



Република Србија



Leading the transformation of  
healthcare quality and safety globally



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ  
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

**Извештај о првој редовној  
посети  
за  
Клинику за психијатријске  
болести „Др Лаза Лазаревић“**

АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ  
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

Београд, 28.9.2020. године

A-216-14/2020



## Садржај

1. Увод.....	4
2. Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије .....	5
3. Стање према захтевима АЗУС-а.....	37
4. Општи утисак након редовне посете .....	44
5. Закључак .....	46

## 1. Увод

Редовна посета здравственој установи спроводи се у складу са чланом 17. Уговора о акредитацији здравствене установе А-216-02 од 4.5.2018. године, а за време периода трајања акредитације здравствене установе.

Здравствена установа Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ стекла је акредитацијски статус на период од 7 године, и додељен јој је сертификат број А-216-09/2019.

На основу Решења о именовану спољашњих оцењивача за спровођење прве редовне годишње посете Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ бр. А-216-11/2020 од 3.9.2020. године, редовна посета је обављена 15.9.2020. године од стране спољашњих оцењивача:

1. Доц. др Зорица Шумарац

2. Прим. др сц. мед. Нина Кубуровић

## 2. Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

КЛИНИКА ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „Др Лаза Лазаревић“

У ТАБЕЛАМА БОЛДОВАТИ ЈЕДАН ОД ДВА ПОНУЂЕНА ОДГОВОРА. У ДЕЛУ ПРЕДВИЂЕНОМ ЗА КОМЕНТАР ЈАСНО, У КРАТКИМ ЦРТАМА НАВЕДИТЕ НЕДОСТАТКЕ ИЛИ ПОХВАЛЕ.

Р.бр .	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временск и рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	ЛП 6.3 Водити уредну евиденцију од набавке опреме и комплетну сервисну евиденцију за сваки уређај.	Висок	редовно вођење листа одржавања и сервисирања за сваки уређај	континуирано	начелници ОЈ главне сестре-техничари ОЈ	унапређење квалитета лечења и безбедности пацијената и запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
2	ИН 4.10 Потребно је израдити 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.	Висок	-Процедура обуке новозапослених са општим и специфичним делом , са списком одговарајућих вештина је већ израђена (доказ/прилог 44) -Упознавање новозапослених са процедуром приликом заснивања радног односа и формирање одговарајућих дневника који ће, по попуњавању, бити приложени у одговарајући регистратор	6 месеци за обезбеђивање првих доказа	Начелници и главне сестре/техничари	-Боља обученост особља -Стандардизација минимално потребних вештина -Унапређење квалитета лечења и безбедности пацијената -Унапређење безбедности запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Реализација препоруке је у току.</b>	

3	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.	Висок	-Формиран је тим за интензивно лечење и негу (доказ/прилог 64)	1 месец	Директор, координатор за акредитацију	-Побољшавање и усавршавање процедура и протокола које се односе на негу и лечење у интензивној нези -Унапређење квалитета третмана и безбедности пацијената -Унапређење безбедности запослених
1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Тим за протоколе и процедуре за интензивно лечење и негу није још формиран. Формирање Тима је планирано.</b>		
4	ИН 4.13 Тим треба да се периодично састаје и води записнике са састанака и да по потреби предузима одговарајуће активности.	Висок	-Тим за интензивну негу се периодично састајао и у претходном периоду, али су састанци били заједнички са Тимом за ургентну психијатрију због блискости сарадње у свакодневном клиничком раду, а редовно су се водили и обједињени записници (доказ/прилог 68) -Самостално састајање Тима за интензивну негу и предузимање потребних активности у случају потребе за истим -Редовно вођење	2 месеца	Координатор и чланови Тима за интензивну негу	-Побољшавање и усавршавање процедура и протокола које се односе на негу и лечење у интензивној нези -Унапређење квалитета третмана и безбедности пацијената -Унапређење безбедности запослених

			појединачних записника			
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Тим за протоколе и процедуре за интензивно лечење и негу није још формиран. Одлагање је наступило између осталог због недостатка времена и могућности јер су запослени били ангажовани на другим пословима у току епидемије вирусом Covid 19.</b>	
5	ИН 5.4 Размотрити израду смерница, препорука које би биле намењене за додатно информисање и едукацију пацијената и сродника.	Средњи	-Побољшање већ постојећих смерница и препорука за додатно информисање и едукацију пацијената и сродника (доказ/прилог 82) -Организовање састанка на коме ће се размотрити потреба за израдом додатних едукативних материјала за пацијенте и њихове сроднике -Остваривање директне сарадње са Тимом за лечење пацијената и заједнички разматрање и евентуално осмишљавање одговарајућих едукативних програма за пацијенте и сроднике	континура но	Координатор и чланови Тима за интензивну негу, уз идејни допринос свих запослених у одговарајућим ОЈ	-Боља информисаност и едукованост пацијената и њихових сродника о самој болести и адекватном лечењу -Боља сарадња са пацијентима и сродницима како током болничког третмана, тако и у каснијем амбулантном праћењу -Побољшана комплијанса пацијената и адхерентност са третманом
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Тим за протоколе и процедуре за интензивно лечење и негу није још формиран.</b>	
6	ИН 6.4 Размотрити набавку сета за интубацију и дефибрилатора, као и могућност за едукацију	Средњи	-Разматрање набавке сета за интубацију који би био придоадат већ постојећем	1 година	-Координатор и чланови Тима за интензивну негу	Унапређен квалитета третмана и безбедности

	запослених.		дефибрилатору заједно са економском службом клинике -Спроведена је обука запослених УПС за BLS и ALS CPR -Организовање састанка са економском службом клинике а у вези са обуком у редовним шестомесечним интервалима		-Менаџмент клинике -Служба за правне и економске послове	пацијената
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Наставити са применом и унапређењем критеријума.	
7	ИН 6.9 Препорука да техничка служба направи централизован план за одржавање опреме.	Висок	-Остваривање директне сарадње са Тимом за животну средину и техничком службом	6 месеци	Координатор Тима за интензивну негу, координатор Тима за животну средину, координатор за акредитацију, начелник техничке службе	-Редован и правремен преглед, провера исправности и сервисирање опреме -Продужен век трајања опреме -Унапређени квалитет третмана и безбедност пацијената
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложен доказ о реализацији препоруке.	
8	ИН 7.2 Размотрити могућност увођења сестринског отпусног писма.	Низак	-Организовање састанка чланова Тима за интензивну негу, лекара и главних сестара припадајућих ОЈ и	1 година	Координатор и чланови Тимама за интензивну негу, начелници и главне сестре/техничари одељења	-Побољшана неге и лечење отпуштених пацијената -Побољшање комуникације са



			разматрање реалне потребе за увођење сестринског отпусног писма		интензивних нега	примарним нивоом здравствене заштите -Боља едукованост пацијената и сродника/неговатеља
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Критеријум није применљив.</b>	
9	ИН 8.1 Наставити са унапређењем примене критеријума.					
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
10	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.	Висок	-Формирана је Комисија за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената Ургентне психијатријске службе (која обухвата одељење за пријем и збрињавање ургентних стања и одељења интензивне неге, која у свакодневном клиничком раду практично функционишу као целина) и израђен је План за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената (прилози 65, 66, 67) -Организовање састанка Тимова за ургентну психијатрију и интензивну негу, лекара и главних	-12 месеци	Координатори тимова за ургентну психијатрију и интензивну негу, начелници и главне сестре одељења Ургентне психијатријске службе	-Бољи квалитет рада и побољшана безбедност пацијената

			сестара одељења УПС на коме ће се разговарати о потреби и рационалности формирања тимова и изради одвојених планова за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената			
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
11	ИН 8.3 У изради Плана унапређења квалитета рада и безбедности пацијената за интензивну негу и лечење учествују сви запослени.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Редовно одржавање састанака запослених на одељењима интензивне неге</li> <li>-Редовна дискусија начелника, главних сестара, одељенских лекара и медицинских техничара на теме квалитета рада и безбедности пацијената, тимско дизајнирање одговарајућих мера, заједничко учешће у њиховом спровођењу и праћењу реализације</li> <li>-Редовно вођење записника са одељенских састанака</li> </ul>	континура но	Координатори чланови тима за интензивну негу, начелници и главне сестре, лекари и медицински техничари одељења интензивних неге	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Бољи квалитет рада и побољшана безбедност пацијената</li> <li>-Унапређена безбедност запослених</li> <li>-Ојачан тимски рад и развијен тимски дух запослених</li> <li>-Веће задовољство запослених</li> </ul>
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
12	УМ 6.8 Унаопредити квалитет	Средњи	-Дефинисање неопходне	7 година	Координатор и чланови	-Унапређен квалитет

	лечења комплетирањем неопходне и адекватне опреме		опреме у условима ургентне психијатрије, а у складу са одговарајућим правилницима и законском регулативом -У сарадњи са менаџментом Клинике успоставити неку врсту директне комуникације са Министарством здравља у циљу адекватног законског дефинисања ургентне психијатрије и набавке неопходне и адекватне опреме, а у складу са и у зависности од материјалних ресурса Клинике		тима за ургентну психијатрију, стручни колегијум и менаџмент клинике	лечења пацијената и њихова безбедност  -Олакшан рад запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке је у току.	
13	ЛАБ 2.3 Потребно је континуирано ревидирати улогу лабораторије у мултидисциплинарном тиму и осведочити је адекватним доказима.	Средњи	-Свеска евиденције консултација (прилог 97) -Структурисање свеске критичних вредности	3 месеца	Др Бојана Трипковић	-Побољшање квалитета збрињавања пацијената
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
14	ЛАБ 3.1 Размотрити могућност проширења кадровског плана у складу са позитивним прописима.	Висок	Од 1. Јула 2019. У радни однос примљена др Бојана Трипковић, спец. Клиничке биохемије	/	Руководство клинике	Унапређење рада лабораторије и усклађивање са позитивним прописима
	1. Активности на унапређењу квалитета се не		2. Активности на унапређењу		Коментар: Препорука је реализована.	

	спроводе		квалитета се спроводе према плану активности			
15	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.	Висок	Др Бојана Трипковић постављена на место в.д.начелника Одсека за лабораторијску дијагностику	/	Руководство клинике	Унапређење рада лабораторије и усклађивање са позитивним прописима
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
16	ЛАБ 3.7 Спровести процењивање учинка запослених и приложити доказе.	Низак	Због кадровских промена у Одсеку за лабораторијску дијагностику процена учинка рада запослених, по Процедуре оцењивања рада запослених (Прилог 204), има низак ниво приоритета	12 месеци	Др Бојана Трипковић	Унапређење ефикасности у раду Одсека за лабораторијску дијагностику.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
17	ЛАБ 4.2 Потребно је ревидирати одређени број процедура и упутстава за рад и прилагодити доказе захтевима стандарда и испуњењу критеријума.	Висок	У току је ревидирање постојећих процедура и упутстава за рад	12 месеци	Тим за лабораторијску службу	Усклађивање са захтевима стандарда
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
18	ЛАБ 5.1 Потребно је адаптирати простор лабораторије у складу са позитивним прописима.	Средњи	У току је планирање реконструкције Клинике у оквиру које ће бити адаптирана и лабораторија.	/	Управа Клинике	Адаптација у складу са позитивним прописима везаним за безбедност запослених и

						могућношћу адекватног пружања услуга
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
19	ЛАБ 5.2 Дефинисати поступак за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице и спровести процену стања.	Средњи	-Остваривање сарадње са Техничком службом у циљу заједничке процене стања просторија и разматрања могућности усклађивања са потребама организационих јединица -Уврштавање оцене стања просторија у месечне извештаје	6 месеци	Тим за лабораторијску службу Техничка служба	Усклађивање стања лабораторијских просторија са потребама лабораторије и са позитивним прописима
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
20	ЛАБ 6.2 Униформисати начин вођења евиденције о превентивном и корективном одржавању опреме, као и баждарењу.	Висок	-Структурисање Књиге редовних и ванредних сервиса опреме и Књиге баждарења опреме	2 месеца	Тим за лабораторијску службу	Бржи и једноставнији приступ подацима о сервисирању и баждарењу опреме
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
21	ЛАБ 7.1 Потребно је иновирати рад увођењем лабораторијског информационог система, којим би се повезали анализатори и према техничким могућностима повезати га са болничким информационом системом.	Средњи	-Уврштавање у годишњи план за унапређење рада лабораторије -Захтев надлежним службама за увођење лабораторијског информационог система	У складу са финансијским могућностима Клинике	Управа Клинике	Осавремењивање и унапређење рада Одсека за лабораторијску дијагностику и Клинике
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану		Коментар: Реализација препоруке је предвиђена планом.	

			активности			
22	ЛАБ 7.2 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 испитивања (датум рођења, ЈМБГ).	Висок	-Измена формулара Захтев за лабораторијске анализе (са увођењем рубрика датум рођења, ЈМБГ...)	2 месеца	Тим за лабораторијску службу	Форма биохемијског налаза у складу са позитивним прописима
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
23	ЛАБ 8.1 Унапредити израду Плана за унапређење квалитета рада којим се конкретизује унапређење квалитета рада, као и праћење реализације планираних активности.	Средњи	У изради је нова верзија Плана за унапређење квалитета рада. На основу Предлога показатеља квалитета за доуну Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, у току је ревидирање показатеља унапређења рада лабораторије, формулисање поступка за евидентирање, праћење и анализирање ових показатеља.	6 месеци	Тим за лабораторијску службу	Дефинисањем јасних критеријума за унапређење рада лабораторије обезбеђује се систематичан приступ у реализацији побољшања квалитета
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
24	ЛАБ 8.2 Установити поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и	Средњи	У изради је нова верзија Плана за унапређење квалитета рада. На основу	6 месеци	Тим за лабораторијску службу	Дефинисањем јасних критеријума за унапређење рада

	безбедности пацијената.		Предлога показатеља квалитета за доуну Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, у току је ревидирање показатеља унапређења рада лабораторије, формулисање поступка за евидентирање, праћење и анализирање ових показатеља.			лабораторије обезбеђује се систематичан приступ у реализацији побољшања квалитета
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
25	ЛАБ 8.3 Лабораторијска служба треба да дефинише, евидентира, прати и анализира своје показатеље квалитета (предлог: ввв. дмбј.орг.рс )	Средњи	У изради је нова верзија Плана за унапређење квалитета рада. На основу Предлога показатеља квалитета за доуну Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, у току је ревидирање показатеља унапређења рада лабораторије, формулисање поступка за евидентирање, праћење и анализирање ових показатеља.	6 месеци	Тим за лабораторијску службу	Дефинисањем јасних критеријума за унапређење рада лабораторије обезбеђује се систематичан приступ у реализацији побољшања квалитета
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
26	ЛАБ 8.4 Лабораторија треба да дефинише, евидентира, прати и анализира своје показатеље квалитета (предлог: ввв. дмбј.орг.рс ). Именовати лица и дефинисати методологију	Средњи	У изради је нова верзија Плана за унапређење квалитета рада. На основу Предлога показатеља квалитета за доуну Правилника о	6 месеци	Тим за лабораторијску службу	Дефинисањем јасних критеријума за унапређење рада лабораторије обезбеђује се систематичан

	прикупљања, евидентирања и анализирања показатеља квалитета.		показатељима квалитета здравствене заштите, у току је ревидирање показатеља унапређења рада лабораторије, формулисање поступка за евидентирање, праћење и анализирање ових показатеља. Именоване су особе за прикупљање показатеља квалитета.			приступ у реализацији побољшања квалитета
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована Дефинисани су показатељи квалитета који се прате и анализирају.	
27	ЛАБ 8.6 Потребно је укључивање лабораторије у програм спољашње контроле квалитета рада.	Висок	Од 1. Октобра 2019. Године Одсек за лабораторијску дијагностику Клинике је укључен у програм спољашње контроле квалитета.	/	Управа Клинике Др Бојана Трипковић Мр Жељка Мирковић	Омогућавање објективне и независне процене лабораторијских резултата и утврђивање степена међулабораторијске упоредивости
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
28	ЛАБ 8.7 Потребно је укључивање лабораторије у програм спољашње контроле квалитета рада.	средње	иницирање укључивања од стране Управе Клинике	1 година	Управа Клинике Др Бојана Трипковић	Унапређење програма спољашње контроле квалитета рада
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
29	АПТ 2.5 Унапредити учешће фармацеута у даљем праћењу пацијената.	Средњи	Потребно је иницирати интезивније укључивање фармацеута у сарадњи са	1 година	Шеф апотеке, фармацеути, спец. клиничке фармације и	Очекује се унапређење учешћа фармацеута у даљем



			лекарима у даљем терапијском праћењу пацијента		психијатри	праћењу терапије пацијената
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
30	АПТ 3.7 Спровести процену учинка запослених.	Средњи	Постоје радни циљеви и извештаји о оцењивању запослених у Одсеку за болничку апотеку	1 година	Сви чланови тима	Допунити радну свеску прилогом Формулара за оцењивање рада запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована и оцењује се рад запослених.	
31	АПТ 4.2 Потребно је редовно ревидирати процедуре и упутства за рад.	Средњи	У свакодневном обављању фармацеутске делатности уколико се уоче недостаци у постојећим процедурама исте ће бити ревидиране или написане нове.	1 година	Сви чланови тима	Очекује се ревидирање постојећих процедура и израда нових у циљу унапређења квалитета рада болничке апотеке.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке је у току.	
32	АПТ 5.2 Дефинисати поступак за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице и спровести процену стања	Средњи	Планирана је реконструкција Клинике у оквиру које ће бити планирана и реконструкција болничке апотеке са изменом организационог простора.	1 година	Лица одговорна за реконструкцију	Очекује се боља организација простора болничке апотеке.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	

33	АПТ 6.2 Израдити листу опреме која се сервисира, уколико је применљиво.	Средњи	Уређаји који се баждаре су термометри који имају важеће сертификате.	1 година	Шеф апотеке	Очекује се редовно годишње баждарење опреме.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Реализација препоруке је у току.</b>	
34	АПТ 8.1 Унапредити израду Плана за унапређење квалитета рада болничке апотеке којим се конкретизује унапређење квалитета рада као и праћење реализације планираних активности.	Висок	Сви запослени у болничкој апотеци узеше учешће у давању предлога за израду и ревидирање постојећег плана за унапређење квалитета рада.	1 година	Сви чланови тима	Очекује се израђивање побољшаног плана за унапређење квалитета рада болничке апотеке.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
35	АПТ 8.2 Установити поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената.	Висок	Реализација рада се може пратити кроз месечне извештаје о редовној провери квалитета стручног рада који се шаљу комисији за проверу квалитета стручног рада.	1 година	Сви чланови тима	Очекује се стално праћење плана квалитета стручног рада.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
36	АПТ 8.3 Болничка апотека треба да дефинише, евидентира, прати и анализира своје показатеље квалитета.	Средњи	Предложени показатељи квалитета: 1.Процент расхода медицинских средстава и лекова услед истека рока употребе у односу на укупну набавну вредност лекова и медицинских	1 година	Сви чланови тима	Очекује се праћење и анализа предложених показатеља квалитета.

			средстава. 2. Број интервенција фармацеута у терапијској листи пацијента.			
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Потребно је да се препорука реализује: дефинисати показатеље квалитета болничке апотеке, пратити их и анализирати.</b>	
37	АПТ 8.5 Организовати едукацију запослених из области унапређења квалитета рада и безбедности пацијената унутар установе.	Висок	Запослени су учествовали у акредитационом програму КМЕ- «Показатељи квалитета здравствене заштите у психијатријским установама» 19.09.2018. год	Реализовано	Сви чланови тима	Постоје потврде запослених у Болничкој апотеци о учествовању на акредитационом програму КМЕ.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Потребно је да се препорука унапреди кроз акредитацију одговарајућих програма КМЕ.</b>	
38	АПТ 8.6 Болничка апотека треба да дефинише, евидентира, прати и анализира своје показатеље квалитета.	Средњи	Предложени показатељи квалитета: 1.Процент расхода медицинских средстава и лекова услед истека рока употребе у односу на укупну набавну вредност лекова и медицинских средстава. 2. Број интервенција фармацеута у терапијској листи пацијента.	1 година	Сви чланови тима	Очекује се праћење и анализа предложених показатеља квалитета.
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Потребно је да се препорука реализује.</b>	

39	ЖС 1.1 У процедури конкретизовати поступке код изолације различитим узрочницима.	висок	Ревизија процедуре	Годину дана	В.М.С. Весна Арсић-Бајрак. М.с.Тајјана Матовић	Тачно наведени поступци код изолације различ.узроцима и унапр.квалит.рада и безб.пацијената
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Реализација препоруке у току.</b>	
40	ЖС 1.4 Потребно је боље регулисати места на којима се одлаже потенцијално инфективни отпад у лабораторији као и место неутрализације урина након прегледа.	висок	Планирана адаптација и реконструкција просторија, формирање законом дефинисаних просторија за ту намену	Три године	Начелник лабораторије	Боље регулисање места на којима се одлаже потенцијално инфективни отпад и посебно место за неутрализацију урина након прегледа
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Реализација препоруке је предвиђена планом.</b>	
41	ЖС 1.6 Потребно је обезбедити адекватне доказе.	висок	Редовно одржавање зграда		Хигијеничарке и одговорна особа	Додају се докази у виду чек листа и докази за период.чишћ.вентилациј
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.</b>	
42	ЖС 3.2 Записници са сатанака треба да буду опширнији са јасним дефинисањем активности чланова тима и времена извршења.	висок	Нов начин вођења записника са конкретним задацима	Годину дана	Председник комисије за заштиту од болничких инфекција	Јасно дефинисане активности чланова тима како би се унапредила превенција појединих болничких инфекција
	1. Активности на унапређењу квалитета се		2. Активности на унапређењу квалитета		<b>Коментар: Потребно је да се препорука</b>	

	<b>не спроводе</b>		се спроводе према плану активности		<b>реализује. Није било састанака због поштовања противепидемијских мера током епидемије Covid 19.</b>
43	ЖС 3.4 Документовати напредну примену критеријума, која се односи на потребне доказе и о ревидираним процедурама	висок	Ревизија процедура са адекватним доказима	Годину дана	Комис.за зашт.од б.инф Побољшање и унапређ.мера за превенцију и сузбијање болничких инфекција и унапређење квалитета рада и безб.пац. и особља
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Потребно је да се препорука реализује. Није било активности на унапређењу ове препоруке због ангађовања запослених на другим пословима током епидемије Covid 19.</b>
44	ЖС 5.2 Потребно је размотрити промену места одлагања инфективног отпада у лабораторији.	висок	Планирана адаптација и реконструкција просторија, формирање законом дефинисаних просторија за ту намен	Три године	Начелник лабораторије Постојање посебног места за одлагање инфективног отпада у лабораторији
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Реализација препоруке је предвиђена планом.</b>
45	ЖС 6.2 Потребно је направити листу којом је јасно одређена сатница транспорта отпада, сатница дезинфекције пута којим је отпад прошао.	висок	Прављење нове листе	континуитет /	Направљена је нова листа са сатницом
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>
46	ЖС 6.3 Потребно је у уговору са	висок			У складу са темпом

	фирмом прецизирати да време преузимања отпада треба да буде не дуже од 48 часова.					пуњења са фирмом је договорен и темпо изношења отпада
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Критеријум није применљив.</b>	
47	ЖС 6.5 У процедури назначити да само овлашћена лица имају приступ централном привременом одлагалишту.	висок	Ревизија процедуре	Годину дана	Тима за управљање медицинским отпадом	Назнака у процедури која лица имају приступ местима за привремено одлагање отпада
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Реализација препоруке у току.</b>	
48	ЖС 7.3 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	висок	Ревизија процедуре и ревизија плана управљања отпадом	Годину дана	Тим за управљање медицинским отпадом	Након достављања писаних извештаја очекивано побољшање прикупљања,складиштења и одношења медицинског отпада из Клинике
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Реализација препоруке у току.</b>	
49	ЖС 14.1 Потребно је израдити план.	висок	Израда плана	Две године	Лице одговорно за акцидентне ситуације	Израђен план за масовне несреће и акцидентне ситуације
	<b>1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе</b>		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Реализација препоруке у току.</b>	
50	ЖС 14.2 Тимови су тек	висок	Састанци новоформираних	континуит	Вође тимова	Од ређивање

	формирани. Потребно је активно учешће.		тимова	ет		распореда састанака тимова након доношења плана
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
51	ЖС 14.4 Приложити доказе за критеријум.	висок	Редовно вођење записника и одлагање истих у регистратор	Годину дана	Тимови за акцидентне ситуације	Редовно вођење састанака тимова
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
52	ЖС 14.5 Потребна је израда плана.	висок	Одржавање састанак са одговорним лицима у локалној заједници	Две године	Одговорна особа	Одржан састанак са начелником за ванредне ситуације у општини
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
53	ЖС 15.1 Потребна је израда плана.	висок	Ревизија плана на три године	Три године	Особа одговорна за ванредне ситуације	Извршена ревизија плана И унапређење истог
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
54	ЖС 15.2 Потребна је израда плана којим би се обезбедило редовно обављање практичних вежби и провере плана на терену.	висок	Обављање практичних вежби и формирање плана и распореда активности	Континуирано	Особа одговорна за ванредне ситуације	Адекватна обученост запослених и пацијената у случајевима акцидентних ситуација
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану		Коментар: Реализација препоруке у току.	

			активности			
55	ЖС 22.1 Потребно је приложити доказе о испуњености критеријума.	висок	Израда центарлизованог плана за одржавање опреме	Годину дана	Техничка служба	Боље одржавање и очуваност постојеће опреме
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложен доказ о реализацији препоруке.	
56	ЖС 22.3 Потребно је да постоје сертификати о обучености запослених за опрему.	висок	Обука запослених по утврђеном плану	Годину дана	Служба за послове заштите и безбедности на раду	Боље руковање опремом за рад, боља обученост и повећање безбедности
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
57	ЉР 1.1 У персонални досије здравственог радника улагати и важећу лиценцу.	Висок	ревизија сви персоналних досијеа запослених здравствених радника и улагање недостајећих важећих лиценци	6 месеци	- Мира Вујановић - Наташа Дробњак - Милена Величковић - Госпава Нишић	Сви персонални досијеи запослених здравствених радника са важећом лиценцом
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
58	ЉР 3.4 Унапредити примену критеријума кроз континуиран процес годишње процене постигнутих резултата рада.	Средњи	ревизија Процедуре о оцењивању резултата запослених	6 месеци	- доц. др Владан Ђорђевић - Мира Вујановић - Наташа Дробњак	Унапређење примене критеријума за процес годишње процене постигнутих резултата рада
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
						Унапређење примене



59	ЉР 3.5 Унапредити примену критеријума кроз континуиран процес годишње процене постигнутих резултата рада.	Средњи	ревизија Процедуре о оцењивању резултата запослених	6 месеци	- доц. др Владан Ђорђевић - Мира Вујановић - Наташа Дробњак	критеријума за процес годишње процене постигнутих резултата рада
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
60	ЉР 4.4 Унапредити документовање програма едукација за запослене.	Средњи	- редовно обавештавање запослених о програмима континуиране медицинске едукације - редовно обавештавање екстерних лица о програмима континуиране медицинске едукације у оквиру Клинике - редовно вођење записника о завршеним програмима континуиране медицинске едукације - редовно документовање реализованих програма континуиране едукације за запослене немедицинске раднике	Континуирано	- доц. др Владан Ђорђевић - Мира Вујановић - Наташа Дробњак	Континуиран процес документовања програма едукација запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
61	ЉР 4.5 Унапредити документовање програма едукација за запослене.		- редовно обавештавање запослених о програмима континуиране медицинске едукације - редовно обавештавање екстерних лица о програмима континуиране			

		Средњи	<p>медицинске едукације у оквиру Клинике</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- редовно вођење записника о завршеним програмима континуиране медицинске едукације</li> <li>- редовно документовање реализованих програма континуиране едукације за запослене немедицинске раднике</li> </ul>	Континуирано	<ul style="list-style-type: none"> <li>- доц. др Владан Ђорђевић</li> <li>- Мира Вујановић</li> <li>- Наташа Дробњак</li> </ul>	Континуиран процес документовања програма едукација запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Приложени докази о реализацији препоруке.	
62	ЉР 5.1 Кроз механизме контроле унапредити примену важећих прописа у области распоређивања на руководећа радна места запослених који испуњавају законом прописане услове.	Низак	Примена прописа у области распоређивања на руководећа радна места врши се у складу са Правилником о организацији и систематизацији послова Клинике, а у складу са важећим законским и подзаконским прописима	Континуирано	Одсек за правне, кадровске и административне послове	Испуњење законским и подзаконских услова
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
63	ЉР 6.4 Унапредити примену критеријума периодичним компаративним анализама.	Средњи	Праћење унапређености спровођења смерница из области заштите здравља и заштите на раду запослених кроз временски континуум	1 година	Службеник за безбедност и здравље на раду	Унапређење безбедности и здравља запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	

64	ЉР 7.3 Унапредити примену критеријума дефинисањем плана активности за повећање степена задовољства запослених.	Висок	Унапређење извештаја о анализи задовољства запослених у Клиници, као и предлога мера за унапређење квалитета рада, кроз повећано задовољство запослених	1 година	Комисија за унапређење квалитета рада Управа Клинике	Дефинисан план активности за повећање степена задовољства запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
65	УИ 1.3 Обезбедити уједначену праксу вршења и извештавања о редовним интерним проверама у организационим јединицама.	Висок	Ревизија процедуре и структурисање обрасца за месечно вршење унутрашње контроле правилног вођења медицинске документације	6 месеци	Начелник ОЈ и главна медицинска сестра-техничар ОЈ	Унапређење уједначене праксе интерне контроле правилног и редовног вођења медицинске документације и извештавања о истом у свим организационим јединицама.
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
66	РУ 2.3 Подстицати и документовати активно учешће организационих јединица и запослених у вези достављана информација и извештаја од значаја за израду плана.	висок	- израда Плана рада у складу са документима и активним учешћем свих организационих јединица и запослених, а у вези са извештајима од значаја	1 година	начелници и главне сестре свих ОЈ одељење за организацију, планирање, анализу здравствене заштите и биостатистику са информатиком у здравству	Унапређење квалитета Плана рада Клинике
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
67	РУ 2.5 Унапредити примену критеријума у области праћења и		- унапређење примене критеријума у области	континуир	директор Клинике	

	ревидирања плана у складу са Стратешким планом установе и утврђеним роковима.	средњи	праћења (евалуација), а у циљу израде Плана за наредни период - ревизија Плана по потреби	ано	помоћници директора Управни одбор	Усклађивање Плана са Стратешким планом
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Наставити са применом и унапређењем препоруке.</b>	
68	РУ 2.6 Унапредити примену критеријума праћењем и извештавањем Управног одбора о активностима и ревидирању плана по потреби у предвиђеним роковима.	средњи	- унапређење примене критеријумау области праћења (евалуација), а у циљу израде Плана за наредни период - ревизија Плана по потреби	континуир ано	директор Клинике помоћници директора Управни одбор	Усклађивање Плана са Стратешким планом
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Наставити са применом и унапређењем препоруке.</b>	
69	РУ 3.3 Поступке праћења и извештавања о искоришћености ресурса унапредити на нивоу организационих јединица.	средњи	- ревизија Процедуре о процени рада запослених уз дефинисање критеријума о искоришћености кадровских ресурса	1 година	директор Клинике помоћници директора начелници и главне сестре-техничари Клинике	Унапређење поступака извештавања о искоришћености ресурса за сваку ОЈ појединачно
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Наставити са применом и унапређењем препоруке.</b>	
70	РУ 4.6 Средства намењена управљању ризиком укључујући део намењен за обуку запослених исказати засебно.	висок	- редовни колегијуми са помоћником директора за немедицинске послове на којима се разматра процес рада и утврђују неправилности које се анализирају, те унапређује	1 година	помоћник директора за немедицинске послове руководиоци свих ОЈ	Унапређење активности везаних за управљање ризиком

			процес путем протокола и радних налога			
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Приложен доказ о реализацији препоруке.</b>	
71	РУ 4.7 Извештавање руководства је потребно унапредити у смислу бољег документовања и успостављања уходане праксе.	висок	- редовни колегијуми са помоћником директора за немедицинске послове на којима се разматра процес рада и утврђују неправилности које се анализирају, те унапређује процес путем протокола и радних налога	1 година	помоћник директора за немедицинске послове руководиоци свих ОЈ	Унапређење активности везаних за управљање ризиком
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: приложен доказ о реализацији препоруке.</b>	
72	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.	висок	дефинисање активности кроз План рада Комисије за текући период	1 година	Начелници и главне сестре ОЈ Руководиоци немедицинских служби Комисија за унапређење квалитета рада	Смањење процента нежељених догађаја у Клиници у унапређење здравља и безбедности пацијената и запослених

	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
73	РУ 6.2 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.	средњи	Дефинисање Комисије за унапређење квалитета рада у Ургентној психијатријској служби, Служби стационарних одељења и Служби за ванболничку здравствену заштиту	3 месеца	Комисија за унапређење квалитета рада директор Клинике помоћници директора Клинике	Унапређење квалитета рада свих организационих јединица на нивоу Клинике, те унапређење безбедности и здравља пацијената и запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току. Неопходно формирање Тима за унапређење квалитета рада Служби стационарних одељења.	
74	РУ 7.1 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.	висок	Ревизија Процедуре о оцени рада запослених	6 месеци	директор Клинике одсек за правне, кадровске и административне послове	унапређење квалитета рада и пружања основне делатности Клинике пацијентима
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Реализација препоруке у току.	
75	РУ 8.1 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.	висок	Израда Централног акредитационог регистра процедура, уз прилагање доказа (прилога) - стандардизоване форме	1 година	- директор Клинике - помоћници директора - одсек за ИТ послове - Комисија за унапређење квалитета	Унапређење политике и процедура рада Клинике

	Такође је препорука да сви обрасци који су законом утврђени (обрасци сагласности пацијента на предложену меру и слично), или су уведени у оквиру усвојених процедура установе треба да буду стандардизованог формата и са меморандумом установе.		образаца које ће бити лако доступне свим запосленима		рада Клинике - Одсек за правне, кадровске и административне послове	
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
76	РУ 8.3 Препорука је да све Процедуре буду израђене на начин како је утврђено у Процедури о процедури и да су усвојене од стране Комисије, са деловодним бројем и одобрене и потписане од стране директора Клинике.	висок	Израда Централног акредитационог регистра процедура, уз прилагање доказа (прилога) - стандардизоване форме образаца које ће бити лако доступне свим запосленима	1 година	- директор Клинике - помоћници директора - одсек за ИТ послове - Комисија за унапређење квалитета рада Клинике - Одсек за правне, кадровске и административне послове	Унапређење политике и процедура рада Клинике
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
77	СУ 1.2 Све организационе јединице треба да упознају своје запослене са Изјавом о мисији и визији здравствене установе и да о томе воде униформну евиденцију са потписима запослених.	Висок	Већина запослених је упозната са Изјавом о мисији и визији, а уколико један број није упознат то ће се урадити у што краћем временском року	6 месеци за обезбеђивање доказа – потписаних дистрибутивних листи	Начелници и главне сестре-техничари одељења	Боља информисаност запослених са мисијом и визијом установе

				запослени х		
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
78	СУ 1.6 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.	Средњи	У наредне две године ће бити преиспитана Изјава о мисији и визији Клинике од стране Управног одбора	Две године	Чланови Управног одбора и менаџмент Клинике	Осавремењавање мисије и визије Клинике у складу са актуелном ситуацијом
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
79	СУ 2.3 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.	Средњи	У наредне две године ће бити преиспитан Стратешки план Клинике од стране Управног одбора и менаџмента Клинике	Две године	Чланови Управног одбора и менаџмент Клинике	Ревизија Стратешког плана у складу са актуелном ситуацијом
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
80	СУ 3.1 Потребно је у документацији приложити доказ о испуњености критеријума: Записник са седнице Управног одбора на којој је усвојен годишњи план рада установе.	Средњи	На наредним састанцима, када на дневном реду буде било усвајање Годишњег плана рада установе, биће приложен и записник	Годину дана	Чланови Управног одбора и менаџмент Клинике	Комплетирање документације у вези са радом Управног одбора
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		<b>2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности</b>		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
81	СУ 3.4 У процедури дефинисати		Извршиће с ревизија			Тачно дефинисани



	период на који се врши оцењивање рада Директора установе од стране Управног одбора.	Средњи	Процедуре за оцену рада директора (I-2.1) у смислу додавања периода на који се директор оцењује.	Шест месеци	Аутори процедуре	период на који се врши оцењивање рада директора Клинике
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
82	СУ 5.1 У процедури је неопходно дефинисати период на који Управни одбор оцењује резултате свог рада.	Средњи	Извршиће с ревизија Процедуре за самооцењивање рада Управног одбора (А-5/18) у смислу додавања периода на који Управни одбор врши самооцењивање	Шест месеци	Аутори процедуре	Тачно дефинисани период на који Управни одбор врши самооцењивање
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
83	СУ 5.4 Настојати на именовану Надзорног одбора. Управни одбор је дужан да о свом раду, као и плановима за унапређење рада извештава Надзорни одбор.	Висок	Чланови Надзорног одбора из редова запослених у Клиници су изабрани, као и један екстерни члан. Стручни савет Клинике и директор установе ће тражити од оснивача да именује преостала два екстерна члана Надзорног одбора.	Шест месеци	Стручни савет Клинике, директор установе	Комплетан Надзорни одбор са свих 5 чланова, колико је прописано Законом о здравственој заштити
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Реализација препоруке је у току. Одложено је именовање нових чланова НО због ванредног стања и рада Владе РС у техничком мандату иако је приложен доказ о предлогу именовања нових чланова.</b>	
84	ЕДУ 2.4 Обезбедити додатне		докази са факултета и			

	доказе са факултета и високе школе о испуњености критеријума.	средњи	високе школе о анализи, а по по потреби и ревизији и ажурирању образних профила	3 године	доц. др Ивана Сташевић Карличић доц. др Владан Ђорђевић доц. др Игор Грбић Миодраг Главоњић	Унапређење критеријума
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
85	ЕДУ 3.4 Обезбедити додатне доказе о испуњености критеријума. Евидентирати све облике стицања клиничког искуства за студенте Високе здравствене школе струковних студија у Београду.	средњи	обезбедити додатне доказе за Медицинског факултета, Универзитета у Приштини, као и евидентирање свих облика стицања клиничког искуства за студенте ВЗШ у Београду	3 године	доц. др Ивана Сташевић Карличић доц. др Игор Грбић Миодраг Главоњић	Унапређење критеријума
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
86	ЕДУ 3.5 Обезбедити додатне доказе о надзору који обезбеђује испуњење траженог клиничког искуства за студенте који обављају клиничку праксу у установи.	висок	редовно вршење надзора у Клиници о испуњењу траженог клиничког искуства за све студенте	2 године	помоћник директора за научно-истраживачку, образовну и публицистичку делатност	унапређење критеријума
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		<b>Коментар: Препорука је реализована.</b>	
87	ЕДУ 5.1 Обезбедити доказе о испуњености критеријума за студенте Медицинског факултета у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици) и студенте Високе здравствене школе струковних	висок	критеријум у примени	континуирано	доц. др Ивана Сташевић Карличић доц. др Игор Грбић Миодраг Главоњић	унапређење критеријума

	студија у Београду.					
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
88	ЕДУ 5.2 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.	висок	критеријум у примени	континуирано	доц. др Ивана Сташевић Карличић доц. др Игор Грбић Миодраг Главоњић	унапређење критеријума
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
89	ЕДУ 6.3 Обезбедити доказ - Извештај о студентском вредновању Универзитета у Травнику.	средњи	обезбеђивање доказа - Извештаја о студентском вредновању Универзитета у Травнику	1 година	доц. др Владан Ђорђевић	унапређење критеријума
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
90	ИГЛП 3.1 Са планом лечења запослени се упознају кроз визите, састанке, увидом у историју болести... те је потребно приложити доказе.	средњи	записници са колегијума начелника	3 месеца	помоћник директора за немедицинске послове и главна сестра-техничар Клинике	унапређење квалитета лечења пацијената
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Препорука је реализована.	
91	ИГЛП 6.4 Потребно је доставити јасне доказе о испуњености критеријума	висок	евидентирање опреме која се треба баждарити уз прецизирање распореда баждарења	6 месеци	Ургентна психијатријска служба ЕЕГ-кабинет	унапређење квалитета лечења и безбедности пацијената и запослених
	1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану		Коментар: Препорука је реализована.	

		<b>активности</b>				
92	ИГЛП 7.2 Потребно је да организациона јединица направи свој план унапређења квалитета рада.	висок	формирање Комисије за унапређење квалитета рада ванболничке здравствене заштите и израда плана унапређења квалитета	6 месеци	Служба за ванболничку здравствену заштиту ЕЕГ-кабинет	унапређење квалитета лечења и безбедности пацијената и запослених
1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности			<b>Коментар: Реализација препоруке је у току.</b>	
93	ИГЛП 7.4 Потребно је постојање доказа о упознавању запослених са поменутим активностима - записници са састанака.	висок	записници са састанака Комисије за унапређење квалитета рада ОЈ	1 година	Комисија за унапређење квалитета	унапређење квалитета лечења и безбедности пацијената и запослених
1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности			<b>Коментар: Реализација препоруке је у току.</b>	
94	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.	висок	записници са састанака Комисије за унапређење квалитета рада ОЈ	1 година	Комисија за унапређење квалитета	унапређење квалитета лечења и безбедности пацијената и запослених
1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности			<b>Коментар: Реализација препоруке је у току.</b>	
95	ИГЛП 8.2 Дефинисати процедуром поступке разматрања и решавања примедби и жалби пацијената.	висок	критеријум у примени	континуирано	Управа Клинике	унапређење квалитета лечења и безбедности пацијената
1. Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности			<b>Коментар: Приложен доказ о реализацији препоруке.</b>	

### 3. Стање према захтевима АЗУС-а

У ТАБЕЛАМА БОЛДОВАТИ ЈЕДАН ОД ТРИ ПОНУЂЕНА ОДГОВОРА. У ДЕЛУ ПРЕДВИЂЕНОМ ЗА КОМЕНТАР ЈАСНО, У КРАТКИМ ЦРТАМА НАВЕДИТЕ НЕДОСТАТКЕ ИЛИ ПОХВАЛЕ.

Здравствена установа поступа у складу са планом за унапређење квалитета			
У потпуности		Делимично	Не
1.	<p>Коментар:</p> <p>Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ спроводи активности у својим службама и секторима у складу са Планом за унапређење квалитета. Све Организационе јединице Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, уз укључивање широке базе запослених, треба да наставе рад на изради Плана унапређења квалитета рада, чију примену је потребно континуирано реevalуирати и унапређивати. Наставити са редовним одржавањем састанака и вођењем записника, анализом и даљим унапређењем рада Тимова за унапређење квалитета рада и Тимова за усвајање процедура на нивоу организационих јединица. Прате се показатељи квалитета рада, врше анализе и предузимају мере за унапређење квалитета.</p> <p>Током епидемије COVID-19 здравствена установа је спровела низ додатних активности са циљем заштите менталног здравља становништва, чиме је у значајној мери допринела унапређењу здравственог система Републике Србије у новонасталој ситуацији.</p>		

Квалитет и безбедност пацијента се редовно прате и унапређују на свим нивоима			
У потпуности		Делимично	Не
2.	<p>Коментар:</p> <p>У складу са прописима предузимају се све мере да квалитет рада и безбедност пацијената и запослених буде на очекиваном нивоу. Посебна пажња се посвећује квалитету пружених услуга пацијентима и безбедности пацијената.</p> <p>Наставити са континуираном израдом планова унапређења <u>сваке организационе јединице Клинике</u>. Дефинисати посебне показатеље квалитета рада за поједине делове процеса рада односно сваке организационе јединице. Организовати редовно достављање и анализирање показатеља квалитета рада и извештаја о унутрашњој контроли квалитета стручног рада <u>у свим организационим јединицама Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ од стране Тимова и Комисије за унапређење квалитета рада</u>.</p> <p>Похвала за листе за унутрашњу контролу квалитета по угледу на контролне листе Министарства здравља.</p> <p>Запослени при раду користе предвиђена средства за личну заштиту. Врши се редовна обука како за коришћење опреме, тако и за ЛЗО, ППЗ. У примени су стандарди и контролне листе у складу са препорукама СЗО.</p> <p>Током епидемије COVID-19 на Клиници су предузете и реализују се све активности којима се спровode све противепидемиолошке мере којима се унапређује безбедност пацијената и запослених.</p>		

<b>У установи се примењују усвојени протоколи и процедуре</b>		
<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
3.	<p>Коментар:</p> <p>У свакодневном раду примењују се све активности и мере које обезбеђују рад установе у складу са постојећим процедурама, прописима, као и најновијим научним и стручним достигнућима.</p> <p>Процедуре су јасне и доступне запосленима на њиховим радним местима.</p> <p>Постојећа документација допуњена је свим неопходним процедурама, упутствима, обрасцима и клиничким алгоритмима за спровођење противепидемиолошких мера током епидемије COVID-19, а у циљу заштите менталног здравља становништва и одржавања безбедности пацијената и запослених.</p> <p>Наставити са доследном применом и контролом примене постојећих процедура.</p>	

<b>Примењује се систем управљања ризиком</b>		
<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
4.	<p>Коментар:</p> <p>У установи се примењује систем управљања ризиком.</p> <p>Спроводе се превентивне активности из области безбедности и здравља на раду (редовно се набављају и користе лична заштитна средства, врше се периодични прегледи и испитивања опреме за рад и електричне инсталације, периодични прегледи запослених, врши се оспособљавање новозапослених за безбедан и здрав рад, врши се контрола примене мера безбедности и здравља на раду...)</p> <p>- Води се евиденција нежељених догађаја</p> <p>- Прати се квалитет медицинских средстава и лекова од добављача у погледу ризика</p> <p>- Прати се исправност и врши сервисирање медицинске опреме .</p> <p>Редовно се сервисира противпожарна опрема и обавља обука запослених за противпожарну заштиту.</p> <p>Током епидемије COVID-19 на Клиници су предузете све мере за управљање ризиком и дефинисани поступци и активности којим се спречава могућност ширења епидемије међу пацијентима и запосленима. За исту сврху допуњен је Акт о процени ризика (План примене мера за спречавање појаве и ширења епидемије заразне болести COVID-19).</p>	

<b>Хигијена у здравственој установи је задовољавајућа.</b>		
<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
5.	<p>Коментар:</p> <p>У здравственој установи промовише се лична хигијена и чистоћа просторија у објектима. Примењују се мере за одржавање исте, у складу са препорукама и процедурама. Редовно се спроводи контрола одржавања хигијене, о чему постоји потребна документација. Постоји тачно утврђен распоред рада спремачица и редовно се попуњавају контролне- чек листе а континуирано се обавља и контрола спровођења хигијене.</p> <p>Свакодневно се примењују све мере заштите у погледу спровођења дезинфекције просторија и површина у свим организационим јединицама у складу са препорукама за спречавање ширења заразне болести COVID-19.</p> <p>Наставити са свим мерама и активностима на одржавању хигијене у установи.</p>	

<b>Поштују се и доследно примењују процедуре о безбедном руковању лековима</b>		
<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
6.	<p>Коментар:</p> <p>Наставити континуирану примену критеријума.</p>	

<b>Примењује се систем за идентификацију пацијената</b>		
<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
7.	<p>Коментар:</p> <p>Идентификација пацијената у установи спроводи се у складу са законском регулативом и усвојеним процедурама. У употреби је информациони систем који пружа подршку правилној идентификацији пацијента и његовом процесуирању кроз установу. Правилна идентификација пацијената се спроводи и кроз медицинску документацију у електронској и папирној форми.</p>	

8.	<b>У установи се примењује систем који лако препознаје нежељене догађаје(праћење, евидентирање, анализа и предузимање активности на основу урађене анализе)</b>		
	<b>У потпуности</b>	Делимично	Не
	Коментар: Нежељени догађаји се евидентирају, анализирају и предузимају одговарајуће активности на основу урађене анализе. Наставити са континуираном едукацијом и мотивацијом запослених да евидентирају све препознате нежељене догађаје, чије праћење и анализирање има за циљ спречавање и отклањање узрока њиховог настанка, унапређење квалитета рада, као и унапређење безбедности пацијената и запослених.		

9.	<b>Примењује се јасно дефинисана политика у спречавању инфекција повезаних са здравственим интервенцијама</b>		
	<b>У потпуности</b>	Делимично	Не
	Коментар: Препознат је значај спречавања инфекција повезаних са здравственим интервенцијама, и на њиховом смањењу се свакодневно ради. У Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ се успешно спроводи превенција болничких инфекција кроз мере и активности утврђене документима које су у надлежности Комисије за контролу болничких инфекција која се редовно састаје. Примењују се процедуре за превенцију болничких инфекција, изолације и хигијену руку. Наставити са активностима на спречавању, раном откривању и сузбијању болничких инфекција. Посебне мере превенције предузимају се од почетка ширења епидемије COVID-19, чиме се на Клиници уз дијагностику и лечење психијатријских болести, пацијенти штите од могуће инфекције корона вирусом.		

10.	<b>Поштују се усвојене процедуре које у складу са важећом правном регулативом дефинишу раздвајање, одлагање, транспорт и стерилизацију медицинског отпада</b>		
	<b>У потпуности</b>	Делимично	Не
	Коментар: Раздвајање медицинског отпада врши се према Каталогу отпада. Управљање инфективним медицинским отпадом се спроводи у складу законском регулативом, националним смерницама и усвојеним и ревидираним процедурама установе. Медицински отпад се раздваја, одлаже и транспортује свакодневно, на правилан начин, уз спровођење поступака редовног чишћења и дезинфекције. Транспорт до привременог одлагалишта врши се по утврђеном дневном распореду и одређеном путањом.		



<b>Стерилизација - поштују се и примењују усвојене процедуре</b>			
<b>У потпуности</b>		<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
11.	Коментар:		
	У Клиници се користи санитарски материјал за једнократну употребу а за потребе евентуалне стерилизације инструмената постоји суви стерилизатор те су све активности везане за употребу истог регулисане процедуром.		

<b>У установи се доследно примењују усвојени протоколи, процедуре, упутства у циљу безбедног руковања опремом, материјалом, уређајима и простором</b>			
<b>У потпуности</b>		<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
12.	Коментар:		
	У установи се примењују усвојени протоколи, процедуре, упутства у циљу безбедног руковања опремом, материјалом, уређајима и простором. Спроводе се активност на баждарењу и превентивном одржавању опреме. Примењују се усвојени протоколи, процедуре и упутства у циљу безбедног руковања опремом, материјалом, уређајима и простором. При набавци опреме врши се редовна обука запослених за рад и управљање на безбедан начин, у складу са упутствима произвођача. Адекватно се води евиденција о постојећој опреми, њеном превентивном и корективном одржавању/сервисирању и баждарењу. Подржати активност руководеће структуре у примени процедура за процену ризика, њиховој ревизији и изради Плана за случај ванредних ситуација и настанка масовних несрећа. Наставити са спровођењем обуке запослених за безбедно коришћење опреме–сертификати.		

<b>Установа се придржава важећих законских прописа у области противпожарне заштите и спроводи се обука запослених</b>			
<b>У потпуности</b>		<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
13.	Коментар:		
	Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ се придржава важећих закона и прописа из области заштите од пожара. Редовно се врши провера противпожарних апарата, њихово сервисирање и води одговарајућа документација.		

14.	<b>Вођење , чување и архивирање медицинске документације у складу је са важећом правном регулативом</b>		
	<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
	<p>Коментар:</p> <p>Медицинска документација се води на законом прописан начин. Сви запослени су упознати са прописима из ове области и придржавају их се. Архивирање медицинске документације се врши у складу са важећом правном регулативом..</p>		

15.	<b>Постоје и поштују се усвојене процедуре у области људских ресурса (лиценце, професионална оспособљеност запослених, резултати рада запослених, едукација, усавршавање, заштита на раду, задовољство запослених).</b>		
	<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
	<p>Коментар:</p> <p>Постоје и поштују се све усвојене процедуре у области људских ресурса. Запослени поседују лиценце за рад одговарајућих комора здравствених радника. Резултати рада свих запослених се оцењују на годишњем нивоу, у складу са дефинисаном процедуром. На нивоу установе организује се континуирана медицинска едукација а запосленима је доступна едукација и стручно усавршавање ван установе. У установи се обавља и научно-истраживачка делатност и организује велики број стручних скупова националног и међународног карактера, по чему је поред осталих активности такође позната. Спроводи се континуирана едукација и провера знања из области заштите на раду. У установи се спроводи процена задовољства запослених. Резултати се анализирају и у складу са њима предузимају одговарајуће мере за унапређење. Наставити са активностима везаним за процену резултата рада запослених као и плановима за унапређење задовољства запослених и корисника на основу анализа показатеља.</p> <p>Клиника је такође увела Националну линију за психосоцијалну подршку у условима епидемије COVID-19 Министарства здравља РС, која ради 24 сата 7 дана недељно. Министарство здравља РС је Клинику делегирало за управљање јавно-здравственим активностима из домена менталног здравља становништва током трајања епидемије. Лекари Клинике су обезбеђивали и адекватну помоћ пацијентима из области менталног здравља а који су били смештени у привременој болници "Сајам".</p> <p>Стручњаци Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ су публиковали рад у Српском Архиву из области унапређења менталног здравља током трајања епидемије COVID-19 у Републици Србији.</p>		

	<b>Примењују се Национални водичи добре клиничке праксе и клинички путеви (набројати)</b>		
	<b>У потпуности</b>	<b>Делимично</b>	<b>Не</b>
16.	<p>Коментар:</p> <p>У Клиници се примењују Национални водичи добре клиничке праксе и клинички путеви. Од почетка ширења епидемије Covid-19 и током ванредног стања на Клиници су примењивани клинички алгоритми који су добијани од Министарства здравља, Института за јавно здравље "Др Милан Јовановић Батут" и Градског завода за јавно здравље Београд. На Клиници је уведен и нови клинички алгоритам по коме су сви новопримљени пацијенти боравили 14 дана у Ургентној психијатријској служби, а након периода опсервације и у случају непостојања сумње на инфекцију новим корона вирусом, исти су се преводили на Службе клиничких одељења за дијагностику и лечење психијатријских болесника.</p>		

#### 4. Општи утисак након редовне посете

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, са акредитацијским статусом од седам година, наставила је свој развој у складу са акредитацијским стандардима, без обзира на целокупну ситуацију у друштву насталу након проглашења пандемије Covid-19.

Достигнути стандарди се одржавају, присутна је стална иницијатива запослених, а пре свега руководства на даљем унапређењу квалитета. Акредитацијски процес је на добар начин примењен у интересу реализације стратешких опредељења, дефинисаних циљева и вредности које установа негује, а акредитацијски стандарди и критеријуми инкорпорирани су у одговарајуће управљачке и медицинске процесе.

У протеклих годину дана иницирана је израда пројекта реновирања простора Клинике, за који ће се средства обезбедити преко Канцеларије за капитална улагања. Остаје огроман изазов да се све замишљено и планирано реализује.

За похвалу је одлучан став и изражена воља директорке и запослених да се спроводе активности на пољу унапређења квалитета рада и безбедности пацијената и запослених.

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ је током пандемије Covid-19 предузела велики број активности које се односе на заштиту менталног здравља становништва, уз истовремену примену свих противепидемијских мера у заштити здравља пацијената и запослених. Запослени су од марта у обавези да користе заштитну опрему при раду и у контакту са пацијентима, о чему се води свакодневна евиденција. Свакодневно се примењују све мере заштите у погледу спровођења дезинфекције просторија и површина у свим организационим јединицама.

Од почетка ширења епидемије и током внаредног стања на Клиници су је примењивани клинички алгоритми који су добијани од Министарства здравља, Института за јавно здравље "Др Милан Јовановић Батут" и Градског завода за јавно здравље Београд. На Клиници је уведен и нови клинички алгоритам по коме су сви новопримљени пацијенти боравили 14 дана у Ургентној психијатријској служби, а након периода опсервације и у случају непостојања сумње на инфекцију новим корона вирусом, исти су се преводили на Службе клиничких одељења за дијагностику и лечење психијатријских болесника. Уведена је рационализација броја амбулантних прегледа. Истовремено су Службе клиничких одељења за дијагностику и лечење психијатријских болесника реорганизоване, како би се ослободио простор за проширење постелних капацитета Ургентне психијатријске службе. Исто је урађено и са клиничким одељењима у сектору Падинска скела. Запослени у обе службе и оба

сектора Клинике подељени су у тимове и раздвојени, како не би дошло до њиховог мешања између и унутар службе.

Од марта месеца уведено је обавезно епидемиолошко анкетирање свих особа прегледаних амбулантно у Ургентној психијатријској служби, а затим и серолошко тестирање свих новопримљених пацијената у Клинику. Због појаве пацијената позитивних на корона вирус формирана је изолована организациона јединица за смештај пацијената који су кластери потврђених пацијената на нови корона вирус. Такође се свакодневно спроводи и епидемиолошко тестирање и мерење температуре запослених пре ступања на радно место, о чему се води редовна евиденција.

Клиника је такође увела Националну линију за психосоцијалну подршку у условима епидемије COVID-19 Министарства здравља РС, која ради 24 сата 7 дана недељно. Министарство здравља РС је Клинику делегирало за управљање јавно-здравственим активностима из домена менталног здравља становништва током трајања епидемије. Лекари Клинике су обезбеђивали и адекватну помоћ пацијентима из области менталног здравља а који су били смештени у привременој болници "Сајам".

Клинику је посетила и делегација здравствених радника Народне Републике Кине, у циљу размене искустава у поштовању епидемиолошких мера и унапређењу менталног здравља становништва.

Стручњаци Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ су публиковали рад у Српском Архиву из области унапређења менталног здравља током трајања епидемије у Републици Србији.

Све активности Клинике током епидемије праћене су одговарајућом документацијом: процедурама, упутствима, формуларима и обрасцима. За исту сврху допуњен је Акт о процени ризика (План примене мера за спречавање појаве и ширења епидемије заразне болести COVID-19).

Свим предузетим мерама и активностима током епидемије заразне болести COVID-19, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ показала је лидерску улогу у здравственом систему Републике Србије, у области заштите менталног здравља становништва.

## 5. Закључак

Редовна посета обухвата проверу усклађености рада здравствене установе са стандардима за акредитацију у току трајања акредитације и подразумева увид у рад здравствене установе, преглед документације и планова за унапређење квалитета. У складу са тим, редовна годишња посета се спроводи у циљу утврђивања начина на који Здравствена установа одржава утврђени ниво квалитета на основу кога је стекла сертификат о акредитацији.

На основу Решења о именовању спољашњих оцењивача за спровођење прве редовне годишње посете Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ бр. А-216-11/2020 од 3.9.2020. године, редовна посета је обављена 15.9.2020. године од стране спољашњих оцењивача.

У Београду,

28. септембра 2020. године

в.д. Д И Р Е К Т О Р А

Владимир Арсеновић