



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
QENDRA KOMBËTARE E CILËSISË, SIGURISË DHE
AKREDITIMIT TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

STANDARDET E CILËSISË PËR
AKREDITIMIN E
INSTITUCIONEVE TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR PARËSOR

SHKURT 2009

PËRMBAJTJA

Hyrje	5
Standardet e Akreditimit.....	7
Metodat dhe procedurat e vlerësimit.....	9
Shkalla rendore.....	9
Pikët e nënfushave.....	10
A. INFRASTRUKTURA E INSTITUCIONIT'	17
B. STAFI.....	22
C. DOKUMENTACIONI DHE MENAXHIMI I INFORMACIONIT'	23
D. FINANCA DHE BUXHETI	26
E. SIGURIA.....	27
<i>E.1. Siguria e objektit dhe mjedisit</i>	<i>27</i>
<i>E2. Siguria e punonjësit shëndetësor</i>	<i>28</i>
<i>E.3. Sterilizimi</i>	<i>29</i>
<i>E.4. Kontrolli i infeksionit.....</i>	<i>29</i>
F. TË DREJTAT E PACIENTIT'	31
F.1. E drejta për informim: Të gjithë pacientët informohen për diagnozën dhe trajtimin.....	31
F.2. E drejta për të vendosur.....	32
<i>F.3. Dhënia e Pëlqimit nga pacienti për mjekimin.....</i>	<i>32</i>
F.4. Fshehtesia	33
F.5. Ankesat e pacientëve.....	33
F.6. Kenaqesia e pacientit.....	34
G. KUJDESI PËR PACIENTIN	34
<i>G.1.1. Raste të përgjithshme për kujdesin ndaj pacientit</i>	<i>34</i>
G.1.2. Trajtimi.....	35
G.1.3. Udhëzuesit e praktikës klinike	35
G.2. Institucioni ka një program të shkruar për parandalimin, depistimin dhe diagnostikimin e hershëm si dhe parandalimin e komplikacioneve të hipertensionit.....	36

G.3. Institucioni ka një program të shkruar për parandalimin dhe diagnostikimin e hershëm të diabetit.....	36
G.3.2. Institucioni ka një program që ofron ekzaminimin rutinë vjetor për të gjithë pacientët me diabet.....	37
G.4. Kujdesi perinatal (antenatal - kujdesi neonatal dhe.....	37
kujdesi post partum)	37
G.5. Menaxhimi i integruar i semundshmerise feminare (MISF).....	37
G.6.2. Institucioni ka program edukimi për prindërit lidhur me parandalimin e aksidenteve të fëmijëve nën moshën 5 vjeçare.	38
G.6.3. Institucioni njih dhe zbaton programet kombëtare lidhur me pamjaftueshmerine jodike të popullatës	38
G.7. <i>Planifikimi familjar</i>	38
G.7.2. Institucioni ka programin për parandalimin e kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës.....	39
H. SHËRBIMET MBËSHTETËSE	39
<i>H.1. Shërbimi i urgjencës</i>	39
H.1.3. Institucioni ka marrëveshje të shkruar lidhur me transportin e rasteve urgjente	40
H.1.4. Institucioni ka një plan emergjence që të përballojë shumë pacientë në të njëjtën kohë, siç është rasti gjatë katastrofave natyrore.	41
H.2. Laboratori dhe testet diagnostikuese.....	41
<i>H.3. Radiologjia</i>	43
J. PËRMIRËSIMI I CILËSISË DHE SIGURISË.....	44
J.1.1. Institucioni ka një komitet për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë së pacientëve.....	44
J. Analiza e rasteve dhe rezultateve.....	46
K. OBJEKTIVAT E MJEKËSISË FAMILJARE	46
K.2. Vazhdimësia e kujdesit.....	47
K.3. Sistemi i referimit.....	47
INDIKATORËT KRYESOR PËR MATJEN E CILËSISË NË KUJDESIN PARËSOR.....	48

TABELAT

Tabela 1: Kategoritë për Vlerësimin e Cilësisë 8

Tabela 2: Niveli 1- Fusha e Cilësisë–Rëndësia e Nënfishave 12

HYRJE

Ky dokument permban standardet e hartuara nga grupi i punes i ngritur me Urdher te Ministrise se Shendetesise . Grupi i punes perbehet nga perfaqesues te institucioneve te interesuara si me poshte :

*** Prof. Dr. Isuf KALO, Drejtor i Qendrës së Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (Kryetar Grupi)

** Prof. Asoc. Dr. Vladimir GUSMARI, Shef i Sektorit të Standardeve dhe Akreditimit të Qendrës së Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (Kordinator i Grupit)

** Dr. Xhensila FRASHËRI, Mjeke infeksioniste, Sektori i Akreditimit, QK-CSA

** Dr. Ines ÇULLAJ, Planifikim Shërbimi Shëndetësor, ASHR Tiranë

** Dr. Agim KOÇIRAJ, PRO-SHËNDETI

** Dr. Gazmend BEJTJA, Drejtor i Drejtorisë së Shëndetit Publik, Ministria e Shëndetësisë

** Dr. Erol ÇOMO, Shef i Shërbimit Parësor, Ministria e Shëndetësisë

** Prof. Dr. Llukan RRUMBULLAKU, Fakulteti i Mjekësisë

** Dr. Thanas GJIKAJ, Urdhri i Mjekut

** Dr. Raimonda KADRA, Kujdesi Parësor, ASHR Tiranë

** Dr. Neritan KURTESHI, Kujdesi Parësor, ASHR Tiranë

** Dr. Gjelo NIKOLLA, Drejtor i QSH nr. 7, Tiranë

** Dr. Ilta SINOINERI, Mjeke QSH nr. 5, Tiranë

** Dr. Xhavit GREZDA, Nën-Drejtor i ISKSH

** Dr. Gazmend KODUZI, Drejtor i Drejtorisë së Mjekut, ISKSH

** Dr. Albana ADHAMI, Shefe- Drejtorja e Mjekut, ISKSH.

** Dr. Enida XHUMARI, ISKSH

** Dr. Leni ISAKU, Kujdesi Parësor Durrës

** Dr. Manush THANASI, Mjek në Drejtorinë e Shëndetit Publik

** Dr. Stefan NINI, Drejtor i QSH Baldushk, Tiranë

** Dr. Vjollca KONICA, Kryetare Shoqatës së Mjekëve të Familjes

** Dr. Artan BITRI, Mjek në QSH nr. 9, Tiranë

** Dr. Ava BUSHATI, Kujdesi Parësor Shkodër

** Dr. Adriana BEJLERI, Kujdesi Parësor Shkodër

** Dr. Kliti HOTI, Mjek, Shoqata e Përfaqësive Farmaceutike Tiranë

** Znj. Vera MINGA, Shoqata e Pacientëve Hemofilik

Autorët dëshirojnë të falënderojnë USAID/ProShëndetin dhe respektivisht, Dr. Paul RICHARDSON dhe Zj. Zhenihen ZANAJ për ndihmën e ofruar.

Ky dokument është ndarë në tre kapituj:

- 1) Prezantimi dhe pasqyra e shkurtër e procesit të akreditimit duke theksuar principet dhe objektivat kryesorë të programit;
- 2) Radhiça e standardeve për akreditim të institucioneve shëndetësore
- 3) Përshkrimi i vlerësimit dhe përcaktimit të pikëve gjatë procesit të akreditimit

Standardet janë specifike për Shqipërinë, por gjithashtu ato plotësojnë qëllimet bazë të standardeve ndërkombëtare. Standardet e propozuara mbështeten në disa modele si ato të zhvilluara në Britani të Madhe (UK), Poloni, Kosovë, etj., dhe marrin parasysh standardet ndërkombëtare të përpiluara nga ISO, WHO dhe organizatave të tjera ndërkombëtare, duke përfshirë edhe ISQ-ua. Ky dokument paraqet permbledhjen e standardeve të aplikueshme për qendrat e kujdesit shëndetësor parësor; zhvillimin e sistemit të vlerësimit dhe të dhënies së pikëve (pikavarazhit) për procesin e akreditimit; testimin në terren të standardeve të krijuara rishtazi; edukimin e qendrave publike dhe private që të jenë në gjendje për të përshtatur praktikën e tyre në harmoni me standardet e reja.

Megjithëse Ligji për akreditimin e institucioneve shëndetësore akoma nuk është aprovuar, Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (QK-CSA) paraqet këtë material, së pari për të njohur personelin me standardet dhe së dyti për të filluar vetë-vlerësimin e situatës së institucioneve nga vetë personeli dhe drejtuesit e institucioneve të kujdesit parësor. Qëllimi final është që të fillojë edhe në vendin tonë akreditimi i institucioneve shëndetësore të kujdesit parësor. QK-CSA më tej do të asistojë teknikisht të gjithë të interesuarit në proceset e vetëvlerësimit dhe më tej në proceset eventuale të liçesimit dhe akreditimit të institucioneve të tyre.

Procesi i reformës në kujdesin shëndetësor parësor është në procesin e avancimit në këtë fazë, prandaj nevoja për të pasur standarde të botuara është e madhe. Ekziston një përvojë modeste në vendin tonë e përfituar nga projekti i mëparshëm i hartimit të standardeve për spitale. Grupi i Punës për Kujdesin Parësor kërkon të arrijë një ekuilibër në mes të asaj që është e dëshirueshme dhe asaj që është praktike në ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Vetëkuptohet që këto standarde do të modifikohen dhe përmirësohen akoma më tej me kalimin e kohës dhe në varësi të zhvillimeve të tjera në vend për të siguruar një proces të vazhdueshëm të

përmirësimit të cilësisë në të gjitha institucionet shëndetësore në Shqipëri.

DREJTOR I QK-CSA

Prof. Dr. Isuf KALO

STANDARDET E AKREDITIMIT

Standartet e akreditimit shërbejnë si çelës i programit të akreditimit në Shqipëri. Sistemi i ngritur për këtë qëllim ofron një mekanizëm të organizuar dhe strukturuar për të identifikuar shembullin më të mirë si dhe dobësitë e institucioneve të kujdesit parësor shëndetësor. Procesi i vlerësimit të jashtëm të institucioneve në formë të akreditimit konsiston në vizita të qendrave shëndetësore të ndërmarra nga grupi i ekspertëve të autorizuar për akreditim. Vizita e vlerësuesve të jashtëm bëhet me qëllim të përcaktimit se deri në ç'masë institucioni në fjalë përmbush standartet. Rezultatet e vizitës vlejné për të përcaktuar statusin e akreditimit.

Standartet për Institucionet Shëndetësore të kujdesit parësor janë ndarë në tre kategori: 1) **Standartet minimale (të printuara në shkronja italice të theksuara)**, [me ngjyrë të kuqe] 2) **Standartet optimale (të printuara në shkronja të zakonshme por të theksuara (nga anglishtja-bold)**, [me ngjyrë blu] dhe 3) Standartet e të ardhmes (të shtypura në shkronja të thjeshta) [me ngjyrë jeshile] të cilat mund të zbatohen në të ardhmen në kujdesin primar.

Për tu akredituar, institucioni ose praktika klinike duhet ti plotësojë të gjitha standartet minimale dhe të arrijë rezultatin e përgjithshëm prej 70% (përqind) të standardeve optimale. Standartet e së ardhmes paraqesin një kufi madje edhe më të lartë. Për tu akredituar, institucioni ose praktika klinike duhet të arrijë rezultatin prej 40% (përqind) të standardeve të së ardhmes. Shih tabelat më poshtë (tabela përmbledhëse e akreditimit)

Tabela e vlerësimit të standardeve

		<i>Akreditimi</i>
Standartet minimale	100%	100%
Standartet optimale		70%
Standartet e së ardhmes		40%

Tabela 1: Fushat ose dimensionet për Vlerësimin e Cilësisë

<p>A. Infrastruktura</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Mjedisi i institucionit ose qendres ▪ 2. Pajisjet mjekësore dhe barnat ▪ 3. Pajisjet jo mjekësore ▪ 4. Orari i shërbimit ▪ 5. Rregulli në institucion 	<p>F. Të drejtat e pacientit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. E drejta për informim ▪ 2. E drejta për të vendosur ▪ 3. Dhënia e pëlqimit ▪ 4. Fshehtësia ▪ 5. Ankesat e pacientit ▪ 6. Kenaqësia e pacientit
<p>B. Staf/personeli</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Planifikimi burimeve njerëzore ▪ 2. EMV/ZHPV ▪ 3. Kënaqësia e punonjësve 	<p>G. Kujdesi për pacientin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Raste të përgjithshme* ▪ 2. Hipertension* ▪ 3. Diabet ▪ 4. Kujdesi perinatal ▪ 5. Trajtimi i sëmundjeve respiratore ▪ 6. Imunizimi dhe depistimi ▪ 7. Planifikimi familjar
<p>C. Dokumentacioni dhe menaxhimi informacionit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Kartela e pacientit ▪ 2. Menaxhimi i informacionit 	<p>H. Shërbimet mbështetëse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Shërbimi i urgjencës ▪ 2. Testet diagnostike laboratorike ▪ 3. Radiologjia ▪ 4. Farmacia dhe Barnat ▪ 5. Lavanteria
<p>D. Financa dhe buxheti</p> <p>1. Financa dhe buxheti</p>	<p>J. Komiteti dhe koordinatori i cilësisë</p> <p>1. Funksionimi komitetit</p> <p>2. Plani i përmirësimit</p>
<p>E. Siguria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Siguria e mjedisit ▪ 2. Siguria e punonjësit ▪ 3. Sterilizimi ▪ 4. Kontrolli i infeksionit 	<p>K. Objektivat e mjekësisë familjare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Parandalimi i sëmundjeve ▪ 2. Vazhdimësia e kujdesit ▪ 3. Sistemi i referimit

METODAT DHE PROCEDURAT E VLERËSIMIT

Qëllimi i vlerësimit është mbledhja e të dhënave për të vërtetuar nëse *institucioni ose qendra mjekësore* ka plotësuar standardet e përpiluara. Të dhënat do të grumbullohen nga ana e vlerësuesve të trajnuar dhe do të analizohen duke shfrytëzuar programin e kompjuterizuar për akreditim. Vlerësuesit do të shfrytëzojnë tre lloj përqsje gjatë vlerësimit akreditues për të mbledhur të dhënat dhe për të matur plotësimin e standardeve të përpiluara. Tre metodat e vlerësimit janë:

- 1) Shqyrtimi i dosjeve të shënimeve specifike administrative dhe klinike
- 2) Observimi i performancës së detyrave të specifikuara në fusha të dhëna specifike
- 3) Intervistat personale

Teknikat e vendosjes së pikëve (pikavarazhi)

SHKALLA RENDORE

Vlerësimi për akreditim përdor shkallën rendore si metodë për të matur aplikimin e standardeve të propozuara. Shkalla rendore përkufizohet si metodë që përdor numrat rendore për të shprehur shkallën, cilësinë, apo pozitën në një grup aktivitetesh që kryhen nga institucioni.

Kriteret numerike për secilën kategori të përputhjes me sistemin e akreditimit, janë krijuar për të vendosur pikët (pikavarazhi) dhe vlerësuar nëse standardet e vendosura janë arritur apo jo.

KRITERET PËR VENDOSJEN E PIKËVE (PIKAVARAZHI)

Secili standard, ka rëndesën ose peshën e dhënë e cila mund të jetë prej 1–5. Pavarësisht se standardi mund të jetë minimal, optimal apo i së ardhmes, vlera apo pesha e secilit prej tyre është e ndryshme. Peshat e secilit standard vendoset në kllapa.

Secilit standard mund t'i jepen pikët prej 1–3, ku me 1= i paarritur, 2= pjesërisht i arritur, dhe 3= plotësisht i arritur. Secili standard mund të marrë maksimumin e pikëve të mundshme, që zakonisht është sa tre herë rëndesa e tij. Numri i pikëve të arritura shumëzuar me rëndesën e standardit dhe pjesëtuar me numrin maksimal të mundshëm të pikëve paraqet përqindjen (%). Shuma e të gjitha pikëve të arritura shumëzuar me rëndesën dhe pjesëtuar me maksimumin e mundshëm të pikëve paraqet përqindjen e përgjithshme për standardet thelbësore dhe jo thelbësore.

Për shembull: Standardi A.1, mund të marrë deri 3 pikë maksimale. Atëherë, 3×5 (ku 5 është pesha maksimale e standardit A.1.) = 15 pikë totale të ponderuara. Në rast se vlerësuesi i këtij standardi e vlerëson vetëm me 2 pikë këtë standard, atëherë standardi plotëson 10 pikë të ponderuara nga 15 të mundshme. Si përqindje ai plotëson $2 \times 5 / 15 = 66\%$.

Në rast se vlerësuesi i jep këtij standardi vetëm 1 pikë, atëherë, ai merr 5 pikë të ponderuara. Ose $1 \times 5 / 15 = 33\%$.

Vlerësimi i “pa-aplikueshëm”, përdoret për detyrat apo aktivitetet që nuk janë të aplikueshme për këtë detyrë. Pikavarazhi “i pa-aplikueshëm” do të përjashtohet prej llogaritjes së mesatares apo pikëve të grumbulluara.

Mungesa e të dhënave përdoret për të gjitha detyrat apo aktivitetet ku pikavarazhi nuk është i mundshëm. Detyrat, me mungesë të të dhënave, p.sh. kur vlerësuesit lënë të zbrazëta të gjitha katrorët në shkallën rendore, do të numërohen si vlera zero. Me fjalë të tjera, mungesa e të dhënave konsiderohet dhe vlerësohet me rezultatin si “i pa përmbushur”. Vlerësuesit duhet të

sigurohen që të mos lënë asnjë detyrë pa e vlerësuar me pikë, madje edhe kur nuk ka asnjë të dhënë apo informacion për vlerësim. Në të njëjtën kohë, qendrat shëndetësore duhet të sigurojnë që vlerësuesit të kenë mundësi për të pasur gjitha informacionin e nevojshëm, përndryshe, kjo do të ndikojë në vlerësimin me pikë negative të tyre.

Sapo të llogaritet shuma e përgjithshme e pikëve për çdo standard, pikët njehsohen duke përdorur një program të kompjuterizuar për të arritur një matje përfundimtare të performancës. Pikët e njehsuara do të shërbejnë si bazë për të gjykuar nëse detyrat e veçanta, apo nëse grupi i aktiviteteve ka qenë arritur plotësisht, pjesërisht, apo nëse nuk janë arritur fare standardet e vendosura paraprakisht. Pikët e njehsuara janë vënë për të reflektuar vlerën relative dhe rëndësinë e çdo fushe kundrejt fushave të tjera të cilësisë.

Në vlerësimin e akreditimit, standardet njehsohen në dy nivele:

- 1) Pikët e nënfushave
- 2) Pikët e përgjithshme të qendrës shëndetësore

Për vlerësimin e saktë të çdo standardi me pikë mund të përdoret për lehtësi tabela nr. 4, e cila bën të mundur vlerësimin e çdo standardi në mënyrë specifike dhe mbikëqyrësi me pas mund të mbledhë sasinë e pikëve të grumbulluara dhe të llogarisë nivelin e arritjes ose përmbushjes së standardit individualisht për nën-fushë, ose fushë. (shih tabela 4)

PIKËT E NËNFUSHAVE

Tabela 2 prezanton nivelin e parë të analizës duke përdorur pikët e nënfushave. Tabela tregon se nënfishat e ndryshme nën dimensione të njëjta të cilësisë mund të kenë vlera të ndryshme. Këto vlera përcaktojnë kontributin e përgjithshëm të secilës nënfushë në pikët e fushës. Për shembull, fusha e sigurisë ka nënfusha me vlera të ndryshme të përcaktuara sipas rëndësisë të asaj nënfushë në raport me fushat tjera brenda fushës të sigurisë. Kjo do të thotë se nënfushat e sigurisë klinike të kontrollit të infeksionit dhe sterilizimit janë nënfusha me vlera më të larta, se sa siguria e të punësuarit dhe siguria e mjedisit.

Vlerësimi me pikë i qendrës (PIKAVARAZHI i përgjithshëm)

Tabela 3 paraqet pikët e përgjithshme të qendrës shëndetësore për secilin dimension të cilësisë. Siç tregon tabela, vlerësimi për secilin dimension renditet prej 1 deri në 5, ku kujdesi ndaj pacientit kontribuon me vlerën më të lartë (vlera e fushës =5) në pikët e përgjithshme. Pikët e përgjithshme llogariten sipas formulës së poshtëshënuar. Mesatarja e pikëve për secilin dimension shumëzohet me vlerën e tij për të arritur pikët aktuale. Kjo tregon që fusha me rëndësi më të madhe, siç është kujdesi ndaj pacientit apo siguria, do të ndikojnë dukshëm në vlerësimin me pikë të qendrës shëndetësore (pikavarazhi i përgjithshëm përfundimtar), e kjo do të ndikojë në rezultatet e akreditimit.

RREGULLAT E VENDSOJES SË PIKËVE (PIKAVARAZHI)

Standardet për institucionet e kujdesit primar ndahen në tre kategori:

Standardet minimale – Janë 13 standarde minimale dhe janë printuar me shkronja italice të theksuara (*në ngjyrë të kuqe*).

Standardet optimale të akreditimit – Janë rreth 44 standarde optimale që janë të printuara me shkronja të theksuara (bold), (*me ngjyrë blu*).

Standardet e së ardhmes – Janë rreth 13 dhe janë të dallueshme sepse janë të shtypura në shkronja të zakonshme, pra jo të theksuara. (me ngjyrë të gjelbër)

Gjithsej janë 70 standarde.

Në realitet secili standard kryesor është futur në kornizë.

Secili prej tyre mund të ketë edhe disa nën-standarde të tjera që lejojnë një kuptim më të qartë të standardit të plotë.

Për tu akredituar, Institucioni kujdesit parësor duhet të plotësojë kriteret në vijim:

- 1) Duhet të plotësojë plotësisht, pra 100% të gjitha **standardet minimale**.
- 2) Duhet të ketë përbushje të paktën 70% të rezultatit të **standardeve optimale**.
- 3) Duhet të ketë së paku 40% të rezultatit të **standardeve të së ardhmes**.

Indikatorët në kujdesin parësor

Në këtë dokument, për të lehtësuar punën e vlerësuesve qoftë ata brenda institucionit ashtu edhe ata që bëjnë vlerësimin e jashtëm apo akreditimin, është bërë edhe një përpjekje për të futur disa indikatorë për secilën fushë. Gjithsej janë 112 indikatorë të cilat paraqiten në fund të këtij dokumenti. Ndërkaq, gjatë përshkrimit të standardeve të secilës fushë janë bashkangjitur edhe indikatorët përkatës. Matja e tyre është thjeshtë sasiore dhe nuk kërkon shumë punë pasi vlerësuesi thjesht shënon po ose jo. Së bashku me këto standarde kemi bashkangjitur edhe një CD që përmban një program kompjuterik që bën të mundur një përdorim më të lehtë të përlogaritjes së përqindjeve, nivelit të arritjes së standardeve apo shkallën e performancës së institucioneve të kujdesit parësor.

Tabela 2: Niveli 1- Fushat e Cilësisë–Rëndësia e Nënfishave

Fushat e cilësisë	Nënfisha (kapitujt përbërës)	Pesha e nënfishës Niveli 1	Maksimumi i pikëve të nënfishës	Pikët: 1(nuk i plotëson); 2(pjesërisht); 3 (plotëson)	% e plotësimi
A. INFRASTRUKTURA	1. Mjedisi i institucionit	3	9		
	2. Pajisjet mjekësore dhe barnat	4	12		
	3. Pajisjet jo mjekësore	1	3		
	4. Orari i shërbimit	2	6		
	5. Rregulli në institucion	2	6		
	6. Lavanteria	1	3		
	FUSHA A – TOTALI			39	
B. STAFI/PERSONELI	1. Planifikimi burimeve njerëzore	1	3		
	2. ZHVP/ CME/EMV	3	9		
	3. Kënaqësia e punonjësve	2	6		
	FUSHA B – TOTALI			18	
C. DOKUMENTACIONI DHE MENAXHIMI I INFORMACIONIT	1. Kartela e pacientit	3	9		
	2. Menaxhimi i informacionit	2	6		
	FUSHA C – TOTALI			15	
D. FINANCA DHE BUXHETI	1. Financa dhe buxheti	1	3		
	FUSHA D – TOTALI			3	
E. SIGURIA	1. Siguria e mjedisit	4	12		
	2. Siguria e punonjësit	4	12		
	3. Sterilizimi	5	15		
	4. Kontrolli i infeksionit	5	15		
	FUSHA E – TOTALI			54	
F. TË DREJTAT E PACIENTIT	1. E drejta për informim	2	6		
	2. E drejta për të vendosur	3	9		
	3. Dhënia e pëlqimit	1	3		
	4. Fshehtësi	5	15		
	5. Ankesat e pacientit	2	6		
	6. Kenaqesi e pacientit	3	9		
	FUSHA F – TOTALI			48	
G. KUJDESI PËR PACIENTIN	1. Raste të përgjithshme*	4	12		
	2. Hipertension*	3	9		
	3. Diabet	2	6		
	4. Kujdesi perinatal	3	9		
	5. Trajtimi i sëmundjeve	2	6		
	6. Imunizimi dhe depistimi	2	6		
	7. Planifikimi familjar	1	3		
	FUSHA G – TOTALI			51	

Fushat e cilësisë	Nënfusha (kapitujt përbërës)	Pesha e nënfushës Niveli 1	Maksimumi i pikëve të nënfushës	Pikët: 1(nuk i plotëson); 2(pjesërisht); 3 (plotëson)	% e plotësimit
H. SHËRBIMET MBËSHTETËSE	1. Shërbimi i urgjencës	4	12		
	2. Testet diagnostike laboratorike	3	9		
	3. Radiologjia	2	6		
	4. Farmacia dhe Barnat	2	6		
	FUSHA H – TOTALI		36		
J. KOMITETI DHE KOORDINATORI I CILËSISË	1. Funksionimi komitetit	2	6		
	2. Plani i përmirësimit	1	3		
	FUSHA J – TOTALI		9		
K. OBJEKTIVAT E MJEKËSISË FAMILJARE	1. Parandalimi i sëmundjeve	2	6		
	2. Vazhdimësia e kujdesit	1	3		
	3. Sistemi i referimit	3	9		
	FUSHA K – TOTALI		18		

Tabela 3. Niveli 2 – Vendosja e pikëve të vetë Qendrës së Kujdesit Parësor (Pikavarazhi i Përgjithshëm i Qendrës)

FUSHA e Cilësisë	Vlera e Fushës Niveli 2	% e pikëve totale
	(këto vlera përcaktojnë kontributin e secilës fushë në pikët e PËRGJITHSHME të qendrës)	
A. Infrastruktura dhe menaxhimi i Institucionit	4	4/28 (14.8%)
B. Personeli	3	3/28 (10.7%)
C. Dokumentacioni dhe Menaxhimi i Informacionit	3	3/28 (10.7%)
D. Financa dhe Buxheti	2	2/28 (7.1%)
E. Siguria	3	3/28 (10.7%)
F. Të Drejtat e Pacientëve	2	2/28 (7.1%)
G. Kujdesi ndaj Pacientit	5	5/28(17.8 %)
H. Shërbimet Mbështetëse	2	2/28 (7.1 %)
J. Programi i Përmirësimit të Cilësisë	1	1/28 (3.5 %)
K. Modeli i Mjekësisë Familjare	3	3/28 (10.7%)
PIKËT TOTALE	28	28/28 (100%)

Tabela 4: Skema ndihmuese për mbikëqyrësit për vlerësimin me pikë të standardeve.

FUSHA E CILËSISË	NËN-FUSHA	STAND	PESHA	MAX	PIKËT	TOTALI	% Plotësimi
A. Infrastruktura	Mjedisi, Pajisjet, Aparaturat	A 1.1	3	9			
		A 1.2	3	9			
		A 1.3	4	12			
		A 1.4	2	6			
		A 1.5	3	9			
		A 1.6	3	9			
		A 1.7	3	9			
	Pajisjet Mjekësore dhe Barnat	A 2.1	5	15			
		A 2.2	4	12			
		A 2.3	3	9			
		A 2.4	3	9			
	Pajisjet Jo Mjekësore	A 3.1	3	9			
		A 3.2	3	9			
	Orari i Shërbimit	A 4.1	3	9			
		A 4.2	3	9			
		A 4.3	3	9			
Rregulli në Institucion	A 5.1	2	6				
Lavanderia	A 6.1	2	6				
B. Personeli	Planifikimi i Burimeve Njerëzore	B.1	3	9			
	EMV	B.2	3	9			
	Kënaqësia e Personelit	B.3	2	6			
C. Dokumentacioni & Menaxhimi i Informacionit	Kartela e Pacientit	C 1.1	2	6			
		C 1.2	3	9			
		C 1.3	3	9			
		C 1.4	3	9			
		C 1.5	3	9			
		C 1.6	3	9			
		C 1.7	2	6			
		C 1.8	2	6			
	Menaxhimi i Informacionit	C 2	3	9			
D. Financa & Buxheti	Financa e Buxheti	D	3	9			
E. Siguria	Siguria e Mjedisit	E 1.1	4	12			
		E 1.2	2	6			
	Siguria e punonjësve	E 2	2	6			
	Sterilizimi	E 3	5	15			
	Kontrolli i infeksionit	E 4	3	9			
F. Të Drejtat e pacientit	E Drejta për Informim	F 1	3	9			
	E Drejta për të Vendosur	F 2	3	9			
	Dhënia e pëlqimit	F 3	5	15			
	Fshehtësi	F 4	4	12			
	Ankesat e pacientëve	F 5	3	9			
	Kënaqësi e pacientit	F 6	2	6			

G. Kujdesi për Pacientin	Kujdesi për Pacientin	G 1.1	4	12			
		G 1.2	3	9			
		G 1.3	2	6			
	Hipertensioni	G 2	2	6			
	Diabeti	G 3.1	2	6			
		G 3.2	1	3			
	Kujdesi Perinatal	G4	3	9			
	Trajtimi i Infeksioneve Respiratore	G 5	3	9			
	Imunizimi	G 6.1	4	12			
		G 6.2	1	3			
		G 6.3	3	9			
	Planifikimi Familjar	G 7.1	2	6			
		G 7.2	1	3			
	H. Shërbimet Mbështetëse	Shërbimi i Urgjencës	H 1.1	4	12		
		H 1.2	3	9			
		H 1.3	3	9			
		H 1.4	2	6			
Laboratori dhe Testet Diagnostike		H 2.1	3	9			
		H 2.2	3	9			
		H 2.3	3	9			
		H 2.4	3	9			
		H 2.5	3	9			
		H 2.6	3	9			
Radiologjia		H 3	3	9			
Farmacia dhe Barnat		H 4.1	4	12			
		H 4.2	3	9			
J. Përmirësimi i Cilësisë Dhe Sigurisë		Komiteti i Cilësisë dhe Sigurisë	J 1.1	3	9		
		J 1.2	2	6			
		J 1.3	2	6			
		J 1.4	2	6			
		J 1.5	3	9			
		J 1.6	3	9			
		J 1.7	3	9			
	Analiza e Rasteve dhe Rezultateve	J 2	3	9			
	K. Objektivat e Mjekësisë Familjare	Parandalimi i Sëmundjeve	K 1	2	6		
Vazhdimësia e Kujdesit		K 2	1	3			
Sistemi i Referimit		K 3	3	9			

STANDARDET E CILËSISË

A. INFRASTRUKTURA E INSTITUCIONIT

A.1. Mjedisi, Pajisjet dhe aparaturat (Për hollësi të mëtejshme shih Aneksin 1 (Tabelat e infrastrukturës fizike))

A.1.1. Mjedisi i Institucionit apo Praktikës së kujdesit parësor

Përmbajtja: Struktura e jashtme dhe e brendshme e institucionit janë të përshtatshme për shërbimet që u ofrohen pacientëve dhe ka një sistem për orientimin e tyre në institucion. Institucioni dhe oborri përreth janë të përshtatshëm për popullatën që e shfrytëzon dhe për natyrën e shërbimeve që ofrohen. (pesha 3)

Institucioni siguron që:

Të gjitha ndërtesat janë të pastra, të rregullta, funksionale dhe me ndriçim të mirë

Praktika ka ujë të ngrohtë dhe të ftohtë.

Ka hapësirë dhe pajisje të përshtatshme

Sipërfaqja përreth qendrës e pastër

Ndërtesa (ndërtesat) janë të lyera jashtë

Muret e ndërtesave nuk kanë çarje dhe nuk kanë dritare të thyera

Rehatia e pacientit është siguruar në dhomat e institucionit, dhomat e ekzaminimit dhe hapësirat e pritjes

Shkallët janë në gjendje të mirë

Kanalizimi i sigurt

VEZHGO

Vezhgo si në vijim:

Ndërtesat janë të lyera jashtë

Muret dhe dritaret e lyera nga jashtë

Shihet prania e ujit të ngrohtë dhe të ftohtë të rrjedhshëm

Hapësira përreth ndërtesës pa mbeturina

Vendi i grumbullimit të mbeturinave i mbajtur siç duhet dhe i mbrojtur nga personat e paautorizuar dhe po ashtu nuk lejon hyrje për kafshët (qen, mace, minj, etj.).

Dritaret jo të thyera

Ndërtesa ka ndriçim të mjaftueshëm natyror

Ndërtesa ka ndriçim të mjaftueshëm nga brenda

Dritaret dhe dyert që shikojnë direkt në rrugë dhe në vendet publike janë të mbyllura siç duhet dhe të mbrojtura nga jashtë për të siguruar pastërtinë, sigurinë dhe privatësinë (perde dhe/ose xhama gjysmë të tejdukshëm)

Shkallë jo të thyera

Shkallë me ndriçim të mirë

Nuk ka rrjedhje nga rrjeti i ujit dhe kanalizimit

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.1.2. Institucioni ka orenditë kryesore, dhoma konsultimi të pajisura mirë si dhe korridor me një hapësirë të mjaftueshme pritjeje me ndenjëse (karrige, kolltukë) të veçanta për pacientët (adultët) dhe për fëmijë. (pesha 3) [shih aneksin 2]

Vezhgo nëse dhomat e ekzaminimit kanë:
Shtrat për ekzaminim me çarçafë të pastër
Tavolinë dhe karrige
Ndarëse/perde për të siguruar privatësinë e pacientit
Dhomat për pacientë të kenë:
Dyshekë që janë rezistent ndaj ujit, të mbuluar me çarçafë të pastër
Tualeti/Banja me ujë të nxehtë dhe të ftohtë 24 orë në ditë
Vendet për pritje kanë hapësirë të mjaftueshme
Vendet për pritje kanë ulëse/karrige , që plotësojnë kërkesat (së paku 4 karrige për çdo dhomë të ekzaminimit)
Lavaman funksional, me ujë të rrjedhshëm dhe sapun

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.1.3. Institucioni është i pëlqyeshëm dhe ka pastërti të lartë në të gjitha hapësirat, veçanërisht në ambientin ku kryhen trajtimet klinike dhe në bllokun e sterilizimit. Instrumentet dhe materialet vendosen në vende të veçanta, në kontenerë/kosha që nuk mbajnë pluhur dhe larg pacientëve. (shiko kapitullin e kontrollit të infeksionit). (pesha 4)

Mundësia e zgjedhjeve të pajisjeve në një institucion mund të jetë në varësi të preferencave personale të drejtuesve (kur ata janë private) dhe po ashtu në varësi të ofertave që ka në treg. Sidoqoftë rregullat përkatëse (statusore) si dhe shpresat e konsumatorëve kërkojnë të përmbushen disa standarde bazë. Këto mund të përmbledhen në pikat e mëposhtme. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në pjesët ku bëhet sterilizimi dhe aty ku sipërfaqet e punës duhet të jenë krejtësisht të pastra. Instrumentet dhe materialet duhet të vendosen në vende të veçanta larg pacientëve dhe në kontenerë/kosha që nuk mbajnë pluhur (shiko pikat përkatëse - në kapitullin e kontrollit të infeksionit).

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.1.4. Dhoma ose korridori i pritjes ka materiale ilustruese dhe informuese për edukimin e pacientit. (pesha 2)

Vezhgo nëse praktika klinike ka materiale informacioni për pacientin

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.1.5. Për pacientët me pamundësi fizike vihet në dispozicion ndenjëse apo karroca adekuate. Nëse praktika nuk është në gjendje që të ofrojë një hyrje të përshtatshme pacientëve me aftësi të kufizuara, ekziston një informacion i posaçëm në dispozicion për pacientët (përmes një broshure informative që mund të jetë i disponueshëm në atë klinikë, website, etj.), i cili ofron apo rekomandon praktikat alternative ku mund të realizohet ky shërbim specifik. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.1.6. Institucioni ka tualete të veçanta për pacientet. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.1.7. Qendra ka një plan për mirëmbajtje dhe riparim për ndërtesën dhe pajisjet mjekësore.

Përmbajtja : Institucioni ka një buxhet për mirëmbajtje, si pjesë e menaxhimit të tij vjetor. Buxheti për mirëmbajtje mbulon dy fusha: mirëmbajtjen e ndërtesave dhe mirëmbajtjen pajisjeve mjekësore. Buxheti për mirëmbajtje ka një përqindje të arsyeshme nga buxheti vjetor. (pesha 3)

Ka një sistem të qartë informimi për problemet dhe kërkesat e mirëmbajtjes
Institucioni ka të kontraktuar shërbimin e mirëmbajtjes me një inxhinier apo një firmë të mirëmbajtjes. Kontrata specifikon kohën për mirëmbajtjen dhe një sistem për përgjigjen dhe rregullimin në kohë të problemeve me pajisjet.

Së paku çdo tre muaj, personeli për mirëmbajtjen e ndërtesës apo personeli i kontraktuar, verifikon funksionimin korrekt të rubineteve, tualeteve, radiatorëve dhe rrjedhjes së ujërave të zeza.

Çdo tre muaj, personeli i mirëmbajtjes apo stafi i kontraktuar bio-mjekësor verifikon funksionimin korrekt të gjitha pajisjeve mjekësore në institucion.

Institucioni ka sistemin për raportimin me kohë të problemeve të mirëmbajtjes, përgjigje dhe riparimin me kohë të këtyre problemeve.

Shqyrtimi i Dosjeve

Shqyrtimi i buxhetit për mirëmbajtje

Ekziston kontrata për mirëmbajtjen e ndërtesës me kompani apo inxhinierë kompetent.

Ekziston kalendar i kontrolleve për mirëmbajtjen e ndërtesës. Së paku çdo tre muaj, personeli për mirëmbajtjen e ndërtesës apo personeli i kontraktuar verifikon funksionimin korrekt të rubineteve, tualeteve, radiatorëve dhe rrjedhjes së ujërave

Ekziston një listë e të gjitha pajisjeve mjekësore që përdoren në institucion, përfshirë datën e prodhimit, nivelet e shfrytëzimit, nevojave dhe orarit të mirëmbajtjes.

Kalendari tregon kontrollet për mirëmbajtjen. Së paku çdo tre muaj, personeli i mirëmbajtjes së ndërtesës apo personeli i kontraktuar bio-mjekësor verifikon funksionimin korrekt të pajisjeve mjekësore në institucion.

Ekziston lista e personel të trajnuar për përdorimin e pajisjeve të sofistikuara (EKG, ultratingullit)

Është përcaktuar koha e realizimit të kërkesës për riparimin e pajisjes.

Vezhgo:

Funksionimin e ujësjellësit në institucion.

Funksionimin e rrjetit të kanalizimit në lavanteri

Prezencën e pluhurit në pajisjet mjekësore

Praninë e kalendarit të mirëmbajtjes

Intervista

Pyet personelin që punon me pajisjet kryesore për trajnimin e tyre. Vlerëso njohuritë e tyre për pajisjet

Njohuritë për procesin e informimit në rast të problemeve me pajisjet mjekësore

Pyet për kohën e nevojshme për riparim të pajisjes

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.2. Pajisjet mjekësore përfshirë edhe Barnat

A.2.1. Institucioni i kujdesit parësor ka pajisjet bazë për funksionimin e tij duke përfshirë dhe pajisjet për ndihmën e shpejtë dhe të emergjencës. (pesha 5)

Qendra ka në listë-inventar të gjitha pajisjet mjekësore të përdorura në te, me datë të prodhimit, nivele të shfrytëzimit, nevoja të mirëmbajtjes dhe kalendar të mirëmbajtjes.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.2.2. Institucioni ka një listë-inventar të barnave duke përfshirë edhe ato të emergjencës. Në listë përfshihet se çfarë barnash duhet të gjenden në çantën e mjekut në çdo kohë. Ato nuk janë të skaduara dhe të ruajtura mirë (që të mos preken nga fëmijët dhe pacientët). (pesha 4)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.2.3. Institucioni ka një frigorifer për medikamentet që duhet të ruhen në temperaturë 2-10 gradë . (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.2.4. Institucioni ka mjete (sapunë, detergjente, peshqirë / pajisje tharëse) për larjen/tharjen e duarve në çdo dhomë konsultative apo ekzaminuese. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.3. Pajisjet jo mjekësore

A.3.1. Institucioni ka sistem telefonik për tu lidhur brenda dhe jashtë tij. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.3.2. Institucioni ka të paktën një kompjuter për personelin . Të gjithë kompjuterët janë të mbrojtur nga ndërhyrjet e njerëzve të huaj (me fjalë-kalim e antivirus) . Institucioni ka lidhje me internet. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.4. Orari i shërbimit

A.4.1. Institucioni ka një sistem për caktimin e kohës ekzakte të vizitës. Pacientët mund të kontaktojnë ate edhe me telefon. Pacientët që kontaktojnë institucionin jashtë orarit zyrtar, kanë mundësi për të marrë shërbimin përkatës sipas rregullores së menaxhimit të këtyre rasteve. Personeli shëndetësor bën vizita në shtëpi për pacientët e pamundur fizikisht ose që nuk mund të ecin. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.4.2. Personeli i receptionit është i trajnuar për të njohur rastet urgjente dhe për të reaguar profesionalisht. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.4.3. Ka një tabelë jashtë ndërtesës së institucionit , e cila tregon orarin e punës dhe institucionet ku mund të merret shërbimi pas orarit zyrtar. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

A.5. Rregulli në institucion

A.5. Ka drejtues për secilin repart, departament, njësi mjekësore/administrative. (pesha 2).

Menaxhimi i një institucioni përfshin komponentët më kritik për realizimin e misionit të tij. Menaxhimi nënkupton ekzistencën e një udhëheqje të përbërë nga menaxherë dhe administratorë, mjekë dhe infermierë. Për të ofruar shërbime shëndetësore cilësore dhe të sigurta, anëtarët e personelit drejtues duhet të bashkëpunojnë ngushtë me njeri-tjetrin. Ata duhet të kuptojnë misionin e institucionit dhe përgjegjësitë e tyre personale, dhe të angazhohen për vendosjen e vijës së qartë të përgjegjësisë dhe të komunikimit efektiv.

Përgjegjësitë e drejtuesit të repartit duhet të përfshijnë së paku:

Përshkrimin e shërbimeve dhe detyrave që ofrohen nga administrata dhe repartet apo shërbimet për pacientin që ofron institucioni.

VLERËSIMI

Verifikimi i dokumenteve, rregullores apo procedurave të aprovuara

Mbikëqyrja e planeve

Intervista e punonjësve

A.6. Lavanteria

Përmbajtja : Të gjitha veshjet e personelit si dhe veshjet apo mbulesat që përdoren për pacientët janë të pastra. Institucioni ka rregullore dhe procedura të shkruara për pastrimin e ndërresave të ndotura; i gjithë personeli i lavanterisë është i trajnuar për procedurat përkatëse dhe si të manipulojnë me ndërresat e ndotura. (pesha 2)

Ka një sistem të veçantë për vendosjen e rrobave të kontaminuara. Ekzistojnë standardet për transferimin e ndarë me thasë polietileni të ndërresave të kontaminuara me gjak apo me sekrecione me rrezik potencial të lartë.

Ekzistojnë pajisje për larje dhe hekurosje.

Shqyrtimi i vendit të punës:

Udhëzimet dhe procedurat e shkruara për Lavanteri përfshirë udhëzimet e veçanta për pastrimin e ndërresave të kontaminuara

Orari i lavanterisë

Orari i trajnimit

Kurikulumi i trajnimit

Vezhgo :

Funksionimin e makinës larëse (lavatriçes)

Furnizimin adekuat dhe prezencën e detergjenteve për larje

Vënia në vendin e duhur e rrobave të kontaminuara

Furnizim i veçantë për rroba kirurgjike

Thasë të veçantë për ndërresa të kontaminuara me infeksione, sekrecione të njeriut, ekskrecione, apo gjak të etiketuar si “i kontaminuar”

Pyetja e pacientëve

Intervista me së paku 10 pacientë në qendrat e mjekësisë familjare për të vlerësuar kenaqësinë e tyre me ndërrimin ditor/të shpeshtë të ndërresave.

Intervista me mjekun/infermierin

Nderhyrjet kirurgjike të shtyra për shkak të mungesës së ndërresave kirurgjikale

Përdorimi i thasëve të veçantë për ndërresat e kontaminuar

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

B. PERSONELI

B.1. Institucioni i ka të planifikuara burimet njerëzore që i nevojiten

Përmbajtja: Institucioni punon sipas legjislacionit, rregulloreve dhe urdhrave administrative përkatëse të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë. Institucioni ka dokumente për planifikimin e burimeve njerëzore, dokumentet e kontratave dhe CV-të e punonjësve. Institucioni përcakton detyrat e punonjësve dhe siguron kushte të punës ekipore. (pesha 3)

VLERËSIMI

Verifikimi i dokumenteve, rregullores apo procedurave të aprovuara

Shihen kontratat punës

Shihen të drejtat dhe përgjegjësitë e pjesëmarrësve të institucionit.

Intervista e punonjësve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

B.2. Ka një program edukimi të vazhdueshëm profesional të të punësuarve në institucion

Përmbajtja: Institucioni ka një program të edukimit të vazhdueshëm profesional të personelit. Në këtë program përcaktohen drejtimit për përgatitjen edukative-arsimore, zotësitë profesionale dhe edukimin e nevojshëm për secilën kategori të të punësuarve në institucion. Personeli mjekësor merr pjesë në ngritjen e kualifikimit të tij. Ndërkaq secili punonjës ka një dosje personale të edukimit të vazhdueshëm profesional, e cila është në përputhje me programin e edukimit të vazhdueshëm profesional të miratuar nga autoritetet kompetente për të ndihmuar në procesin e rilicensimit dhe ricertifikimit. (pesha 3)

VLERËSIMI

Verifikimi i dokumenteve, rregullores apo procedurave të aprovuara

QENDRA KOMBËTARE E CILËSISE, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË
INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Mbikëqyrja e protokolleve apo dosjeve personale të personelit tek drejtuesi i burimeve njerëzore sikundër edhe dosjet personale që mbahen nga secili individ.

Intervista e punonjësve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

B.3. Ekziston një program dhe mekanizma për matjen e kënaqësisë së personelit

Përmbajtja: Ka një program dhe mekanizma për të matur dhe regjistruar kënaqësinë në punë të personelit të vet, për të analizuar situatën e punës dhe marrjen e masave për përmirësimin e atmosferës së punës në ekip. Institucioni kujdeset për ngritjen e vazhdueshme të kualifikimit të personelit. (pesha 2)

Personeli është i shkolluar në drejtimin e dhënies së ndihmës së shpejtë.

Punonjësit organizojnë takime të rregullta.

VLERËSIMI

Verifikimi i dokumenteve, rregullores apo procedurave të aprovuara

Intervista e punonjësve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C. DOKUMENTACIONI DHE MENAXHIMI I INFORMACIONIT

Përmbajtja: Ka një sistem për grumbullimin dhe dokumentimin e të dhënave dhe indikatorëve shëndetësorë. Institucioni/Qendra shëndetësore përdor me efikasitet të dhënat dhe informacionin. (pesha 3)

Këtu hyjnë:

- Saktësia dhe vlefshmëria e të dhënave
- Saktësia dhe plotësimi i kartelave mjekësore
- Sistemi për shqyrtimin dhe mirëmbajtjen e dosjeve mjekësore
- Privatësia e dosjeve

C.1. Kartela e pacientit

C1.1. Institucioni ka kartelë tip personale për çdo banor të regjistruar ose që i ofron kujdes shëndetësor. (pesha 2)

Kartela e pacientit është dokumenti kryesor që lejon vlerësimin e cilësisë së shërbimeve, komunikimin efektiv në mes të punonjësve, transferim të pershtatshëm të informacionit në mes të njësisë brenda institucionit si dhe vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor. Kartela e pacientit e dokumentuar në mënyrë jo të përshtatshme mund të fshehtë kujdesin mjekësor jo korrekt.

Meqenëse kartela e pacientit është bazë për të gjitha standardet në lidhje me pacientin, të përshkruara në këtë dokument, ky kapitull përcakton:

Kërkesat e përgjithshme që duhet të plotësojë kartela e pacientit ambulator

Kërkesat specifike për kartelat e pacientëve ambulatorë

VERIFIKIMI

Kartelat e pacientëve në dispozicion
Arkivimi i kartelave

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.1.2. SAKTËSIA DHE VLEFSHMËRIA E TË DHËNAVE

Përmbajtja: Çdo kartelë e pacientit përmban të dhëna të domosdoshme për të bërë identifikimin, vendosjen e diagnozës dhe trajtimin e pacientit . (pesha 3)

Kartela shëndetësore ka të dhëna të cilat bëjnë identifikimin e pacientit, përfshirë emrin, adresën dhe datën e lindjes, promovon vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor, mbështet diagnozën, arsyeton trajtimin, dokumenton rrjedhën e sëmundjes dhe rezultatet e mjekimit

Verifikimi
Shikimi i disa kartelave për të dhënat e mësipërme

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.1.3. Plotësimi i saktë i kartelës

Përmbajtja: Kartela siguron që i gjithë informacioni i domosdoshëm për pacientin dhe sëmundjen e tij të jetë i regjistruar dhe plotësimi i të dhënave bëhet sipas të gjithë elementëve të përmbajtura në kartelën tip. Institucioni dhe personeli mjekësor i institucionit kanë përcaktuar me shkrim të kuptueshëm përmbajtjen minimale të të dhënave nga anamneza dhe ekzaminimi fizik i pacientit, që do të regjistrohen në kartelën e pacientit në varësi nga nevojat e pacientit dhe specifikat e shërbimeve të cilat i ofrohen. (pesha 3)

Verifikimi:
Verifikimi i rregullores së shkruar për përmbajtjen e kartelës mjekësore
Shikimi i disa kartelave për saktësinë dhe sasinë e të dhënave të mësipërme

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.1.4. Rezultatet e testeve diagnostike

Përmbajtja: Rezultatet e të gjitha testeve diagnostike janë të dokumentuara në kartelën e pacientit. Afatet kohore janë të përcaktuara për rezultatet e testeve urgjente dhe atyre të rutinës. (pesha 3)

Verifikimi:
Dokumenti i shkruar për afatet kohore për kryerjen dhe përcaktimin e kohës për dorëzimin e rezultateve të kërkuara

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.1.5. REGJISTRIMI I DIAGNOZAVE NË KARTELË

Përmbajtja: Të gjitha diagnozat janë të regjistruara në kartelën e pacientit dhe të përditësuara në përputhje me rezultatet e analizave, ekzaminimeve dhe të rivlerësimeve diagnostike. (pesha 3)

Personeli shëndetësor duhet të regjistrojë të gjitha diagnozat në kartelën e pacientit dhe ato të jenë të përditësuara në përputhje me rezultatet e analizave, ekzaminimeve dhe të rivlerësimeve.

Verifikimi:
Kartelat shëndetësore
Vezhgimi i punës direkte

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.1.6. REGJISTRIMI I TRAJTIMIT NË KARTELË

Përmbajtja: I gjithë trajtimi regjistrohet në kartelën e pacientit në momentin e dhënies dhe nënshkruhet nga personi që ka zbatuar trajtimin. (pesha 3)

Punonjësi shëndetësor për gjithë trajtimin, duke përfshirë barnat e dhëna, e regjistron në kartelën e pacientit në momentin e dhënies dhe nënshkruhet nga personi që ka zbatuar trajtimin.

Verifikimi:
Kartelat shëndetësore
Vezhgimi i punës direkt

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.1.7. INFORMIMI I PACIENTIT PËR SËMUNDJEN DHE MASAT E PROPOZUARA

Përmbajtja: Informacioni i dhënë pacientit për sëmundjen dhe masat e propozuara janë të dokumentuara në kartelë. (pesha 2)

Në kartelë gjendet e shkruar dëshmia se pacienti është sqaruar mbi gjendjen shëndetësore dhe ai e ka kuptuar problemin shëndetësor që ai ka dhe hapat që i propozohen për të ardhmen. Në kartelë ka të dhëna të dokumentuara për informimin në lidhje me testet diagnostike, trajtimin, barnat dhe përdorimin e pajisjeve medikale.

Verifikimi:
Rregulloret e Shkruara
Dosjet Mjekësore
Vezhgimi

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.1.8. PROCEDURAT PËR SHQYRTIMIN E KARTELAVE

Përmbajtja: Institucioni ka procedurën për shqyrtimin e kartelave të pacientëve. Institucioni ka një plan të shkruar për rregulloren dhe procedurën për shqyrtimin e saktësisë së plotësisë të kartelave të pacientëve. (pesha 2)

Procedurat për shqyrtimin e kartelave përmbajnë:
Përfshirjen e përfaqësuesve të shërbimeve që i regjistrojnë të dhënat në kartelën e pacientëve, shqyrtimi i përmbajtjes dhe kompetenca e futjes së të dhënave, shqyrtimi i mostrës përfaqësuese.

VEZHGIMI

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

C.2. Menaxhimi i informacionit: Institucioni ka plan të shkruar për menaxhimin e informacionit të nevojshëm.

Përmbajtja: Qendra ka rregullore dhe mekanizma për marrjen e informacionit dhe për dhënien e autorizuar të të dhënave jashtë institucionit. Në të përcaktohen nivelet për mundësinë e marrjes së të dhënave dhe informacionit. (pesha 3)

VEZHGIMI

Dokumentacioni është i fshehte. Fshehtësi, siguri të të dhënave dhe ruajtjen nga humbja ose dëmtimi.

Diagnozat janë të koduara sipas klasifikimit të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë-Kodifikimi sipas klasifikimit ICD-9 ose 10.

Personeli shëndetësor dhe menaxherial merr pjesë në seleksionimin, integrimin dhe përdorimin e teknologjisë për menaxhimin e informacionit.

Institucioni ka rregullore mbi ruajtjen dhe mirëmbajtjen e kartelave të pacientëve, të dhënave dhe informacionit.

Të dhënat dhe informacioni janë të siguruara dhe garantuara nga humbja eventuale, shkatërrimi, ngatërrimi dhe përdorimi i paautorizuar.

Në pajtim me dispozitat ligjore, institucioni furnizon me të dhëna, bankat e autorizuar të të dhënave jashtë institucionit.

Institucioni përdor bazat e të dhënave jashtë institucionit, përfshirë ato mbi kontrollin e infeksionit për qëllime krahasuese.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

D. FINANCA DHE BUXHETI

Përmbajtja: Institucioni i ka të shkruara përgjegjësitë e drejtuesit të buxhetit dhe financës. Përgjegjësitë e menaxhimit financiar janë qartësisht të përcaktuara. Praktika mban të ruajtur në arkiv raportet vjetore të punës. Në të përshkruhen të gjitha procedurat financiare si dhe shpenzimet apo e të ardhurat (eventuale). (pesha 3)

Administrata ka të inventarizuar objektet, aparaturat, pajisjet, materialet, personelin dhe burimet e tjera të nevojshme që reparti ti plotësojë përgjegjësitë e përcaktuara

VLERËSIMI

Verifikimi i dokumenteve, rregullores apo procedurave të aprovuara

Intervista e punonjësve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

E. SIGURIA

E.1. Siguria e objektit dhe mjedisit

E.1.1. Institucioni ofron një ambient të parrezikshëm për pacientët dhe personelin. Institucioni ka një sistem monitorimi të pajisjeve, mjeteve, shërbimeve si dhe procedurave të punës që promovojnë sigurinë në punë. (pesha 4)

Çështjet kryesore të sigurisë me rëndësi të madhe në institucion janë:

1. Orenditë e sigurta: Orenditë në qendër kontrollohen në mënyrë rutinë për të siguruar që janë të forta/solide, të sigurta për t'u përdorur, pa pjesë të thyera që mund të shkaktojnë lëndim.
2. Parandalimi i zjarrit: institucioni ka një sistem për parandalimin e zjarrit që përfshin alarmin për zjarr dhe fikësin e zjarrit.
3. Ndërtesa është plotësisht funksionale e ajrosur dhe pa lagështi. Në institucion ndodhet një ambient i pershtatshem me karrige e stola për pacientët
4. Institucioni ka sistem të rrejtit elektrik që plotëson standardet e sigurisë për pacientët, personelin dhe klientët.

Vezhgo:

Dhoma apo korridor pritje për pacientët, është e pastër dhe me orëndi të mira e jo të thyera
Priza elektrike të instaluar në mënyrë të duhur. Asnjë tel elektrik nuk duket jashtë murit, makinave, etj.

Fikësit e zjarrit kontrollohen çdo tre muaj. Kontrollo 40% e fikësve të zjarrit në vende të ndryshme për të verifikuar datën e fundit të mbushjes me substancë fikse.

Shenja për ndalimin e pirjes së duhanit

Dalja emergjente e shënuar qartë

Sistem i alarmimit

Dera të jetë e siguruar

Asnjë tel apo fije elektrike në dysheme

Pastrimi pas çdo vizite të kryer

Shqyrtimi i dosjeve

Orari për personelin e sigurimit per 24 orë

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

E.1.2. Institucioni ka një sistem konform rregullores për menaxhim të mbeturinave, përfshirë materialet e kontaminuar.

Përmbajtja: Mbeturinat e forta të kontaminuara dhe të gjitha pajisjet e kontaminuara me sekrecione njerëzore, jashtëqitje, gjak apo inde të cilat paraqesin rrezik të lartë, grumbullohen në vende të sigurta. (pesha 2)

Mbeturinat mjekësore dhe gjilpërat nuk duhet të përzihen me mbeturina jo mjekësore
Mbeturinat mjekësore duhet të dërgohen në furrë djegëse çdo 24 orë.
Mbeturinat jo mjekësore duhet të mblidhen në kontenierë të veçantë, të cilët mblidhen së paku çdo 24 orë.

Vezhgo

Hedhurinat mjekësore janë depozituar në thasë rezistente të cilët dallohen nga ngjyra.
Manipulimi i hedhurinave bëhet me doreza.
Të gjitha mbeturinat grumbullohen në thasë plastikë me ngjyra.
Kutitë e veçanta që do të përdoren për gjilpëra janë bërë nga materiale që nuk mund të shpohen.
Gjilpërat e përdorura dhe hedhurinat e mprehta janë të mbyllur në kontenierë të veçantë
Kutia mbyllet kur është mbushur $\frac{3}{4}$ e saj
Thasët e mbeturinave jo mjekësore janë depozituar në një kontenier të veçantë
Thasët e mbeturinave jo mjekësore mbyllet para se ato të jenë të mbushura komplet
Thasët e mbeturinave jo mjekësore janë mblodhur nga kontenierët së paku çdo 24 orë

Shqyrtimi i Dosjes

Marrëveshja dhe orari për vendin e përshtatshëm të deponimit që përmbush rregullat e menaxhimit të hedhurinave.

Institucioni ka ujë të pastër dhe të rrjedhshëm gjatë gjithë kohës.
Burimi i ujit është lidhur me rrjetin kryesor të ujësjellësit publik.
Kulturat mikrobiologjike dhe analizat kimike të ujit bëhen sipas afatit kohor dhe nevojës.

Vezhgo për :

Ujin e rrjedhshëm në të gjitha banjat gjatë gjithë kohës
Ujin i rrjedhshëm në të gjitha dhomat e ekzaminimit
Uji i rrjedhshëm në zonën operative
Verifiko burimin e ujit që është i lidhur me rrjetin kryesor publik

Shqyrtimi i Dosjes

Shiko rezultatet e tre kulturave dhe analizave të fundit për ekzaminimin e ujit.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

E2. Siguria e punonjësit shëndetësor

Përmbajtja: Institucioni ka një program për ruajtjen e shëndetit dhe sigurisë së punonjësve të vet. (pesha 2)

Programi shëndetësor për punonjësit përfshin:

QENDRA KOMBËTARE E CILËSISE, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË
INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Dosje mjekësore complete para punësimit
Testet të veçanta bëhen sipas shërbimeve dhe detyrave të supozuara të punonjësve
Masat mbrojtëse ndërmerren në raste të aksidenteve

Shqyrtimi i Dosjes

Përditësimi i dokumentacionit

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

E.3. Sterilizimi

Përmbajtja: Institucioni ka një sistem e duhur për sigurinë e shërbimeve klinike përfshirë dhe procedurat e sakta për sterilizim (pesha 5)

Sistemi përfshin: Krijimin e standardeve për sterilizim. Një vend për sterilizim, me së paku një autoklavë funksional për materiale sterile të vendosura në dy bokse veçanta; një për materiale plastike dhe një tjetër për fashatura. Institucioni ka antiseptik, dezinfektues dhe sapun për përdorim mujor.

Antiseptikët kryesor janë 70 % alkool, betadin, klorin 0.5%.

Institucioni dezinfekton dorezat e përdorura para se të hidhen.

Sistemi siguron se i gjithë personeli përdor dorezat dhe shiringa me një përdorim.

Personeli shëndetësor pergjegjes kanë trajnimin e duhur për sterilizim dhe bëjnë mbikëqyrjen rutinë.

Pajisjet sterile përdoren një herë për cdo pacient

Vezhgo

Ekziston autoklava

Depozitimi i materialeve sterile në kuti të veçanta

Data e skadimit e materialeve sterile

Furnizimi i përshtatshëm me antiseptikë të duhur (për 3 minuta)

Furnizimi i përshtatshëm edhe me doreza një-përdorimshe (për 3 minuta)

Përdorimi i dorezave për një përdorim (për 3 minuta)

Intervista me mjekët dhe infermierët

Materiali steril i vendosur në dy bokse të veçanta, një për materiale plastike dhe një tjetër për fasha

Pajisjet sterile përdoren vetëm një herë për një pacient

Ekzistojnë standardet, rregulloret dhe procedurat e sterilizimit

Kalendari i trajnimit

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

E.4. Kontrolli i Infeksionit

Përmbajtja: Institucioni ka një sistem dhe mekanizma për kontrollin e infeksionit (pesha 3)

Sistemi i kontrollit të infeksionit të përfshijë se paku : Praninë e rregulloreve dhe procedurave që ofrojnë kornizën për procesin e kontrollit të infeksionit duke përcaktuar mbikëqyrjen, parandalimin dhe masat e kontrollit:

- E.4.1. Sipërfaqet e kontaktit lahen mirë dhe pastaj dezinfektohen.

- E.4.2. Nëse nevojitet pastrimi paraprak i instrumenteve me duar, atëherë përdoren doreza të forta.
- E.4.3. Instrumentet e përdorura hidhen (flaken) ose sterilizohen (nëse indikohet) pas çdo përdorimi.
- E.4.4. Sterilizimi bëhet me autoklavë
- E.4.5. Në çdo autoklavë vendosen strisho kontrolli, verifikimi për secilin cikël autoklavimi për të parë nëse temperatura e sterilizimit është arritur. Koha e sterilizimit dhe temperatura regjistrohen. (Një mënyrë verifikimi është edhe ndryshimi i ngjyrës së lakmuesit në letrat sipas instruksionit përkatës).
- E.4.6. Instrumentet e sterilizuara mbahen dhe ruhen të mbyllura (në kuti të posaçme me kapak) ose qese plastike të sigurta pa ajrosje.
- E.4.7. Gjilpërat dhe instrumentet e mprehta vendosen në kontenerë speciale.
- E.4.8. Ka protokolle që ndiqen në rast dëmtimi me instrumente prerëse.
- E.4.9. Mbeturinat klinike (përfshirë doreza të përdorura, maska, mbulesa të sipërfaqeve apo ato të pacientit) mblidhen në qese plastike dhe vendosen në vende të sigurta para se të hidhen përfundimisht në vende të përcaktuara.
- E.4.10. Ka protokolle që përfshijnë marrëveshje/kontrate për hedhjen e mbeturinave klinike, gjilpërave, materiale të mprehta
- E.4.11. Personeli klinik përdor veshjet e përcaktuara në ambientet klinike.
- E.4.12. Mbrojtësit e fytyrës janë të disponueshëm për gjithë stafin klinik dhe përdoren sipas nevojës.
- E.4.13. Procedurat e sterilizimit dhe kontrollit të infeksionit janë identike për të gjithë pacientët.
- E.4.14. Për larjen e duarve përdoren lëngje me veti baktericide.
- E.4.15. Ka peceta një-përdorimshme për fshirjen e duarve.
- E.4.16. Staf i klinik ushtron kujdes për të shmangur kontaminimin e zonave ku nuk punohet. Zonat e kontaminuar dezinfektohen ose kanë mbulesa (plastike) që ndërrohen pas çdo pacienti.
- E.4.17. Përdoren përparëse një-përdorimshme (kur është e nevojshme së bashku me qese plastike) për të mbrojtur veshjen e pacientit.
- E.4.18. Instrumentet e kontaminuar sterilizohen përpara se të ri-përdoren ose riparohen.
- E.4.19. Nuk konsumohet ushqim ose pije në ambientet e punës.

Verifikimi

Shih dokumentet e protokolleve dhe të procedurave të shkruara: Sistemi i kontrollit të infeksionit përfshin së paku:

- Mbledhje e të dhënave
- Metodatat e pastrimit
- Metodatat e lvanterisë
- Hedhurinat mjekësore dhe metodatat e menaxhimit të hedhurinave
- Metodatat e sterilizimit
- Përshkrimi i punës për personin e caktuar për kontrollin e infeksioneve :
- Përgatitja profesionale e duhur
- Trajnimin e duhur

Vezhgo:

Metodatat e pastrimit

Metodatat e menaxhimit të hedhurinave mjekësore

Procedurat e duhura për hedhjen e gjilpërave (do të specifikohen në protokollin e kontrollit të infeksioneve)

Vizito të gjitha shërbimet me interes dhe shiko për:

QENDRA KOMBËTARE E CILËSISE, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË
INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

A janë ndërresat e ndotura të ndara prej atyre të pastra (a janë dy shporta të ndryshme që shërbejnë për këtë qëllim)

Pastrimi i dhomës: observo nëse dhoma është pastruar në mes të dy procedurave të ndryshme

Pajisjet dhe mjetet: të pastruara në mes të dy procedurave të ndryshme

Hedhja e gjilpërave: kutitë e sigurta që nuk rrjedhin

Punonjësit e laboratorit: përdorimi i dorëzave me një përdorim derisa punohet dhe hedhja në koshin e plehrave më pas

Procesverbalet e KI: shiko kur është bërë azhurnimi i fundit i rregulloreve dhe procedurave përkatëse.

Kontrollo raportet e KI dhe kontrollo procesin që përcakton shkaqet e infeksionit dhe veprimet e rekomanduara.

Kontrollo dosjet e rezultateve të testeve të bëra në punonjësit dhe krahaso ato me listën e emrave të punëtorëve në administratë. Për të identifikuar punëtorët që kanë nevojë të testohen.

Aktivitetet e trajnimit, plani i trajnimit, orari dhe materiali i trajnimit të dokumentuar

Intervisto:

Pyet punonjësit për aktivitetet në të cilat ata kanë marrë pjesë dhe çfarë informacionesh kanë marrë në atë aktivitet

Pyet si i mbledhin ata dhe si i sistemojnë kutitë

Takohen personat që marrin raportet dhe pyeteni se si ballafaqohen me incidentet e raportuara

Verifikimi:

Shiko dosjet dhe procesverbalet e takimeve të Komitetit për Kontroll të Infeksioneve (KKI)/Komitetit të Cilësisë dhe vlerëso për diskutimin e problemeve, infeksioneve të raportuara, rasteve të tyre dhe zgjidhjeve të mundshme.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

F. TË DREJTAT E PACIENTIT

F.1. E DREJTA PËR INFORMIM: TË GJITHË PACIENTËT INFORMOHEN PËR DIAGNOZËN DHE TRAJTIMIN

Përmbajtja: Qendra shëndetësore informon pacientin për emrin e mjekut që ka përgjegjësinë kryesore për kujdesin e pacientit. Ky mjek është përgjegjës për informimin e pacientit për sëmundjen si dhe trajtimin. Çdo pacient të cilit i është caktuar trajtimi informohet për sëmundjen dhe trajtimin apo zgjedhjet e mundshme dhe merret pëlqimi për to. Kur pacienti nuk mund të informohet, informacioni i jepet familjes së tij/saj. (pesha 3).

Mjeku i shpjegon qartë pacientit çdo trajtim apo procedurë të propozuar. Shpjegimi përfshin:

Përfitimet, problemet eventuale dhe dëmet e mundshme

Problemet që mund të evidentohen gjatë procesit të shërimit

Gjasat për të pasur sukses

Pasojat e mundshme të mostrajtit

Mundesite e tjera

Verifikimi/vlerësimi:

QENDRA KOMBËTARE E CILËSISE, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË
INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Rregulloret dhe procedurat e shkruara ose proceset e tjera që kanë të bëjnë me: kujdesin ndaj pacientit, të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre si dhe informimi për dhënien e pëlqimit.
Intervistat me drejtuesit e qendrës shëndetësore
Intervistat me stafin klinik
Intervistat me pacientët dhe familjarët
Dosjet mjekësore të pacientit (kontrollo për formularin e dhënies së pëlqimit, nëse aplikohet)
Verifiko nëse në kartelë shihen shënimet dhe dokumentimi i informacionit.
Qendra disponon fletëpalosje për sëmundje të ndryshme
Verifiko nëse qendra disponon postera dhe materiale të tjera
Pacienti pyetet nëse (ai/ajo) ka ndonjë pyetje.
Pacientit i jepet mjaft kohë për ta diskutuar rastin

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

F.2. E DREJTA PËR TË VENDOSUR

Përmbajtja: Pacientët kanë të drejtë të marrin vendim për trajtimin e tyre pasi të jenë mirë-informuar. (pesha 3)

Qendrat shëndetësore ofrohen në mënyrë të tillë që të kujdesen për ruajtjen e dinjitetit dhe autonomisë së pacientit, të respektojnë të drejtat e tyre civile po aq sa t'i përfshijnë ata në kujdesin për veten.

Kujdesi ndonjëherë kërkon që të afërmit e jo pacientët vetë, të përfshihen në marrjen e vendimeve për kujdesin ndaj pacientit. Kjo është veçanërisht e vërtetë kur një pacient ka aftësi të kufizuara mendore apo fizike për të marrë vendim për mjekimin e tij, apo kur pacienti është fëmijë. Kur pacienti nuk mund të marrë vendim për arsye të gjendjes së tij/saj shëndetësore, atëherë identifikohet një zëvendësues vendimmarrës. Një zëvendësues vendimmarrës është dikush që caktohet të veprojë në emër të një tjetri. Zëvendësuesi merr vendim vetëm kur një individ është i paaftë apo më parë ka dhënë pëlqimin me shkrim për këtë. Në rastin e të miturit që është në varësinë e dikujt, familja apo kujdestari ligjor i tij janë përgjegjëse për aprovimin e trajtimit të përshkruar. Sidoqoftë, pacienti ka të drejtë të përjashtojë ndonjë, apo që të gjithë anëtarët e familjes prej marrjes pjesë në vendimin për mjekimin e tij.

Verifikimi /vlerësimi:

Formulari i dhënies së pëlqimit

Rregulloret, procedurat ose proceset tjera që kanë të bëjnë me të drejtat dhe përgjegjësitë e pacientit, dhënien me shkrim të pëlqimit, zgjidhja e konfliktit në marrjen e vendimit për kujdesin.

Intervistat me udhëheqësit të qendrës shëndetësore

Intervistat me personeli shendetesor

Intervistat me pacientët dhe familjarët

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

F.3. DHËNIA E PËLQIMIT NGA PACIENTI PËR MJEKIMIN

Përmbajtja : Dhënia e pëlqimit dokumentohet në dosjen mjekësore sipas rregulloreve të institucionit. (pesha 5)

Verifikimi/vlerësimi:

Rregulloret dhe procedurat ose proceset e tjera që kanë të bëjnë me të drejtat dhe përgjegjësitë e pacientit, si dhe dhënia me shkrim e pëlqimit
 Intervistat me drejtuesit të qendrës shëndetësore
 Intervistat me personeli shëndetësor
 Intervistat me pacientët dhe familjarët
 Dosja klinike e pacientit përmban formularin e pëlqimit.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

F.4. KONFIDENCIALITETI

Përmbajtja: Diagnoza dhe trajtimi i pacientit mbeten teresisht te fshehta . Qendra shëndetësore është si nga aspekti profesional dhe ai etik përgjegjëse për të siguruar që informacioni për pacientin është i fshehte. Qendra duhet të ketë një proces formal për të përdorur në mënyrë te fshehte informacionin dhe dosjet mjekësore. Rregulloret dhe procedurat bazohen në ligje dhe rregullore të zbatueshme. Pacienti informohet periodikisht për rregulloret e fshehtesise së qendrës. (pesha 4)

Verifikimi/vlerësimi:

Rregulloret dhe procedurat ose proceset e tjera që kanë të bëjnë me të drejtat dhe përgjegjësitë , si dhe përdorimin e informacionit
 Mbikëqyrjet e vendit të punës (ruajtja e kartelave, kartoteka, ambienti, veçoritë)
 Intervistat me udhëheqësit të qendrës shëndetësore
 Intervistat me personelin shëndetësor
 Intervistat me pacientët dhe familjarët
 Ankesat e pacientëve dhe familjarëve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

F.5. ANKESAT E PACIENTËVE

Përmbajtja: Ka një vend të caktuar në qendër për të dërguar ankesat në formë të shkruar dhe ka një bord të caktuar që shqyrton dhe zgjidh këto ankesa. (pesha 3)

Në kohën kur pacienti dhe familja e tij, ose ofruesit e kujdesit mund të jenë në konflikt me shërbimet që ofrohen në Institucionet Shëndetësore (këtej e tutje-institucioni), pacienti ose ofruesi i shërbimit shëndetësor mund të dërgojnë një ankesë anonime me shkrim në institucion. Institucioni duhet të ketë një proces formal për shqyrtimin e ankesës së pacientit dhe të ndihmojë në zgjidhjen e konfliktit.

Ndërkaq ka edhe një plan dhe mekanizma për vlerësimin e opinionit të pacientëve qoftë përmes fletëpalosjeve që ju dorëzohen pacientëve pas shërbimit, apo përmes vlerësimit të ankesave të shqyrtuara të paktën një herë në 3 muaj.

Institucioni ka të përcaktuar qartë vendin e kutisë për ankesa si dhe librin e ankesave.

Verifikimi/vlerësimi:

Verifikohet kutia, regjistri apo libri i ankesave si dhe evidentimi i shqyrtimit të ankesave
 Intervistat me udhëheqësit të qendrës shëndetësore
 Intervistat me personelin shëndetësor
 Intervistat me pacientët dhe familjarët
 Dosjet e ankesave të shkruara, të dhënat e mbledhura dhe vendimi.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

F.6. SATISFAKSIONI I PACIENTIT

Përmbajtja: Institucioni ka një sistem të vlerësimit të kenaqesise së pacientit dhe ofruesit të shërbimeve shëndetësore (pesha 2)

Qendra duhet të ketë një proces formal për mbledhjen e informacionit dhe të shqyrtojë shkallën e kenaqesise së pacientit dhe të ofruesit të shërbimeve shëndetësore ndaj kujdesit që ofrohet. Ky proces përfshin një plan për informimin e pacientëve dhe personelit lidhur me menyren e mbledhjes së të dhënave dhe rezultatet. Ky proces po ashtu përfshin caktimin e një komiteti që shqyrton cilesine, sigurine dhe performancen e qendres.

Verifikimi/vlerësimi:

Rregulloret dhe procedurat ose proceset tjera që kanë të bëjnë me të drejtat dhe përgjegjësitë e pacientit

Pyetësorët për vlerësimin e kenaqesise të pacientit, metodologjia për analizën e të dhënave

Intervistat me udhëheqësit të qendrës shëndetësore

Intervistat me personelit shendetesor

Intervistat me pacientët dhe familjarët

Dosjet e veprimeve të ndërmarra si përgjigje në pakënaqësinë e pacientit apo të ofruesit të shërbimeve shëndetësore.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G. KUJDESI PËR PACIENTIN

G.1.1. RASTE TË PËRGJITHSHME PËR KUJDESI NDAJ PACIENTIT

Përmbajtja: Një anamnezë gjithëpërfshirëse dhe ekzaminim fizik bëhen për të gjithë pacientët. (pesha 4)

Një hap esencial në procesin e kujdesit ndaj pacientit është shqyrtimi i saktë i anamnezës dhe gjendjes fizike. Të gjithë pacientëve që vizitohen për herë të parë u merret anamneza e detajuar, e cila regjistrohet në kartelat/dosjet mjekësore. Për çdo vizitë bëhet një anamnezë e plotë e sëmundjes aktuale dhe ekzaminim fizik. Ekzaminimi duhet të përfshijë së paku kontrollin e shenjave vitale.

Shqyrtimi i Dosjeve:

Anamneza:

Tek pacienti i ri, merret anamnezë e plotë

Në vizitën pasuese, anamneza plotësohet me të dhëna të reja

Anamneza merret në mënyrën e duhur sipas udhëzuesve klinike (këtëj e tutje-UK)

Ekzaminimi fizik:

Regjistrimi i shenjave vitale

Ekzaminimi fizik merret dhe regjistrohet në mënyrë të përshtatshme sipas udhëzuesve klinike

Vezhgo

QENDRA KOMBËTARE E CILËSISE, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË
INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Vezhgo 10 pacientë të zgjedhur në mënyrë të randomizuar (të rastësishme)
Anamneza:
Tek pacienti i ri, merret një anamnezë e plotë
Nëse pacienti kthehet, anamneza plotësohet me të dhëna të reja
Nëse anamneza është marrë në mënyrë të duhur sipas udhëzuesve klinike
Ekzaminimi fizik:
Shenjat vitale të kontrolluara
Ekzaminimi fizik i bërë sipas UK

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.1.2. TRAJTIMI

Përmbajtja: Të gjitha planet e trajtimit realizohen sipas udhëzuesve klinike. Ato janë bazuar në anamnezë, ekzaminim fizik dhe rezultate të verifikuara të testeve diagnostike. (pesha 3)

Mjekët përdorin të gjitha të dhënat e anamnezës, ekzaminimit fizik dhe rezultateve të testeve diagnostikuese përkatëse për të arritur deri tek diagnoza.
Të gjitha planet e trajtimit i përgjigjen diagnozës. Kur kërkohet një e dhënë shtesë, mjeku kërkon dhe përdor rezultatet e testeve diagnostikuese. Të gjitha informatat regjistrohen në kartelën mjekësore.

Shqyrtimi i dosjes:

Trajtimi i përshtatet diagnozës së vënë përmes anamnezës, rezultateve dhe ekzaminimit fizik
Trajtimi jepet në kohën e duhur
Pacienti referohet në mënyrë të përshtatshme
Trajtimi jepet bazuar në udhërrëfyes dhe praktikën mjekësore më të mirë.
Të gjitha ndryshimet në planin e trajtimit argumentohen në kartelën e pacientit me shpjegimet përkatëse.

Përmbajtja: Mjeku që ndjek pacientin e caktuar, është përgjegjës për sigurimin e dokumentacionit të vlerësimit të pacientit përmes shënimeve mjekësore në kartelën mjekësore të pacientit. Të gjitha ndryshimet në planin e trajtimit bashkë me arsyetimin duhet të përfshihen në dosjen mjekësore.

Shqyrtimi i dosjeve

Përzgjidh në mënyrë të randomizuar (të rastësishme) pacientë që kanë bërë vizita të herëpashershme:
Evoluimi (rrjedha) i (e) statusit të pacientit i dokumentuar
Ndryshimi i trajtimit i dokumentuar
Arsyetimi i dokumentuar

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.1.3. UDHËZUESIT E PRAKTIKËS KLINIKE

Përmbajtja: Qendra njih dhe zbaton udhëzuesit klinike në dispozicion. (pesha 2)

Personeli mjekësor në institucion ka një proces për përvetësimin e udhërrëfyesve klinike për

mjekimin e gjendjeve shëndetësore që përbëjnë shumicën e shërbimeve që ofrohen në qendër. Institucioni ka një proces formal për njohjen dhe shqyrtimin periodik të udhërrëfyeseve klinike. Institucioni ka një proces formal për shpërndarjen dhe trajnimin e personeli mjekësor mbi përdorimin e udhërrëfyeseve praktik klinik.

Shqyrtimi i Dosjeve:

Identifikimi i fushave klinike më të zakonshme (më të shpeshta) në institucion
Krahaso UK të pranishëm në patologjitë më të zakonshme në institucion. Ekziston procesverbali nga takimi i personelit mjekësor për shpërndarjen e udhërrëfyeseve dhe për të trajnuar personelin ; Ekziston plani orientues për personelin e ri mjekësor, përfshirë shpërndarjen e udhërrëfyeseve klinike;
Vlerësimi i procesit për zhvillimin e UK

Vezhgo:

Çdo dhomë e ekzaminimit ka një kopje të UK
Mjekët marrin pjesë në takimet për t'i diskutuar UK
Mjekët përdorin UK, i referohen kur ai u duhet
Mjekët kanë njohuri për UK
Materiali i orarit/sesionit të trajnimit për UK
Lista e ICD –9 ose ICD-10
Numri i UK

Intervisto:

Pyet mjekët për UK
Merr një kopje të skemës/sesionit të trajnimit të UK
Procesi për identifikimin e fushave të reja ku UK kanë nevojë të krijohen

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.2. INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM TË SHKRUAR PËR PARANDALIMIN, DEPISTIMIN DHE DIAGNOSTIKIMIN E HERSHËM SI DHE PARANDALIMIN E KOMPLIKACIONEVE TË HIPERTENSIONIT.

Përmbajtja: Institucioni ka një program që kujdeset për parandalimin, depistimin, diagnostikimin e hershëm si dhe parandalimin e komplikacioneve të Hipertensionit në popullatë. (pesha 2)

Institucioni ka një program për edukimin e të rriturve mbi rëndësinë e vënies në kohë të diagnozës, nevojës për ekzaminim klinik periodik dhe trajtim të Hipertensionit.

Shqyrtimi i Dosjeve:

Institucioni ka një program për identifikimin e faktorëve të riskut si dhe program për prevenimin dhe edukimin
Matja e tensionit së gjakut e dokumentuar tek të gjithë pacientët
Të shihet numri i fushatave depistuese në kontingjente të ndryshme.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.3. INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM TË SHKRUAR PËR PARANDALIMIN DHE DIAGNOSTIKIMIN E HERSHËM TË DIABETIT.

G.3.1. Institucioni ka një program për edukimin e personeli mjekësor dhe të rriturve të shëndoshë mbi shenjat dhe simptomat e Diabetit dhe rëndësisë që ka diagnostikimi i hershëm e kujdesi i vazhdueshëm në prevenimin e komplikacioneve. Programi përfshin një orar specifik për informimin dhe edukimin e personeli dhe të pacientëve. (pesha 2)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.3.2. INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM QË OFRON EKZAMINIMIN RUTINË VJETOR PËR TË GJITHË PACIENTËT ME DIABET

Përmbajtja :Institucioni ka një program që ofron ekzaminim rutinë vjetor për të gjithë pacientët me diabet. Institucioni ka një program për edukimin e pacientëve me diabet, mbi rëndësinë e ekzaminimeve specifike të rekomanduara nga udhëzuesit klinike. Këtu përfshihet edhe një orar specifik për informimin dhe edukimin e pacientëve me diabet. (pesha 1)

Shqyrtimi i Dosjeve:

Shqyrtimi i dosjeve mjekësore të pacientëve me diabet

Pacienti i referuar një herë në vit për ekzaminim plotësues

Rezultatet e ekzaminimit plotësues shtohen/dokumentohen në dosjet mjekësore

Mesazhi mbi edukimin e pacientit i dokumentuar në dosje.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.4. KUJDESI PERINATAL (ANTENATAL - KUJDESI NEONATAL DHE KUJDESI POST PARTUM)

Përmbajtja: Institucioni punon sipas programeve të miratuara për ndjekjen e kujdesit antenatal, neonatal dhe post partum. Nëse Institucioni nuk i mbulon vet këto shërbime atëherë ai i referon këto në institucione të specializuara. (pesha 3)

Vezhgo shërbimet e ofruara në institucion dhe dokumentet përkatës të rekomanduara nga Ministria e Shëndetësisë.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.5. MENAXHIMI I INTEGRUAR I SEMUNDSHMERISE FEMINORE (M.I.S.F)

Përmbajtja: Institucioni punon sipas programeve të miratuara per M.I.S.F.

Vezhgo dokumentet përkatës të rekomanduara dhe miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.6. Imunizimi

G.6.1. Institucioni ndjek programet e shëndetit publik për imunizimin që janë miratuar nga Ministria e Shëndetësisë. Institucioni ka një sistem rutinë për identifikimin e fëmijëve që nuk janë vaksinuar ose nuk kanë ndjekur programin e tyre të imunizimit. (pesha 4)

Institucioni kontakton familjarët dhe përpiqet të lehtësojë vaksinimin e fëmijëve
Institucioni ka një proces formal të edukimit të prindërve për imunizimin e nevojshëm të fëmijëve.

Shqyrtimi i Dosjeve:

Lista e adresave të fëmijëve që kanë shmangur marrjen e një vaksine në 6 muajt e fundit.
Verifikimi që familjet janë në kontakt me institucionin.
Kartelat e imunizimit dokumentojnë fëmijët që nuk kanë marrë vaksinat e domosdoshme

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.6.2. INSTITUCIONI KA PROGRAM EDUKIMI PËR PRINDËRIT LIDHUR ME PARANDALIMIN E AKSIDENTEVE TË FËMIJËVE NËN MOSHËN 5 VJEÇARE.

Përmbajtja: Institucioni ka program edukimi për prindërit lidhur me parandalimin e aksidenteve në shtëpi në grup moshën e fëmijëve 2-5 vjeçare.(pesha 1)

Shqyrtimi i Dosjeve:

Materiali edukativ për parandalimin e aksidenteve tek fëmijët e vegjël, 2-5 vjeçare.
Orari dhe agjenda për edukimin e prindërve
Ekzistojnë fletushkat edukative

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.6.3. INSTITUCIONI NJEH DHE ZBATON PROGRAMET KOMBËTARE LIDHUR ME PAMJAFTUESHMERINE JODIKE TË POPULLATËS

Përmbajtja: Institucioni ka një program që njeh rekomandimet kombëtare lidhur me pamjaftueshmerine jodike në popullatë. (pesha 3)

Shqyrtimi i Dosjeve

Shqyrtimi i pranisë së programeve të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.7. PLANIFIKIMI FAMILJAR

G.7.1. Institucioni punon sipas standardeve të miratuara të planifikimit familjar.(pesha 2)

Vezhgo praninë e dokumentit të standardeve të planifikimit familjar.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

G.7.2. INSTITUCIONI KA PROGRAMIN PËR PARANDALIMIN E KANCERIT TË GJIRIT DHE TË QAFËS SË MITRËS

Përmbajtja: Institucioni ka programin për ekzaminim periodik gjinekologjik të grave asimptomatike, përfshirë Pap testin. (pesha 1)

Institucioni ka programin për edukimin e grave mbi rëndësinë e ekzaminimeve periodike gjinekologjike dhe të Pap testit.

Institucioni ka një sistem rutinë për të ofruar depistim për kancerin cervikal përmes ekzaminimeve gjinekologjike dhe Pap testit. Programi përfshin një orar specifik për informimin dhe edukimin e femrave seksualisht aktive.

Shqyrtimi i Dosjeve

Materiali për edukimin e pacientit

Orari dhe agjenda e sesioneve edukative të pacientit

Ekzistojnë materialet dhe flete-palosje për edukimin shëndetësor mbi kancerin cervikal

Dosjet e pacientit për edukimin e grupeve me rrezik të lartë të dokumentuara dhe referimin për papa test, kur është e nevojshme

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H. SHËRBIMET MBËSHTETËSE

H.1. SHËRBIMI I URGJENCËS

H.1.1. Ekziston një sistem i strukturuar, organizuar dhe funksional për shërbimin e urgjencës 24 orësh. Institucioni siguron dhe garanton praninë e personelit të kualifikuar për 24 orë çdo ditë. Numri i personelit të caktuar duhet t'i plotësojë kërkesat e fluksit të rasteve në shërbimin e urgjencës. (pesha 4)

Shqyrtimi i dosjeve

A ekziston lista e personelit dhe plani i organizmit të personelit për përgjegjësinë dhe radhën e përgjegjësisë, formën e lajmërimit dhe komunikimit?

A ka personel dhe pajisje të domosdoshme për shërbimin e urgjencës?

A ka dhomë për urgjencë, apo dollap të veçantë për medikamentet e urgjencës?

A ka pajisje dhe plan edukimi?

A ekziston orari i urgjencës tek dera?

A është i kapshëm dhe i gjendshim personeli me numrat e kontaktit?

Intervistë Mjekun Përgjegjës:

Përcaktimi i detyrave sipas problematikave të lart përmendura

Personeli i mjaftueshëm për numrin e rasteve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.1.2. Mjekët në institucion shëndetësor kanë trajnimin e duhur lidhur me kujdesin e rasteve urgjente

Përmbajtja: Bëhet fjalë veçanërisht për ndihmën e parë, stabilizimin dhe referimin e pacientëve në institucionet e specializuara. (pesha 3)

Një nga aspektet më të rëndësishme të ofrimit të kujdesit urgjent në nivelin e Qendrës së Mjekësisë Familjare është të ketë personeli të trajnuar me njohuri të stabilizimit dhe të referimit të pacientëve në institucione të duhura kur të paraqitet nevoja. Personeli i shërbimit të urgjencës duhet të trajnohet në teknikat e ndihmës së parë, menaxhimin, identifikimin dhe referimin e rasteve urgjente.

Institucioni ka një program për zhvillimin e vazhdueshëm profesional (tani e tutje ZHVP) për të siguruar që të gjithë ata që janë caktuar në dhomën e urgjencës të kenë trajnim të duhur kur të punësohen dhe të kenë kurse rifreskimi gjatë gjithë kohës.

Shqyrtimi i dosjeve:

Programi i ZHVP dhe planifikimi për ZHVP lidhur me dhomën e urgjencës.

Lista e personelit të dhomës së urgjencës që janë trajnuar në ndihmën e parë

Udhërrëfyesit klinikë për raste urgjente

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.1.3. INSTITUCIONI KA MARRËVESHJE TË SHKRUAR LIDHUR ME TRANSPORTIN E RASTEVE URGJENTE

Përmbajtja: Të gjitha Institucionet shëndetësore kanë një marrëveshje të shkruar për mënyrën e transportimit dhe referimit të rasteve urgjente. (pesha 3)

Marrëveshja siguron që autoambulanca apo mjeti është e pajisur mirë dhe ka personel të mjaftueshëm.

Shqyrtimi i dosjeve:

Autoambulanca mbërrin brenda kohës së përcaktuar në adresën e caktuar.

Autoambulanca ka minimumin e pajisjeve

Verifiko që autoambulanca arrin dhe që transporti i pacientëve për në destinacionin final bëhet brenda kohës së përcaktuar (20 minutave).

Vezhgo

Ekziston shërbimi i transportit

Institucioni ka një linjë telefonike apo sistemin e duhur të ndërlidhjes për të kontaktuar shërbimin e autoambulancave

Autoambulanca ka minimumin e pajisjeve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.1.4. INSTITUCIONI KA NJË PLAN EMERGJENCE QË TË PËRBALLOJË SHUMË PACIENTË NË TË NJËJTËN KOHË, SIÇ ËSHTË RASTI GJATË KATASTROFAVE NATYRORE.

Përmbajtja: Institucioni ka një plan eficient të emergjencës gjatë situatave të jashtëzakonshme (pesha 2).

Plani duhet t'i mundësojë shërbimit të urgjencës që të merret me katastrofat dhe të përballojë shumë raste emergjente në të njëjtën kohë. Kjo duhet të përfshijë në minimum:
Një listë të emrave të ekipit të gatshëm, përfshirë mjekët, infermierët. Një listë tjetër e emrave duhet të jetë e pranishme në rast se anëtarët e ekipit nuk mund të mbërrijnë brenda kësaj kohe.
Një listë të qendrave referuese
Një plan për të mobilizuar personelin e institucionit dhe për të shpërndarë përgjegjësitë mes tyre.

Shqyrtimi i dosjeve

Personeli është i informuar për listën e personave që mobilizohen në urgjencë dhe ka mundësi për t'a parë atë listë

Plani emergjent që specifikon funksionet, rolet dhe përgjegjësitë e personelit gjatë emergjencës
Lista e ekipit dhe ekipi alternativ me numra të telefonit dhe adresa

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.2. LABORATORI DHE TESTET DIAGNOSTIKUESE

H.2.1. Institucioni i kujdesit parësor ka marrëveshje dy paleshe mirëkuptimi me laboratorin/apo laboratorët. Institucioni i kujdesit parësor punon me laboratorë mundësisht të akredituar. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.2.2. Të gjitha analizat që realizohen në laborator janë të dokumentuara në kartelën e pacientit (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.2.3. Gjatë korespondencës me laboratorin ruhet fshehtësia e të dhënave të pacientit. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.2.4. Testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën kryhen në mënyrën dhe kohën e duhur. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.2.5. Kur një qendër nuk mund të ofrojë testet e nevojshme që kërkohen, ajo referon pacientin në qendrën ku mund t'i ofrohet kujdes i përshtatshëm. (pesha 3)

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.2.6. Personeli informon pacientin për nevojat për teste eventuale dhe alternativat. Çdo pacienti i ofrohen testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën e tij sipas gjendjes mjekësore dhe nevojave të tij individuale (pesha 3)

Shqyrtimi i dosjeve

Testet laboratorike mund të kërkohen varësisht nga rezultatet e anamnezës dhe të ekzaminimit fizik. Shqyrtimi i testeve diagnostiko bëhet sipas udhëzuesve klinik apo sipas praktikave klinike më të mira.

Në mesataren e rasteve me diabet (afër 10 të perzgjedhura). A janë të konfirmuara testet e kërkuara dhe a janë të shënuara rezultatet? Sheqeri në gjak, Glicemia dhe Hemoglobina e Glukoazar. Sheqeri në urinë.

Zgjidh 10 raste me infeksione respiratore (dyshimi në pneumoni, TB). A është bërë ekzaminimi radiologjik siç duhet?

Zgjidh 10 dosje të kujdesit antenatal. A janë bërë testet kryesore? (Shih tabelën e udhërrëfyeseve)

Zgjidh 10 raste me planifikim familjar, a janë kërkuar dhe regjistruar në dosje si me poshte:

Hematokriti dhe hemoglobina

Strishua e njomë

Pap testi

Testi i shtatzënisë (gravidancës)

Shqyrtimi i dosjeve laboratorike

A. Nëse institucioni ka laborator, shqyrtohet shfrytëzimi i laboratorit për të vlerësuar mbi përdorimin e testeve (provave).

Zgjidh gjashtë testet më të zakonshme prej testeve laboratorike. Shqyrto kartelat mjekësore për të përcaktuar nevojën për teste të tilla, ose zgjidh dosjet mjekësore për pacientët me testet laboratorike si me poshte:

Funksioni i mëlçisë:

Vlerësuar në mënyrë të përshtatshme duke përdorur teste laboratorike

B. Koha e duhur

Zgjidh 20 teste laboratorike. Zgjidh kohën dhe kohën e kërkesës me shkrim si dhe rezultatit. A është dhënë rezultati i testit me kohë?

Vezhgo:

Në mesin e rasteve me diabet, kërkohen testet e konfirmuara

Zgjidh 10 raste të infeksioneve respiratore (dyshimi në pneumoni apo TB). A është bërë ekzaminimi radiologjik në mënyrë të përshtatshme?

Zgjidh 10 dosje të kujdesit antenatal. A bëhen testet në mënyrë kryesore (Shih tabelën në udhërrëfyese)

Zgjidh 10 raste të planifikimit familjar, a kanë qenë kërkuar dhe regjistruar në dosje si vijon:

Sheqeri në urinë

Hemoglobina dhe hematokriti

Strishua e njomë

Pap testi

Testi i shtatzënisë

Sheqeri në gjak

Intervista me mjekun

Marrja e rezultateve të testeve diagnostike me kohë.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.3. RADIOLOGJIA

Përmbajtja: Si publiku ashtu edhe ekipi i qendres së kujdesit parësor duhet të jenë të mbrojtur nga efektet e rrezatimit jonizues. Nëse pajisja për radiografi ndodhet afër qendres, të gjithë punonjësit punojnë në përputhje me rregullat shtetërore lidhur me mirëmbajtjen e pajisjeve. Teknikat e përdorura për zhvillimin dhe përpunimin e radiografive sigurojnë vlera diagnostike maksimale dhe doza minimale rrezatimi. (pesha 3)

Për arritjen e këtij standardi te kihet parasysh sa më poshtë:

- Mundësi për të bërë radiografinë sa me afër praktikës.
- Protokolle që ndiqen për realizimin e radiografisë.
- Pajisjet e rrezatimit X kontrollohen dhe certifikohen, bazuar në legjislacionin në fuqi
- Personeli përgjegjës për kryerjen e radiografisë trajnohet sipas rregullores dhe kursi i trajnimit dokumentohet.
- Praktika ka ekran radiografik ose ekran monitorizues (nëse radiografitë prodhohen në mënyrë digjitale), i cili është në vend të përshtatshëm për tu parë nga klinicisti.
- Praktika ka një plan të emergjencës në rast mosfunksionimi të pajisjeve rrezatuese

Shënim. Në rast se institucioni i kujdesit parësor nuk ka pajisje radiografike, këto nën-standarde të përmendura më sipër nuk janë të aplikueshme.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.4. Farmacia dhe Barnat

H.4.1. Qendra ka dhe njih listën e barnave të rimbursueshme nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor ISKSH-ja (tani e tutje LB) që njihet dhe përdoret nga të gjithë mjekët. (pesha 4)

Institucioni ka në dispozicion listën e barnave të aprovuara nga ISKSH. Një kopje e LB gjendet në secilën dhomë të ekzaminimit. Institucioni informon periodikisht mjekët për ndonjë ndryshim në LB. Të gjithë mjekët në praktikën klinike janë të pajisur me LB kur bëjnë përshkrimin e tyre.

Shqyrtimi i Dosjeve

LB – Lista e barnave të rimbursueshme

Intervista me Mjekun

Ekziston LB

Mjeku është i informuar për LB

Mjeku është informuar në mënyrë rutinë për ndryshimet në LB

Problemet me gjetjen e barnave/ilaçeve

Vezhgo :

LB e pranishme në dhomën e ekzaminimit

Lista e veçantë e barnave në Dhomën e Emergjencës

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

H.4.2. Institucioni ka një rregullore të pranueshme lidhur me përdorimin e antibiotikeve

Përmbajtja: Institucioni është përgjegjës për ofrimin e trajnimeve për të edukuar personelin e tij lidhur me rregulloren e pranishme për përdorimin e antibiotikeve. (pesha 3)

Verifikimi:

Programi për trajnimin e personelit
Programi për edukimin mjekësor
Intervista me administratorët e qendrës
Intervista me personelin shëndetësor
Udhërrëfyesit specifik për përdorimin e antibiotikeve për sëmundjeve të ndryshme

Shqyrtimi i dosjeve

Ekziston plani për edukimin e personelit mbi prevenimin dhe trajtimin e sëmundjeve me antibiotikë
Ekziston kalendari i trajnimit dhe axhenda
Ekziston materiali edukativ
Ekziston lista e personelit të trajnuar

Intervista

Ofruesit e kujdesit shëndetësor të informuar për programin
Ofruesit e kujdesit shëndetësor kanë orarin
Ofruesit e kujdesit shëndetësor marrin pjesë në sesionet e trajnimit

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

J. PËRMIRËSIMI I CILËSISË DHE SIGURISË

J.1.1. INSTITUCIONI KA NJË KOMITET PËR PËRMIRËSIMIN E VAZHDUESHËM TË CILËSISË DHE SIGURISË SË PACIENTËVE

Përmbajtja: Për të përmirësuar cilësinë dhe për të minimizuar rreziqet, institucioni ka një komitet që vlerëson cilësinë, sigurinë dhe performancën e vet dhe në bazë të rezultateve përcakton drejtimit e përmirësimit. (pesha 3)

Ky komitet shërben edhe për vetë-vlerësim, i cili është i planifikuar e periodik dhe ushtrohet lidhur me strukturën, procesin dhe rezultatet e kujdesit. Institucioni grumbullon, sistemon dhe analizon të dhënat e dala nga matjet e cilësisë dhe performancës dhe i krahason ato me institucionet si- motra për të njohur dhe përvetsuar shembullin më të mirë.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

J.1.2. Institucioni ka vizion dhe strukturë për të ndjekur përmirësimin e cilësisë (pesha 2)

Institucioni ka një dokument të shkruar për vizionin dhe objektivat. Përbërja e komitetit është e shkruar. Anëtarët janë përfaqësues nga radhët e mjekëve, infermiereve dhe administratës.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

J.1.3. Ka koordinator të ngarkuar të emëruar për përmirësimin e cilësisë, sigurisë së kujdesit shëndetësor. (pesha 2)

Detyrat e koordinatorit janë të shkruara. Koordinatori organizon të gjitha grupet e punës për përmirësimin e cilësisë.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

J.1.4. Institucioni ka një plan të shkruar për përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë së kujdesit shëndetësor. (pesha 2)

Plani përfshin:
Kriteret për vendosjen e prioriteteve;
Përshkrimin e metodologjisë që do të përdoret;
Përshkrimin e masave vepruese;
Monitorimin e rezultateve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

J.1.5. Ka një rregullore të shkruar për regjistrimin dhe raportimin e gabimeve dhe incidenteve. (pesha 3)

Këtu përfshihen:
Lista e incidenteve që duhet të raportohen
Personat përgjegjës për fillimin e procedurës së raportimit
Si, kur dhe kush do të hulumtojë incidentet
Mësimet e nxjerra masat për korrigjime

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

J.1.6. Institucioni ka udhëzues klinik dhe protokolle të bazuara të praktikës më të mirë për gjendjet më të shpeshta klinike. (pesha 3)

Personeli shëndetësor është trajnuar në lidhje me udhëzuesit dhe protokollat dhe i zbaton ato në praktikën e punës.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

F.1.7. Institucioni mbikëqyr cilësinë e shërbimeve mjekësore duke mbledhur, sistemuar dhe analizuar të dhënat. (pesha 3)

Vezhgimi :
Personat përgjegjës që vlerësojnë institucionin, vërtetojnë nëse ka komitet për cilësinë dhe nëse ka një plan për përmirësimin e cilësisë.

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

J. ANALIZA E RASTEVE DHE REZULTATEVE

Përmbajtja: Institucioni ka një plan të shkruar për përmirësimin e cilësisë së punës dhe për analizën e rasteve në grup.(pesha 3)

Institucioni ka sistemin për të shqyrtuar kujdesin ndaj pacientit. Institucioni ka planin e qartë për të shqyrtuar kujdesin ndaj pacientit që përfshin: një listë të aktiviteteve të veçanta (takime, seminare, shqyrtime të dosjeve, etj.), frekuencën e aktiviteteve të tilla, procedurat e përdorura në shqyrtim dhe mekanizmin për të shpërndarë konkluzionet që janë nxjerrë në institucion.

Sistemi përfshin së paku:

Takimet e shqyrtimit të rasteve kryesore të ndërmarrë nga personeli mjekësor për të shqyrtuar rastet e zgjedhura që kanë tendencë përkeqësimi, ose janë me rrezik të lartë (së paku një takim në muaj)

Rishqyrtimi kolegjal i modelit të kartelës mjekësore të pacientit për të siguruar që ofruesit e shërbimeve shëndetësore pajtohen me udhërrëfyesit klinikë për shërbimet që ofrohen në institucion

Rishqyrtimi duhet të ekzaminojë përshtatshmërinë e diagnozës dhe planit të trajtimit.

Bëhen vizitat ditore për pacientët për të shqyrtuar dhe vlerësuar prognozën

Shqyrtimi i kartelave mjekësore mbi vdekshmerinë dhe rrezikun e lartë për semundshmerinë.

Shqyrtimi i kartelave

Raportet nga takimet e shqyrtimit kolegjal ose takimet për shqyrtimin e rasteve

Ekzistojnë procesverbalet e takimeve të shqyrtimit të rasteve

Ekziston agjenda/procesverbali nga takimi

Të dhënat e dokumentuara për veprimtarinë e ndërmarrë për të përmirësuar problemet e identifikuara ndaj kujdesit të pacientit (merr së paku 3 pacientë, me problemet shëndetësore të identifikuara në takim dhe shqyrto veprimin e ndërmarrë në të gjitha fushat dhe hapat e zbatuara drejt përmirësimit të cilësisë)

Intervista me mjekun

Mjeku është i informuar për takimet e rishqyrtimit kolegjal

Mjeku ftohet gjithmonë të marr pjesë në takime

Mjekut i kërkohet që të jetë i pranishëm dhe të diskutojë rastin e tij/saj

Mjeku merr pjesë në takim gjithmonë, ose pjesën më të madhe të kohës

Veprimi i ndërmarrë nga mjekët, madje ndërrimi i performancës bazuar në problemet e identifikuara në takim

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

K. OBJEKTIVAT E MJEKËSISË FAMILJARE

K.1. Parandalimi i Sëmundjeve

Përmbajtja: Institucioni ka rregullore dhe procedura për masat për parandalimin e sëmundjeve që përballon Institucioni. (pesha 2)

Institucioni ka dokument të shkruar për mënyrën e parandalimit të sëmundjeve apo gjendjeve më të shpeshta, të cilin e ka hartuar duke u bazuar në të dhënat e analizuara nga sistemi i vetë informimit shëndetësor.

VLERËSIMI

QENDRA KOMBËTARE E CILËSISË, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË
INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Verifikimi i dokumentit, rregullores apo procedurave të aprovuara
Intervista e punonjësve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

K.2. VAZHDIMËSIA E KUJDESIT

Përmbajtja: Institucioni ka rregullore dhe procedura për vazhdimësinë e kujdesit. (pesha 1)

Institucioni ka dokument të shkruar për mënyrën e ndjekjes së pacientëve sidomos atyre kronike, duke u bazuar në të dhënat e analizuara nga sistemi i vet i informimit shëndetësor.

VLERËSIMI

Verifikimi i dokumentit, rregullores apo procedurave të aprovuara
Intervista e punonjësve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

K.3. SISTEMI I REFERIMIT

Përmbajtja: Institucioni ka dhe zbaton rregullore dhe procedura të shkruara për mënyrën e referimit të pacientëve në institucionet e tjera. (pesha 3)

Të gjithë pacientët kur mjeku e quan të nevojshme referohen në qendra kompetente. Sistemi i referimit përfshin në minimum:

Identifikimi i vend-ndodhjeve të qendrave në të cilat pacientët referohen sipas tipit të shërbimit

Sistemi i raportimit të dyanshëm, mirë i percaktuar në mes të institucioneve në të cilat pacientët referohen

Një listë të gjendjeve/sindromave që kërkojnë referim bazuar në udhërrëfyesit klinike.

Shqyrtimi i dosjeve

Lista e qendrave për referime sipas tipit të shërbimit.

Numrat e telefonave dhe adresave për aktivitete referuese

Ekzistojnë marrëveshjet/kontratat për aktivitetet referuese.

Marrëveshjet për shërbime të auto-ambulancave.

Ekziston lista e numrave të telefonave të qendrave që kanë auto-ambulancave.

Mundesi shqyrtimi i dosjeve të përzgjedhura mjekësore të pacientëve të referuar:

Referimi në qendrën e duhur i dokumentuar

Raportet prej qendrave të referimit të bashkangjitura kartelave

Diskutimi me mjekun

Ofruesit e shërbimeve shëndetësore kanë kopje të listës të qendrave sipas llojit të shërbimit

Ofruesit e shërbimeve shëndetësore janë të njohur me politikën referuese.

Ofruesit e shërbimeve shëndetësore implementojnë rregulloret referuese.

VLERËSIMI

Verifikimi i dokumentit, rregullores apo procedurave të aprovuara
Intervista e punonjësve

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2- (pjesërisht përputhje), ose 3- (përputhje e plotë)

INDIKATORËT KRYESOR PËR MATJEN E CILËSISË NË KUJDESIN PARËSOR

A. INFRASTRUKTURA (SHIH PËR HOLLËSI ANEKSIN 2)

Objekti i qendrës shëndetësore të kujdesit parësor

1. Nëse qendra është mbi katin e parë ajo ka ashensor
2. Qendra ka tualet për pacientët, i cili ka ujë të rrjedhshëm dhe sapun për larjen e duarve
3. Qendra ka vende-ulëse të mjaftueshme për pacientët, që ata të mos rrinë në këmbë në dhomën e pritjes
4. Ka vend për vendosjen e karrocave të fëmijëve të vegjël
5. Pacientët konstatojnë që qendra është e pastër
6. Pacientët konstatojnë që qendra mbahet e mirë-rregulluar

Pajisjet mjekësore përfshirë edhe barnat

7. Pajisjet bazë për funksionimin e një institucioni të kujdesit parësor janë në dispozicion
8. Qendra disponon pajisjet e dhënies së ndihmës së shpejtë dhe të emergjencës
9. Qendra ka një inventar të hollësishëm për barnat, që duhet të jenë në dispozicion në çdo kohë
10. Lista e barnave kryesore të emergjencës është e disponueshme
11. Qendra ka një listë-inventar të gjithë barnave si dhe çfarë barnash duhet të gjenden në çantën e mjekut në çdo kohë
12. Përmbajtja e barnave të çantës të mjekut është e plotë
13. Barnat e çantës së mjekut nuk janë të skaduara
14. Qendra ka një frigorifer për barnat që duhet të ruhen në temperaturë 2-10 gradë
15. Qendra i mban të gjitha barnat të ruajtura mirë (që të mos preken nga fëmijët dhe pacientët).
16. Mjete (sapun, detergjent, peshqirë apo pajisje tharëse) për larjen/tharjen e duarve janë të pranishme në çdo dhomë konsultative apo ekzaminuese

Pajisjet jo mjekësore

17. Qendra ka të paktën një kompjuter për personelin
18. Qendra ka lidhje me internet
19. Të gjithë kompjuterët janë të mbrojtur nga nderhyrja e të huajve (me password dhe antivirus)
20. Qendra ka sistem telefonik për tu lidhur brenda dhe jashtë saj.

Orari i shërbimit të qendres

21. Pacientët në qender kanë përshtypjen se mund të kontaktojnë qendren lehtësisht me telefon
22. Personeli shëndetësor bën vizita në shtëpi për pacientët e pamundur fizikisht ose që nuk mund të ecin
23. Pacientët e qendres kanë mundësi të kontaktojnë mjekun përmes telefonit
24. Qendra ka një sistem për caktimin e kohës ekzakte të vizitës
25. Pacientët që kontaktojnë qendren jashtë orarit zyrtar, kanë mundësi për të marrë shërbimin qendres sipas rregullores së menaxhimit të këtyre rasteve
26. Personeli i recepsionit është i trajnuar për të njohur rastet urgjente dhe për të reaguar profesionalisht
27. Ka një tabelë jashtë ndërtesës së qendres, e cila tregon orarin e punës dhe institucionet ku merret shërbimi pas orarit zyrtar

B. BURIMET NJEREZORE

Personeli

28. Personeli jo mjek ka kontrata me qendren shendetesore
29. Personeli i qendres ka kualifikim të përshtatshëm e të dokumentuar

Ekipi

30. Përgjegjësit e secilit ekip janë të qartësuar mirë
31. Përgjegjësitë e secilit brenda ekipit janë kuptuar nga secili
32. Personeli merr pjesë rregullisht në mbledhje

Edukimi dhe trajnimi

Kushtet e punës

33. Personeli punon në një atmosferë të kënaqshme pune
34. Qendra ka një politikë që i lejon personelit të ofrojë sugjerime për përmirësimin e punës menaxhuese

C. INFORMACIONI

Të dhënat klinike dhe të dhëna të tjera

35. Qendra ka një sistem regjistrimi të të dhënave të kompjuterizuara
36. Secila kartelë e pacientit përmban:
 - 36.1. Nr. e telefonit,
 - 36.2. Profesionin
 - 36.3. Historinë familjare (anamnezën)
37. Në secilën kartelë regjistrohen po ashtu:
 - 37.1. Arsyeja përse pacienti paraqitet në qender
 - 37.2. Diagnozën apo problemin
 - 37.3. Të dhënat që mbështesin diagnozën apo problemin
 - 37.4. Planin e trajtimit
 - 37.5. Nëse përshkruhet bari në recetë, jepet kohë-zgjatja, doza dhe mënyra e administrimit.
 - 37.6. Në kartelë shënohen sugjerimet e bëra pacientit
38. Kartela përmban rezultatet laboratorike e shenime diagnostike të tjera
39. Pacientët që marrin barna të rregullta rivizitohen të paktën një herë në muaj
40. Kompjuteri përdoret për:
 - Regjistrimin e pacientit me të dhëna mjekësore
 - Letrat e referimit

Sistemi i komunikimit dhe shpërndarjes së informacionit me kolegë dhe ofrues të tjerë të shërbimeve shëndetësore

41. Qendra merr informacion për punën e bërë gjatë 24 orëve për vizita jashtë orarit të rregullt
42. Qendra ka versionin më të fundit të listës telefonike të gjithë ofruesve të shërbimit shëndetësor
43. Kopjet e letrave referuese mbahen në kartelën e pacientit
44. Letra referuese përmban:
 - 44.1. Informacionin bazë dhe historinë e sëmundjes
 - 44.2. Problemin
 - 44.3. Ekzaminimet kryesore të gjetura
 - 44.4. Trajtimi aktual
 - 44.5. Arsyen e referimit

Sistemi për përpunimin e informacionit

45. Qendra ka procedura që mundësojnë që informacioni klinik është parë nga mjeku i familjes përpara se të plotësohet kartela mjekësore
46. Qendra ka procedura që bëjnë të mundur që informacioni që vjen (letra, rezultate ekzaminimesh) futen në dosje dhe vendosen në kartelën e pacientit

Informacioni për pacientin dhe nga pacienti lidhur me qendren , politikën e saj dhe mjedisin për rreth

47. Fletë-palosja për informacionin për qendren përmban:
- 47.1. Emrat e mjekëve të familjes që punojnë në qender
 - 47.2. Adresën dhe telefonat e qendres
 - 47.3. Orarin e konsultimeve

Informacione shkencore për personelin

Informacioni për pacientët lidhur me shërbimet klinike që ofron qendra

D. FINANCA

Planifikimi financiar

Monitorimi i planit financiar

Drejtuesit e financës dhe përgjegjësitë

48. Përgjegjësia për menaxhimin financiar të qendres është tepër i qartë
49. Secili mjek është i siguruar
50. Secili anëtar i personelit është i siguruar

Raporti vjetor

51. Qendra ka një raport financiar vjetor që përfshin të ardhurat dhe shpenzimet

E. CILËSIA DHE SIGURIA

Politika e cilësisë

52. I tërë personeli është përfshirë në politikën e përmirësimit të cilësisë

Zbulimi i problemeve që lidhen me cilësinë dhe sigurinë

Siguria e personelit dhe pacientëve

53. Ndalohet duhan-pirja në mjedisin e qendres.
- Qendra ka:
- 54. Një autoklav apo sterilizator
 - 55. Një kontenier për pajisje të përdorura
 - 56. Një kontenier të posaçëm që nuk lejon rrjedhje të materialeve infektive apo mbeturinave të rrezikshme
 - 57. Një kontenierë për materiale të mprehta
 - 58. Pajisje mbrojtëse kur punohet me gjak, lëngje trupore (doreza, përparëse, mbulesa, etj..)
 - 59. Mjet zjarr-fikës

F. INDIKATORËT PËR TË DREJTAT E PACIENTIT

Institucioni i siguron pacientit informacione të shkruajtura në lidhje me:

60. Llojet e shërbimeve që ofron institucioni.

61. Shërbim mjekësor 24 orë.
62. Pagesën e shkruar për çdo shërbim ose për çdo kontribut shtesë për secilin shërbim
63. Pacienti ka mundësinë e duhur për të identifikuar personelin.
64. Institucioni i siguron pacientit shërbim duke vlerësuar të drejtat e tyre.
65. Pacienti është i informuar për të drejtat që i përkasin.
66. Vizita bëhet në bazë të ruajtjes së rregullave.
67. Prania e personit të tretë gjatë vizitës bëhet vetëm me pëlqimin e pacientit.
68. Pacientit i jepet informacioni i plotë për gjendjen e tij shëndetësore.
69. Pacienti merr pjesë në planifikimin e vizitës, konsultës dhe kurimit të aprovuar nga mjeku.
70. Pacienti ka të drejtë të shohë dokumentin e tij mjekësor.
71. Pacienti bie dakord për të marrë pjesë në vizitën klinike dhe eksperimentin kurues.
72. Institucioni krijon mundësinë e ankesës dhe analizës së rasteve të depozituara.
73. Kartelat mjekësore dhe dosje të tjera të pacientit ruhen mirë jashtë prekjës nga persona të paautorizuar
74. Biseda në recepsion nuk dëgjohej nga pacientë të tjerë
75. Biseda në dhomën e konsultës nuk dëgjohej nga pacientë të tjerë.

G. INDIKATORËT E KUJDESIT TË PËRGJITHSHËM NDAJ PACIENTIT

76. Qendra vepron për sigurimin e shërbimit të përhershëm.
 - a. Drejtuesit vlerësojnë shpeshësinë e ardhjes së pacientëve.
 - b. Drejtuesit vlerësojnë mënyrën e drejtimit dhe pranimit të pacientëve.
77. Mjekët e qendres bëjnë vizita shtëpiake.
78. Pacienti informohet me telefon.
79. Grupet dispanserike.
 - a. Qendra ofron programin e shërbimit dispanserik.
 - b. Qendra realizon programin e shërbimit dispanserik para lindjes.
80. Shërbimi para lindjes.
81. Shërbimi terminal.
82. Vizita profilaktike.
 - a. Njësia ofron programin e vizitave profilaktike.
83. Vaksinat mbrojtëse.
 - a. Qendra ofron planin e vaksinave.
 - b. Qendra realizon vaksinat mbrojtëse.
84. Edukimi i pacientit dhe familjes.
 - a. Përcaktimi i listës së sëmundjeve për edukimin e pacientit.
 - b. Qendra ofron programin edukativ.
 - c. Qendra realizon programin edukativ.
85. Barnat jepen nëpërmjet një personeli të kualifikuar.
86. Qendra përcakton se çfarë barnat dhe vaksinash janë të sugjeruara për të.
87. Personeli që jep barnat e njëj procedurën e dhënies së tyre, gjithashtu komplikacionet e mundshme dhe di si t'i trajtojë ato.
88. Institucioni njih procedurat e përdorimit të substancave biologjike (si vaksinat).
89. Institucioni ofron sistemin e ruajtjes së vetive të vaksinave dhe barnave , të cilat kërkojnë temperaturë të ulët.
90. Vetëm personeli i përcaktuar ka të drejtë të hyjë në vendin e ruajtjes së barnave, të cilat kërkojnë temperaturë të ulët.
91. Janë përpunuar procedurat e kontrollit të vlefshmërisë së ruajtjes së barnave dhe preparateve mjekësore, gjithashtu procedurat e ndërhyrjes me barna jashtë vizitës në institucion.
92. Përmbajtja e çantës mjekësore
93. Qendra ofron sistemin efektiv të ndërhyrjes në gjendjet me rrezik jete.
94. Qendra përpunon listën e barnave dhe materialeve të domosdoshme në rastet e papritura.
95. Personeli njih përdorimin, vendin e ruajtjes së barnave , gjithashtu veglave të përdorura në rastet e papritura.

96. Barnat, veglat dhe materialet e përdorura në rastet e papritura duhet të jenë gjithmonë në dispozicion dhe të siguruara.
97. Qendra ofron sistemin efektiv në thirrjen e ndihmës në rastet me rrezik jete.
98. Qendra ofron standardet sanitaro-higjienike, të cilat janë:
 - a. Larja, dezinfektimi, sterilizimi i veglave.
 - b. Materiale një përdorimshe.
 - c. Ruajtja e kushteve sanitare.

H. INDIKATORËT E SHËRBIMEVE MBËSHTETËSE

99. Institucioni ofron siguri të plotë të rezultateve të vizitave laboratorike.
100. Rregullat e marrjes, ruajtjes dhe transportimit të materialeve në laborator janë të njohura.

J. INDIKATORËT E PËRMIRËSIMIT TË CILËSISË

101. Institucioni ofron planin e vlerësimit të përhershëm dhe përmirësimin e cilësisë.
102. Institucioni ka përgjegjës për sigurimin e cilësisë.
103. Institucioni ka komitet të përmirësimit të cilësisë
104. Institucioni ofron programe edukimi në përmirësimin e cilësisë
105. Pjesëmarrja e rregullt në programet e edukimit për cilësinë.
106. Mbikëqyrja e kenaqesise së pacientëve.
 - a. Institucioni sistematikisht përcjell studimin e opinionit personal të pacientëve ose shfrytëzon studimet e jashtme.
 - b. Konkluzionet e studimeve të kenaqesise te shfrytëzohen për ndreqjen e cilësisë së shërbimeve.