadrži sve elemente neophodne za postupanje. Output ovog koraka (obrazac koji sadrži potrebne elemente i koji je podnešen od ovlaštenog lica) predstavlja input slijedećem koraku (pronalaženje i umnožavanje dokumentacije). U ovom koraku snabdjevač (Služba za prijem i otpremu pošte) upućuje obrazac slijedećem potrošaču (Arhivska služba zadužena da dokument pronade i umnoži). Na ovaj način se vrši opisivanje procesa sve do posljednjeg koraka.

Prije pristupanja opisivanju procesa potrebno je prikupiti podatke iz organizacionih jedinica o tome kako se proces rada odvija i koji su najčešći problemi sa kojima se osoblje susreće. Ovo je neophodno jer uvijek treba imati na umu da je cilj procedure poboljšanje procesa rada i kod samog pisanja treba nastojati da se proces unaprijedi, odnosno poznati problemi eliminišu.

Naprimjer, ako je kao problem kod pozivanja konsultanata iz druge organizacione jedinice uočeno da se pozivi dostavljaju kasno da bi se na njih odgovorilo tokom tekućeg dana, da se zbog toga što se na pozivu piše samo dijagnoza često dešava da dođe ljekar specijalista koji se ne bavi konkretnom problematikom, da se ne odgovara ni na ponovljeni poziv, takvi problemi se nastoje odmah riješiti. Procedurom se propisuje da se pozivi na kliniku konsultanta moraju dostaviti do određenog vremena ako se traži pregled istog dana (isključuju se hitni slučajevi), da poziv mora da sadrži i kratko obrazloženje na osnovu koga će klinika na koju se poziv upućuje odlučiti kojeg ljekara specijalistu/subspecijalistu će uputiti, da se na pozivu označava da li je to prvi ili ponovljeni poziv i da se ponovljeni poziv upućuje direktno šefu organizacione jedinice, koji je dužan ispitati razloge neodazivanja i u najkraćem roku obezbijediti konsultanta.

Kolikogod je to moguće primjenu procedure treba proširiti na najveći broj organizacionih jedinica i tako standardizovati ponašanje osoblja. To zahtijeva dobro poznavanje organizacijske strukture i odvijanja procesa rada u svakoj od organizacionih jedinica.

Naprimjer, procedura pranja i dezinfekcije ruku se odnosi na sve organizacione jedinice u kojima se dolazi u kontakt sa pacijentom, predmetima i sredstvima koja se koriste za rad sa pacijentom, kao i u slučajevima kada je moguć prenos infekcije na pacijenta ili osoblje. S druge strane, procedura postupanja kod anafilaktičkog šoka se odnosi samo na klinička odjeljenja, odnosno organizacione jedinice u kojima radi osoblje ovlašteno da provodi proceduru. Svaku proceduru potrebno je povezati sa odgovarajućom zakonskom i podzakonskom regulativom.

U datom primjeru pristupa pacijenta medicinskoj dokumentaciji to je Zakon o slobodi pristupa informacijama („SN F BiH“, br.32/01) koji utvrđuje kome se može odobriti pristup medicinskoj dokumentaciji, u kojem roku je ustanova dužna donijeti rješenje ako odbija zahtjev, koliko se naplaćuje umnožavanje dokumentacije i sl.

U područjima, u kojima ne postoji nacionalna regulativa treba konsultovati standarde EU. Kod izrade procedura svakako se uključuju i nacionalni Akreditacijski standardi i savremena medicinska praksa.

Naprimjer, kod nas ne postoje nacionalni standardi za trijažu u urgentnom bloku, odnosno kod hitnog prijema. Na raspolaganju je niz sistema, u osnovi veoma sličnih, koji uobičajeno koriste skalu od pet nivoa za razvrstavanje po nivou hitnosti i vremenu opservacije. To su na pr. The Manchester Triage System (Blue-Green-Yellow-Orange-Red), US ESI System (ESI 1 – ESI 5), CTAS Canada (Resuscitation-Emergent-Urgent-Semi urgent-Non urgent) i sl.

Standardizacija prakse zahtijeva i formiranje određene dokumentacije, koja se koristi za bržu i jednostavniju primjenu procedura i obezbjeđenje potrebnih informacija.

Naprimjer, kod procedure pristupa pacijenta medicinskoj dokumentaciji kreira se obrazac u koji se upisuju podaci o imenu i prezimenu podnosioca zahtjeva, broju LK ili drugog identifikacionog dokumenta, svojstvu iz kojeg proizilazi ovlaštenje da se podnese zahtjev ukoliko zahtjev ne podnosi pacijent, dokumentu koji to svojstvo dokazuje, vremenu u kome je usluga pružena, po mogućnosti i nazivu organizacione jedinice, vrsti dokumenata koji se traže, datumu podnošenja zahtjeva.

2.8. Vrijeme u kome se vrši revizija

Akreditacijski standardi utvrđuju da se revizija procedura obavezno vrši svake tri godine, što se u proceduri evidentira, obično na kraju. Revizija se, po potrebi, vrši i u kraćim vremenskim intervalima ukoliko dođe do promjene u organizaciji procesa rada, promjene propisa, promjene medicinske prakse i sl.

Prilikom revizije na kraju dokumenta se upisuje datum revizije. Ukoliko nije bilo promjene, datum može biti upisan na postojeći tekst. Ukoliko se tekst mijenja, ranija procedura se zamjenjuje novom, s tim da ostaje prvobitni datum usvajanja, a na kraju dokumenta su označeni svi datumi revizije.

LITERATURA


¹ Leebov Wendy: The quality quest: a briefing for health care professionals, American Hospital Publishing Inc, USA, 1991, str 16.

² St. Clair Hospital, Pitsburg, PA, 1990., prema Leebov Wendy: The quality quest: a briefing for health care professionals, American Hospital Publishing Inc, USA, 1991, str 16.

³ Einstein Consulting Group, Philadelphia, PA, 1990., prema Leebov Wendy: The quality quest: a briefing for health care professionals, American Hospital Publishing Inc, USA, 1991, str 18-20.

⁴ Kelly M. John: Upravljanje ukupnom kvalitetom, Potecon Zagreb, 1997, str. 185.

⁵ Klaić B.: Rječnik stranih riječi, Nakladni zavod MH, Zagreb, 1985.

 UNIVERZITETSKI KLINIČKI CENTAR TUZLA - POLITIKE I PROCEDURE -	DATUM USVAJANJA: 25.01.2005.
ODOBRENO OD STRANE: Medicinski direktor Glavna sestra Ustanove	POLITIKE I PROCEDURE Hirurške - 1
NASLOV: Brojanje sredstava koja se koriste tokom operacije i postupak u slučaju njihovog neodgovarajućeg broja	STRANA: 1 od 2

Primjer procedure:
Brojanje sredstava koja se koriste tokom operacije i postupak u slučaju njihovog neodgovarajućeg broja.

Strana 1

1. OPŠTA IZJAVA O POLITICI

Brojanje sredstava koja se koriste u toku operativnog zahvata obavlja se i evidentira u cilju spriječavanja zaostajanja isti u operativnom polju. Urednim brojnim stanjem korištenih sredstava spriječavaju se rane i kasne postoperativne komplikacije.

2. PODRUČJE PRIMJENE

Sve operacione sale.

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

- 3.1. Šef operacione sale i odgovorna medicinska sestra-tehničar operacione sale obavezna je obezbijediti da se sa ovom Procedurom upozna svo medicinsko osoblje koje radi u operacionoj sali.
- 3.2. Ova Procedura mora biti postavljena na mjestu dostupnom svom medicinskom osoblju.
- 3.3. Ljekari specijalisti i medicinske sestre/tehničari-instrumentari odgovorni su za primjenu ove Procedure.
- 3.4. Šef operacione sale i odgovorna medicinska sestra-tehničar operacione sale kontinuirano provjeravaju pravilnost primjene ove Procedure, a pravilnost primjene ove Procedure periodično vrši direktor klinike.

4. PROCEDURA

- 4.1. U operativni tim uključene se dvije instrumentarke. Instrumentarka koja učestvuje direktno u operativnom zahvatu (u daljem tekstu: instrumentarka 1.) i koja je odgovorna za sterilno operativno polje i pomoćna instrumentarka (u daljem tekstu: instrumentarka 2.), koja posluhuje operativnu ekipu i koja je odgovorna za nesterilni i sterilni dio.
- 4.2. Prije svakog operativnog zahvata ili intervencije u operacionoj sali lekar operator i instrumentarka 1. vrše procjenu potrebnih sredstava, kao i materijala koji će se koristiti u toku operativnog zahvata. Na osnovu procjenjene potrebe instrumentarka 1. vrši pripremu sredstava i materijala koji će biti korišteni tokom operacije.
- 4.3. Svaki set za operaciju ima standardiziran broj i sastav sredstava (instrumenti, gaze).
- 4.4. Prilikom pripremanja sredstava, koji će se upotrijebiti u toku operativnog zahvata, instrumentarka 1. ponovo prebrojava sva sredstva iz standardizovanog seta za pojedinu vrstu operativnog zahvata. Kada se broj evidentiranih sredstava slaže sa brojem koji je na stolu za instrumentiranje, tada se može početi sa operativnim zahvatom. U slučaju da prije operacije nedostaje nešto od evidentiranih sredstava, potrebno je uskladiti broj sa evidencijom.
- 4.5. Tokom operativnog zahvata instrumentarka 1. prati operativni zahvat i kontrolise upotrebljena sredstva, broji upotrebjene instrumente i mora u svakom momentu znati brojno stanje sredstava koja su u operativnom polju.
- 4.6. Gaze, koje su upotrebljavane u toku operativnog zahvata, odlažu se u spremnik za upotrebjeni materijal.
- 4.7. Instrumentarka 2. broji upotrebjene gaze i slaže ih ne stalak za gaze.
- 4.8. Upotrebjene igle instrumentarka 1. prebrojava i odlaže u spremnik za oštre predmete.

NASLOV: Brojanje sredstava koja se koriste tokom operacije i postupak u slučaju njihovog neodgovarajućeg broja	STRANA: 2 od 2	POLITIKE I PROCEDURE: Hirurške - 1
---	--------------------------	--

Strana 2

- 4.9. Sve papire iz kojih je upotrebljen materijal, kao i ostatke konaca, šprice koje su se eventualno koristile u toku operativnog zahvata instrumentarka 2. odlaže u smeće.
- 4.10. Tokom operativnog zahvata neophodno je da instrumentarke aktivno učestvuju u operativnom zahvatu i da komuniciraju sa svim članovima tima.
- 4.10. Kada je završen primarni dio operativnog zahvata, prije zatvaranja operativnog polja, operator vrši inspekciju i provjerava prisustvo eventualno zaostalih sredstava. Instrumentarka 1. je tada obavezna operatora informisati o brojnom stanju svih upotrebjenih sredstava i kada je brojno stanje uredno tada se može pristupiti zatvaranju operativne rane.
- 4.11. Ukoliko nedostaje bilo šta od upotrebjenih sredstava instrumentarka 1. će obavijestiti operatora koji će, ponovnom inspekcijom operativnog područja, potražiti nedostajuće sredstvo i ukloniti ga. Instrumentarka 2 učestvuje u traženju zaostalog sredstva pregledajući odloženi materijal, kao i područje oko operativnog stola.
- 4.12. Poslije završene operacije instrumentarke 1. i 2. instrumente pripremljene za pakovanje, usklađuju prema evidenciji o brojnom stanju instrumenata.
- 4.13. Instrumentarke upisuju podatke u obrazaca »Brojno stanje sredstava upotrebjenih u toku operativnog zahvata«. Obrazac u prilogu procedure. Popunjeni obrazac uložiti u istoriju bolesti.

5. REVIZIJA

Revizija ove procedure vrši se svake tri godine.