



Република Србија



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

Завршни извештај о акредитацији Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“

АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

Београд, јул 2019. године

A-216-07/2019

Садржај

Сажетак.....	5
1. Подаци о здравственој установи.....	6
1.1. Општи подаци	6
1.2. Циљеви здравствене установе у вези са акредитационим процесом	6
1.3. Мисија	6
1.4. Визија	7
1.5. Вредности	7
1.6. Стратешки план (сажети преглед).....	7
1.7. Опис заједнице / популације којој су намењене услуге здравствене установе	8
1.8. Преглед нивоа активности здравствене установе	8
2. Процес акредитације	10
2.1. Уговарање акредитације.....	10
2.2. Самооцењивање	10
2.3. Спољашње оцењивање	11
3. Оцењивање.....	12
3.1. Обим оцењивања.....	12
4. Методе рада.....	13
4.1. Скала за оцењивање	13
5. Акредитацијски статус.....	14
6. Налаз спољашњих оцењивача	15
6.1. Опис нађеног стања	15
6.2. Главна достигнућа и потенцијали установе	16

6.3. Препоруке за унапређење.....	17
6.4. Посета периферних амбуланти.....	19
6.5. Фокус групе.....	20
6.6. Налази по службама.....	22
Анекс 1: Оцене за поједине критеријуме (самооцењивање и спољашње оцењивање).....	37
Анекс 2: Процентуална заступљеност оцена.....	42
Анекс 3: Листа свих коментара, препорука и похвала.....	43
Анекс 4: Састав тимова за самооцењивање.....	65
Анекс 5: Састав тима за спољашње оцењивање.....	75
Анекс 6: План оцењивања.....	76
Референтна документа.....	81

Сажетак

Овим извештајем обухваћен је акредитациони процес Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ који укључује опште податке, циљеве установе у акредитационом поступку, мисију, визију и вредности, као и стратешки план установе за период од 2018-2022. године. Такође, у овом извештају налазе се подаци о поступку и резултатима самооцењивања и спољашњег оцењивања.

1. Подаци о здравственој установи

1.1. Општи подаци

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ основана је 1861. године. Њена укупна површина је 10236 м² на две локације – сектор Београд 4966 м² и сектор Падинска Скела 5270 м². Пружа терцијарну здравствену заштиту становништву на територији града Београда и шире. На овој територији по попису из 2011. године живи 7.186.862 становника.

Здравствена установа пружа услуге терцијарне здравствене заштите. Медицинске службе су: Ургентна психијатријска служба, Служба клиничких одељења за дијагностику и лечење психијатријских болесника, Дневна болница за третман психијатријских болесника и Служба ванболничке здравствене заштите. Службе медицинске подршке: Служба за научно-истраживачку, образовну и публицистичку делатност и Служба здравствених сарадника. Немедицинска служба у оквиру здравствене установе је: Служба немедицинских послова.

Укупан број запослених у Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ је 511, од чега 382 запослених припада медицинском, а 129 немедицинском кадру на дан 31.12.2018.

1.2. Циљеви здравствене установе у вези са акредитационим процесом

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у склопу акредитационог процеса има за циљ да унапреди квалитет рада и безбедности пацијената и особља. На тај начин желимо да постигнемо уједначавање квалитета пружених здравствених услуга и исхода лечења, већу ефикасност у коришћењу ресурса, смањење времена чекања на медицинске услуге и финансијских трошкова, а са циљем повећања квалитета рада и задовољства корисника и запослених у Клинике.

1.3. Мисија

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ ради у континуитету од 03. марта 1861. године на побољшању менталног здравља особа којима је помоћ потребна – без обзира на старост, пол, етичку припадност, расу, религију,

опредељење, образовни ниво и социјални статус. Наш дугорочни циљ је да, у складу са етичким принципима, интегративним и мултидисциплинарним приступом лечимо и превенирамо менталне поремећаје, унапређујемо и промовишемо ментално здравље.

1.4. Визија

Поштовањем искуствених и увођењем нових савремених метода лечења смањујемо дужину болничког лечења до нивоа европских стандарда, чиме ћемо скратити време одвајања наших пацијената од породице и друштвене заједнице, а сходно ћемо повећати број услуга, уз развијање програма реинтеграције и ресоцијализације. Наше особље ће учинити све да својим знањем, високо професионалним стандардима, искуством и бригом, уз труд и сарадњу психијатријских пацијената, њихових породица и друштвене заједнице, помогне у свеопштем побољшању менталног здравља.

1.5. Вредности

Основни принципи рада клинике су: брига о пацијентима, посвећеност унапређењу квалитета услуга, безбедности и задовољства пацијената и безбедности и задовољства запослених, унапређење комуникације, посвећеност иновацијама знања и опреме и стално унапређивање квалитета рада у Клиници. Основне вредности су висок ниво стручности и предузимљивости, посвећеност и брига о пацијентима и добра техничка опремљеност и савремена технолошка подршка.

1.6. Стратешки план (сажети преглед)

Општи стратешки циљеви Клинике за период од 2018. до 2022. године су унапређење превентивних психијатријских услуга и промоција менталног здравља у заједници, стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијената, побољшање финансијске позиције Клинике и оснаживање и мотивација запослених, са посебним нагласком на интензивирање свих облика усавршавања и обезбеђивање услова за континуирану медицинску едукацију.

Кључне акције унапређења превентивних психијатријских услуга и промоције менталног здравља у заједници обухватају: услуге терцијарне превенције, програм „Отворена врата“, сарадња са Домовима здравља, Центрима за социјални рад, сарадња са психијатријским удружењима и невладиним организацијама, организовање округлих столова, трибина и предавања. Планирано стално

унапређење квалитета рада и безбедности пацијената подразумева усвајање, примену и стално праћење доследне примене процедура за рад запослених, као и стално праћење и анализу показатеља квалитета рада. Кључне акције за побољшање финансијске позиције Клинике су рационализација утрошка финансијских средстава одређених од РФЗО, као и повећавање укупних сопствених средстава пласирањем услуга на тржиште (ванстандардне услуге, форензичка вештачења, клиничке студије).

1.7. Опис заједнице / популације којој су намењене услуге здравствене установе

Клиника обавља високоспецијализовану, специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност из области психијатрије и збрињава популацију са територије града Београда, а у оквиру рада у Ургентној психијатријској служби збрињава сва ургентна психијатријска стања адолесцената и пунолетних лица са територије Републике Србије.

1.8. Преглед нивоа активности здравствене установе

Р.бр.	Назив параметра	Вредност
1	Број хоспитализованих пацијената у претходној години	2.739
2	Просечна дужина болничког лечења у претходној години у данима	36,3
3	Број болесничких постеља	500
4	Просечна заузетост постеља у %	54,5%
5	Број постеља (категорије 3) у интензивној нези	40
6	Број хоспитализованих пацијената који су примљени као хитни случајеви	1.612
7	Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема	0,3%
8	Број амбулантних прегледа у претходној години	31.155
9	Број пацијената у дневној болници у претходној години	647
10	Просечан број дана лечења у дневној болници	39,4

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

11	Број дијализа	б.о.
12	Процент пацијената упућених у друге здравствене установе	0,5%
13	Број обављених хируршких интервенција	б.о.
14	Просечан број преоперативних дана лечења	б.о.
15	Број датих анестезија по анестезиологу	б.о.
16	Број порођаја	б.о.
17	Број порођаја царским резом	б.о.
18	Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи	1,95

2. Процес акредитације

2.1. Уговарање акредитације

Уговор о акредитацији број А-216-02/2018 је потписан дана 04.05.2018. године. Потребан материјал и усмене инструкције за процес самооцењивања је испоручен здравственој установи 11.06.2018. године.

2.2. Самооцењивање

У Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ је у периоду од 06.05.2018. године до 16.04.2019. године урађен процес самооцењивања. Поступак самооцењивања реализован је поштујући обавезе Агенције у поступку самооцењивања из члана 7 и члана 19 Уговора о акредитацији. У процесу самооцењивања учествовало је 12 тимова који су бројали од 3 до 19 чланова. У тимовима су били заступљени запослени свих нивоа образовања и свих нивоа одговорности у датој служби. Сваки тим је имао вођу тима за самооцењивање који су били одговорни за рад тимова и комуникацију са координатором за акредитацију. Оцене за поједине критеријуме су дате у Анексу 1. Тим за самооцењивање је био састављен од : (Састав свих тимова је дат у Анексу 2).

Координатор за акредитацију: др Мирјана Абрамовић, помоћник директора за људске ресурсе

Вође тимова за самооцењивање:

1. Доц. др сци. мед. Ивана Сташевић Карличић – Тим за руковођење
2. Доц. др сци. мед. Ивана Сташевић Карличић – Тим за стандарде управљања
3. Доц. др сци. мед. Владан Ђорђевић – Тим за људске ресурсе
4. Доц. др сци. мед. Владан Ђорђевић – Тим за едукацију
5. Др Милена Сташевић – Тим за пријем и збрињавање ургентних стања
6. Др сци. мед. Јелена Ђорђевић – Тим за интензивну негу

7. Др Јасмина Смаић Хасановић – Тим за лечење
8. Далибор Гутовић – Тим за животну средину
9. Аница Ранковић – Тим за лабораторијску службу
10. Аница Ранковић – Тим за фармацеутску здравствену делатност
11. Др сци. мед. Весна Стефановић – Тим за консултативне гране
12. Др Драгана Павићевић – Тим за управљање информацијама

Извештај о самооцењивању је достављен Агенцији дана 03.05.2019. године под бројем А-216-03/2019.

2.3. Спољашње оцењивање

Акредитацијска посета спољашњих оцењивача је почела 02.06.2019. године и трајала је два дана. У процес спољашњег оцењивања је било укључено пет спољашњих оцењивача. Спољашњи оцењивачи су податке самооцењивања добили од Агенције за акредитацију 25 дана пре акредитацијске посете. Након завршетка акредитацијске посете Спољашни оцењивачи су доставили извештај о спољашњем оцењивању дана 27.06.2019. године под бројем А-216-06/2019. Оцене за поједине критеријуме су дате у Анексу 1.

3. Оцењивање

3.1. Обим оцењивања

Оцењивањем су обухваћени следећи сетови стандарда:

Поглавља стандарда	Ознаке
Лечење пацијената-Опште одредбе	ЛП
Интернистичке гране – Лечење пацијената	ИГЛП
Ургентна медицина	УМ
Интензивна нега	ИН
Лабораторијска дијагностика	ЛАБ
Фармацеутска здравствена делатност	АПТ
Животна средина	ЖС
Људски ресурси	ЉР
Управљање информацијама	УИ
Руковођење	РУ
Стандарди управљања	СУ
Едукација	ЕДУ

4. Методе рада

Спољашње оцењивање је спроведено у здравственој установи и реализовано:

- прегледом припремљене документације и здравствене документације;
- разговором са органима управљања здравствене установе;
- разговором са запосленима који су учествовали у поступку самооцењивања (тимови за самооцењивање квалитета рада здравствене установе);
- обиласком здравствене установе и прегледом просторних капацитета;
- прегледом опремљености здравствене установе медицинском опремом;
- разговором са пацијентима и запосленима;
- завршним састанком на коме се органи управљања и запослени информишу о обављеној акредитацијској посети.

4.1. Скала за оцењивање

Квалитет рада је оцењиван према унапред утврђеним акредитацијским стандардима на основу скале за оцењивање испуњености.

Скала за оцењивање испуњености критеријума садржи оцене 1-5, и то:

- 1) оцена 1 која подразумева да критеријум није уведен у примену;
- 2) оцена 2 која подразумева да се критеријум уводи у примену;
- 3) оцена 3 која подразумева да се критеријум примењује;
- 4) оцена 4 која подразумева унапређену примену критеријума;
- 5) оцена 5 која подразумева најбољу примену критеријума;
- 6) без одговора - у случају када је немогуће у датој здравственој установи применити неки критеријум.

5. Акредитацијски статус

Према члану 18, Правилника о акредитацији ("Сл.гласник РС", бр. 112/2009) први потребан услов за добијање сертификата о акредитацији је да ниједан критеријум који се односи на безбедност пацијента није оцењен оценом мањом од 4 док је утицај остала два услова који се тичу најбољих и најлошијих оцена приказан у следећој табели:

	Оцене 4 и 5 <=40%	Оцене 4 и 5 >40% и <50%	Оцене 4 и 5 >50% и <70%	Оцене 4 и 5 >70%
Оцене 1 и 2 >=20%	Не	Не	Не	Не
Оцене 1 и 2 <20%	Не	1 година	1 година	1 година
Оцене 1 и 2 <15%	Не	1 година	3 године	3 године
Оцене 1 и 2 <10%	Не	1 година	3 године	7 година

На основу процентуалне заступљености добијених оцена (Анекс 2), директор Агенције ће на основу члана 199. Закона о здравственој заштити и члана 18. Правилника о акредитацији здравствених установа донети решење о акредитацији Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ на период од 7 година.

6. Налаз спољашњих оцењивача

6.1. Опис нађеног стања

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ основана је 1861. године. Има две локације сектор Београд и сектор Падинска Скела. Пружа терцијарну здравствену заштиту из области психијатрије становништву Београда и Републике Србије.

У свом саставу установа има следеће службе:

1. Ургентна психијатријска служба, 2. Служба клиничких одељења за дијагностику и лечење психијатријских болесника, 3. Дневну болницу за третман психијатријских болесника и 4. Службу ванболничке заштите, као и службе медицинске подршке /Служба за научно истраживачку, образовну и публицистичку делатност и Службу здравствених сарадника/. Уз ове службе постоји и служба немедицинских послова.

Укупан број запослених у Клиници је 511 (медицинских 382, немедицинских 129 радника).

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ је једина установа у Србији која пружа услуге 24 часа дневно. Услуге пружа у више објеката који су углавном сви старе градње и који нису сви прилагођени захтевима савремене психијатрије. Приступачност и доступност су релативно добри због услова саобраћаја а и самих положаја објеката. Информисаност, односно обележеност за приступ установи није адекватна и треба је осавременити и практично прилагодити корисницима услуга. С обзиром на старост објеката постоји максимална искоришћеност простора и просторија у складу са потребама корисника. Истиче се савременост објекта у Падинској Скели.

Установа је у складу са својом делатношћу отворила и Центар за ментално здравље у Београду који омогућава коришћење услуга из области психијатрије без упута и неопходних пропратних оптерећења за кориснике што је за сваку похвалу.

И у самој установи обележеност и информисаност за кориснике услуга није адекватна и потпуна.

Хигијена и чистоћа установе је на завидном нивоу.

6.2. Главна достигнућа и потенцијали установе

- Јединствено и квалитетно пружање здравствених услуга корисницима са поремећајем менталног здравља континуирано 24 часа.
- Пружање услуга од стране мултидисциплинарног стручног тима.
- Унапређење у квалитету пружања услуга прихватањем и реализацијом процеса акредитације.
- Осавремењен и квалитетан сектор у Падинској Скели са перспективом свакодневног унапређења у пружању квалитетних здравствених услуга са стремљењем још мањег броја дана у лечењу пацијената што је евидентно у сектору Београд.
- Отварање Центра за ментално здравље и приближавање корисницима у локалној средини.
- Вођење медицинске документације у складу са позитивним прописима о вођењу медицинске документације.
- Подаци о пруженим услугама су прецизни и детаљни.
- Квалитетан и едукован кадар и едукација запослених у складу са потребама установе.
- Постојање „Школе ургентне психијатрије“ и едукација из Кардиопулмоналне реанимације запослених.
- Јасно дефинисан опис основне делатности у служби лабораторије.
- Лабораторијска служба располаже савременом опремом која се превентивно и коректно одржава.

- У фармацеутској служби израђена је документација која садржи процедуре које су у употреби и којима се регулише домен набавке, складиштења и издавања лекова и медицинских средстава.
- Отварањем болничке апотеке значајно је унапређена фармацеутска делатност.
- Комисија за интрахоспиталне инфекције ажурно и правовремено уз редовне седнице ради на превенцији интрахоспиталних инфекција.
- Припрема хране, одржавање постељног рубља и придржавање важећих позитивних прописа из заштите од пожара су на високом нивоу.
- Квалитетно особље обучено за прикупљање, тумачење и анализу података добијених помоћу показатеља унапређења квалитета.
- Размена и приступачност информацијама адекватна.
- Израђен велики број квалитетних писаних процедура, усвајање и примена истих у свакодневном раду.
- Велика ангажованост руководећег кадра у изради стратешког плана примени и сарадњи са управним одбором.
- Изузетна енергија руководећег кадра уткана у рад установе у претходних 1,5 година са ангажовањем сваког појединца.

6.3. Препоруке за унапређење

- Уочено да све службе немају потпуно потребну опрему за рад (екг, дефибрилатор и сл.)
- У складу са законом о здравственој заштити обезбедити сву неопходну опрему у свим службама за квалитетан и неопходан рад.
- Уочено да је недовољна информисаност о делатности установе на нивоу шире заједнице.

- Препорука је да информисаност о делатности установе буде доступна свим грађанима Републике Србије.
- Уочено и утврђено да у појединим службама рад појединаца на руководећим местима и свакодневном раду није у складу са прописима и радом лекара са одговарајућом стручном спремом и лиценцама ЛК.
- Отклонити уочене неправилности у складу са позитивним прописима и у складу са Законом о здравственој заштити.
- Уочено да у служби лабораторије постојеће процедуре нису у складу са захтевима стандарда и критеријумима.
- У наредном периоду уредити постојеће процедуре у складу са захтевима стандарда и критеријума.
- Уочено да потребне информације и обележеност на нивоу установе нису задовољавајуће у свим службама.
- Уредити информисаност и обележеност на нивоу установе да буду јасне уочљиве и са меморандумом установе.
- Уочено да не постоје листе које јасно дефинишу време за одржавање просторија, отпремање отпада, допреме хране и чистог веша
- Урадити тајминг и чек листе у наредном периоду због спречавања последица које могу да проистекну због укрштања путева при раду.
- Спровести обуку лица које спроводи хигијену о начину спровођења исте у случају интрахоспиталних инфекција.
- Уочено да опрема нема сервисне књижице, планове сервисирања и одржавања.
- У наредном периоду направити за сву опрему сервисне књижице са планом одржавања уз обавезно евидентирање истог у књижицама
- Уочено је да не постоје листе контроле истека трајања лекова у интензивној нези.
- Потребно је формирати листу контроле истека трајања лека са јасном евиденцијом ко и када контролише рок истека лека на интензивној нези.

- Уочено да нема довољно података о спровођењу унутрашњег стручног надзора.
- Унапредити унутрашњу контролу стручног рада уз адекватно вођење документације са анализом и предузетим мерама.
- Уочено да установа нема адекватно архивирање медицинске документације.
- У што краћем року уредити и оспособити простор за архивирање медицинске документације и унапредити рад са медицинском документацијом.
- Уочено да нема израђеног плана рада за унапређење квалитета рада болничке апотеке.
- Унапредити израду плана за унапређење квалитета рада болничке апотеке.
- Вршити континуирано унапређење стратешког плана са предвиђеним роковима и у складу са тим прилагођавати годишње оперативне планове на нивоу установе и појединачно служби.
- Надгледати и обезбедити доследну примену процедура.

6.4. Посета периферних амбуланти

У току акредитацијске посете обављен је обилазак сектора у Падинској Скели. Део установе који пружа услуге корисницима из целе Републике Србије са стручно методолошком поставком и мултидисциплинарним приступом у раду. Службе одвојено мушки и женски сектор са осмишљеним стручно методолошким приступом у раду са пацијентима, са рехабилитационо радно тераписјким приступом уз изузетне услове боравка корисника услуга је пример како треба да изгледа здравствена установа. Амбијент и услови који остављају посебну импресију, уз констатацију да треба испунити у потпуности и све услове за рад, као што су опрема, уређаји и активнија комуникација са консултативним делом.

6.5. Фокус групе

Фокус група пацијенти

Фокус групу пацијената чинило је укупно седам представника, од којих су поједини дугогодишњи корисници здравствених услуга у овој установи. Већина их се лечи кроз Дневну болницу, а било је и оних који су претходно били хоспитализовани, а потом наставили ванболничко лечење.

Општи утисак који се стиче из разговора са пацијентима јесте посвећеност особља, хуман и топао приступ који је нарочито важан када је у питању специфична и осетљива категорија пацијената - што је пацијентима од највећег значаја поред препознатљиве стручности особља. Сви деле мишљење да су искреност особља, оптимизам и саосећајност у раду са њима – лековити колико и стручна медицинска пракса. Пацијенту се током прегледа посвећује довољно времена, а члановима породице се пружа сва потребна подршка како би превазишли постојећи проблем. Уобичајена је појава да се особље интересује за стање пацијента и ван распореда заказаних терапија и одржава контакт са пацијентом и са члановима породице.

Посебан акценат је стављен на предности лечења кроз Дневну болницу, где у раду са пацијентима постоје јасно дефинисана правила и распоред рада којих се сви придржавају. Као један од најомиљенијих организованих видова терапије у групи навели су „Психо-драму“ у којој кроз додељене улоге и уз помоћ стручног особља „откривају себе“. Подстиче се креативан рад и многи од пацијената по први пут откривају сопствене креативне способности за које нису ни знали да их поседују. Најчешћи вид креативног изражавања је кроз сликарство и израду разних предмета (нпр.од керамике), али и кроз музику, кулинарство и друге вештине корисне у свакодневном животу.

Када је реч о сегментима који би се могли побољшати, поједини пацијенти се слажу да би храна „могла бити боља“, а дата је и сугестија да би се здравствене услуге и помоћ која се пацијентима пружа могли у већој мери маркетиншки промовисати, будући да би се неки од њих и раније обратили за помоћ да су имали сазнања о квалитету здравствене заштите и помоћи која им је овде пружена.

Фокус група запослени

Фокус групу запослених чинило је шест представника различите професионалне оријентације и старосне структуре (један специјалиста психијатрије, један

специјалиста клиничке психологије, један дипл. фармацеут, два медицинска техничара и један немедицинска радник - дипл. економиста).

Запослени су препознали процес акредитације као афирмативан за установу и пружили подршку руководству у припреми процеса и изради процедура. Учесће у активностима током припреме за акредитацију подстакло је тимски рад. Очекују да ће примена процедура и акредитацијских стандарда допринети унапређењу процеса рада, али и олакшати свакодневни рад особљу. Највећим делом се и пре акредитацијске посете и усвајања процедура радни процес одвијао по утврђеним стандардима и правилима која нису била формализована кроз званичне акте установе.

Велика пажња се посвећује увођењу новозапослених у радни процес при чему је присутан висок степен колегијалности и подршке при отпочињању посла. Размена информација и комуникација по вертикали и хоризонтално, осим на стручним колегијумима, одвија на састанцима у организационим јединицама и путем електронске интерне мреже „Размена“. У организационим јединицама се редовно одржавају јутарњи састанци. Пракса је да се уторком одржавају и тзв. састанци тимова на којима се размењују информације о новопримљеним пацијентима у присуству одељенског лекара, главне сестре, психолога и социјалног педагога.

Исказано је задовољство у области доступности како екстерних тако и интерних видова едукације. Општи утисак је да руководство пружа задовољавајући ниво подршке за стручна усавршавања у складу са финансијским ресурсима.

Изражено је задовољство због великог броја урађених процедура и очекивање да ће се започети процес наставити и убудуће.

Фокус група локална заједница

Фокус група из локалне заједнице је била заступљена са одговарајућим припадницима заједнице: Министарства здравља Републике Србије, Републичког фонда здравственог осигурања, Института за јавно здравље, Градског завода за јавно здравље Града Београда, РТС Србије/медији/, МУП-а, Центра за социјални рад, Невладинох организација, Института за епидемиологију и Јавног тужилаштва.

Сви присутни су се јасно изјашњавали о раду установе на високом нивоу у односу на потребе корисника из различитих углова: да ли је у питању законски ниво, социјални, лични, невладин сектор или сардања са установама. Истиче се сарадања са појединцима и допринос у свакодневним активностима. Представници

институција истичу одличну сардању у неопходним нивоима слања адекватних извештаја, анализирања рада, добијања адекватних информација, рада на епидемиолошком и другом нивоу спречавања угрожености корисника услуга.

Истакнуте су и потребе адекватнијег збрињавања психијатријских пацијената на нивоу заједнице као и доношења систематских решења на нивоу целокупне заједнице, а не само на локалном нивоу као и неопходност враћања адекватног статуса Килнике за лечење психијатријских пацијената „Др Лаза Лазаревић“.

6.6. Налази по службама

УРГЕНТНА ПСИХИЈАТРИЈА

Препоруке

- Унапредити доступност и приступачност корисницима услуга.
- Урадити бољу обавештеност за кориснике услуга.

Достигнућа

- Квалитетан, стручан и тимски рад при пријему пацијента.
- Едукован кадар у пружању услуга како узнемирених тако и других специфичности код ССС.
- Уредно припремљена медицинска документација.
- Одлична сарадња са другим службама и услужност на збрињавању пацијента.
- Спремност на потпуну обсервацију корисника услуга у односу на потребне додатне консултативне услуге других специјалности или дијагностику.

ЛЕЧЕЊЕ ПАЦИЈЕНАТА

Препоруке

- У складу са позитивним прописима и нормативима обезбедити потпуну квалитетну пратећу опрему неопходну за рад (ЕКГ, дефибрилатор, кисеоник) како у сектору Београд тако и у Падинској Скели.
- Обавезно опрему адекватно одржавати и сервисирати и о свему уредно водити документацију (сервисну књижицу).
- Обавештеност и информисаност како корисника тако и запослених треба да буде на вишем нивоу (поготово према дневној болници и амбулантама).

Достигнућа

- Уређен пријем са индивидуалним планом лечења за сваког пацијента.
- У складу са здравственим статусом процедурално уређен план лечења у установи и ванболничком сегменту.
- Мултидисциплинарни тим у лечењу пацијента.
- Коректно и адекватно вођење медицинске документације.
- Поштовање права пацијента.
- Рад на свим сегментима установе и хоризантално вертикална одлична комуникација свих запослених.
- Отварање Центра за ментално здравље у Београду.
- Посебно се похваљује сектору Падинска скела.

ИНТЕНЗИВНА НЕГА

Достигнућа

- Похваљује се спровођење обуке из кардио-пулмоналне реанимације (КПР) и настојање да сви запослени буду обучени за примену мера КПР-а.

- Услови за лечење пацијената су на задовољавајућем хигијенском нивоу у централној згради у београдском делу, и доведени на висок хигијенски ниво у сектору Падинска скела.
- Уложен је труд у израду процедура за пријем пацијената, како добровољни, тако и принудни, у складу са савременим медицинским протоколима и предвиђеном законском регулативом.
- Пријем пацијената се одвија кроз Службу ургентне психијатрије, а на основу здравственог стања и присуства коморбидитета врши се тријажа пацијената на два одељења интензивне неге и лечења. Установа збрињава најтеже психијатријске болеснике.
- Лечење се спроводи према утврђеном плану и у складу са водичима добре клиничке праксе. Лечење пацијената је тимско и и по потреби мултидисциплинарно.
- Обезбеђени су услови за изолацију на одељењу.
- У одсеку Падинска скела постигнут је квалитетнији и савремен ниво рада са пацијентима који се лече на овој клиници кроз организовање радне терапије за пацијенте и могућност њиховог укључивања у различите активности, као што су на пример, сликарска, музичка секција, рад са керамиком и слично.
- Предложено је да се у оквиру сређивања зелених површина у болничком кругу у сарадњи са Градским зеленилом обезбеди теретана на отвореном и трим стазе.
- Такође је предлог да се размотре могућности за проширење услуга физикалне медицине и рехабилитације кроз увођење масаже и слично.

Препоруке

- Општа препорука је да сва обавештења на огласним таблама треба да буду на обрасцу са меморандумом установе.
- Потребно је формирати листу контроле истека трајања лека са јасном евиденцијом ко и када контролише рок истека лека на интензивној нези.
- На местима где су истакнуте листе лекова постоји рок трајања истека лека али не и серијски број, неопходно је додати рубрику и уписивати тај податак.

- Од опреме, препорука је да Одељења интензивне неге имају дефибрилатор, уз који је неопходно да постоји писано упутство за употребу, евиденција да су сви запослени прошли обуку и листа редовног сервисирања.
- На нивоу одељења интензивне неге направити план за унапређење квалитета са којим ће сви запослени бити упознати и јасним дефинисањем њихових активности у реализацији тог плана.
- Направити листу на којој ће бити тачно дефинисана сатница допремања хране, допремања чисте постељине, одношења смећа, инфективног отпада, нечисте постељине са јасним дефинисањем хигијене пута проласка након сваке од тих активности – нарочито дезинфекције пута након отклања нечистог и инфективног материјала.
- У случају постојања болничких инфекција и потребе за изолацијом јасно истаћи листу хигијене простора за изолацију – време, средство, име особе која је извршила хигијену, и особе која је извршила контролу хигијене.

ИНТЕРНИСТИЧКЕ ГРАНЕ (КОНСУЛТАТИВНЕ ГРАНЕ)

Достигнућа

- Похвално је што су пацијенти подељени по категоријама према њиховим потребама и они чије стање захтева тренутни преглед имају предност.
- Постоји информатор у којем су садржане све информације које су потребне пацијентима као припрема за преглед са бројем телефона на којем могу добити додатна упутства.
- Посебно је похвално постојање индивидуалног плана лечења који се прави на основу клиничког прегледа и анализа и формира се у складу са индивидуалним потребама сваког пацијента.
- Похвално је постојање обрасца – Захтев за консултативни преглед, на којем се наглашава степен хитности за одређени преглед.

Препоруке

- На огласној табли за пацијенте истаћи пријем на преглед према степену хитности.

- На основу разговора са запосленима и потребе за интернистичким консултацијама препорука је да постоји стално запослени специјалиста интерне медицине.
- Унутар ЕЕГ кабинета потребно је да постоји на видном месту истакнут поступак рада на ЕЕГ апарату, као и поступак реаговања у случају да дође до епи напада(у виду алгоритма).
- Са планом лечења треба да буду упознати сви запослени те је потребно водити свеске визите и разматрати план лечења на састанцима о чему треба да постоје писани докази.
- Поред редовног спровођења КМЕ на Клиници препорука је успостављање сарадње са институцијама које се баве сродним проблемима пацијента и организовати едукације са разменом искустава на тај начин.
- Запослени у служби треба да буду упознати са Мисијом и Визијом што верификују својим потписом.
- Организациона јединица треба да има свој План унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.
- Потребно је дефинисати на нивоу службе показатеље квалитета рада чија ће анализа помоћи у изради Плана унапређења рада службе.
- Запослени треба да су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента што се потврђује записницима са састанака.
- Кроз процедуру дефинисати поступак за пријем, разматрање примедби и жалби пацијената (обележити странице у Књизи утисака, време када и ко је урадио анализу, коме је прослеђен извештај и у случају потребе које корективне мере су предузете).

ЛАБОРАТОРИЈА / ЛАБОРАТОРИЈСКА ДИЈАГНОСТИКА

Достигнућа

- Постоји јасно дефинисан опис основне делатности Одељења за лабораторијску дијагностику, која се одвија по захтевима струке и принципима Добре лабораторијске праксе.
- Лабораторијска служба, располаже савременом опремом која се превентивно и корективно одржава, у складу са препорукама произвођача.
- Одговарајућа палета биомаркера је у складу са најсавременијим сазнањима и достигнућима лабораторијске дијагностике и прати захтеве клиничара и потребе пацијената.

- За потребе процеса акредитације припремљена је обимна документација у складу са актуелном праксом.
- Лабораторија свакодневно спроводи унутрашњу контролу квалитета рада, чиме се осведочава издавање тачних резултата лабораторијских испитивања.

Препоруке

- Размотрити могућност проширења кадровског плана у складу са позитивним прописима. Унапредити примену важећих прописа у области распоређивања на руководећа радна места запослених који испуњавају законом прописане услове.
- Потребно је континуирано ревидирати улогу лабораторије у мултидисциплинарном тиму и осведочити је адекватним доказима.
- Спровести процењивање учинка запослених и приложити доказе.
- Потребно је ревидирати одређен број процедура и упутстава за рад и прилагодити доказе захтевима стандарда и испуњењу критеријума (нпр. иновирати и увести у примену процедуру за венепункцију, у складу са препорукама Радне групе за преаналитику Европске федерације за клиничку хемију и лабораторијску медицину -www.dmbj.org.rs).
- Потребно је адаптирати простор лабораторије у складу са позитивним прописима (одвојити простор пријема, простор за анализу урина, административни део лабораторије, обезбедити простор за одлагање инфективног отпада и одливања урина ван аналитичког дела лабораторије).
- Потребно је из аналитичког дела лабораторије изместити контејнере за привремено складиштење медицинског отпада. Обезбедити одливање урина ван дела лабораторије у коме се обавља остала лабораторијска делатност
- Контрола квалитета рада глукометара (*POINT-OF-CARE/POCT* анализатора) треба да се обавља и верификује од стране лабораторијског особља, у складу са Стручно-методолошким упутством за "*POINT-OF-CARE*" испитивање (www.dmbj.org.rs).
- Потребно размотрити могућност имплементације лабораторијског информационог система, којим би се повезали анализатори и у складу са техничким могућностима, повезати га са болничким информационом системом.
- На упут за лабораторијска испитивања и извештај који се генерише кроз болнички информациони систем, као идентификациони податак, увести датум рођења и/или ЈМБГ број, са циљем спровођења позитивне идентификације пацијента/биолошког материјала.

- С обзиром да Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите ("Sl. glasnik RS", br. 49/2010) нису дефинисани показатељи квалитета за медицинске лабораторије, у циљу унапређења квалитета потребно је да лабораторија интерно дефинише показатеље квалитета рада и безбедности пацијената, које је потребно пратити и анализирати (предлог: www.ifcc-mqi.com, www.dmbj.org.rs/).
- Унапредити израду Плана за унапређење квалитета рада лабораторије којим се конкретизује унапређење квалитета рада као и праћење реализације планираних активности.
- Потребно је укључивање лабораторије у програм спољашње контроле квалитета рада.
- Потребно је наставити са контролом транспорта биолошког материјала у Падинској Скели у складу са стабилношћу параметара, препорукама и позитивним прописима.

ФАРМАЦЕУТСКА ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ

Достигнућа

- Основне делатности Одсека за фармацеутску здравствену делатност (апотека) јасно су дефинисане и усклађене са стандардима добре апотекарске праксе. Израђена је документација која садржи процедуре које су у употреби и којим се регулише домен набавке, складиштења и издавања лекова и медицинских средстава.
- Постоји следивост и прегледност у ланцу снабдевања, контроле и издавања лекова и медицинских средстава којим се обезбеђује смањење ризика од нежељених догађаја и медицинских грешака.
- Фармацеутски тим обезбеђује квалитетно и исправно складиштење лекова и медицинских средстава.
- Мултидисциплинаран приступ раду и сарадња са клиничким службама је присутна у свакодневном раду о чему се води одговарајућа документација.
- Похваљује се имплементација Процедуре за праћење фармакокинетичких параметара и тумачење резултата.
- Отварањем болничке апотеке у Клиници за психијатријске болести "Др Лаза Лазаревић" у Београду, значајно је унапређено обављање фармацеутске здравствене делатности у установи.

Препоруке

- Унапредити израду Плана за унапређење квалитета рада болничке апотеке којим се конкретизује унапређење квалитета рада као и праћење реализације планираних активности.
- Спровести процењивање учинка запослених и приложити доказе.
- Потребно је континуирано, и у складу са потребама, ревидирати одређен број процедура и упутстава за рад.
- Дефинисати поступак за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице и спровести процену стања .
- С обзиром да Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите ("*Sl. glasnik RS*", *br. 49/2010*) нису дефинисани показатељи квалитета за болничке апотеке, у циљу унапређења квалитета потребно је да апотека интерно дефинише показатеље квалитета рада и безбедности пацијената, које је потребно пратити и анализирати.
- Организовати едукацију запослених из области унапређења квалитета рада и безбедности пацијената унутар установе

ЖИВОТНА СРЕДИНА

Достигнућа

- Комисија за интрахоспиталне инфекције се редовно састаје, сарађује са надлежним институцијама и подноси извештаје.
- Постоје докази о ванредним мерама и препорукама епидемиолога појавом епидемије грипа почетком ове године.
- У болници се спроводе мере превенције болничких инфекција и све мере изолације у случају појаве исте.
- Поступци дезинсекције и дератизације се спроводе и о томе постоје докази.
- Периодично се спроводи контрола узорака хране, брис руку и радних површина што потврђују извештаји из ГЗЗЗ-а.
- Припремање хране у сектору Падинска Скела спроводи се по свим хигијенско санитарним прописима, као и дистрибуција до Клинике за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“ у Београду.
- Ангажовањем „Јупитера“ за потребе одржавања хигијене постељног рубља повећана је безбедност у спречавању настанка интрахоспиталних инфекција.
- Раздвајање медицинског отпада врши се према Каталогу отпада.

- Сви запослени су упознати са поступком у случају повреде на раду- убуд оштрим предметом.
- У болници се користи санитетски материјал за једнократну употребу а за потребе евентуалне стерилизације инструмената постоји суви стерилизатор те су све активности везане за употребу истог регулисане процедуром .
- Клиника за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“ се придржава важећих закона и прописа из области заштите од пожара.

Препоруке

- Потребно је да записници са састанка Комисије за ИХИ буду садржајнији са јасним задужењима чланова тима.
- У оквиру Клинике за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“ неопходно је ради оперативнијег функционисања оформити на нивоу београдског сектора, као и сектора Падинска Скела Тим за превенцију и контролу инфекција. Њихов задатак би био да у сарадњи са Комисијом на нивоу Клинике, као и одговорним епидемиологом из Градског завода за јавно здравље формирају Регистратор надзора над болничким инфекцијама са протоколом пријављивања болничких инфекција, Регистратор епидемиолошког надзора над оболелима од заразних болести и експонираним у контакту (у којем би прикупљали доказе о извештајима о спроведеним активностима, предузетим мерама, предложеним и спроведеним поступцима у случајевима епидемија на одељењу). Задатак Тима би био и да обави анкету запослених о вакциналном статусу приликом запошљавања, да формира Регистратор „Имунизације запослених“ у складу са Правилником о имунизацији и начину заштите лековима ("Сл. гласник РС", бр. 88/2017), а с обзиром на законску обавезу обавезног вакцинисања од 2020. године против грипа и хепатитиса Бе, малих богиња, рубеле, заушача, пертусиса, дифтерије, варичеле, менингококне болести и других обољења по епидемиолошким индикацијама.
- Конкретизовати у процедури поступке код изолације различитим узрочницима.
- Спровести обуку лица које спроводе хигијену о начину спровођења исте у случају настанка ИХИ.
- У случају постојања ИХИ и потребе за изолацијом јасно истаћи листу хигијене простора за изолацију –време, средство, особа која је извршила хигијену, контрола хигијене.

- Потенцијално инфективну постељину одлагати у жуте кесе са јасном ознаком – до сада је одлагање спровођено у црним кесама.
- На листама спровођења хигијене простора поред потписа особе која је извршила хигијену потребно је да стоји верификација особе која је учинила надзор над том активношћу.
- Листе хигијене простора са јасном сатницом треба да буду истакнуте нарочито у купатилима – сектор Падинска Сकेла.
- Санирати оштећен под у болесничкој соби у циљу спречавања ИХИ.
- Обезбедити доказе за унапређење критеријума који се тиче ревизије и увођења нових процедура које се односе на превенцију болничких инфекција, изолацију, хигијену руку. Обезбедити доступан едукативан материјал запосленима из ове области .
- Израдити анализу и план потрошње средстава за чишћење и дезинфекцију подова и површине у болничкој средини.
- Направити листу на којој ће бити тачно дефинисана сатница допремања хране, допремања чисте постељине, одношења смећа, инфективног отпада, нечисте постељине са јасним дефинисањем хигијене пута проласка након сваке од тих активности – нарочито дезинфекције пута након отклања нечистог и инфективног материјала.
- Потребно је да техничка служба направи план за сервис и хигијену клима, кречење болнице, евентуална реновирања.
- Место одлагања инфективног отпада у служби лабораторије није адекватно.
- Неутрализација урина након прегледа се врши у просторији у којој бораве запослени – користити простор у купатилу.
- Фирма која преузима отпад би требало да враћа чисте и дезинфиковане канте. Настојати да се уговором то регулише.
- Подржати активност руководеће структуре у процедури израде процене ризика и Плана за случај ванредних ситуација и настанка масовних несрећа.
- Спровођити обуку запослених за безбедно коришћење опреме.
- Спровођити вакцинацију запослених према законским одредбама.

ЉУДСКИ РЕСУРСИ

Достигнућа

- Установа располаже квалитетним, добро едукованим кадром.

- Посвећује се пажња едукацији запослених са становишта потреба установе као и уважавања исказаног интересовања запослених.
- Постоје протоколи и процедуре којима се обезбеђује неометан процес рада. Путем радних налога за обављање одређених послова се обезбеђује континуитет радног процеса и успоставља уравнотеженост радног оптерећења.
- Процена резултата рада запослених предвиђена је одговарајућом Процедуром и обрасцима у којима је запосленима дата могућност уношења коментара.

Препоруке

- Садржину персоналних досијеа редовно проверавати како би се, осим решења о издавању лиценце, у исте благовремено уложиле и издате лиценце за самосталан рад.
- Побољшати праћење стручног усавршавања запослених према утврђеном плану програму установе, укључујући програме за обуку новозапослених на нивоу организационих јединица.
- Преоцену резултата рада запослених на годишњем нивоу унапредити обезбеђивањем континуиране примене усвојене Процедуре.
- Поводом спроведених истраживања на пољу задовољства запослених унапредити креирање мера и активности за унапређење постигнутог или одржавање постојећег нивоа - зависно од добијених резултата.

УПРАВЉАЊЕ ИНФОРМАЦИЈАМА

Достигнућа

- Медицинска документација се води у складу са важећим прописима, подаци о пруженим здравственим услугама су прецизни и детаљни.
- Размена информација по вертикали и хоризонтали се обезбеђује и коришћењем унутрашње мреже за електронску комуникацију тзв. „Размена“, чиме је обезбеђен благовремени проток информација са

дислоцираном организационом јединицом у Падинској скели, али и унутар Установе у целини.

- Установа располаже квалификованим особљем обученим за прикупљање, тумачење и анализу података добијених помоћу показатеља.
- Остваривање права пацијента на увид у медицинску документацију и издавање преписа медицинске документације је добро документовано, а поступак је формализован кроз утврђену процедуру .

Препоруке

- Унапредити вршење и извештавање о редовним интерним проверама вођења медицинске документације од стране организационих јединица у смислу уједначености праксе.
- Истрајати у планираним активностима којима је предвиђена реконструкција простора Установе у циљу обезбеђивања адекватног простора за архивирање.
- Поступке праћења показатеља и процене учинка потребно је унапредити како би се постојеће активности на нивоу организационих јединица ускладиле и уједначиле. Овим поступцима обухватити и анализу корисности добијених података и квалитет самих показатеља.

РУКОВОЂЕЊЕ

Достигнућа

- У току припреме за процес акредитације израђен је велики број писаних процедура и обезбеђено њихово усвајање од овлашћеног тела установе, систематизованих и презентираних запосленима. У изради ових процедура, током процеса активирао се значајан број запослених својим непосредним учешћем.
- Прикупљају се информације од значаја за распоређивање ресурса према потребама корисника услуга, а управном одбору се редовно достављају извештаји о коришћењу ресурса.

- Руководeћи кадар је ангажован у области стратешког планирања и унапређења рада Установе. Осим аналитичког приступа и праћења пословања у области финансијских ресурса, ангажовање је присутно и кроз аплицирање у пројектима којима се могу обезбедити додатна потребна средства за реконструкцију и адаптацију постојећих просториних капацитета и обогаћивању садржаја активности за пацијенте.
- Руководство препознаје и даје потребну подршку запосленима у области стручног усавршавања како кроз екстерно тако и интерно организоване видове стручног усавршавања.

Препоруке

- У области унапређења Стратешког планирања и ревидирања плана у предвиђеним роковима потребно је исти допунити у смислу свеобухватности планираних активности.
- Подстицати ангажовање организационих јединица и запослених у области прикупљања информација и извештавања руководства.
- Унапредити поступке планирања средстава намењених за управљање ризицима и активности на унапређењу квалитета рада
- Обезбедити доследну примену усвојених процедура, укључујући механизме контроле њихове примене како би се правовремено приступило ревидирању и прилагођавању процедура потребама процеса рада.

СТАНДАРДИ УПРАВЉАЊА

Достигнућа

- Управни одбор подржава активности које су значајне за рад и даљи развој установе, укључујући и процес акредитације.
- Управни одбор је остварио учешће у припреми и усвајању Стратешког плана здравствене установе и Изјаве о мисији и визији здравствене установе.
- Управни одбор од руководства установе адекватно и благовремено добија информације, писане извештаје, захтеве и предлоге за планиране активности унапређења квалитета рада установе.

- Седнице Управног одбора се редовно заказују и одржавају према установљеној процедури и у складу са указаном потребом, уз адекватно и правовремено информисање о раду и потребама установе.
- Управни одбор правовремено извештава Министарство здравља о раду установе.
- Новозапослени се кроз водич за новозапослене упознају са Пословним кодексом установе.
- Примењују се усвојене процедуре за оцењивање рада Директора установе и самооцењивање од стране Управног одбора.

Препоруке

- Обезбедити даље активно учешће Управног одбора у разматрању и праћењу реализације Стратешког плана и остваривању стратешких циљева, а по указаној потреби приступити ревизији у роковима дефинисаним акредитационим стандардима (најмање једном у три године).
- Потребно је да Управни одбор преиспита Изјаву о мисији и визији најмање једном у три године и ревидира је по потреби.
- Стратешке циљеве дефинисати по организационим јединицама установе.
- У Стратешком плану дефинисати специфичне циљеве у складу са свим планираним активностима установе.
- У документацији приложити доказ о испуњености критеријума којим Управни одбор усваја годишњи план рада здравствене установе.
- Потребно је да све организационе јединице установе упознају запослене са Изјавом о мисији и визији и Пословним кодексом установе и да о томе воде адекватну и униформну евиденцију која садржи потписе запослених.
- У процедури за оцењивање рада Директора установе од стране Управног одбора и Процедуре за оцењивање свог рада (самооцењивање рада Управног одбора) дефинисати период на који ће се оцењивање спроводити.
- Настојати на именовању Надзорног одбора, који би добијао информације о плановима и унапређењу рада установе од Управног одбора установе.

ЕДУКАЦИЈА

Достигнућа

- Клиника за психијатријске болести "Др Лаза Лазаревић" је наставна база Медицинског факултета Универзитета у Приштини (са привременим

седиштем у Косовској Митровици), Фармацеутско-здравственог факултета Универзитета у Травнику и Високо здравствене школе струковних студија у Београду.

- Циљеви свих образовних програма, који се спроводе, су јасно дефинисани и документовани адекватним доказима. Програми свих предмета су доступни јавности на веб страницама факултета/високе школе.
- Стицање клиничког искуства се обавља употребом одговарајућих наставних метода и у функцији је образовних програма Високе здравствене школе струковних студија у Београду.
- Клиника за психијатријске болести "Др Лаза Лазаревић" је носилац акредитованих програма континуиране медицинске едукације. Од посебног значаја је организовање Другог националног конгреса болничке психијатрије са међународним улесћем, као и учешће запослених на осталим националним и интернационалним скуповима.
- Установа спроводи и програме стручног усавршавања: специјализације, уже специјализације и докторских студија.

Препоруке

- Допунити и униформисати документацију са потребним доказима из све три наставне установе.
- Истрајати у перманентном усавршавању, афирмисати и документовати акредитоване програме едукације. Афирмисати и публицистичку делатност (уџбеници, монографије, индексирани радови, брошуре, водичи, пројекти).
- Проширивање и афирмација едукативне делатности путем веб презентације.
- Истрајати у настојањима да установа постане наставна база Медицинског факултета Универзитета у Београду.

Анекс 1: Оцене за поједине критеријуме (самооцењивање и спољашње оцењивање)

ИГЛП		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ИГЛП	1.0		
	1.1	4	4
	1.2	5	5
	1.3	4	4
	1.4	5	4
ИГЛП	2.0		
	2.1	4	4
	2.2	4	4
	2.3	3	4
	2.4	4	4
	2.5	4	5
	2.6	4	4
ИГЛП	3.0		
	3.1	4	3
	3.2	5	4
	3.3	5	4
	3.4	4	4
	3.5	4	4
	3.6	5	4
	3.7 *	4	БО
	3.8 *	4	4
ИГЛП	4.0		
	4.1	4	4
	4.2	4	4
	4.3	4	4
	4.4	4	4
ИГЛП	5.0		
	5.1	БО	БО
	5.2	БО	БО
	5.3	БО	БО
	5.4	БО	БО
	5.5	БО	БО
ИГЛП	6.0		
	6.1	4	4
	6.2	4	4
	6.3	5	4
	6.4	3	3
ИГЛП	7.0		
	7.1	4	4
	7.2	4	3
	7.3	4	3
	7.4	4	3
	7.5	4	3
	7.6	3	3
	7.7 *	4	4
	7.8 *	4	4
ИГЛП	8.0		
	8.1	4	4
	8.2	4	3
	8.3	5	4
	8.4	5	4

ЛП		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ЛП	1.0		
	1.1	БО	БО
	1.2	БО	БО
	1.3	БО	БО
	1.4	БО	БО
ЛП	2.0		
	2.1	4	4
	2.2	4	4
	2.3	5	5
	2.4	4	4
	2.5	4	4
	2.6	5	5
ЛП	3.0		
	3.1	5	5
	3.2	5	5
	3.3	5	5
	3.4	5	5
	3.5	4	3
	3.6	5	5
	3.7 *	4	4
	3.8 *	4	4
ЛП	4.0		
	4.1	5	4
	4.2	5	4
	4.3	5	4
	4.4	5	4
ЛП	5.0		
	5.1	4	4
	5.2	4	4
	5.3	4	4
	5.4	5	5
	5.5	4	4
ЛП	6.0		
	6.1	3	3
	6.2	4	4
	6.3	4	3
	6.4	3	3
ЛП	7.0		
	7.1	4	3
	7.2	4	4
	7.3	4	4
	7.4	4	4
	7.5	4	4
	7.6	4	3
	7.7 *	4	4
	7.8 *	4	4
ЛП	8.0		
	8.1	4	4
	8.2	4	4
	8.3	4	4
	8.4	4	4

ИН		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ИН	1.0		
	1.1	5	5
	1.2	БО	БО
	1.3	4	4
	1.4	БО	БО
ИН	2.0		
	2.1	5	5
	2.2	5	5
	2.3	5	5
	2.4	4	4
	2.5	4	4
ИН	3.0		
	3.1	5	5
	3.2	5	5
	3.3	5	5
ИН	4.0		
	4.1	4	4
	4.2	5	5
	4.3	4	4
	4.4	4	4
	4.5	4	4
	4.6	3	4
	4.7	5	5
	4.8	4	5
	4.9	4	5
	4.10	4	3
	4.11 *	4	4
	4.12	5	3
	4.13	4	3
ИН	5.0		
	5.1	4	4
	5.2	4	4
	5.3	5	5
	5.4	3	3
	5.5	4	4
	5.6	4	4
	5.7	4	4
	5.8	4	4
	5.9 *	4	4
ИН	6.0		
	6.1	5	5
	6.2	БО	БО
	6.3	4	4
	6.4	БО	БО
	6.5	БО	БО
	6.6	4	4
	6.7	4	4
	6.8	4	4
	6.9	3	3
	6.10	4	4
	6.11	4	4
	6.12	3	3
ИН	7.0		
	7.1	5	5
	7.2	4	4
	7.3	4	4
	7.4	5	5
	7.5	БО	БО
ИН	8.0		
	8.1	4	4
	8.2	4	3
	8.3	4	3
	8.4	4	3
	8.5	4	4
	8.6	4	4
	8.7 *	4	5
	8.8 *	4	5

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

УМ		Оцене самоцењавање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењавање (1,2,3,4,5 или БО)
УМ	1.0		
	1.1	5	5
	1.2	5	5
	1.3	4	4
	1.4	5	5
	1.5	4	3
УМ	2.0		
	2.1	4	4
	2.2	5	5
	2.3	4	4
	2.4	4	4
	2.5	4	4
УМ	3.0		
	3.1	4	4
	3.2	5	5
	3.3 *	4	4
УМ	4.0		
	4.1	4	4
	4.2	5	5
	4.3	5	5
	4.4	4	4
	4.5	4	4
	4.6	3	3
	4.7	3	3
	4.8	3	3
	4.9	5	5
	4.10	4	3
УМ	5.0		
	5.1	4	4
	5.2	5	5
	5.3	5	5
	5.4	3	3
	5.5	4	3
	5.6	4	4
	5.7	3	3
	5.8	4	4
	5.9 *	4	4
	5.10	3	3
УМ	6.0		
	6.1	5	5
	6.2	4	3
	6.3	4	4
	6.4	БО	3
	6.5	БО	БО
	6.6	БО	3
	6.7	3	3
	6.8	3	3
	6.9	БО	3
	6.10	3	3
	6.11	3	3
	6.12	БО	БО
УМ	7.0		
	7.1	4	4
	7.2	5	5
	7.3	5	5
	7.4	4	4
	7.5	3	3
	7.6	2	2
	7.7	БО	БО
УМ	8.0		
	8.1	4	3
	8.2	4	4
	8.3	4	4
	8.4	4	3
	8.5	4	4
	8.6	4	3
	8.7 *	4	4
	8.8 *	4	4

ЛАБ		Оцене самоцењавање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењавање (1,2,3,4,5 или БО)
ЛАБ	1.0		
	1.1	4	5
	1.2	4	4
	1.3	4	4
	1.4	4	4
ЛАБ	2.0		
	2.1	5	5
	2.2	4	4
	2.3	3	3
	2.4	4	4
	2.5	4	4
	2.6 *	4	4
ЛАБ	3.0		
	3.1	4	3
	3.2	4	3
	3.3	4	3
	3.4	4	4
	3.5	4	3
	3.6	4	БО
	3.7	4	3
	3.8	5	5
	3.9	4	4
	3.10	4	4
ЛАБ	4.0		
	4.1 *	4	4
	4.2	2	2
ЛАБ	5.0		
	5.1	4	3
	5.2	3	3
ЛАБ	6.0		
	6.1	4	4
	6.2	4	3
	6.3	5	4
ЛАБ	7.0		
	7.1	4	3
	7.2	4	3
	7.3	5	5
	7.4	5	5
ЛАБ	8.0		
	8.1	4	3
	8.2	4	3
	8.3	4	3
	8.4	4	3
	8.5	4	4
	8.6	3	3
	8.7	3	2
	8.8	4	4

АПТ		Оцене самоцењавање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењавање (1,2,3,4,5 или БО)
АПТ	1.0		
	1.1	4	5
	1.2	4	5
	1.3	4	4
	1.4	4	4
АПТ	2.0		
	2.1	4	4
	2.2	4	4
	2.3	4	4
	2.4	3	4
	2.5	3	3
	2.6	4	5
	2.7 *	4	4
АПТ	3.0		
	3.1	5	5
	3.2	4	4
	3.3	5	5
	3.4	5	5
	3.5	5	5
	3.6	4	БО
	3.7	4	3
	3.8	5	5
	3.9	4	4
	3.10	4	4
АПТ	4.0		
	4.1 *	4	4
	4.2	2	2
АПТ	5.0		
	5.1	4	4
	5.2	4	3
АПТ	6.0		
	6.1	4	4
	6.2	3	3
	6.3	4	4
АПТ	7.0		
	7.1	5	5
	7.2	4	4
	7.3	5	5
	7.4	5	5
АПТ	8.0		
	8.1	4	3
	8.2	4	3
	8.3	4	3
	8.4	4	4
	8.5	4	3
	8.6	4	3
	8.7	4	3
	8.8	4	4

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

ЖС		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	
		Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	
ЖС	1.0		
	1.1	3	3
	1.2 *	4	4
	1.3 *	4	4
	1.4	3	3
	1.5	3	4
	1.6	3	3
ЖС	2.0		
	2.1	4	4
	2.2	4	4
	2.3	4	4
	2.4	4	4
	2.5	4	4
ЖС	3.0		
	3.1	4	5
	3.2	4	3
	3.3	4	5
	3.4	4	3
	3.5	4	4
	3.6	4	4
ЖС	4.0		
	4.1	3	4
	4.2	4	4
	4.3	4	4
ЖС	5.0		
	5.1	3	4
	5.2	3	3
	5.3	4	4
	5.4	4	4
	5.5	4	4
	5.6	4	4
ЖС	6.0		
	6.1	4	4
	6.2	4	3
	6.3	3	3
	6.4	3	4
	6.5	4	3
ЖС	7.0		
	7.1	5	5
	7.2	5	5
	7.3	4	3
	7.4	4	4
	7.5	БО	БО
ЖС	8.0		
	8.1	БО	БО
	8.2	БО	БО
	8.3	БО	БО

ЖС		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	
		Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	
ЖС	9.0		
	9.1	БО	БО
	9.2	БО	БО
	9.3	БО	БО
	9.4	БО	БО
	9.5	БО	БО
	9.6	БО	БО
	9.7	БО	БО
ЖС	10.0		
	10.1	БО	БО
	10.2	БО	БО
	10.3	БО	БО
	10.4	БО	БО
	10.5	БО	БО
ЖС	11.0		
	11.1	БО	БО
	11.2	БО	БО
	11.3	БО	БО
ЖС	12.0		
	12.1	БО	БО
	12.2	БО	БО
	12.3	БО	БО
	12.4	БО	БО
	12.5	БО	БО
ЖС	13.0		
	13.1	БО	БО
	13.2	БО	БО
	13.3	БО	БО
	13.4	БО	БО
	13.5	БО	БО
ЖС	14.0		
	14.1	4	3
	14.2	4	3
	14.3	4	4
	14.4	4	3
	14.5	2	2
ЖС	15.0		
	15.1	2	2
	15.2	3	2
ЖС	16.0		
	16.1 *	5	5
	16.2	5	4
	16.3	5	5
	16.4	5	5
	16.5	5	5
ЖС	17.0		
	17.1	БО	БО
	17.2	БО	БО
	17.3	БО	БО

ЖС		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	
		Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	
ЖС	18.0		
	18.1	БО	БО
	18.2	БО	БО
	18.3	БО	БО
	18.4	БО	БО
	18.5	БО	БО
	18.6	БО	БО
ЖС	19.0		
	19.1	БО	БО
	19.2	БО	БО
	19.3	БО	БО
	19.4	БО	БО
	19.5	БО	БО
ЖС	20.0		
	20.1	БО	БО
	20.2	БО	БО
	20.3	3	4
	20.4	3	4
	20.5	5	4
	20.6	4	4
	20.7	3	3
	20.8	БО	БО
ЖС	21.0		
	21.1	БО	БО
	21.2	БО	БО
	21.3	БО	БО
	21.4	БО	БО
	21.5	БО	БО
ЖС	22.0		
	22.1	3	3
	22.2	4	4
	22.3	4	3

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

ЉР		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	
		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1.2.3,4,5 или БО)
ЉР	1.0		
	1.1	5	3
	1.2	5	5
	1.3	5	5
ЉР	2.0		
	2.1	5	5
	2.2	5	4
	2.3	5	5
ЉР	3.0		
	3.1	4	4
	3.2	4	4
	3.3	4	4
	3.4	4	3
	3.5	4	3
ЉР	4.0		
	4.1	5	4
	4.2	5	4
	4.3	4	4
	4.4	3	3
	4.5	3	3
	4.6	4	5
ЉР	5.0		
	5.1	3	3
	5.2	3	4
ЉР	6.0		
	6.1	4	4
	6.2	4	4
	6.3	4	4
	6.4	4	3
	6.5	5	5
ЉР	7.0		
	7.1	5	5
	7.2	5	5
	7.3	5	3
УИ		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	
		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1.2.3,4,5 или БО)
УИ	1.0		
	1.1	4	5
	1.2	5	5
	1.3	3	3
	1.4	3	4
	1.5	4	5
УИ	2.0		
	2.1	4	4
	2.2	4	4
	2.3	5	4
	2.4	4	4
	2.5	4	4
УИ	3.0		
	3.1	5	5
	3.2	5	5
	3.3	4	4

РУ		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	
		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1.2.3,4,5 или БО)
РУ	1.0		
	1.1	5	5
	1.2	5	5
	1.3	5	5
РУ	2.0		
	2.1	5	5
	2.2	5	5
	2.3	3	3
	2.4	5	4
	2.5	2	2
	2.6	2	3
РУ	3.0		
	3.1	4	4
	3.2	4	4
	3.3	4	3
	3.4	4	4
	3.5	4	5
РУ	4.0		
	4.1 *	4	4
	4.2	4	4
	4.3	3	3
	4.4	5	5
	4.5	5	5
	4.6	3	3
	4.7	4	3
РУ	5.0		
	5.1	4	4
	5.2 *	4	4
	5.3	4	4
	5.4	4	4
РУ	6.0		
	6.1	5	5
	6.2	5	4
	6.3	4	4
	6.4	4	4
	6.5	БО	БО
	6.6	4	4
	6.7	5	5
	6.8	5	5
РУ	7.0		
	7.1	5	4
	7.2	5	5
	7.3	5	5
	7.4	4	4
	7.5	5	5
РУ	8.0		
	8.1	4	4
	8.2	5	5
	8.3	5	4
	8.4	2	2
РУ	9.0		
	9.1	4	4
	9.2	5	5
	9.3	4	4
	9.4	3	3
	9.5	4	4
РУ	10.0		
	10.1	5	5
	10.2	5	5
	10.3	5	5
	10.4	5	5

СУ		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	
		Оцене самооцењивање (1.2.3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1.2.3,4,5 или БО)
СУ	1.0		
	1.1	5	5
	1.2	5	3
	1.3	4	4
	1.4	5	4
	1.5	4	4
	1.6	2	2
СУ	2.0		
	2.1	5	5
	2.2	5	5
	2.3	2	2
СУ	3.0		
	3.1	3	3
	3.2	5	5
	3.3	3	4
	3.4	5	4
	3.5	3	4
СУ	4.0		
	4.1	4	4
	4.2	4	4
	4.3	4	4
	4.4	5	5
СУ	5.0		
	5.1	5	4
	5.2	3	4
	5.3	4	4
	5.4	2	2

ЕДУ		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ЕДУ	1.0		
	1.1	5	5
	1.2	5	5
	1.3	5	5
	1.4	4	4
ЕДУ	2.0		
	2.1	4	5
	2.2	4	5
	2.3	3	4
	2.4	3	3
ЕДУ	3.0		
	3.1	4	4
	3.2	4	4
	3.3	4	4
	3.4	2	3
	3.5	4	3
ЕДУ	4.0		
	4.1	4	4
ЕДУ	5.0		
	5.1	4	3
	5.2	4	3
	5.3	3	3
ЕДУ	6.0		
	6.1	3	4
	6.2	3	4
	6.3	3	3
ЕДУ	7.0		
	7.1	4	4
	7.2	3	4

Анекс 2: Процентуална заступљеност оцена

		Број критеријума	Безбедност	1	2	3	4	5	БО
	Укупно:	451	24	0	0	0	21	3	1
Лечење пацијената-Опште одредбе	ЛП	39	4	0	0	6	25	8	4
Интензивна нега	ИН	53	4	0	0	9	27	17	6
Интернистичке гране – Лечење пацијената	ИГЛП	37	3	0	0	8	27	2	6
Ургентна медицина	УМ	57	4	0	1	21	22	13	3
Лабораторијска дијагностика	ЛАБ	38	2	0	2	16	15	5	1
Фармацеутска здравствена делатност	АПТ	38	2	0	1	9	17	11	1
Животна средина	ЖС	55	3	0	3	16	28	8	51
Људски ресурси	ЉР	27	0	0	0	8	11	8	0
Управљање информацијама	УИ	13	0	0	0	1	7	5	0
Руковођење	РУ	50	2	0	2	7	21	20	1
Стандарди управљања	СУ	22	0	0	3	2	12	5	0
Едукација	ЕДУ	22	0	0	0	7	10	5	0
	Збир:			0	12	110	222	107	73
	Кориговани проценат:			0	2.66	24.39	49.22	23.73	
				2.66		24.39	72.95		

Анекс 3: Листа свих коментара, препорука и похвала

	КОМЕНТАР	ПРЕПОРУКА	ПОХВАЛА
ЛП 6.3		Водити уредну евиденцију од набавке опреме и комплетну сервисну евиденцију за сваки уређај	
ИН 2.4			Похваљује се постојање индивидуалног плана лечења који проистиче из свакодневне процене потреба
ИН 2.5			У Клиници се одржавају састанци под називом "Терапијска заједница" на којима пацијенти износе своје утиске, предлоге.
ИН 3.1			Похваљује се евидентирање спроведених поступака лечења и неге у историји болести.
ИН 3.3			Запослени лекари и сестре максимално улажу напоре да се процес рада документује у складу са захтевима критеријума за акредитацију.
ИН 4.10	У Клиници постоји организован систем стручног усавршавања запослених, у складу са специфичностима појединих организационих јединица.	Потребно је изградити процедуру обуке новозапослених са општим (Општи део увођења у посао) и специфичним делом (Програм обуке за рад са списком вештина), и обезбедити доказе да се	

		ова процедура спроводи.	
ИН 4.12		Потребно је да се поред Тима за ургентну психијатрију формира и Тим за протоколе и процедуре који се односе на интензивно лечење и негу.	
ИН 4.13		Тим треба да се периодично састаје и води записнике са састанака и да по потреби предузима одговарајуће активности.	
ИН 5.1			Протоколи и процедуре се у овој организационој јединици примењују, а план лечења се редовно разматра.
ИН 5.4		Размотрити израду смерница, препорука које би биле намењене за додатно информисање и едукацију пацијената и сродника.	
ИН 6.4		Размотрити набавку сета за интубацију и дефибрилатора, као и могућност за едукацију запослених.	
ИН 6.9		Потребно је да техничка служба направи централизован план за одржавање опреме.	
ИН 7.2		Размотрити могућност увођења сестринског отпусног писма.	
ИН		Наставити са	

8.1		унапређењем примене критеријума	
ИН 8.2		Потребно је да се формира Тим за квалитет и безбедност пацијената на нивоу интензивне неге и лечења. Тим доноси План за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената, и прати реализацију активности.	
ИН 8.3		У изради Плана унапређења квалитета рада и безбедности пацијената за интензивну негу и лечење учествују сви запослени.	
ИН 8.4		Запослени у већој мери треба да учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности	
УМ 6.8	УМ нема све потребне уређаје и опрему /кардио мониторе, дефибрилаторе, ЕКГ апарате укључујући и стационар у Падинској скели.	Унапредити квалитет лечења комплетирањем неопходне и адекватне опреме.	
ЛАБ 1.1			Постоји јасно дефинисан опис основне делатности Одељења за лабораторијску дијагностику, која се одвија по захтевима струке и принципима Дobre лабораторијске праксе.

ЛАБ 2.3	Нема довољно доказа о испуњености критеријума	Потребна је континуирано ревидирати улогу лабораторије у мултидисциплинарном тиму и осведочити је адекватним доказима	
ЛАБ 3.1		Размотрити могућност проширења кадровског плана у складу са позитивним прописима.	
ЛАБ 3.2		Размотрити могућност проширења кадровског плана у складу са позитивним прописима.	
ЛАБ 3.3		Размотрити могућност проширења кадровског плана у складу са позитивним прописима.	
ЛАБ 3.5		Размотрити могућност проширења кадровског плана у складу са позитивним прописима. Унапредити примену важећих прописа у области распоређивања на руководећа радна места запослених који испуњавају законом прописане услове.	
ЛАБ 3.7	Не постоји адекватан доказ о процени учинка запослених	Спровести процењивање учинка запослених и приложити доказе	
ЛАБ 4.2	Нема адекватних доказа	Потребно је ревидирати одређени број процедура и упутстава за рад и прилагодити доказе	

		захтевима стандарда и испуњењу критеријума	
ЛАБ 5.1	Просторије лабораторије не испуњавају у потпуности услове за пружање услуга и безбедности запослених	Потребно је адаптирати простор лабораторије у складу са позитивним прописима	
ЛАБ 5.2	Не постоји доказ о постојању дефинисаног поступка за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице, нити извршене процене.	Дефинисати поступак за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице и спровести процену стања	
ЛАБ 6.1			Постојећа опрема задовољава потребе лабораторијске дијагностике установе.
ЛАБ 6.2		Униформисати начин вођења евиденције о превентивном и корективном одржавању опреме, као и баждарењу.	
ЛАБ 6.3			Постојећа опрема се одржава и са њом се рукује према препоруци произвођача и дефинисаним процедурама и упутствима. Особље лабораторије је обучено за рад на опреми и пружање квалитетне и безбедне услуге.
ЛАБ 7.1	Не постоји лабораторијски	Потребно је иновирати рад увођењем	

	информациони систем повезан са болничким информационом системом. Резултати испитивања прекуцавају се мануелно у болнички информациони систем.	лабораторијског информационог система, којим би се повезали анализатори и према техничким могућностима повезати га са болничким информационом системом.	
ЛАБ 7.2	Не постоје адекватни докази о разматрању потребе за унапређењем рада информационог система, у складу са потребама лабораторије.	Потребно је размотрити могућност увођења лабораторијског информационог система који би се повезао са болничким. Неопходно је у оквиру постојећег болничког информационог система имплементирати податке који су обавезни за издавање резултата лабораторијских	
ЛАБ 8.1		Унапредити израду Плана за унапређење квалитета рада којим се конкретизује унапређење квалитета рада, као и праћење реализације планираних активности.	
ЛАБ 8.2		Установити поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената.	
ЛАБ 8.3	Правилник о показатељима квалитета здравствене	Лабораторијска служба треба да дефинише, евидентира, прати и	

	заштите "РС", бр. 49/2010 не садржи дефинисане показатеље квалитета за лабораторије.	анализира своје показатеље квалитета (предлог: ввв. дмбј.орг.рс)	
ЛАБ 8.4	Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите "РС", бр. 49/2010 не садржи дефинисане показатеље квалитета за лабораторије.	Лабораторија треба да дефинише, евидентира, прати и анализира своје показатеље квалитета (предлог: ввв. дмбј.орг.рс). Именовати лица и дефинисати методологију прикупљања, евидентирања и анализирања показатеља квалитета.	
ЛАБ 8.6	Лабораторија спроводи унутрашњу контролу квалитета рада али није укључена у спољашњу контролу квалитета рада.	Потребно је укључивање лабораторије у програм спољашње контроле квалитета рада.	
ЛАБ 8.7	Лабораторија није укључена у спољашњу контролу квалитета рада.	Потребно је укључивање лабораторије у програм спољашње контроле квалитета рада.	
АПТ 2.3			Похваљује се израда докумената која потврђују мултидисциплинарни план лечења (Протокол о примени резервних антибиотика, Захтев за терапијски мониторинг лекова, Процедура о начину учешћа фармацеута у консултацијама у вези са терапијом пацијената)

АПТ 2.5		Унапредити учешће фармацеута у даљем праћењу пацијената	
АПТ 3.7	Не постоји адекватан доказ за примену критеријума	Спровести процену учинка запослених	
АПТ 4.1			Похваљује се имплементација Процедуре за праћење фармакокинетичких параметара и тумачење резултата
АПТ 4.2	Нема адекватних доказа	Потребно је редовно ревидирати процедуре и упутстава за рад	
АПТ 5.2	Не постоји доказ о постојању дефинисаног поступка за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице, нити извршене процене.	Дефинисати поступак за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице и спровести процену стања	
АПТ 6.2	Нема адекватног доказа	Израдити листу опреме која се сервисира, уколико је применљиво	
АПТ 8.1		Унапредити израду Плана за унапређење квалитета рада болничке апотеке којим се конкретизује унапређење квалитета рада као и праћење реализације планираних активности.	
АПТ 8.2		Установити поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедности	

		пацијената.	
АПТ 8.3	Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите "РС", бр. 49/2010 не садржи дефинисане показатеље квалитета за болничке апотеке.	Болничка апотека треба да дефинише, евидентира, прати и анализира своје показатеље квалитета	
АПТ 8.5		Организовати едукацију запослених из области унапређења квалитета рада и безбедности пацијената унутар установе	
АПТ 8.6	Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите "РС", бр. 49/2010 не садржи дефинисане показатеље квалитета за болничке апотеке.	Болничка апотека треба да дефинише, евидентира, прати и анализира своје показатеље квалитета	
ЖС 1.1		У процедури конкретизовати поступке код изолације различитим узрочницима	
ЖС 1.3			Дезинсекција и дератизација се спроводи и о томе постоје докази
ЖС 1.4		Потребно је боље регулисати места на којима се одлаже потенцијално инфективни отпад у лабораторији као и место неутрализације урина након прегледа.	
ЖС 1.6	У доказима недостају извештаји техничке службе о плану	Потребно је обезбедити адекватне доказе	

	кречења, сервису клима, реновирању....		
ЖС 3.2		Записници са састанака треба да буду опширнији са јасним дефинисањем активности чланова тима и времена извршења	
ЖС 3.3			Постоје извештаји комисије Градског завода за заштиту здравља - узорак хране, руку, радних површина
ЖС 3.4	Нема доказа за унапређен критеријум	Документовати напредну примену критеријума, која се односи на потребне доказе и о ревидираним процедурама	
ЖС 3.6			Постоје докази о активности комисије и ангажовању епидемиолога током појаве грипа 2019.
ЖС 5.2		Потребно је размотрити промену места одлагања инфективног отпада у лабораторији	
ЖС 6.2		Потребно је направити листу којом је јасно одређена сатница транспорта отпада, сатница дезинфекције пута којом је отпад прошао.	
ЖС 6.3		Потребно је у уговору са фирмом прецизирати да време преузимања отпада треба да буде не дуже	

		од 48 часова	
ЖС 6.5		У процедури назначити да само овлашћена лица имају приступ централном привременом одлагалишту	
ЖС 7.3	Постоје извештаји о контроли одговорног лица али не и о предложеним активностима за унапређење	Потребно је да одговорно лице за управљање медицинским отпадом предлаже политику управљања отпадом, истражује проблеме везане за медицински отпад и о њима, у писаној форми, извештава директора установе и Комисију за спречавање и контролу ширења инфекција	
ЖС 14.1		Потребно је израдити план	
ЖС 14.2		Тимови су тек формирани. потребно је активно учешће	
ЖС 14.3	Постоји процедура комуникације		
ЖС 14.4		Потребно је приложити доказе за критеријум	
ЖС 14.5		Потребна је израда плана	
ЖС 15.1		Потребна је израда плана	
ЖС 15.2	Нема доказа за пуну примену овог критеријума	Потребна је израда плана којим би се обезбедило редовно обављање практичних вежби и провере плана на терену	
ЖС 22.1		Потребно је приложити доказе за испуњеност критеријума	

ЖС 22.3		Потребно је да постоје сертификати о обучености запослених за опрему	
ЉР 1.1	Досијеи садрже важећу лиценцу или решење о издавању лиценце.	У персонални досије здравственог радника улагати и важећу лиценцу.	
ЉР 3.4	Установа је у поступку припреме за акредитацију спровела годишњу процену резултата рада на одговарајућим обрасцима.	Унапредити примену критеријума кроз континуиран процес годишње процене постигнутих резултата рада.	
ЉР 3.5	Установа је у поступку припреме за акредитацију спровела годишњу процену резултата рада на одговарајућим обрасцима.	Унапредити примену критеријума кроз континуиран процес годишње процене постигнутих резултата рада.	
ЉР 4.4	Програми едукације постоје у форми устаљене праксе.	Унапредити документовање програма едукација за запослене.	
ЉР 4.5	Програми едукације постоје у форми устаљене праксе.	Унапредити документовање програма едукација за запослене.	
ЉР 5.1	Установа општим актом дефинише управљачку структуру.	Кроз механизме контроле унапредити примену важећих прописа у области распоређивања на руководећа радна места запослених који испуњавају законом прописане услове.	
ЉР 6.4	Установа располаже унутрашњом регулативом у области заштите на раду.	Унапредити примену критеријума периодичним компаративним	

		анализама.	
ЉР 7.3	Истраживање се спроводи и резултати објављују, план мера активности за повећање степена задовољства није дефинисан.	Унапредити примену критеријума дефинисањем плана активности за повећање степена задовољства запослених.	
УИ 1.1	Велика пажња се посвећује вођењу медицинске документације која је садржински детаљна.		Вођење медицинске документације заслужује похвалу.
УИ 1.3	Интерна провера вођења здравствене документације се врши, али је документованост спроведене провере по организационим јединицама неуједначена.	Обезбедити уједначену праксу вршења и извештавања о редовним интерним проверама у организационим јединицама	
УИ 1.5	Пристап и увид пацијента у здравствену документацију, као и издавање преписа исте је добро документована.		Документованост поступка за издавање преписа здравствене документације/ остварење увида у исту од момента подношења захтева до реализације заслужује похвалу.
РУ 2.3	Добијање информација и извештаја од запослених који се разматрају при изради плана је потребно документовати.	Подстицати и документовати активно учешће организационих јединица и запослених у вези достављана информацијаи извештаја од значаја за израду плана.	
РУ 2.5	Временски период за ревидирање плана по потреби није истекао.	Унапредити примену критеријума у области праћења и ревидирања плана у складу са Стратешким планом	

		установе и утврђеним роковима.	
РУ 2.6	Установа о свим питањима од значаја за пословање извештава Управни одбор. Извештавање о активностима на реализацији Оперативног плана за текућу годину предстоји.	Унапредити примену критеријума праћењем и извештавањем Управног одбора о активностима и ревидирању плана по потреби у предвиђеним роковима.	
РУ 3.3	Поступци праћења и коришћења ресурса документовани су на нивоу установе као целине.	Поступке праћења и извештавања о искоришћености ресурса унапредити на нивоу организационих јединица.	
РУ 4.6	Средства намењена за управљање ризиком укључујући део за обуку запослених није засебно исказан.	Средства намењена управљању ризиком укључујући део намењен за обуку запослених исказати засебно.	
РУ 4.7	Извештавање о активностима везаним за управљање ризиком је присутно али не као уходана, уједначена активност на нивоу организационих јединица.	Извештавање руководства је потребно унапредити у смислу бољег документовања и успостављања уходане праксе.	
РУ 5.1	Утврђен је поступак идентификације, процене и решавања нежељених догађаја.		
РУ 5.4		Неопходно је да се раде анализе нежељених догађаја по динамици коју утврди Комисија за унапређење квалитета рада, а најмање	

		једанпут годишње. Комисија за унапређење квалитета рада предлаже мере за превенцију нежељених догађаја. Непходно је да се са анализом нежељених догађаја и предложеним мерама за њихову превенцију упознају сви запослени, кроз одржавање редовних састанака Колегијума на којима ће једна од тема бити анализа и превенција нежељених догађаја, као и у писаној форми у виду смерница за превенцију нежељених догађаја преко огласних табли за запослене.	
РУ 6.2	Потребно је израдити планове унапређења квалитета рада и безбедности пацијената за сваку Организациону јединицу понаособ, а запослене више ангажовати у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.	Препорука је да свака Организациона јединица има свој Тим за унапређење квалитета рада. Тим треба да се редовно састаје, на састанцима се разматрају активности према утврђеном дневним реду, води записник о најважнијим темама и предлажу мере за превенцију.	
РУ 6.8			Похваљују се све активности које се спроводе у сарадњи са локалном заједницом: оснивање Центра за ментално здравље,

			<p>манифестација обележавања Светског дана менталног здравља на јавним местима. Наставити са оснивањем Центра за ментално здравље, као и са медијским промовисањем свих облика којима се дестигматизује установа, као и њени болесници, обезбеђују хуманији услови за боравак пацијената.</p>
<p>РУ 7.1</p>	<p>Показатељи учинка пословања се прате у складу са прописима.</p>	<p>Неопходно је да се прате, анализирају и евалуирају показатељи учинка и ефикасности рада свих појединачних организационих јединица периодично, а најмање једанпут годишње, и да се о томе обавештавају запослени.</p>	
<p>РУ 8.1</p>		<p>Препорука је да установа направи Централни акредитациони регистар процедура који ће кроз интранет бити доступан свим запосленим, поред постојања регистратора са процедурама у папирном облику. Такође је препорука да сви обрасци који су законом утврђени (обрасци сагласности пацијента на</p>	

		предложену меру и слично), или су уведени у оквиру усвојених процедура установе треба да буду стандардизованог формата и са меморандумом установе.	
РУ 8.3		Препорука је да све Процедуре буду израђене на начин како је утврђено у Процедури о процедури (да имају исту форму и све предвиђене делове - сврха, предмет и подручје примене, итд...) и да су усвојене од стране Комисије, са деловодним бројем и одобрене и потписане од стране директора Клинике.	
РУ 8.4		Препорука је да све Процедуре буду израђене на начин како је утврђено у Процедури о процедури (да имају исту форму и све предвиђене делове - сврха, предмет и подручје примене, итд...) и да су усвојене од стране Комисије, са делводним бројем и одобрене и потписане од стране директора Клинике.	
СУ 1.2	У приложеној документацији не	Све организационе јединице треба да	

	постоји адекватан доказ о испуњености критеријума	упознају своје запослене са Изјавом о мисији и визији здравствене установе и да о томе воде униформну евиденцију са потписима запослених.	
СУ 1.6	У приложеној документацији не постоји доказ о испуњености критеријума	Изјава о мисији и визији здравствене установе је израђена 2018. године. Потребно је да Управни одбор преиспитује Изјаву о мисији и визији здравствене установе најмање једном у три године и ревидира је по потреби.	
СУ 2.1			Управни одбор је остварио учешће у припреми стратешког плана установе.
СУ 2.3	У приложеној документацији не постоји доказ за испуњеност критеријума	Стратешки план установе усвојен је за период 2018-2022., те је потребно да Управни одбор изврши контролу и ревизију стратешког плана најмање једном у три године.	
СУ 3.1	У приложеној документацији не постоји адекватан доказ о испуњености критеријума	Потребно је у документацији приложити доказ о испуњености критеријума: Записник са седнице Управног одбора на којој је усвојен годишњи план рада установе.	
СУ 3.4		У процедури дефинисати период на који се врши	

		оцењивање рада Директора установе од стране Управног одбора.	
СУ 5.1		У процедури је неопходно дефинисати период на који Управни одбор оцењује резултате свог рада.	
СУ 5.4	У приложеној документацији не постоји доказ о испуњености критеријума	Настојати на именовању Надзорног одбора. Управни одбор је дужан да о свом раду, као и плановима за унапређење рада извештава Надзорни одбор.	
ЕДУ 1.1			Похваљује се активност установе као наставне базе за Медицински факултет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици), Фармацеутско- здравственог факултета Универзитета у Травнику и Високе здравствене школе у Београду и испуњење циљева образовних програма
ЕДУ 2.4		Обезбедити додатне доказе са факултета и високе школе за испуњеност критеријума	
ЕДУ 3.4	У приложеној документацији не постоје сви адекватни докази о испуњености критеријума	Обезбедити додатне доказе за испуњеност критеријума. Евидентирати све облике стицања	

		клиничког искуства за студенте Високе здравствене школе струковних студија у Београду.	
ЕДУ 3.5	У приложеној документацији не постоје сви адекватни докази о испуњености критеријума	Обезбедити додатне доказе о надзору који обезбеђује испуњење траженог клиничког искуства за студенте који обављају клиничку праксу у установи.	
ЕДУ 5.1	Недовољно доказа за испуњеност критеријума.	Обезбедити доказе о испуњености критеријума за студенте Медицинског факултета у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици) и студенте Високе здравствене школе струковних студија у Београду.	
ЕДУ 5.2	Недовољно доказа за испуњеност критеријума.	Обезбедити доказе о испуњености критеријума за студенте Медицинског факултета у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици) и студенте Високе здравствене школе струковних студија у Београду.	
ЕДУ 5.3	Недовољно доказа за испуњеност критеријума.	Обезбедити доказе о испуњености критеријума за студенте Медицинског факултета у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици) и студенте	

		Високе здравствене школе струковних студија у Београду.	
ЕДУ 6.3	Недовољно доказа за испуњеност критеријума.	Обезбедити доказ - Извештај о студентском вредновању Универзитета у Травнику	
ИГЛП 1.2			Похвално је што су пацијенти подељени према њиховим потребама а они чије стање захтева тренутни преглед имају предност
ИГЛП 2.5			Похваљује се постојање индивидуалног плана лечења
иглп 3.1	Не постоје јасни докази	Са планом лечења здр. радници се упознају кроз визите, састанке, увидом у историју болести, те је потребно приложити доказе	
иглп 6.4		Потребно је доставити јасне доказе о испуњености критеријума	
иглп 7.2	Не постоје јасни докази за примену критеријума	Потребно је да организациона јединица направи свој план унапређења квалитета рада	
иглп 7.3	Не постоје јасни докази за примену критеријума	Потребно је да организациона јединица направи свој план унапређења квалитета рада	
иглп 7.4		Потребно је постојање доказа о упознавању запослених са поменути	

		активностима - записници са састанака	
иглп 7.5		Потребно је да организациона јединица дефинише своје показатеље квалитета рада, да их прати, анализира и да на основу њих прави планове унапређења	
иглп 8.2		Дефинисати процедуром поступке разматрања и решавања примедби и жалби пацијената	

Анекс 4: Састав тимова за самооцењивање

Тим за руковођење			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Ивана Сташевић-Карличић	вођа тима	В.д. директора установе	Лекар специјалиста психијатрије, субспецијалиста судске психијатрије
Владан Ђорђевић	члан тима	помоћник директора за научно-истраживачку, образовну и публицистичку делатност	Доктор стоматологије
Горан Ђинђић	члан тима	помоћник директора за медицинске послове	Лекар специјалиста психијатрије
Мирјана Абрамовић	члан тима	помоћник директора за људске ресурсе	Лекар специјалиста неуропсихијатрије
Бојана Смиљковић	члан тима	– помоћник директора за немедицинске послове	дипл. економиста
Снежана Симовић Драганић	члан тима	помоћник директора за развојне програме у заједници	дипл. социјални радник
Небојша Живковић	члан тима	управник Стационара Београд	Лекар специјалиста психијатрије
Милена Сташевић	члан тима	В.д. управника Ургентне психијатријске службе	спец. психијатрије и субспец. клиничке фармакологије

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

Милорад Бировица	члан тима	главни техничар Клинике	Медицински техничар
Татјана Матовић	члан тима	главна сестра Стационара Београд	Медицинска сестра
Мирјана Вујановић	члан тима	Шеф одсека за кадровске, правне и административне послове	дипл. правник

Тим за стандарде управљања			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Ивана Сташевић- Карличић	вођа тима	В.д. директора установе	Лекар специјалиста психијатрије, субспецијалиста судске психијатрије
Владан Ђорђевић	члан тима	помоћник директора за научно- истраживачку, образовну и публицистичку делатност	Доктор стоматологије
Горан Ђинђић	члан тима	помоћник директора за медицинске послове	Лекар специјалиста психијатрије
Мирјана Абрамовић	члан тима	помоћник директора за људске ресурсе	Лекар специјалиста неуропсихијатрије
Бојана Смиљковић	члан тима	– помоћник директора за немедицинске послове	дипл. економиста
Снежана Симовић Драганић	члан тима	помоћник директора за	дипл. социјални радник

		развојне програме у заједници	
Златко Крстојевић	Члан тима	Медицински техничар у Ургентној психијатријској служби, члан Управног одбора	Медицински техничар
Наташа Дробњак	члан тима	Дипломирани правник за кадровске, правне и административне послове	Дипломирани правник

Тим за људске ресурсе			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Владан Ђорђевић	вођа тима	помоћник директора за научно-истраживачку, образовну и публицистичку делатност	Доктор стоматологије
Мирјана Абрамовић	члан тима	помоћник директора за људске ресурсе	Лекар специјалиста неуропсихијатрије
Наташа Дробњак	члан тима	Дипломирани правник за кадровске, правне и административне послове	Дипломирани правник
Мирјана Вујановић	члан тима	Шеф одсека за кадровске, правне и административне послове	дипл. правник
Славица Максимовић Фржовић	Члан тима	Службеник за послове заштите, безбедности и	дипл. инж. заштите на раду

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

		здравља на радном месту	
Милена Величковић	Члан тима	Административни сектор	економски техничар

Тим за лечење			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Јасмина Смаић Хасановић	вођа тима	Начелник Ф одељења	Лекар специјалиста психијатрије
Мирјана Абрамовић	члан тима	помоћник директора за људске ресурсе	Лекар специјалиста неуропсихијатрије
Небојша Живковић	члан тима	управник Стационара Београд	Лекар специјалиста психијатрије
Горан Ђинђић	члан тима	помоћник директора за медицинске послове	Лекар специјалиста психијатрије
Ирена Поповић	члан тима	Начелник А одељења	Лекар специјалиста психијатрије
Радмила Ристић-Димитријевић	члан тима	Управник центра за ментално здравље	Лекар специјалиста психијатрије
Ана Ненадовић-Лалатовић	члан тима	Начелник Диспанзерске службе	Лекар специјалиста психијатрије
Милан Давидовић	члан тима	Начелник Дневне болнице сектора Падинска Скела	Лекар специјалиста психијатрије
Mary Vukša	члан тима	Начелник КОПЛ	Лекар специјалиста психијатрије
Снежана Симовић-Драганић	члан тима	помоћник директора за развојне програме у заједници	дипл. социјални радник
Зорана Филиповић	Члан тима	Начелник службе здравствених сарадника	Дипл. психолог
Валентина	Члан тима	Главна МС К	Медицинска сестра

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

Урукало		одељења	
Драгица Јаковљевић- Вучетић	Члан тима	Главна МС Ф одељења	Медицинска сестра
Александар Столић	Члан тима	Главни МТ АД одељења	Медицински техничар

Тим за консултативне гране			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Весна Стефановић	вођа тима	ЕЕГ кабинет	Лекар специјалиста психијатрије
Николина Маровић-Андреевска	члан тима	Одељење ИН2	Лекар специјалиста физикалне медицине
Александар Дворницки	члан тима	МТ у Дневној болници	Медицински техничар

Тим за фармацеутску делатност			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Аница Ранковић	вођа тима	Управник болничке апотеке	Мр. фармације
Весна Жегарац	члан тима	Болничка апотека	Фармацеутски техничар
Сања Галовић	члан тима	Болничка апотека	Виши фармацеутски техничар
Јелена Луковић	члан тима	Болничка апотека	фармацеутски техничар
Видосава Јоцић	члан тима	Болничка апотека	фармацеутски техничар

Тим за лабораториску службу			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Аница Ранковић	вођа тима	Управник	Мр. фармације

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

		болничке апотеке	
Даница Хенц	члан тима	Лабораторија	Лабораторијски техничар
Снежана Зеленбаба	члан тима	Лабораторија	Лабораторијски техничар
Оливера Мањак	члан тима	Лабораторија	Лабораторијски техничар
Миленица Иветић	члан тима	Лабораторија	Виши лабораторијски техничар
Александра Симић	члан тима	Лабораторија	Лабораторијски техничар

Тим за едукацију			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Ивана Сташевић-Карличић	Члан тима	В.д. директора установе	Лекар специјалиста психијатрије, субспецијалиста судске психијатрије
Владан Ђорђевић	Вођа тима	помоћник директора за научно-истраживачку, образовну и публицистичку делатност	Доктор стоматологије
Игор Грбић	члан тима	Одељенски лекар ИН1	Лекар специјалиста психијатрије
Катарина Ђокић-Пјешчић	члан тима	Начелник АД одељења	Лекар специјалиста психијатрије
Александар Дворницки	члан тима	МТ у Дневној болници	Медицински техничар
Миодраг Главоњић	члан тима	Кабинет за континуирану едукацију	Виши медицински техничар

Тим за пријем и збрињавање ургентних стања

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Милена Сташевић	Вођа тима	В.д. управника Ургентне психијатријске службе	спец. психијатрије и субспец. клиничке фармакологије
Снежана Јапалак	члан тима	Начелник одељења ИН1	Лекар специјалиста психијатрије
Горан Младеновић	члан тима	Главни техничар УПС	Медицински техничар
Катарина Ђокић-Пјешчић	члан тима	Начелник АД одељења	Лекар специјалиста психијатрије
Александар Столић	члан тима	Главни МТ АД одељења	Медицински техничар
Игор Иван Андрић	члан тима	Медицински техничар у УПС	Медицински техничар

Тим за интензивно лечење пацијената

Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Милена Сташевић	члан тима	В.д. управника Ургентне психијатријске службе	спец. психијатрије и субспец. клиничке фармакологије
Јелена Ђорђевић	вођа тима	Лекар на ИН2 одељењу	Лекар специјалиста психијатрије
Бане Зечевић	Члан тима	Начелник ИН2 одељења	Лекар специјалиста психијатрије
Марија Катанић	члан тима	Лекар УПС	Лекар специјалиста психијатрије
Слободанка Ченић	члан тима	Медицинска сестра у ИН2	Медицинска сестра
Снежана Јапалак	члан тима	Начелник одељења ИН1	Лекар специјалиста психијатрије
Татјана Матовић	члан тима	главна сестра	Медицинска сестра

		Стационара Београд	
Тамара Савић	члан тима	Главна сестра ИН1	Медицинска сестра

Тим за управљање информацијама			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Милена Сташевић	члан тима	В.д. управника Ургентне психијатријске службе	спец. психијатрије и субспец. клиничке фармакологије
Драгана Павићевић	вођа тима	Лекар на Л одељењу	Лекар специјалиста психијатрије
Маја Томашек	Члан тима	Лекар на ф одељењу	Лекар специјалиста психијатрије
Ана Ненадовић Лалатовић	члан тима	Начелник Диспанзерске службе	Лекар специјалиста психијатрије
Снежана Симовић Драганић	члан тима	помоћник директора за развојне програме у заједници	дипл. социјални радник
Гордана Пауновић- Милосављевић	Члан тима	Кабинет за континуирану едукацију	Лекар специјалиста неуропсихијатрије
Љиљана Дангубић	Члан тима	Библиотека	библиотекар
Наташа Дробњак	члан тима	Дипломирани правник за кадровске, правне и административне послове	Дипломирани правник
Татјана Матовић	члан тима	главна сестра Стационара	Медицинска сестра

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

		Београд	
Горан Стевић	члан тима	ИТ сектор	Администратор информационих система и технологија
Гордана Влајковић	Члан тима	Фактурна служба	Референт за финансијско-рачуноводствене послове

Тим за животну средину			
Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Далибор Гутовић	вођа тима	Дијететичар	Виши нутрициониста /дијететичар
Славица Максимовић Фржовић	Члан тима	Службеник за послове заштите, безбедности и здравља на радном месту	дипл. инж. заштите на раду
Милорад Бировица	члан тима	главни техничар Клинике	Медицински техничар
Валентина Урукало	Члан тима	Главна МС К одељења	Медицинска сестра
Игор Радосављевић	члан тима	Лекар ДБ сектора Падинска Скела	Специјалиста психијатрије
Ђорђе Ђурчић	члан тима	Лекар Б одељења сектора Падинска Скела	Специјалиста психијатрије
Весна Арсић Барјактари	члан тима	МС одељења ИН2	Виша медицинска сестра
Татјана Матовић	члан тима	главна сестра Стационара Београд	Медицинска сестра
Наташа Марош	члан тима	Главна сестра сектора Падинска	Виша медицинска сестра

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

		Скела	
Снежана Јеремић	члан тима	Техничка служба	Грађевински инжењер
Госпова Нишић	Члан тима	Стручни сарадник за управљање медицинским отпадом	Дипл. инжењер пољопривреде
Наташа Јанковић	Члан тима	Сектор Београд	хигијеничарка
Златица Марковић	Члан тима	Техничар за прање и хемијско чишћење-пословођа	Виши економиста
Мане Ђук	Члан тима	Шеф одсека за послове транспорта	Медицински техничар
Драгица Вујовић	Члан тима	МС Дневне болнице сектора Падинска Скела	Виша медицинска сестра
Николина Радосављевић	Члан тима	Медицинска сестра на А одељењу	Виша медицинска сестра
Дубравка Ердељанин	Члан тима	Службеник за послове одбране, заштите и безбедности	Професор одбране и заштите
Мирјана Мијаиловић	Члан тима	Шеф одсека кухиња	Виши нутрициониста дијететичар
Слађана Богдановић	Члан тима	Главни кувар	Кулинарски техничар

Анекс 5: Састав тима за спољашње оцењивање

Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Др Зоран Димитријевић	Вођа тима	Регионални директор за Западну Србију „Визим“	Неуропсихијатар Суб. спец. дечији психијатар
Доц.др Зорица Шумарац	Члан тима	Клинички центар Србије	Доц. др
Др Нина Кубуровић	Члан тима	Институт за здравствену заштиту мајке и детета „Др Вукан Чупић“	Прим. спец. социјалне медицине
Дипл. правник Биљана Лукић	Члан тима	ОБ Ваљево	Дипл. правник
Далибор Аксић	Члан тима	Институт за кардиоваскулане болести „Дедиње“	Струковни медицински техничар

Анекс 6: План оцењивања

ПЛАН ОЦЕЊИВАЊА

за Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“

Време посете	Од 02. 06. 2019. до 04. 06. 2019. године
ТИМ ЗА СПОЉАШЊЕ ОЦЕЊИВАЊЕ:	
Вођа тима:	Др Зоран Димитријевић
Чланови тима:	Доц. др Зорица Шумарац Др Нина Кубуровић Биљана Лукић, дипл.правник Далибор Аксић, врт

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ - Координатор за акредитацију: др Мирјана Абрамовић

Време:	Недеља 02.06.2019. година
14.00	Долазак Тима за спољашње оцењивање у здравствену установу Састанак са представницима руководства
14.00-14.30	Презентација установе од стране руководства
14.30-15.30	РУЧАК
15.30-18.00	Преглед документације

Време:	Понедељак 03.06.2019.година					
08.00-10.00	Животна средина		Едукација		Људски ресурси	
	Др Нина Кубуровић Далибор Аксић		Доц.др Зорица Шумарац		Др Зоран Димитријевић Биљана Лукић	
	08.00-08.30	преглед документације	08.00-08.15	преглед документације	08.00-08.30	преглед документације
	08.30-09.00	разговор са тимом	08.15-08.45	разговор са тимом	08.30-09.00	разговор са тимом
	09.00-10.00	обилазак установе	Лабораторија		Управљање информацијама	
			Доц.др Зорица Шумарац		Др Зоран Димитријевић Биљана Лукић	
			08.45-09.00	преглед документације	09.00-09.30	преглед документације
			09.00-09.30	разговор са тимом	09.30-10.00	разговор са тимом
		09.30-10.00	обилазак службе			
10.00-10.30	ПАУЗА					
10.30-12.00	Ургентна психијатрија		Интернистичке гране		Фокус групе	
	Др Зоран Димитријевић Др Нина Кубуровић		Доц.др Зорица Шумарац Далибор Аксић		Биљана Лукић	
	10.30-10.45	преглед документације	10.30-10.45	преглед документације	10.30-11.00	припрема за разговор са фокус групама
	10.45-11.15	разговор са тимом	10.45-11.15	разговор са тимом	11.00-11.30	Фокус група запослени
11.15-12.00	обилазак службе	11.15-12.00	обилазак службе	11.30-12.00	Фокус група пацијенти	
12.00-12.15	ПАУЗА					
12.15-13.30	Фокус група – Партнери из локалне заједнице					

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

	Др Зоран Димитријевић, Доц.др Зорица Шумарац, Далибор Аксић, Др Нина Кубуровић, Биљана Лукић			
	12.15-12.30	Припрема за разговор са фокус групом		
	12.30-13.30	Разговор са фокус групом		
13.30-15.00	РУЧАК			
15.00-16.30	Интензивна нега		Лечење пацијента	
	Др Нина Кубуровић , Далибор Аксић, Доц.др Зорица Шумарац		Др Зоран Димитријевић, Биљана Лукић	
	15.00-15.30	преглед документације	15.00-15.30	преглед документације
	15.30-16.00	разговор са тимом	15.30-16.00	разговор са тимом
	16.00-16.30	обилазак службе	16.00-16.30	обилазак службе
16.30-18.00	УНОШЕЊЕ КОМЕНТАРА			

Време:	Уторак 04.06.2019. год.		
08.00-11.00	Посета Стационару у Падинској скели		
	Др Зоран Димитријевић, Др Нина Кубуровић: – Лечење пацијента – Дневна болница	Далибор Аксић, Биљана Лукић – Животна средина (кухиња, вешерај, ЦПО за медицински отпад)	Доц.др Зорица Шумарац – Апотека – Лабораторија (разговор са тимом и обилазак)
11.00-12.00	Разговор са Тимом за Руковођење и Управљање		
	Др Зоран Димитријевић, Доц.др Зорица Шумарац, Далибор Аксић, Др Нина Кубуровић, Биљана Лукић		
	11.00-11.30	Преглед документације	
	11.30-12.00	Разговор са члановима тима за Руковођење и Управљање	
12.00-13.00	Тим за спољашње оцењивање Уношење коментара, препорука и оцена по службама и припрема за завршни састанак		
13.00-13.15	ПАУЗА		
13.15-14.00	ЗАВРШНИ САСТАНАК Чланови Тима за спољашње оцењивање информишу руководство и запослене у здравственој установи о обављеној акредитацијској посети и општем утиску		
14.00	РУЧАК		

Референтна документа

1. Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС“, бр. 25/19)
2. Правилник о акредитацији здравствених установа („Сл. гласник РС“ број 112/2009)
3. Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите („Сл.гласник РС“ број 28/11)
4. Водич за спољашње оцењиваче
5. Водич за самооцењивање

Агенција је припремила завршни извештај о акредитацији на основу:

- Извештаја о самооцењивању број А-216-03/2019
- Извештаја о спољашњем оцењивању број А-216-06/2019

У Београду,

12. јула 2019. године.

в.д. Д И Р Е К Т О Р А

Владимир Арсеновић