

ИНТЕГРИСАНИ ПЛАН СТАЛНОГ УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА РАДА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

ЗА 2024. ГОДИНУ

Назив здравствене установе Дом здравља Крагујевац

Назив здравствене установе у саставу _____

Табела 1. Показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	Повећање обухвата регистрованих корисника старијих од 65 година вакцином против сезонског грипа	2	План позивања ризичних група на вакцину Медијска промоција Рад са пацијентима на нивоу изабраног лекара	2024. година	Начелник Опште медицине Шефови служби ПР Изабрани лекари	Повећање процената вакцинисаних 3%
2.	Повећање процента регистрованих корисника обухваћених скринингом кардиоваскуларног ризика и ризиком на тип 2 ДМ у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва. У 2023. био је КВБ - 5,25% ДМ тип 2 - 9,10%	1	Израда Плана превентивних активности по лекару Израда протокола за позивање пацијената Омогућити у служби лекарима који желе да раде одвојено превентиву од куративе („Дан за превентивне прегледе“) Праћење одазива и извештавање по лекару на месечном нивоу Достављање месечних извештаја начелнику Анализа резултата Повратне информације шефовима служби и запосленима Креирање нових мера на месечном нивоу	Током 2024. године	Начелник службе, др Сања Којић Шефови служби Комисија за унапређење квалитета рада	Повећање процента 3%

3.	Повећање процента регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен ФОК тест У 2023. години је био 10,29 %	1	Израда плана превентивних активности за скрининг на колоректални карцином по лекару Креирање базе осигураника из циљне групе по годишту и по лекару за позивање Праћење одазива и извештавање по лекару Достављање месечних извештаја начелнику Анализа резултата Повратне информације шефовима служби и запосленима Креирање нових мера на месечном нивоу Нови циклус...	Током 2024. године	др Славица Букумира, шеф одеље.соц.мед. Начелник службе, др Сања Којић, Шефови служби Комисија за унапређење квалитета рада	Повећање процента упућених пацијената старијих од 50 год на ФОК тест за 5%
4.	Повећања процента оболелих од ДМ којима је урађен преглед стопала. У 2023. тај проценат је износио 10,58%	1	Повећање нивоа свести и знања изабраних лекара о значају прегледа стопала код дијабетичара Едукације лекара	Током 2024. године	др Сања Којић, начелник Шефови служби Предавачи по избору	Повећање 3%
5.	Повећања процента оболелих од ДМ који су упућени на преглед очног дна. У 2023. тај проценат је износио 9,58%	1	Праћење тромесечно, у одељењу Социјалне медицине Извештаји начелнику др Сањи Којић и шефовима служби Повратне информације запосленима на месечним састанцима Израда корективних мера	Током 2024. године	Др Славица Букумира, шеф одељења соц.мед. Др Сања Којић, начелник службе	Повећање 5%
6.	Повећање процента корисница од 50-69 година обухваћених скринингом на рак дојке У 2023. години био је 2,02%	1	Израда плана превентивних активности по лекару Креирање базе осигураника из циљне групе жена по годишту и по лекару за позивање Организација рада мамографа у две смене Довољан број термина у ИЗИС-у за мамографију	Током 2024. године	Менаџмент Начелник службе гинекологије Начелник службе радиологије Главна сестра гинекологије Главна сестра радиологије	Повећање процента корисница од 50-69 година обухваћених скринингом на рак дојке за 8%

			Израда документације за праћење одазива и извештавање по лекару Анализа одзива на недељном и месечном нивоу Повратне информације запосленим Корективне мере Нови циклус...		Стручни тим за координацију скрининга Комисија за унапређење квалитета рада Одељење социјалне медицине	
7.	Смањење броја упута за специјалистичко-консултативни преглед у укупном броју посета изабраном лекару у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва. У 2023. години тај однос био је 0,24	2	Израда Плана циљаних едукација према: - оптерећености морбидитетом -результатима анализе упућивања -према детектованим потребама корисника Смањење заказивања честих контрола од стране специјалиста Спец-консултативне службе Дома здравља Подизање нивоа свести корисника о значају изабраног лекара Праћење броја упута тромесечно Повратне информације запосленима Корективне мере	Током 2024. године	Дејан Стевановић, ИГ (Хелиант) Др Славица Букумира, социјална медицина Начелник службе др Сања Којић Комисија за праћење и унапређење квалитета рада Шефови служби ПР Дома здравља Изабрани лекари и сестре	Смањење односа упућених пацијената у укупном броју прегледа за 1%
8.	Повећање процента искључиво дојене одојчади са навршена 3 месеца. У 2023. тај проценат износио је 34,80%	1	Израда плана промоције дојења Промоција дојења у медијима и путем саветовалишта за дојење Рад патронажних сестара са трудницама и породиљама Здравствено-васпитни рад са трудницама у служби гинекологије, педијатрије и школи за труднице Мере подршке дојењу, рад са породицом	Током 2024. године	Стручни тим ДЗ за подршку дојењу ПР Патронажна служба Школа за труднице Саветовалиште за дојење Начелник службе гинекологије Начелник службе педијатрије за предшколску децу	Повећање 3%

Табела 2. Задовољство корисника

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	Смањење процента корисника који су на питање да ли су урадили скрининг на карцином дебелог црева дали негативан одговор. У 2023. години тај проценат у Служби опште медицине је био 56,4%	1	Повећање броја превентивних прегледа Промотивне и здравствено-васпитне активности о значају превентивних прегледа у очувању здравља	Током 2024. године	Начелник Шефови служби тимови лекар/сестра	Смањење процента за 5%
2.	Смањење процента корисница које су на питање да ли су урадиле скрининг на карцином грлића материце дале негативан одговор. У 2023. години тај проценат у Служби гинекологије је био 32,0%	1	Интензивирано позивање жена на скрининг рака грлића материце Повећање броја скрининг прегледа у Служби гинекологије	Током 2024. године	Начелник службе, шефови одељења тимови	Смањење процента за 3%
3.	Смањење процента корисница које су на питање да ли су урадиле скрининг на рак дојке дале негативан одговор. У 2023. години тај проценат у Служби гинекологије је био 46,9%	1	Израда плана активности за повећање броја превентивних прегледа Интензивирано позивање жена на скрининг рака дојке Креирање базе осигураница из циљне групе жена по годишту и по лекару за позивање Организација рада мамографа у две смене Праћење на месечном нивоу	Током 2024. године	Начелник службе Шефови служби Изабрани лекари/сестре	Смањење процента за 8%

			Повратне информације запосленима План корективних мера			
4.	Смањење процента корисника који су на питање да ли су урадили скрининг на КВБ дали негативан одговор. У 2023. години тај проценат у Служби опште медицине је био 53,6%	1	Израда плана активности за повећање броја превентивних прегледа Праћење на месечном нивоу Повратне информације запосленима План корективних мера	Током 2024.године	Начелник службе Шефови служби Тимови	Смањити проценат за 3%
5.	Смањење процента корисника који су на питање да ли су урадили скрининг на ДМ тип 2 дали негативан одговор. У 2023. години тај проценат у Служби опште медицине је био 46,6%	1	Израда плана активности за повећање броја превентивних прегледа Праћење на месечном нивоу Повратне информације запосленима План корективних мера	Током 2024.године	Начелник службе, шеф службе, тимови	Смањење процента за 3%
6.	Смањење процента корисника који су на питање да ли су од изабраног лекара добили савет о штетности злоупотребе алкохола/ пушења/ дрога/ одбрани од стреса/ важности сигурног секса дали одговор да није било потребно. У 2023. години тај проценат у службама педијатрије је био >40%.	1	Израда плана здравствено-васпитних активности у службама педијатрије у установи и заједници. Интензивирао саветовање о здравим стиливима живота деце и младих.	Током 2024.године	Начелници служби Шефови служби Тимови Координатор за здравствено-васпитање Координатор саветовалишта за младе	Смањење процента за 3%

Табела 3. Задовољство запослених

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	Смањење процента запослених који су приликом обављања посла напети, под стресом или притиском. У 2023. години да је под стресом изјавило је 33,1% запослених	1	Праћење оптерећења по службама и по лекару Поштовање норматива Мере менаџмента за растерећење запослених	Током 2024. године	Менаџмент Дома здравља, руководиоци организационих јединица Начелници служби	Смањење оних који су приликом обављања посла изјавили да су под стресом или притиском за 3%

Табела 4а. Препоруке и предлози мера на основу спољне провере квалитета стручног рада – редовна провера

Датум редовне провере: 07.11.2022. године

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
1	Адекватна организација простора за тимски рад и раздвајање картотеке по тимовима у оквиру могућности	2	Изградња централног објекта за здравствену заштиту предшколске деце са Развојним саветовалиштем	2024. година	Менаџмент Дома здравља Министарство здравља Град Крагујевац	

Табела 46. Препоруке и предлози мера на основу унутрашње провере квалитета стручног рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	Унапређење заказивања прегледа код изабраних лекара	1	Поштовање процедура о заказивању, пријему и тријажи Едукација запослених Едукација пацијената. Анализа резултата заказивања. Састанци у оквиру служби	Током 2024. године	Начелници служби, Шефови огранака главне сестре служби, Тимови ИЛ/сестра	Већи проценат заказаних у односу на незаказане пацијенте
2	Редовно пријављивање нежељених догађаја у свим службама	1	Мотивисање запослених да пријављују нежељене догађаје Јасно истакнута обавештења за пацијенте Периодичне анализе нежељених догађаја и израда плана корективних мера у службама	Током 2024. године	Начелници служби Шефови огранака Главне и надзорне сестре	Повећање броја пријављених нежељених догађаја и адекватно претварање података у информације које ће служити за доношење одлука и мера корекције
3.	Континуирана циљана едукација запослених на основу уочених потреба корисника	1	Акредитовање одговарајућих курсева, радионица и предавања у оквиру установе Одређивање параметара за праћење учинка едукација	Током 2024. године	Комисија за континуирану медицинску едукацију Комисија за праћење и унапређење квалитета	Повећање броја акредитованих предавања Бољи параметри учинка, веће задовољство и запослених и корисника, смањење броја упута за специјалистичко консултативне прегледе Бољи здравствени исходи
4.	Унапређење вођења медицинске документације	1	Поступање у складу са процедуром за вођење и унапређење вођења медицинске документације Израда чек листе за вођење медицинске документације	Током 2024. године	Комисија за праћење и унапређење квалитета рада Начелници служби Шефови огранака	Унапређење вођења медицинске документације према законским регулативама и акредитацијским стандардима

			<p>Израда шаблона у електронском картону</p> <p>Месечне контроле вођења медицинске документације, достављање извештаја начелнику</p> <p>Повратне информације запосленима</p> <p>Корективне мере</p>			
5	Повећање процента превентивних прегледа у свим службама	1	<p>Израда плана превентивних прегледа у свим службама</p> <p>Позивање пацијената</p> <p>Анализа учинка месечно</p> <p>Повратне информације запосленима</p> <p>Израда корективних мера</p>	Током 2024. године	<p>Начелници служби</p> <p>Шефови одељења</p> <p>Главне и надзорне сестре</p> <p>Комисија за праћење и унапређење квалитета</p>	Повећање превентивних прегледа за 5% на годишњем нивоу

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

Тим за здравствену заштиту одраслог становништва

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приориитета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са законом о здравственом осигурању	1	Служба је предузела следеће мере: 1.направљен је годишњи и месечни план превентивних прегледа и скрининга 2.шефови амбуланци су направили месечни план превентивних прегледа по лекару 3.одржавани су састанци где је вршена евалуација урађеног и предлагане су даље мере и активности	12/2024	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова	Скрининзи: 1. Депресија – 10672 2. ДМ – 7829 3. КВБ – 5624 4. Карцином колона – 17010 5. Спровођење имунизације - 11382 6. Превентивни преглед одраслих 19-34 године- 2750 7. Превентивни преглед одраслих преко 34 године- 4520
2.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа	1	Служба је предузела следеће мере: 1.направљен је годишњи и месечни план превентивних прегледа и скрининга 2.шефови амбуланци су направили месечни план превентивних прегледа по лекару 3.одржавани су састанци где је вршена евалуација урађеног и предлагане су даље мере и активности	12/2024	Начелник Службе: Спец. Др Сања Којић Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова	Скрининзи: 1. Депресија – 10672 2. ДМ – 7829 3. КВБ – 5624 4. Карцином колона – 17010 5. Спровођење имунизације - 11382 6. Превентивни преглед одраслих 19-34 године- 2750 7. Превентивни преглед одраслих преко 34 године-4520

3.	Критеријум 1.3 Превентивни прегледи се планирају, а пацијенти се унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа	1	Служба је предузела следеће мере: 1.направљен је годишњи и месечни план превентивних прегледа и скрининга 2.шефови амбуланти су направили месечни план превентивних прегледа по лекару 3.одржавани су састанци где је вршена евалуација урађеног и предлагане су даље мере и активности	12/2024	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова	Скрининзи: 1. Депресија – 10672 2. ДМ – 7829 3. КВБ – 5624 4. Карцином колона – 17010 5. Спровођење имунизације –11382 6. Превентивни преглед одраслих 19-34 године- 2750 7. Превентивни преглед одраслих преко 34 године- 4520
4.	Критеријум 1.4 Истражује се и анализира одазив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одазива пацијената	1	План и садржај превентивног прегледа се ради на почетку године и квартално се врши анализа извршења. Превентивни прегледи се евидентирају у медицинској документацији. Шефови и начелник Службе да ураде анализу одазива на превентивне прегледе по кварталима.	12/2024	Начелник Службе: Спец.др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова	Превентивни прегледи одраслих: Очекује се да се број превентивних прегледа повећа 10%.
5.	Критеријум 1.5 Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дебелог црева	1	Служба није била у могућности да преузме адекватне мере и активности због актуелне епидемиолошке ситуације. Договор је на сваком тиму да у зависности од епидемиолошке ситуације организује превентивне прегледе.	12/2024	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова	Циљани прегледи одрслих: Очекује се да се број превентивних прегледа повећа 10%.
6.	Критеријум 2.5 Пацијенту, односно породици пацијента пружају се информације о раду организационе јединице	1	На огласним таблама у свим организационим јединицама су јасно истакнута сва обавештења за пацијента. Све информације о раду организационе јединице могу се добити и путем телефона или кол центра, као и на сајту Дома здравља.	одмах	Начелник Службе: Спец.др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова	Очекује се да се на свим пунктова поштује процедура о информисаности о раду организационе јединице.

7.	Критеријум 3.1 Потребе пацијената у смислу примене мера превенције, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу	1	Лекар узима анамнезу, обавља физикални преглед, упућује на додатну дијагностику, обавља или заказује превентивни рад, одређује одговарајућу терапију или упућује на рехабилитацију а учествује у палијативном лечењу и све то уноси у здравствени и електронски картон и даље прави план лечења.	одмах	Начелник Службе: Спец.др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се да се медицинска документација правилно води у 85% здравствених картона.
8.	Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента	1	Очекује се уредно вођење свих здравствених картона и доследна примена процедуре о вођењу здравствених картона. Потребна је контрола вођења медицинске документације од стране шефова и начелника службе.Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у лечење.	12/202 4	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс , Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се да се медицинска документација правилно води у 85 % картона
9.	Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом или са породицом пацијента. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено	1	Очекује се уредно вођење свих здравствених картона и доследна примена процедуре о вођењу здравствених картона. Потребна је контрола вођења медицинске документације од стране шефова и начелника службе.Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у план лечења.	12/202 4	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс , Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се да се медицинска документација правилно води у 85 % картона
10.	Критеријум 4.3 План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијената	1	Сви здравствени радници су упознати са садржајем здравственог картона и протокола болесника где се воде сви релевантни параметри за дијагнозу и лечење.	одмах	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се потпуно спровођење процедуре.
11.	Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента.	1	Сви здравствени радници су упознати са садржајем здравственог картона и протокола болесника где се воде сви	одмах	Начелник Службе: Спец.др Сања Којић,	Очекује се потпуно спровођење процедуре.

			релевантни параметри за дијагнозу и лечење. Потребно је периодично спроводити контролу вођења медицинске документације. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у лечење.		Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	
12.	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира	1	Очекује се правилна примена процедуре за вођење здравственог картона. Унутрашња контрола од стране начелника.	одмах	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се потпуно спровођење процедуре
13.	Критеријум 5.2 Промена циља лечења се евидентира у здравственом картону	1	Очекује се правилна примена процедуре за вођење здравственог картона. Унутрашња контрола од стране начелника службе. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у податке о пацијенту.	одмах	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се потпуно спровођење процедуре
14.	Критеријум 5.3 Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону	1	Очекује се правилна примена процедуре за вођење здравственог картона. Унутрашња контрола од стране начелника службе. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у податке о пацијенту.	одмах	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се потпуно спровођење процедуре
15.	Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијента	1	Здравствени радници који су део тима који учествује у лечењу пацијената су упознати са променом у плану лечења што је омогућено уредним вођењем	одмах	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић,	Очекује се потпуно спровођење процедуре

	обавештавају се о промени плана лечења		медицинске документације. О промени плана лечења се обавештавају други здравствени радници на упућу за специјалистички преглед		Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављеви, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	
16.	Критеријум 5.5 Промена плана лечења разматра се са пацијентом односно са породицом пацијента	1	Очекује се да пацијент или породица својим потписом у здравственој документацији и стављањем печата од стране здравственог радника буду упознати са лечењем и променама у лечењу Контрола медицинске документације.	12/2024	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се да у 90% картона буде сагласност пацијента са печатом.
17.	Критеријум 6.1 У здравствени картон се уноси резиме лечења који обухвата: <ul style="list-style-type: none"> • Разлог за посету • Значајне налазе • Све обављене процедуре • Дијагнозу • Медикаментозну терапију и друге видове лечења 	1	Контрола медицинске документације. У електронски картон се евидентирају сви подаци везани за посету пацијента. На састанцима Службе се стално потенцира вођење медицинске документације по прописаној процедури.	12/2024	Начелник Службе: Спец. др Сања Којић, Главна сестра службе: вмс Наташа Милосављевић, Шефови и главне сестре пунктова, изабрани тимови	Очекује се да постоји сагласност у 90% картона.
18.	Критеријум 6.2 Обавештење о упућивању или пријему пацијента у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.	1	Одржати састанак са другим установама. Имплементацијом електронског картона добили смо бољи увид у кретање пацијента у здравственом систему.	12/2024	Начелница Службе, Спец. др Сања Којић Главна сестра Службе, Вмс Наташа Милосављевић	Очекује се да информације постоје у 90% картона.
19.	Критеријум 6.5 Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе	1	Одржати састанак са другим установама Имплементацијом електронског картона добили смо бољи увид у кретање пацијента у здравственом систему.	12/2024	Начелница Службе, Спец. др Сања Којић Главна сестра Службе, Вмс Наташа Милосављевић	Очекује се да информације постоје у 90% картона.
20.	Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента	1	Састанци са запосленима на различитим нивоима. Правовремено преношење информација. Контрола рада свих запослених од стране шефа, начелника, главних сестара и одговарајућих комисија за праћење квалитета и безбедности на раду.	12/2024	Начелница Службе: Спец. др Сања Којић Главна сестра Службе Вмс Наташа Милосављевић	Очекује се да сваки појединац преузме одговорност за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента

			Спроводи се контрола рада у оквиру службе (вођење медицинске документације, контрола стерилизације, контрола вођења евиденције о медикацијама, руковање наркотицима, одржавање и евиденција одржавања хигијене). Предузимају се активности у циљу лакшег и бржег заказивања посета код лекара преко ИЗИС-а			
--	--	--	---	--	--	--

План урадили:

Тим опште медицине

Прим др Наташа Николић, вођа тима

Датум

29.01.2024.год.

Директор

Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. Тим за здравствену заштиту жена

Р.бр	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	<p>Критеријум 1.2</p> <p>Превенција се обавља кроз два типа прегледа:</p> <ul style="list-style-type: none"> • систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу • циљани прегледи. <p>Спроводи се скрининг програми за рано откривање карцинома дојке</p> <p>Повећати обухват циљаних прегледа одређене популације на скрининг за карцином дојке</p>	1	<p>На основу плана превентивних прегледа тимске сестре писаним и телефонским путем позивају пацијенте на превентивне прегледе.</p> <p>Анализирати одазив и предлагати мере у зависности од резултата.</p> <p>Редовно спроводити проверу квалитета стручног рада од стране одговорних особа и комисија.</p> <p>Интензивирање саветодавног рада гинеколога, повећање степена информисаности жена,</p>	у континуитету до децембра 2024.	<p>Начелник службе: Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе: Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра: ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Повећање броја обављених превентивних прегледа за 5% у односу на претходну годину.</p> <p>Скрининг/ Рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 година – повећати за 5% у односу на претходну годину.</p> <p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – повећати за 10% у односу на претходну годину.</p> <p>Превентивни преглед у вези са планирањем породице – повећати за 5% у односу на претходну годину.</p> <p>Превентивни преглед трудница –</p>

			<p>штампање едукативног материјала. Појачана медијска активност свих тимова који учествују у превентивном раду.</p> <p>Приоритет комисије за квалитет је повећање превентивних прегледа у служби за здравствену заштиту жена</p>			<p>повећати за 5% у односу на претходну годину.</p> <p>Психофизичка припрема трудница за порођај –обухват трудница у истом проценту као и претходној години.</p> <p>Превентивни преглед породиља – повећати за 5% у односу на претходну годину.</p> <p>Примена процедуре у свакодневном раду</p> <p>Праћење одазива</p>
2.	<p>Критеријум 1.3</p> <p>Превентивни прегледи се планирају, а пацијенткиње се унапред, писменим путем обавештавају о датуму прегледа.</p> <p>Установити систем позивања ради бољег одзива на скрининг прегледе.</p>	1	<p>На почетку сваке године прави се План превентивних прегледа</p> <p>Од Дома здравља Крагујевац тражимо позивање жена из опште медицине, како бисмо определили нове пацијенткиње и самим тим позвали нове на превентивне прегледе</p> <p>Од Дома здравља Крагујевац тражили смо и добили могућност да можемо да позивамо жене писаним путем на превентивне прегледе, као и мобилним телефоном</p> <p>Тимске сестре прате картоне пацијенткиња и према плану превентивних прегледа врше позивање писаним путем</p> <p>Води се евиденција о обављеним превентивним прегледима и врши анализа извршења</p>	<p>Децембар 2024.</p> <p>Месечно до децембра 2024.</p> <p>Тромесечно до децембра 2024.</p>	<p>Начелник службе: Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе: Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра: ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Стално унапређење превентивног рада са очекивањем да број превентивних прегледа порасте за 5% у односу на претходну годину.</p> <p>Повећање одазива пацијенткиња на скрининг на карцином грлића материце за 5 % у односу на 2023.годину</p>

3.	<p>Критеријум 1.4</p> <p>Истражује се и анализира одзив пацијенткиња на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одзива пацијенткиња.</p> <p>Вршити анализу одазива</p>	1	<p>Редовно одржавање састанака где се прати одазив пацијенткиња на превентивне прегледе и праве планови за побољшање одазива.</p> <p>На нивоу службе раде се дневни, недељни, месечни, тромесечни, шестомесечни и годишњи извештаји у којима се прати одазив пацијенткиња.</p> <p>Интензивирање саветодавног рада гинеколога и повећање степена информисаности пацијенткиња</p>	У континуитету до децембра 2024.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Стално праћење и унапређење квалитета превентивног рада</p> <p>Стално унапређење превентивног рада са очекивањем да број превентивних прегледа порасте за 5% у односу на предходну годину.</p> <p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – повећати за 10%</p> <p>Стално праћење и унапређење квалитета превентивног рада.</p> <p>Све усвојене процедуре се примењују у пракси.</p>
4.	<p>Критеријум 2.5</p> <p>Пацијенткињи, односно породици пацијенткиње пружају се информације о раду организационе јединице.</p> <p>Омогућити бољу доступност информација</p>	1	<p>Све важне информације везане за рад службе јасно су истакнуте на свим огласним таблама службе за здравствену заштиту жена.</p> <p>Телефоном свакодневно свака од пацијенткиња може да закаже свој преглед или да исти откаже и закаже нов термин, као и преко апликације мој доктор.</p> <p>Изабрани тим има задатак да сваком од пацијенткиња или чланова њихове породице објасни дијагнозу пацијента и план његовог даљег лечења.</p>	У континуитету до децембра 20234.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Сви запослени мотивисани и едуковани да дају све неопходне информације.</p> <p>Што боља информисаност пацијенткиња.</p> <p>Све усвојене процедуре везане за информисаност пацијенткиње се примењују.</p>

5.	<p>Критеријум 3.6</p> <p>План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијенткиње</p> <p>Евидентирати план лечења у здравственом картону</p>	1	<p>Сви лекари јасно у својим здравственим и електронским картонима евидентирају план лечења пацијената и о истом га обавештавају.</p> <p>Уредно вођење здравственог и електронског картона у који се евидентира план лечења пацијента и о истом се пацијент обавештава</p> <p>Контрола вођења медицинске документације од стране главне сестре, шефа и начелника службе у складу са планом рада комисије за квалитет</p>	током 2024.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	Све усвојене процедуре везане за евидентирање у здравственом и електронском картону се примењују.
6.	<p>Критеријум 3.7</p> <p>План лечења се разматра са пацијенткињом, односно породицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено.</p> <p>У здравственом картону евидентирати да је обављено разматрање са породицом</p>	1	У здравственим и електронским картонима евидентира се долазак пацијената са чланом или члановима породице или долазак некога од чланова породице у случају немогућности доласка самог пацијента.	током 2024.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	Све усвојене процедуре везане за евидентирање у здравственом и електронском картону се примењују.

7.	<p>Критеријум 4.6</p> <p>Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.</p> <p>Едуковати запослене о значају Етичког кодекса</p>	1	<p>Сви запослени су упознати са садржајима Етичког кодекса о чему постоји писани документ.</p> <p>На првом колегијуму лекара и сестара у служби увек се прочита Етички кодекс понашања када се сви запослени још једном упознају са садржајем истог што сви приступи својим потписима и потврде.</p>	Први квартал 2024.	<p>Начелник службе: Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе: Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра: ВМС Јелена Стојановић</p>	Поштовање Етичког кодекса од стране запослених.
8.	<p>Критеријум 4.9</p> <p>Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентира се у здравственом картону пацијенткиње.</p> <p>Све релевантне информације неопходне за лечење евидентирати у здравственом картону</p>	1	<p>Потребно је периодично спроводити контроле вођења медицинске документације</p> <p>Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентирају се у здравственом и електронском картону пацијенткиње</p> <p>Шеф и главна сестра месечно обиђу по неколико организационих јединица и преконтролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.</p>	током 2024.	<p>Начелник службе: Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе: Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра: ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Све усвојене процедуре се примењују у пракси.</p> <p>Електронски картон јасно осликава процесе евидентирања и праћења рада</p>

9.	<p>Критеријум 5.1</p> <p>План лечења се редовно анализира.</p> <p>Анализа плана лечења је јасно дефинисана</p> <p>Препоручује се примена процедуре за вођење здравственог картона</p>	1	<p>План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и медицинских сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређеног пункта.</p> <p>Шеф и главна сестра месечно обиђу организационе јединице и преконтролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.</p>	током 2024.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.
----	---	---	--	-------------	---	---

10.	<p>Критеријум 5.1</p> <p>План лечења се редовно анализира.</p> <p>Анализа плана лечења је јасно дефинисана</p> <p>Препоручује се примена процедуре за вођење здравственог картона</p>	1	<p>План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређене организационе јединице.</p> <p>Шеф и главна сестра месечно обиђу организационе јединице и преконтролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.</p>	током 2024.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.
-----	---	---	---	-------------	---	---

11.	<p>Критеријум 5.2</p> <p>Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону.</p> <p>Промена циља лечења је јасно дефинисана</p> <p>Препоручује се примена уведених процедура</p>	1	<p>Циљ лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона.</p> <p>Шеф и главна сестра месечно обилазе организационе јединице и преконтролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.</p>	током 2024.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.
12.	<p>Критеријум 5.3</p> <p>Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону.</p> <p>Промена у плану лечења је јасно дефинисана</p> <p>Препоручује се јасна документација промене у плану лечења</p>	1	<p>План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и медицинских сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона.</p> <p>Шеф и главна сестра месечно обилазе организационе јединице и преконтролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.</p>	током 2024.	<p>Начелник службе:</p> <p>Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе:</p> <p>Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра:</p> <p>ВМС Јелена Стојановић</p>	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.

13.	<p>Критеријум 6.1</p> <p>У здравствени картон пацијенткиње уноси се резиме лечења који обухвата</p> <p>Разлог за посету, Значајне налазе, Све обављене процедуре, Дијагнозу, Медикаментну терапију и друге видове лечења</p> <p>Евидентирати у здравственом картону све релевантне податке везане за лечење пацијенткиње</p>	1	<p>У здравствени и електронски картон пацијенткиње по завршетку лечења уноси се резиме лечења са фотокопијама от пусних листа пацијенткиње.</p> <p>Шеф и главна сестра месечно обилазе организационе јединице и преконтролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијенткиње.</p> <p>Предлагати мере за унапређење</p>	током 2024.	<p>Начелник службе: Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе: Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра: ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Све усвојене процедуре се примењују у пракси</p> <p>Електронски картон, унутрашњи надзор и редовни састанци Службе воде унапређењу процеса рада.</p>
14.	<p>Критеријум 6.5</p> <p>Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе.</p> <p>Унапредити примену критеријума</p>	1	<p>У здравствени и електронски картон пацијенткиње по завршетку лечења уноси се резиме лечења са фотокопијама отпусних листа пацијенткиње</p>	током 2024.	<p>Начелник службе: Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе: Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра: ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Све усвојене процедуре се примењују у пракси.</p>

15.	<p>Критеријум 8.2</p> <p>Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.</p> <p>Сачинити план унапређења квалитета на нивоу службе</p>	1	<p>Предлагати мере за унапређење од стране свих запослених</p> <p>Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.</p> <p>На изради плана унапређења квалитета учествују сви чланови тима за акредитацију уз консултацију комисије за квалитет на нивоу установе.</p>	током 2024.	<p>Начелник службе: Др Ивица Магдић</p> <p>Шеф службе: Др Марина Поскурица</p> <p>Главна сестра: ВМС Јелена Стојановић</p>	<p>Унапређење задовољства запослених и унапређење задовољства корисника пружањем здравствених услуга.</p> <p>Упознати све запослене у оквиру организационе јединице са Планом за унапређење квалитета рада и параметрима за праћење квалитета рада као и анализом истих</p>
-----	---	---	---	-------------	--	---

План урадили:

Тим службе за здравствену заштиту жена
др Ивица Магдић, вођа тима
вмс Стојановић Јелена

Датум

01.02.2024.год.

Директор

др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. Тим за здравствену заштиту деце и омладине

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	<p>Критеријум 1.1</p> <p>Превенција се обавља у складу са законом</p> <p>Потребно је поштовање законских одредби при планирању и обављању превентивних прегледа</p> <p>Критеријум 1.2</p> <p>Превенција се обавља кроз два типа прегледа: -систематски прегледи -циљани прегледи</p>	I	<p>На почетку сваке године се прави превентивни план на нивоу службе и по годишту по изабраном лекару.</p> <p>Тимска сестра прави план за следећи месец и уписује у превентивну листу.</p> <p>Води се евиденција обављених превентивних прегледа, врши се анализа извршења на састанцима са начелником службе</p> <p>Редовно достављање извештаја Стручном савету, директору, Комисији за УК рада</p> <p>Направити предлог мера за унапређење и спроводити их</p>	Током 2024. године	Начелник, Шеф, главна сестра службе	<p>Процедуре се примењују у пракси</p> <p>Повећати извршење превентивних прегледа према показатељима квалитета за 2023.г за 5%</p> <p>Повећати проценат извршења комплетно вакцинисане деце у 15. години живота</p>
2.	<p>Критеријум 2.2</p> <p>Обавља се тријажа на месту контакта, како би пацијент био збринут</p>	I	<p>Редовно проверавати поштовање процедура за пријем и тријажу</p> <p>Редовно контролисати протоколе тријаже и хитних стања</p> <p>Редовно извештавати непосредне руководиоце</p> <p>Предлагати мере за унапређење</p>	у континуитету	Начелник, шеф, главна сестра, надзорне сестре	Сви запослени поштују процедуре за пријем и тријажу
3.	<p>Критеријум 3.2</p> <p>Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање на дијагностичке</p>	II		Континуирано у току године	Начелник, шеф, главна сестра, надзорне сестре, сви запослени	<p>Све усвојене процедуре се примењују у пракси</p> <p>У 2024. години планирано да је јасно приказан план лечења у 95%</p>

	<p>тестове(лабораторија, дијагностичка снимања)</p> <p>Критеријум 3.3 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање лекару специјалисти</p> <p>Критеријум 3.4 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе</p> <p>Критеријум 3.5 Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпусту из друге здравствене установе</p> <p>Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента</p> <p>Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом, односно порордицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено</p>		<p>Редовно проверавати поштовање процедура за вођење здравственог картона, континуирано радити у електронском картону</p> <p>Редовно радити унутрашњи стручни надзор у служби</p> <p>Редовно радити анализу прописаних упута по лекару-параметар за праћење квалитета</p> <p>У раду потпуно примењивати водиче добре клиничке праксе</p> <p>Редовно достављање извештаја Стручном савету, директору, Комисији за УК рада</p> <p>6. Предлагати мере за унапређење</p>			<p>контролисаних здравствених картона, као и уписивање свих података у Е-картон</p> <p>План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу</p> <p>Уз писани план лечења евидентирана сагласност родитеља у 100% контролисаних картона</p> <p>У раду потпуно примењени водичи добре клиничке праксе</p>	
4.	<p>Критеријум 4.3</p> <p>План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу</p> <p>Критеријум 4.9</p> <p>Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента</p>	II	<p>.Редовно проверавати поштовање процедура за вођење здравственог картона, континуирано радити у електронском картону</p> <p>Редовно радити унутрашњи стручни надзор у служби</p>	1 месечно у континуитету	1 квартално у континуитету	Начелник Службе, шеф службе	<p>Све усвојене процедуре се примењују у пракси</p> <p>У 2024.години планирано да је јасно приказан план лечења у 95% контролисаних здравствених картона, као и уписивање свих података у Е картон.</p> <p>План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу</p>

5.	<p>Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира</p> <p>Критеријум 5.2 Промене циља лечења евидентирају се у здравственом картону</p> <p>Критеријум 5.3 Промене у плану лечења евидентирају се у здравственом картону</p> <p>Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијената обавештавају се у променама у плану лечења</p> <p>Критеријум 5.5 Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента</p>	II	<p>Редовно проверавати поштовање процедура за вођење здравственог картона, континуирано радити у електронском картону</p> <p>Редовно радити унутрашњи стручни надзор у служби</p>	у континуитету током године	Начелник Службе, шеф службе	<p>Сви запослени упознати са прописима и процедурама вођења медицинске документације и у потпуности их поштују</p> <p>Планирано да у 100% контролисаних здравствених картона јасно уписани сви параметри, као и да се сви подаци евидентирају у Е-картон</p>
6.	<p>Критеријум 6.1 У здравствени картон пацијента уноси се резиме лечења који обухвата: -разлог за посету -значајне налазе -све обављене процедуре -дијагнозу -медикаментну терапију и друге видове лечења</p>	II	<p>Редовно проверавати поштовање процедура за вођење здравственог картона, континуирано радити у електронском картону</p> <p>Редовно радити унутрашњи стручни надзор у служби</p> <p>Предлагати мере за унапређење</p>	1 месечно у континуитету 1 квартално у континуитету	Начелник службе, шеф службе	<p>Потпуно и јасно вођење здравственог картона и медицинске документације</p> <p>Планирано да у 100% контролисаних здравствених картона и Е картону буду уписани сви подаци</p>
7.	<p>Критеријум 8.1 Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана</p>	II	<p>Редовно одржавање састанака запослених и упознавање запослених са активностима ДЗ</p> <p>Доношење плана за унапређење рада службе</p> <p>Предлагати мере за унапређење</p>	1 месечно у континуитету 1 годишње	Начелник службе, шеф службе, главна сестра	<p>Сви запослени упознати са активностима ДЗ, Планом унапређења квалитета рада и параметрима за праћење квалитета рада, као и анализом истих и предлажу мере за унапређење квалитета рада</p>

	<p>Критеријум 8.4 Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијената</p> <p>Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената</p>					
--	--	--	--	--	--	--

План урадили:
Тим за здравствену заштиту деце и омалдине
Др Мирјана Илић – вођа тима

Датум
20.01.2024.г

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

Тим за специјалистичко консултативну делатност

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	<p>Критеријум 8.5</p> <p>Показатељи квалитета рада и безбедност пацијената су утврђени и прате се у оквиру активности за унапређење квалитета за сва одељења у СКС</p> <p>За сва одељења у СКС за 2024. % заказаних пацијената у ИЗИС-у по кварталима</p>	1	Праћење показатеља квалитета рада (% заказаних пацијената у ИЗИСУ) по достављеном извештају информатичара на месечном и кварталном нивоу током целе 2024. године	Прате се на месечном нивоу током целе 2024.године	Тим за унутрашњи надзор СКС: надзорне мед.сестре, главна мед. сетра, шефови, начелник одељења. У извршењу учествују сви запослени.	Циљ је 73% заказаних у ИЗИСУ до краја 2024. по одељењима: ИНТЕРНО Н.ПСИХИЈАТРИЈА ОЧНО ПУЛМОЛОГИЈА КОЖНО ОРЛ

План урадили:

Тим за специјалистичко консултативну делатност

Др Гордана Николић, вођа тима

Датум
29.01.2024.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021

Тим за поливалентну патронажу

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	Критеријум 3.4 Ревизија процедуре о комуникацији ППС и изабраног лекара на основу плана имплементације интерклиничког пута комуникације између патронажне сестре и изабраног лекара у електронском информационом систему	1	Ревизија постојеће процедуре о комуникацији ППС и изабраног лекара Примена процедура у свакодневном раду Контрола коришћења процедуре	12/2024	Главна сестра службе ВМС Славица Николић Патронажне сестре Информатичари	Процедура се примењује у свакодневном раду Квартални извештаји о спроведеним контролама

Извештај урадили:

Тим за поливалентну патронажу

ВМС Славица Николић, вођа тима

Датум

29.01.2024. год.

Директор

др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

Тим за радиолошку дијагностику

Р.број	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекиван резултат
1.	<p>Критеријум 1.4</p> <p>Организациона јединица доноси годишњи план рада. План је базиран на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе. Планом су предвиђене: врста услуге, начин обављања основних делатности организационе јединице и мерљиви и остварљиви циљеви. Спровођење плана редовно се прати</p>	2	<p>Израда плана рада Радиолошке службе за 2024. а у складу са потребама Амбуланте за фебрилна стања и респираторне инфекције, као и израда плана за ртг прегледе, уз прегледе, мамографске и скрининг мамографске прегледе не ковид пацијената, израда редовних тромесечних извештаја, као и Спровођење састанака са запосленима везаних за план рада службе.</p>	Током 2024. године	Начелник и главни техничар службе	Унапређење квалитета рада, брига за безбедност пацијената
2.	<p>Критеријум 2.2</p> <p>План дијагностичких процедура и лечење пацијената су засновани на потребама пацијента</p>	1	<p>Ревидирање процедура у складу са потребама Амбуланте за фебрилна стања и респираторне инфекције као и процедура за рад са не ковид пацијентима, ртг прегледи, уз прегледи, мамографски и скрининг мамографски прегледи.</p>	Током 2024. године	Начелник радиолошке службе	Унапређење и побољшање рада у служби
3.	<p>Критеријум 4.2</p> <p>Водичи, упутства, протоколи и процедуре су усвојени и редовно се ревидирају и модификују и запослени су упознати са њима. Ревидирати по потреби процедуре у раду</p>	1	<p>Ревизија процедура према исказаној потреби и/или увођење нових и њихова примена у свакодневном раду Амбуланте за фебрилна стања и респираторне инфекције као и рада се не ковид пацијентима на уз, ртг и мамографским прегледима.</p>	Током 2024.	Начелник радиолошке службе	Унапређење и побољшање рада у служби

4.	<p>Критеријум 8.1</p> <p>Организациона јединица има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијената. Планом се идентификују: области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити. Планом идентификовати области за унапређење</p>	1	<p>Организациона јединица – Служба радиолошке дијагностике доноси План за унапређење квалитета и безбедности за 2024. Сви запослени упознати су са Планом унапређења квалитета рада и активно учествују у његовом спровођењу</p>	Континуирано током 2024.	<p>Начелник службе др Светлана Маринковић</p>	<p>Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених</p>
5.	<p>Критеријум 8.2</p> <p>Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента Израдити план унапређења квалитета рада по областима</p>	1	<p>Месечно и квартално праћење извршења оперативног плана за 2024. Састанци запослених на тему унапређења квалитета.</p>		<p>Начелник службе др Светлана Маринковић</p>	<p>Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених</p>
6.	<p>Критеријум 8.3</p> <p>Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. Установити показатеље квалитета рада које треба пратити на нивоу службе</p>	1	<p>План за унапређење квалитета рада садржи утврђене показатеље за праћење квалитета рада и безбедности пацијента Показатељи се прате квартално, анализира се извршење и предлажу мере за унапређење у случају потребе</p>	Квартално током 2024.	<p>Начелник службе др Светлана Маринковић Главни техничар службе</p>	<p>Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.</p>

7.	Критеријум 8.4 Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. Упознати запослене са активностима на унапређењу квалитета рада	1	Састанци запослених на тему унапређења квалитета.	Током 2024.	Начелник службе др Светлана Маринковић Главни техничар службе	Да сви запослени буду упућени у план унапређења квалитета рада и активно укључени у његову реализацију
8.	Критеријум 8.6 Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао. Предузимати активности на унапређењу задовољства запослених	2	Анализа задовољства запослених и анализа задовољства пацијената. План за предузимање мера.	Два пута годишње (јун – децембар)	Начелник службе др Светлана Маринковић Главни техничар службе	Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства запослених

План урадили:

Тим за радиолошку дијагностику
Др Светлана Маринковић

Датум
01.02.2024.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

Тим за лабораторијску дијагностику

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	Критеријум 3.5 Постоји руководилац лабораторијске службе који има одговарајуће квалификације за то радно место	2	На руководећа радна места су постављена лица према систематизацији Службом руководи лице које је лиценцирано		Директор ДЗ	Службом руководи лице које подлеже лиценцирању и поседује професионалне, саветодавне, организационе, административне квалификације предвиђене актом о систематизацији и описом послова. Подјединицама руководе стучна лица која имају лиценцу за рад у лабораторији
2.	Критеријум 5.1 Просторије организационе јединице лабораторијске дијагностике испуњавају услове за пружање услуга. Просторије се налазе на одговарајућим местима и функционалне су. Распоред просторија омогућава добру комуникацију међу запосленима као и са корисницима услуга. Простор је пројектован тако да	2	Менаџмент врши преговоре са локалном самоуправом о изградњи централне лабораторије која би задовољила просторне стандарде и критеријуме по Правилнику Усвојена процедура за пружање услуга лицима са инвалидитетом у објекту који нема адекватан приступ лабораторији	Током 2023. и 2024.	Менаџмент Дома здравља Начелник Службе др Биљана Раденковић	Централизована лабораторија са већим простором и могућношћу повезивања са осталим лабораторијама по одређеним стандардима Унапређење квалитета рада и безбедности пацијената и запослених

	<p>омогућава: ефикасан рад, удобност лицима који бораве у њему, смањење ризика од повреда и професионалних обољења. Простор за сакупљање примарног узорка прилагођен је особама са инвалидитетом и омогућава њихову приватност. У организационој јединици лабораторијске дијагностике постоје одговарајуће и адекватно обележене просторије за пријем, отпремање и руковање узорцима, укључујући и простор за високоризичне узорке. Постоје одговарајуће просторије за складиштење узорака, реагенаса, лабораторијског потрошног материјала, опреме и документације, укључујући и одвојен простор за чување високоризичних узорака који су адекватно обележени. Простори организационе јединице лабораторијске дијагностике у којима се одвијају некомпатибилне активности су одвојени. Врши се контрола температуре, стерилности, влажности, буке, вибрација, електричног напајања.</p> <p>Простор није прилагођен за особе са инвалидитетом, на другом спрату, без лифта</p> <p>Обезбедити простор у складу са критеријумом</p>					
3.	Критеријум 5.2	1	Редовне периодичне контроле стања просторија	Током 2024.	Начелник Службе др Биљана Раденковић	Унапређење квалитета рада и безбедности пацијената и запослених

	<p>Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторије и усклађености са потребама организационе јединице. Процена ће утврдити недостатке и мере за отклањање истих.</p> <p>Критеријум увести у примену</p>		<p>План мера за отклањање утврђених недостатака</p>		<p>Шефови организационих јединица</p> <p>Главна сестра службе</p>	
4.	<p>Критеријум 8.1</p> <p>Организациона јединица лабораторијске дијагностике има план за стално унапређење квалитета рада и безбедност пацијента. Планом се идентификују: области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити, систем спречавања настанка грешака при чувању, издавању и руковању реагенсима, процедуре контроле квалитета.</p> <p>Усталити праксу</p>	1	<p>Доношењем Плана за унапређење квалитета рада службе за 2024.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спровести успешну реализацију Интернационалне контроле EQAS-3 или неке друге екстерне контроле 2. Спровести контролу квалитета по процедури током 2023. год. 3. Увести електронску евиденцију за пријем и издавање реагенаса 4. Анализа екстерне контроле 5. Занављање кадрова 6. Контрола квалитета узорака 7. Праћење показатеља квалитета према екстерној контроли из месеца у месец (за сваки бихемијски, хематолошки и параметар хемостазе) 	<p>Фебруар 2024.</p> <p>Током 2024.</p> <p>Током 2023. и 2024.</p> <p>До краја 2024.</p>	<p>Начелник Службе</p> <p>Шефови организационих јединица</p> <p>Главна сестра службе</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Побољшање квалитета рада и безбедности (спречавање контаминације биолошких узорака, хемоллизе, смањивање утицаја спољашњих фактора) 2. Брзи проток информација са електронским извештајима лабораторијских резултата (за 1 сат резултат је доступан ординирајућем лекару) 3. Хитни упуте се приоритетирају и прослеђују одмах на обраду и као извештаји
5.	<p>Критеријум 8.8</p> <p>Задовољство запослених се прати и преузимају активности како би се степен задовољства повећао</p>	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анкетирање запослених 2. Анализа задовољства 3. План мера за унапређење задовољства запослених на основу мишљења запослених: 	<p>Једном у току 2024.</p> <p>Више пута годишње</p>	<p>Начелник Службе</p> <p>Шефови организационих јединица</p>	<p>Унапређење квалитета рада запослених</p>

			#Организовати интерна предавања и плаћене котизације за конгресе #Побољшати интерактивну комуникацију због лакше примене процедура рада #Организовати чешће састанке и размену искустава #Подићи међуљудске односе на виши ниво квалитета #Организовати заједничка дружења ван радног места	Више пута годишње. Увек када постоји проблем или дилема које решење прихватити као боље	Главна сестра службе	Задовољни запослени – задовољан пацијент
--	--	--	---	--	----------------------	--

План урадили:
Тим за лабораторијску дијагностику
Др Весна Ерац, вођа тима

Датум
20.01.2024.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије
Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. Тим за животну средину

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	Критеријум 20.1 Стерилизатори су смештени у засебну зону у односу на зону обраде	1	У складу са просторним и материјалним могућностима ДЗ, потребно је обезбедити стерилизацију у складу са прописима у поједим пунктовима.	8/2024	Менаџмент ДЗ Крагујевац	Адекватна стерилизације У складу са материјалним и просторним могућностима тј формирање централне стерилизације

План урадили:

Тим заштите животне средине

Директор

Славица Вукосављевић, вођа тима

Датум

22.01.2024

Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. _____ Тим за људске ресурсе

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	<p>Критеријум 1.2</p> <p>Поступак сталног праћења услова за обнављање лиценце свих здравствених радника</p>	1	Анализа, писани извештај главних медицинских сестара и начелника служби.	31.12.2024	Руководство Дома здравља	Сви запослени здравствени радници имају лиценцу и начелници служби
3.	<p>Критеријум 3.1</p> <p>Постоји поступак за оцењивање резултата рада свих запослених који се врши годишње</p>	1	Примена процедуре комплементације на свим нивоима	31.12.2024	Начелници служби	Укључити све запослене
	<p>Критеријум 3.4</p> <p>Писани извештаји о процени постигнутих резултата рада бележе се у радном досијеу запосленог.</p>	1	Извештаји начелника и главних медицинских сестара	31.12.2024	Надзорне и главне медицинске сестре, шефови, начелници	Извештај шефа одељења за правне и кадровске послове
	<p>Критеријум 3.5</p> <p>Сви запослени имају право подношења коментара у писаној форми на процену постигнутих резултата рада.</p>	1	Укључити све запослене	31.12.2024	Надзорне и главне медицинске сестре, шефови, начелници	Укључити све запослене
4.	<p>Критеријум 5.1</p> <p>Начин утврђивања ревизије водича добре клиничке праксе</p>	1	Анализа водича добре клиничке праксе кроз састанке по службама	31.12.2024.	Начелници служби	Комплементација водича добре клиничке праксе на свим нивоима Дома здравља

5.	<p>Критријум 6.2</p> <p>Сви законски и владини захтеви за очување здравља и заштите на раду запослених се поштују</p>	1	<p>Вршење потребних радњи предвиђених законом и правилником из области Безбедности и здравља на раду и противпожарне заштите</p>	31.12.2024	Лице за Безбедност и здравље на раду и противпожарне заштите	Сигурнији и безбеднији рад запослених
	<p>Критријум 6.3</p> <p>Спроводи се програм обуке из области заштите здравља и заштите на раду запослених</p>	1	<p>Унутрашњи надзор</p> <p>Периодични лекарски прегледи запослених</p> <p>Набавка нове заштитне опреме</p>	31.12.2024	Лице за Безбедност и здравље на раду и противпожарне заштите	<p>Сигурнији и безбеднији рад запослених</p> <p>Очување здравља запослених</p>
6.	<p>Критеријум 7.2</p> <p>Обавља се годишње истраживање задовољства запослених</p> <p>Резултати истраживања</p> <p>План унапређења</p>	1	<p>Анкете по службама</p> <p>Анкета од стране пацијената</p>	31.12.2024	Начелници служби, Руководство Дома здравља	Унапредити задовољство запослених

План урадили:

Тим за Људске ресурсе
Данијела Новаковић, вођа тима

Датум
25.01.2023.год.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. Тим за управљање информацијама

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	<p>Критеријум 1.1</p> <p>Садржај здр.документације урађен је према смерницама Владе РС</p> <p>Наставити са активностима које унапређују вођење медицинске документације.</p>	2	<p>1.Редовно праћење промена у законској регулативи на порталу www.slglasnik.com</p> <p>2.Контролисати постојање одговарајуће медицинске документације на свим пунктовима (протоколи, књиге евиденција, обрасци)</p> <p>3. Анализирати извештаје начелника служби о извршеним контролама над стручним радом са предлогом мера у вези вођења медицинске документације</p> <p>4. Контролисати поштовање усвојених процедура о начину вођења медицинске документације</p> <p>5. Периодично ревидирати постојеће процедуре</p>	<p>Недељно до децембра 2024.</p> <p>Квартално до децембра 2024.</p> <p>Квартално до децембра 2024.</p> <p>Квартално током 2024.</p> <p>Квартално током 2024.</p>	<p>др Славица Букумира, спец.социјалне мед. правници ДЗ</p> <p>Главна сестра ДЗ, Милијана Радојевић</p> <p>Начелници служби</p>	<p>Медицинска документација се води у складу са законском регулативом</p> <p>Правовремено информисање запослених о променама у законској регулативи за вођење мед. документације</p> <p>Тим за УИ отклања евентуалне неправилности по процедури, обезбеђена сва мед.документација</p> <p>Правовремено учаваше неправилности и њихово отклањање</p> <p>Примена и поштовање усвојених процедура</p>

2.	<p>Критеријум 1.2</p> <p>Уколико је уведена електронска документација, урађена је према предвиђеним стандардима МЗ</p> <p>Увођење мобилне апликације за пацијенте Дома здравља Крагујевац</p>	1	<p>1. Имплементација Е-картона сукцесивно у складу са планом активности</p> <p>2. Наставити са имплементацијом Ел.здр.картона у свим службама према предвиђеном распореду</p> <p>3. Увођење електронског пословања, електронског прослеђивања информација и обавештења</p> <p>4.Имплементација нових Закона и правилника у процесу електронске обраде података</p> <p>5. Израда и имплементација мобилне апликације за пацијенте.</p>	До краја 2024.год	Дејан Стевановић, информатичар ДЗ координатор	<p>У свим објектима ДЗ уведен Ел.здравствени картон</p> <p>Ефикаснији рад услед брже доступности података, прослеђивање информација и обавештења електронским путем, електронско плаћање</p> <p>Унапређење квалитета рада, правремена информисаност, смањење непотребног штампања и копирања материјала, побољшање комуникације са пацијентима</p> <p>Нови Правилник о безбедности информација у складу са Законом о безбедности информација</p> <p>Усвајање Плана интегритета Дом здравља</p>
3.	<p>Критеријум 1.4</p> <p>По отпуста пацијената здравствена документација се комплетира и у предвиђеном року архивира</p> <p>Наставити са активностима на даљем унапређењу система архиве</p>	1	<p>1.Редовна провера поштовања усвојених процедура о архивирању података</p> <p>2.Ревизија усвојених процедура о архивирању података</p> <p>3.Анализа Извештаја Спољашње контроле архивирања података</p> <p>4. Едукација и доедукација лица задужених за рад у архиви</p> <p>5. Увођење електронског система архивирања</p>	Квартално током 2024. год	<p>Архивари Томислав Рафаиловић</p> <p>Шеф одељења општих послова</p> <p>Менаџмент ДЗ</p> <p>Дејан Стевановић, информатичар ДЗ, координатор</p>	<p>Сва документација се архивира према усвојеним процедурама</p> <p>Поштовање и примена процедура</p> <p>Спроведена едукација и доедукација у Градском архиву</p> <p>Подизање ефикасности рада, бржи приступ подацима</p>
4.	<p>Критеријум 2.4</p> <p>Подаци добијени помоћу показатеља се:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сакупљају, • сумирају, • анализирају и тумаче, • презентују по налогу, • користе за унапређење рада. 	1	<p>Анализа резултата извршења плана, предлози мера за унапређење</p> <p>Праћење нових специфичних показатеља за унапређење квалитета рада по службама</p>	Квартално током 2024. год	<p>Менаџмент Дома здравља</p> <p>Комисија за унапређење квалитета рада</p>	<p>Активно укључивање запослених у процес прикупљања података за процес унапређења квалитета рада</p>

	Користити прикупљене податке за унапређење квалитета рада				Одељење социјалне медицине Руководиоци ОЈ	
--	---	--	--	--	--	--

План урадили
Тим за управљање информацијама
Данијела Петровић, вођа тима

Датум
20.01.2024.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете : 18.11.2021. Тим за руковођење

Р.бр	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултати
0	1	2	3	4	6	6
1.	Критеријум 3.2 Постоје поступци по којима се врши усклађивање постојећих ресурса са потребама корисника услуга	1	На основу извештаја служби, прилагодити ресурсе потребама. Поступцима јавних набавки обезбедити адекватну опрему и материјал на основу захтева.	Децембар 2023.	Менаџмент ДЗ, Начелници служби	Виши ниво усклађености ресурса. Достављени извештаји.
2.	Критеријум 7.4 У случају потребе за побољшањем учинка, руководство предузима одговарајуће мере у циљу постизања побољшања учинка, на основу показатеља	1	Анализа извештаја, препознавање недостатака и потреба. Предлог мера за отклањање недостатака и праћење.	Квартално током 2023.	Менаџмент ДЗ, Начелници служби	Побољшање учинка и постизање планираних резултата
3.	Критеријум 8.1 Утврђене су политика и процедуре рада здравствене установе	1	Континуиране контроле примене процедура у свакодневном раду посебно у области безбедности запослених и пацијената, ревизија и увођење нових процедура.	Током целе 2023.	Менаџмент ДЗ, вође тимова за акредитацију	Одржавање постојећег квалитета рада и услуга и унапређење истих

4.	Критеријум 8.4 Процедуре се ревидирају и мењају у складу са потребама	1	Поштовање утврђене политике усвајања и ревидирања процедура која у ДЗ Крагујевац примењује од 2008. године.	Током целе 2023	Менаџмент ДЗ, вође тимова за акредитацију	Све процедуре се примењују у раду. Запослени се упознају са ревидираним и новим процедурама у што краћем року.
----	---	---	---	-----------------	---	--

План урадили
Тим за руковођење
др Василије Антић, вођа тима

Датум
28.01.2023.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

Тим за стандарде управљања

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1.	Критеријум 1.0 Управни одбор доноси Изјаву о мисији и визији здравствене установе	1	Усвојен стратешки план за период 2022.-2026. године Комисија за унапређење квалитета је дала предлог нове мисије и визије која није усвојена на почетку новог циклуса стратешког планирања због ковид пандемије Управни одбор разматра и доноси Изјаву о мисији и визији здравствене установе	Први квартал 2024. године	Комисија за унапређење квалитета Председник Управног одбора	Усвојена Изјава о мисији и визији здравствене установе

План урадили

Датум
28.01.2024.

Директор
Др Василије Антић

Тим за стандарде управљања
Горан Љубисављевић, вођа тима