

**ИНТЕГРИСАНИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА
ЗА I-XII 2016. ГОДИНЕ**

Назив здравствене установе _____ Дом _____ здравља _____ Крагујевац _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Табела 1. Остварени резултати - показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Проценат превентивних прегледа у односу на укупан број прегледа у Служби за здравствену заштиту одраслих (у 2015. – 3.70%)	Повећање процента превентивних прегледа у односу на укупан број прегледа за 1-2%	За параметар проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара показатељ за 2016.год је 3,12		План није испуњен у задовољавајућем обиму Дужа одсуства запослених због болести током 2016.године. Успорен рад лекара у току увођења електронског картона
2.	Проценат упућених пацијената старијих од 50 год на ФОБ тест за у Служби за здравствену заштиту одраслих (у 2015. – 5.50%)	Повећање процента упућених пацијената старијих од 50 год на ФОБ тест за 5-10%	Проценат регистрованих корисника старијих од 50 год којима је урађен тест на крвавање у столицу је 7,82%. У односу на извршење плана рада за 2016.годину процент извршења је повећан за 6, 21%.		Запажа се повећање обухвата, али недовољно. Дужа одсуства запослених због болести током 2016.године и прерасподела на недостајућа радна места. Успорен рад лекара у току увођења електронског картона
3.	Проценат оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна у Служби за здравствену заштиту одраслих (у 2015. години 10,40).	Повећање процента оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна за 2-3%.	Проценат оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна 10,64%.		План није испуњен у задовољавајућем обиму Успорен рад лекара у току увођења електронског картона. Неевидентирање упућивања и , самим тим, без довољно података.

4.	Проценат превентивних прегледа у односу на укупан број прегледа у Служби за здравствену заштиту деце предшколског узраста и Служби за здравствену заштиту школске деце и омладине. (У 2015.год 18, 10%)	Одржавање достигнутог процента превентивних прегледа и у 2016.години.	Проценат превентивних прегледа у укупном броју посета и прегледа је 17,85%		Успорен рад лекара у току увођења електронског картона
5.	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа у Служби за здравствену заштиту жена (У 2015.год 38,60%), Проценат корисница од 25-69 година обухваћених скринингом на карцином грлића материце (У 2015.год 10,20%)	Повећање процента превентивних прегледа у укупном броју прегледа за 2-3%. Повећање процента корисница од 25-69 год обухваћених скринингом на карцином грлића материце за 2-3%.	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код гинеколога је 41,24%, а проценат корисница обухваћених скринингом на карцином грлића материце је 13,58% Критеријум испуњен према плану		Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код гинеколога је већи за 2,64% Запажа се повећање обухваћених скринингом на карцином грлића материце за 3,38%
6.	Повећање процента превентивних прегледа деце у Специјалистичко консултативној служби у одељењима ОРЛ (у 2015.год 18,37%) и одељењу офталмологије (У 2015.год 79,51%).	Достизање планираног броја деце за 2016.годину – 95%.	У 2016.години у одељењу ОРЛ проценат прегледане деце је 84,31%, а у одељењу офталмологије је 84,63%. Критеријум испуњен у високом обиму		Квар опреме
7.	Укупан број остварених патронажних посета трудницама са високоризичном трудноћом	Достизање планираног броја трудница за 2016.годину	У 2016.години 120 посета трудницама са високоризичном трудноћом (није достигнуто планирано)	Мали број ППС упута од стране изабраних гинеколога	Недостатак кадра у Служби поливалентне патронаже.

Табела 2. Остварени резултати - задовољство корисника

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Повећање задовољства корисника у општој медицини дужином чекања на заказани преглед, односно смањење процента корисника који долазе на преглед без заказивања. (у 2015.год 17,4% корисника никада не заказује преглед).	Смањење процента пацијената који никада не заказују преглед за 3-5%	У 2016.год 17,6% корисника се слагало са изјавом да никада не заказује преглед.		Недостатак кадра у Служби за здравствену заштиту одраслих. Успостављање система заказивања у ИЗИС-у
2.	Повећање информисаности корисника са могућношћу промене изабраног лекара (у 2015 год. је 54,9% корисника упознато са могућношћу промене изабраног лекара)	Повећање информисаности о промени изабраног лекара за 10%	У 2016.год проценат корисника који су упознати са променом изабраног лекара је 45,7%. Није достигнуто у планираном проценту		Недовољно времена за комуникацију због увођења електронског картона у примену.
3.	Повећати проценат информисаних корисника о постојању интернет странице у Службама за здравствени заштиту предшколске и школске деце	Повећан број информисаних корисника на годишњем нивоу за 5-10%.	У 2016.год проценат корисника који нису упознати са постојањем интернет странице је 37,2% Није достигнуто у планираном проценту		
4.	Повећање процента жена које заказују гинеколошки преглед код свог изабраног лекара (у 2015.год било је 28,9 % никад не заказују)	Планирано је смањење броја жена које не заказују преглед од 7-10 %	У 2016.год проценат корисница које не заказују преглед 19,8%. Критеријум испуњен у пуном обиму		
5.	Повећање задовољства корисница у гинекологији дужином чекања на заказани преглед у чекаоници	Планирано је смањење процента незадовољства дужином чекања за 3-5%	У 2016 .год 35,3% се слаже и 29,3% се делимично слаже да се дуго чека, што је укупно 64,6%		Успорен рад лекара у току увођења електронског картона.

6.	Повећање процента задовољства корисника у специјалистичко консултативној Служби могућношћу телефонског заказивања (У истраживању задовољства 2015.год- задовољних 49,7%, веома задовољних 34,4%, ни задовољних ни незадовољних 7,4%, незадовољних 4,9% и веома незадовољних 1,8% тако да се унапређење задовољства односи на смањење процента неодлучних и оних који су незадовољни	Смањење процента ни задовољних ни незадовољних, корисника који нису задовољни и веома незадовољних могућностима за телефонско заказивање прегледа за 3-5%.	У истраживању задовољства 2016. год задовољних 51,5%, веома задовољних 46,3%, ни задовољних ни незадовољних 1,3%, незадовољних 1,3%, веома незадовољних нема. Критеријум испуњен у пуном обиму		
----	--	---	--	--	--

Табела 3. Остварени резултати - задовољство запослених

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Повећање степена задовољства запослених могућностима за професионални развој и смањење броја незадовољних и веома незадовољних за 3-5%.	Повећање степена задовољства запослених могућностима за професионални развој и смањење броја незадовољних и веома незадовољних за 3-5%.	Могућностима за професионални развој у 2016.год је 52,8% запослених задовољно и веома задовољно. Проценат ни задовољних ни незадовољних 21,5% , а незадовољних и веома незадовољних је у 2016.год 19,8% Критеријум испуњен у пуном обиму		
2.	Подизање степена задовољства запослених са адекватношћу опреме за рад Адекватношћу опреме за рад задовољно је 30,5%, веома задовољних је 5,1%, ни задовољних ни незадовољних је 32,5%, незадовољних 20,9% и веома незадовољних 9,9%	Повећање степена задовољства запослених адекватношћу медицинске опреме и смањење броја ни задовољних ни незадовољних, незадовољних и веома незадовољних за 2-3%.	У 2016.год је 27,8% запослених задовољно, веома задовољно 8,3%. Проценат ни задовољних ни незадовољних 30,2% , а незадовољних и веома незадовољних је у 2016.год 32%		Недостатак финансијских средстава за набавку нове опреме за све службе
3.	Подизање степена задовољства запослених руковођењем и организацијом рада установе. Задовољних је 44,3%, веома задовољних 12,5%, ни задовољних ни незадовољних 24,2%, незадовољних 6,0% и веома незадовољних 2,4%.	Смањење процента незадовољних и смањење процента неодлучних за 3-5%.	У 2016.год показало да је задовољних 33,7%, веома задовољних 17,8%, ни задовољних ни незадовољних 27%, незадовољних 12,8%, а веома незадовољних 6,7%. Повећан проценат веома задовољних за 5,3%		Ограничење запошљавања нових радника

Табела 4а. Поступање на основу препорука и предлога мера редовне спољне провере квалитета стручног рада

Датум редовне провере: _____

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

Табела 46. Поступање на основу препорука и предлога мера унутрашње провере квалитета стручног рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Проценат здравствених картона у којима је уписан план лечења у Служби за здравствену заштиту одраслих	Повећање процента здравствених картона у којима је уписан план лечења за 3-5%.	Унутрашњом провером квалитета стручног рада у 90% здравствених картона уписан план лечења Критеријум достигнут у пуном обиму		
2.	Проценат здравствених картона у којима постоји сагласност пацијената са предложеном медицинском мером за у Служби за здравствену заштиту одраслих	Повећање процента здравствених картона у којима постоји сагласност пацијената са предложеном медицинском мером за 2-3%	Унутрашњом провером квалитета стручног рада у 98% здравствених картона постоји сагласност пацијената са предложеном медицинском мером Критеријум достигнут у пуном обиму		
3.	Уредно пријављивање и евидентирање нежељених догађаја од стране запослених у Служби за специјалистичко – консултативну делатност	Пријављивање и евидентирање свих нежељених догађаја од стране запослених	Нежељени догађаји се уредно евидентирају и пријављују. Критеријум достигнут у пуном обиму		
4.	Проценат трудница које похађају школу за психофизичку припрему за порођај.	Повећање процента трудница које похађају школу за психофизичку припрему за порођај за 7-10%	Проценат трудница које су упућене на психофизичку припрему за порођај је 638 од 1574 трудница што је 40,53% али је у односу на планирани обухват од 500 трудница извршење достигнуто у високом проценту - 638, што је 128,73% Критеријум достигнут у пуном обиму		
5.	Проценат корисница које никада не заказују преглед за у Служби за здравствену заштиту жена (у 2015. 28,9%)	Смањење процента корисница које никада не заказују преглед за 10%	Проценат пацијенткиња које никада не заказују преглед у 2016.год је 19,8%. Критеријум достигнут у пуном обиму		

6.	Проценат одазива на превентивне прегледе средњошколске деце Служби за здравствену заштиту школске деце	Повећање одазива на превентивне прегледе средњошколске деце за 10%	Проценат средњошколске деце обухваћен превентивним прегледима у 2016.год је 69,38%. Годишње извршење у оквиру целе педијатријске службе износи 91,95 %		Упознавање деце средњошколског узраста са значајем превентивних прегледа и одазивањем на исте.
7.	Унапређење доступности и повећање информисаности корисника у Служби за здравствену заштиту школске и предшколске деце	Унапређење доступности и повећање информисаности корисника за 3-5%	37,5% пацијената се слаже, 22,2% делимично се слаже да им је изабрани педијатар доступан путем телефона.		Недовољан број телефонских линија, непостојање директних телефонских бројева у ординацијама.

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016. Тим за здравствену заштиту одраслог становништва

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са законом о здравственом осигурању	Скрининзи: 1. Депресија – 3737 2. ДМ – 3081 3. КВБ – 2459 4. Карцином колона – 6941 5.Спровођење Имунизације 5210	Скрининзи: 1. Депресија-2420, 64,76% 2. ДМ – 1367, 44,37 % 3. КВБ- 795, 32,33% 4. Карцином колона -2942, 42,39% 5. Спровођење имунизације 4680, 89,83%	Све мере су предузете.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена(лекари су усмерени на обуку за електронски картон)
2.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа	Скрининзи: 1.Депресија –3737 2.ДМ – 3081 3.КВБ – 2459 4.Карцином колона – 6941 5.Спровођење Имунизације 5210 Превентивни прегледи: 1. Од 19-34 године- 1587 2. 35 година и више- 7711	Скрининзи: 1. Депресија- 2420, 64,76% 2. ДМ- 1367, 44,37% 3. КВБ- 795, 32,33% 4. Карцином колона- 2942, 42,39% 5. Спровођење имунизације- 4680, 89,83% Превентивни прегледи: 1. ОД 19-34 године1493, 94,08% 2. 34 године и више- 5969, 77,41 %	Све мере су предузете.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена(лекари су усмерени на обуку за електронски картон)

3.	Критеријум 1.3 Превентивни прегледи се планирају, а пацијенти се унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа	Скрининзи: 1. Депресија –3737 2. ДМ – 3081 3. КВБ – 2459 4. Карцином колона – 6941 5. Спровођење Имунизације 5210 Превентивни прегледи: 3. Од 19-34 године- 1587 4. 35 година и више- 7711	Скрининзи: 1. Депресија- 2420, 64,76% 2. ДМ- 1367, 44,37% 3. КВБ- 795, 32,33% 4. Карцином колона- 2942, 42,39% 5. Спровођење имунизације- 4680, 89,83% Превентивни прегледи: 3. Од 19-34 године 1493, 94,08% 4. 34 године и више- 5969, 77,41 %	Све мере су предузете.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена(лекари су усмерени на обуку за електронски картон)
4.	Критеријум 1.4 Истражује се и анализира одазив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одазива пацијената	Превентивни прегледи одраслих: Очекује се да број превентивних прегледа буде повећан за 10%	Није постигнут циљ.	Све мере су предузете.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена(лекари су усмерени на обуку за електронски картон)
5.	Критеријум 1.5 Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дебелог црева	Очекује се у 2017. години да се извршење повећа за 100%	Карцином колона- 2942, 42,39% од планираног Није достигнут циљ.	Мере су предузете.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена(лекари су усмерени на обуку за електронски картон)
6.	Критеријум 2.5 Пацијенту, односно породици пацијента пружају се информације о раду организационе јединице	Очекује се да се на свим пунктова поштује процедура о информисаности о раду организационе јединице.	На огласним таблама у свим организационим јединицама су јасно истакнута сва обавештења за пацијента. Све информације о раду организационе јединице могу се добити и путем телефона.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
7.	Критеријум 3.1 Потребе пацијената у смислу примене мера превенције,	Очекује се да се на свим пунктова поштује процедура о информисаности о раду организационе јединице	Лекар узима анамнезу, обавља физикални преглед, упућује на додатну дијагностику, обавља или заказује превентивни рад, одређује одговарајућу терапију или упућује	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

	куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу		на рехабилитацију а учествује у палијативном лечењу и све то уноси у здравствени картон и даље прави план лечења. Половином 2016 године увођењем електронског картона лекар има бољи увид у лечење.		
8.	Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента	Очекује се да се медицинска документација правилно води у 90 % картона Медицинска документација се води по процедури. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у картон.	Све мере су предузете	Нема потешкоћа.	
9.	Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом или са породицом пацијента. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено	Очекује се да се медицинска документација правилно води у 70 % картона	Медицинска документација се води по процедури. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у картон.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
10.	Критеријум 4.3 План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијената	Очекује се потпуно спровођење процедуре.	Сви здравствени радници су упознати са садржајем здравственог картона и протокола болесника где се воде сви релевантни параметри за дијагнозу и лечење	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
11.	Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента	Очекује се потпуно спровођење процедуре.	Резултати контроле вођења медицинске документације су задовољавајући.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
12.	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
13.	Критеријум 5.2 Промена циља лечења се евидентира у здравственом картону	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

14.	Критеријум 5.3 Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
15.	Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијента обавештавају се о промени плана лечења	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
16.	Критеријум 5.5 Промена плана лечења разматра се са пацијентом односно са породицом пацијента	Очекује се да у 55% картона буде сагласност пацијента са печатом.	Очекивани резултат је достигнут.	Све мере су предузете	Нема потешкоћа.
17.	Критеријум 6.1 У здравствени картон се уноси резиме лечења који обухвата: • Разлог за посету • Значајне налазе • Све обављене процедуре • Дијагнозу • Медикаментозну терапију и друге видове лечења	Очекује се да у 55% картона буде сагласност пацијента са печатом.	Очекивани резултат је достигнут.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа
18.	Критеријум 6.2 Обавештење о упућивању или пријему пацијента у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.	Очекује се да информације постоје у 75% картона.	Имплементацијом електронског картона добили смо бољи увид у кретање пацијента у здравственом систему.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
19.	Критеријум 6.5 Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе	Очекује се да информације постоје у 75% картона.	Имплементацијом електронског картона добили смо бољи увид у кретање пацијента у здравственом систему.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

20.	Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента	Очекује се да сваки појединац преузме одговорност за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента	Састанци са запосленима на различитим нивоима. Правовремено преношење информација. Контрола рада свих запослених од стране шефа, начелника и одговарајућих комисија за праћење квалитета и безбедности на раду. Спроводи се контрола рада у оквиру Службе (вођење медицинске документације, контрола стерилизације, контрола вођења евиденције о медикацијама, руковање наркотицима, одржавање и евиденција одржавања хигијене)	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
-----	---	---	---	------------------------	-----------------

Извештај урадили:
Тим опште медицине
Прим др Наташа Николић,вођа тима

Датум
25.01.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016.

Тим за здравствену заштиту жена

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са Законом о здравственом осигурању („Сл.гласник РС“ бр.107/05 и 109/05 исправка)	Повећање броја обављених превентивних прегледа за 3% у односу на претходну годину. Скрининг/ Рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 година – повећати за 3% у односу на претходну годину. Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – повећати за 3% у односу на претходну годину. Превентивни преглед у вези са планирањем породице – повећати за 5% у односу на претходну годину. Превентивни преглед трудница – повећати за 5% у односу на претходну годину. Психофизичка припрема трудница за порођај - 510 Превентивни преглед породиља – повећати за 5% у односу на претходну годину.	У току 2016. године проценат превентивних прегледа је износио 75, 73%. Скрининг/ Рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 година – 3486, што је 62.25%. Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 1102, што је 23,42%. Превентивни преглед у вези са планирањем породице – 2408, што је 90,63%. Превентивни преглед трудница – 1529, што је 95,56%. Психофизичка припрема трудница за порођај – 638, што је 128,73%. Превентивни преглед породиља 1075, што је 44.79%. 2.Позивање се обавља по усвојеној процедури 3.Одазив пацијенткиња се редовно прати	Неопходно је интензивирати позивање пацијенткиња на превентивне прегледе како би остварили планирано. Није било позивања преко кол центра до октобра 2016. године, у октобру смо исти формирали па је било позивања до маја 2016. Од Дома Здравља Крагујевац тражили смо и добили могућност да можемо да позивамо жене и преко мобилних телефона.	Анализом одазива утврдили смо да је у просеку био лош. Разлози лошег одазива су били: губитак здравственог осигурања, наводно обављени превентивни прегледи у приватној пракси, непознати разлози, страх од прегледа, страх од добијања лошег резултата, тј. лоша информисаност о значају превенције. Непостојање кол центра Нетачни бројеви телефона; Нетачне адресе; Немогућност позивања мобилних телефона до октобра 2016.

		2.Примена процедуре у свакодневном раду			
		3.Праћење одазива			
2.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа: - систематски прегледи-садржај и тип је везан за популациону групу - Циљани прегледи	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година- 4705	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 1102 (23.42%)	Није било позивања преко кол центра до октобра 2015.године, у октобру смо исти формирали Од ДЗ смо тражили и добили могућност да можемо да позивамо жене и преко мобилних телефона	Непостојање кол центра Нетачни бројеви телефона Нетачне адресе Непрепознавање значаја скрининга оод стране Патронажне службе Због мањка кадра технички је неизводљиво одрадити више од 10 мамографских прегледа
3.	Критеријум 1.3 Превентивни прегледи се планирају, а пацијенткиње се унапред,телефонским путем обавештавају о датуму прегледа	Скрининг/рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 године – 5600 Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година - 4705	Скрининг/рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 године – 3486 (62.25%) Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 1102 (23.42%)	Није било позивања преко кол центра до октобра 2015.године, у октобру смо исти формирали Од ДЗ смо тражили и добили могућност да можемо да позивамо жене и преко мобилних телефона	Непостојање кол центра Нетачни бројеви телефона Нетачне адресе Непрепознавање значаја скрининга од стране Патронажне службе Због мањка кадра технички је неизводљиво одрадити више од 10 мамографских прегледа
4.	Критеријум 1.4 Истражује се и анализира одазив пацијенткиња на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одазива пацијенткиња	Редовно одржавање састанака где се прати одазив пацијенткиња на превентивне прегледе и праве планови за побољшање одазива На нивоу Службе раде се дневни, недељни, месечни,	Превентивни гинеколошки преглед – план 6390 - одазив 4839 Скрининг на рано откривање рака грлића материце – план 5600 - одазив 3486	Није било позивања преко кол центра до октобра 2015.године, у октобру смо исти формирали Од ДЗ смо тражили и добили могућност да	Служба за здравствену заштиту жена постоји на шест пунктова који су кренули са умрежавањем у трећем кварталу 2016.године. До умрежавања истих и доступности интернета

		тримесечни, шестомесечни и годишњи извештаји у којима се прати одазив пацијенткиња	Скрининг на карцином дојке – план 4705 - одазив 1102	можемо да позивамо жене и преко мобилних телефона	било је потешкоћа у погледу информисаности и доступности и квалитета рада службе
5.	Критеријум 1.6 Спровode се скрининг програми за рано откривање карцинома дојке	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година - 4705	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 1102 (23.42%)	Није било позивања преко кол центра до октобра 2015.године, у октобру смо исти формирали Од ДЗ смо тражили и добили могућност да можемо да позивамо жене и преко мобилних телефона	Непостојање кол центра Нетачни бројеви телефона Нетачне адресе Непрепознавање значаја скрининга оод стране Патронажне службе Због мањка кадра технички је неизводљиво одрадити више од 10 мамографских прегледа Дом здравља Крагујевац добио је још једног радиолога и исти ће бити укључен у овај скрининг програм после одређеног броја одгледаних мамографија што закон и налаже
6.	Критеријум 2.1 Прегледи се заказују. Пацијенткиње којима преглед није заказан примају се након тријаже. Малолетне пацијенткиње долазе у пратњи родитеља,односно старатеља	Прегледи у Служби за здравствену заштиту жена се заказују и преко кол центра у ИЗИС-у и телефонским путем, свакодневно	У свим пунктовима наставиће се заказивање свих врста прегледа		Проблем код заказивања прегледа понекад представљају хитни случајеви (жене са боловима, крвављења), труднице које решавамо добром тријажом од стране тимских сестара
	Критеријум 2.5 Пацијенткињи, односно породици пацијенткиње пружају се информације о раду	Све важне информације везане за рад службе јасно истакнуте на свим огласним таблама			Служба за здравствену заштиту жена постоји на шест пунктова који су

7.	организационе јединице. Омогућити бољу доступност информација	службе за здравствену заштиту жена. Телефоном свакодневно свака од пацијенткиња може да закаже свој преглед или да исти откаже и закаже термин. Изабрани тим има задатак да сваком од пацијената или чланова њихове породице објасни дијагнозу пацијента и план његовог даљег лечења.			крнули са умрежавањем у трећем кварталу 2016.године. До умрежавања истих и доступности интернета било је потешкоћа у погледу информисаности и доступности и квалитета рада службе
8.	Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијенткиње Евидентирати план лечења у здравственом картону	Сви лекари јасно у својим здравственим картонима евидентирају план лечења пацијената и о истом га обавештавају.		Увођењем електронског картона у рад службе, неопходно је интензивирати едукацију и прилагодити програм раду службе	
9.	Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијенткињом, односно породицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено. У здравственом картону евидентирати да је обављено разматрање са породицом	У здравственим картонима евидентира се долазак пацијената са чланом или члановима породице или долазак некога од чланова породице у случају немогућности доласка самог пацијента.	У здравственим картонима лекар пише план лечења пацијента, исти саопштава пацијенту или члану породице а они својим потписом потврђују да су о томе обавештени		
10.	Критеријум 4.1 Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијенткиње - лица одговорна за спровођење лечења су евидентирани у здравственом картону пацијенткиње - Свака промена лица одговорног за лечење се евидентира у	У свим пунктовима Службе за здравствену заштиту жена постоје видно истакнути тимови лекара који раде у тој служби и који могу бити изабрани од стране пацијента. Такође на видном месту - огласној табли постоји јасно истакнуто и који лекар мења изабраног лекара у случају његовог дужег одсуствовања	У свим пунктовима Службе за здравствену заштиту жена постоје видно истакнути тимови лекара који раде у тој служби и који могу бити изабрани од стране пацијента. Такође на видном месту - огласној табли постоји јасно истакнуто и који лекар мења изабраног лекара у случају његовог дужег одсуствовања	У наредном периоду одрадићемо и у случајевима кад не ради један пункт или не ради смена у том пункту који пункт прима и збрињава пацијенте из тог пункта	По некад у појединим пунктовима у једном од радних времена немамо изабраног лекара (болест, коришћење годишњег одмора) па су пацијенткиње принуђене да помоћ и лечење потраже у већ одређеном и на видном месту истакнутом

	здравственом картону пацијенткиње - Запослени су упознати с тим које лице је одговорно за лечење пацијенткиње				пункту који мења тај пункт (хитна стања)
11.	Критеријум 4.3 План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијенткиње	План лечења видно истакнут у здравственом картону пацијента. Са планом лечења упозната је и тимска сестра	План лечења видно истакнут у здравственом картону пацијента. Са планом лечења упозната је и тимска сестра	Неопходно је интензивирати едукацију кадра као и едукацију корисника услуга за коришћење електронског картона	
12.	Критеријум 4.4 Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. водичи добре клиничке праксе, пут лечења и сл.)	У свакодневном раду сви запослени примењују водиче добре клиничке праксе	На колегијумима лекара и сестара увек се инсистира на коришћењу водича добре клиничке праксе и већ утврђеним путевима лечења		
13.	Критеријум 4.6 Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга. Едуковати запослене о значају Етичког кодекса	Сви запослени су упознати са садржајима Етичког кодекса о чему постоји писани документ.	На првом колегијуму лекара и сестара у служби увек се прочита Етички кодекс понашања када се сви запослени још једном упознају садржајем истог што сви приступи својим потписима и потврде.		
14.	Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентира се у здравственом картону пацијенткиње. Све релевантне информације неопходне за лечење евидентирати у здравственом картону	Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентирају се у здравственом картону пацијенткиње	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		Интензивирање рада на електронском картону

15.	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира.	План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређеног пункта.	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		Интензивирање рада на електронском картону
16.	Критеријум 5.2 Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону.	Циљ лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређеног пункта.	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		Интензивирање рада на електронском картону
17.	Критеријум 5.3 Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону.	План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређеног пункта.	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		

18.	Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијенткиње обавештавају се о променама плана лечења	План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређеног пункта.	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		Интензивирање рада на електронском картону
19.	Критеријум 5.5 Промене плана лечења разматрају се са пацијенткињом односно породицом пацијенткиње	Овај критеријум од посете акредитационе комисије се доследно примењује и више пута на састанцима колегијума је инсистирано на истом	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		Интензивирање рада на електронском картону
20.	Критеријум 6.1 У здравствени картон пацијенткиње уноси се резиме лечења који обухвата • Разлог за посету, • Значајне налазе, • Све обављене процедуре, • Дијагнозу, Медикаментну терапију и друге видове лечења	У здравствеки картон пацијенткиње по завршетку лечења уноси се резиме лечења са фотокопијама отпусних листа пацијенткиње.	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		Интензивирање рада на електронском картону
21.	Критеријум 6.5 Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе	У здравствеки картон пацијенткиње по завршетку лечења уноси се резиме лечења са фотокопијама отпусних листа пацијенткиње	Шеф и главна сестра тромесечно обиђу један од пунктова и преконтролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		Интензивирање рада на електронском картону

22.	Критеријум 7.1 Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан. Постоји улаз за особе са инвалидитетом	Обезбедити прилаз у свим организационим јединицама за особе са инвалидитетом. У две организационе јединице (Станово и Централни диспанзер) постоји адекватан прилаз за особе са инвалидитетом који је јасно обележен	У две организационе јединице (Станово и Централни диспанзер) постоји адекватан прилаз за особе са инвалидитетом који је јасно обележен	У четири организационе јединице не постоји адекватан прилаз за особе са инвалидитетом	У наредном периоду инсистираћемо на налажењу средстава за проналажење решења за овај проблем
23.	Критеријум 7.2 Води се списак опреме,заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме	Води се списак опреме,заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме	Главна сестра службе и надзорна сестра службе прате списак опреме и распоред одржавања и баждарења сваког дела опреме Једном годишње директор дома здравља одређује пописну комисију која отпрати да ли су сви уређаји у реду, да ли су прописно сервисирани и баждарени На нивоу дома здравља постоји лице за безбедност и заштиту на раду које је задужено за распоред и план сервисирања и баждарења апарата		
24.	Критеријум 7.3 Бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења	Води се списак опреме,заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме	Главна сестра службе и надзорна сестра службе прате списак опреме и распоред одржавања и баждарења сваког дела опреме Једном годишње директор дома здравља одређује пописну комисију која отпрати да ли су сви уређаји у реду, да ли су прописно сервисирани и баждарени		

			На нивоу дома здравља постоји лице за безбедност и заштиту на раду које је задужено за распоред и план сервисирања и бажарења апарата		
25.	Критеријум 8.1 Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијената је утврђен на основу стратешког плана	Сви запослени су упознати са садржајем стратешког плана о чему постоји писани документ	Члан тима из наше организационе јединице нас обавештава о свим променама на нивоу установе и помаже нам при прављењу годишњег плана везаног за квалитет		
26.	Критеријум 8.2 Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.	Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. На изради плана унапређења квалитета учествовали сви чланови тима за акредитацију уз консултацију комисије за квалитет на нивоу установе.	Члан тима из наше организационе јединице нас обавештава о свим променама на нивоу установе и помаже нам при прављењу годишњег плана везаног за квалитет		
27.	Критеријум 8.3 Планом за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената одређују се области које би требало побољшати, мере које би требало предузети, као и резултати и праћење истих	Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. На изради плана унапређења квалитета учествовали сви чланови тима за акредитацију уз консултацију комисије за квалитет на нивоу установе.	Члан тима из наше организационе јединице нас обавештава о свим променама на нивоу установе и помаже нам при прављењу годишњег плана везаног за квалитет		
28.	Критеријум 8.4 Запослени су упознати са	Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и	На првом колегијуму лекара и сестара у служби увек се прочита план унапређења квалитета рада		

	активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијената	безбедности пацијената	како би се сви запослени још једном упознали са садржајем истог На колегијуму присуствује члан Комисије за унапређење квалитета рада који обавести све запослене који су главни циљеви везани за квалитет у тој години		
29.	Критеријум 8.5 Показатељи квалитета рада и безбедности пацијената су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета рада Одређени су подаци који се скупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података	Показатељи квалитета рада и безбедности пацијената су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета рада Одређени су подаци који се скупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података	Показатељи квалитета рада и безбедности пацијената су утврђени и прате се редовно, запослени упознати са резултатима		
30.	Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента При одабиру запослених који ће учествовати у посебним активностима на плану унапређења квалитета разматрају се природа активности на плану квалитета рада и безбедности, као и радно оптерећење запослених Све активности које се односе на	Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента При одабиру запослених који ће учествовати у посебним активностима на плану унапређења квалитета разматрају се природа активности на плану квалитета рада и безбедности, као и радно оптерећење запослених Све активности које се односе на квалитет и безбедност	Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента		

	квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређени	пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређени			
--	--	---	--	--	--

Извештај урадили:
Тим службе за здравствену заштиту жена
др Ивица Магдић, вођа тима

Датум
28.01.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016. Тим за здравствену заштиту деце и омладине

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са законом Потребно је поштовање законских одредби при планирању и обављању превентивних прегледа Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа: -систематски прегледи -циљани прегледи	1. Све усвојене процедуре се примењују у пракси 2.Повећање процента систематских прегледа за 10% у Служби за здравствену заштиту школске деце	- Поштовање задатог плана превентивних прегледа и процедуре - Извршење се прати периодично, на три месеца, подаци се достављају Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада - Годишње извршење у оквиру целе педијатријске службе износи 91,95 %	Све мере и активности предузете	Тешкоће у позивању због промене бројева телефона родитеља. У четвртм кварталу 2016.године, велики број куративних прегледа због акутних респираторних инфекција и појеве грипа.
2.	Критеријум 2.2 Обавља се тријажа на месту контакта, како би пацијент био збринут	Сви запослени поштују процедуре за пријем и тријажу пацијената Повећање заказаних прегледа у куративи за 30%,	- Први куративни преглед у педијатрији се не заказује -Поштује се процедура о заказивању прегледа - Унутрашњим стручним надзором здравствених картона и медицинске документације утврђено повећање заказаних контролних куративних прегледа за 20 % Сви запослени поштују процедуру вођења здравственог картона и медицинске документације.	Све мере и активности предузете	Нема тешкоћа у заказивању, у 10% случајева не поштује се заказан термин прегледа

	Критеријум 3.2 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање на дијагностичке тестове(лабораторија, дијагностичка снимања) Критеријум 3.3 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање лекару специјалисти Критеријум 3.4 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе Критеријум 3.5 Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпуста из друге здравствене установе Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом, односно порордицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено	Све усвојене процедуре се примењују у пракси Јасно приказан план лечења у 90% контролисаних здравствених картона План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу Уз писани план лечења евидентирана сагласност родитеља у 100% контролисаних картона У раду потпуно примењени водичи добре клиничке праксе	Увођењем електронског картона у свакодневни рад запослених потпуно испоштована процедура, јер електронски картон садржи све потребне параметре. Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање адекватно уписаних потреба за лабораторијским анализама, као и специјалистичким прегледима, сви извештаји, са бројем прописаних упута кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Од септембра 2016. у рад имплементиран електронски картон и ИЗИС заказивање прегледа
--	--	---	--	--	---

3.	Критеријум 4.3 План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента	Све усвојене процедуре се примењују у пракси Јасно приказан план лечења у 90% здравственом картону План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу	Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; сви извештаји кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум.
4.	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира Критеријум 5.2 Промене циља лечења евидентирају се у здравственом картону Критеријум 5.3 Промене у плану лечења евидентирају се у здравственом картону Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијената обавештавају се у променама у плану лечења Критеријум 5.5 Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента	Сви запослени упознати са прописима и процедурама вођења медицинске документације и у потпуности их поштују У 90% контролисаних здравствених картона јасно уписани сви параметри	Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; сви извештаји кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум

5.	Критеријум 6.1 У здравствени картон пацијента уноси се резиме лечења који обухвата: -разлог за посету -значајне налазе -све обављене процедуре -дијагнозу -медикаментну терапију и друге видове лечења	Потпуно и јасно вођење здравственог картона и медицинске документације У 90% контролисаних здравствених картона уписани уписани сви подаци	Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; сви извештаји кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум
6.	Критеријум 8.1 Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана Критеријум 8.4 Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијената Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената	Сви запослени упознати са активностима ДЗ, Планом унапређења квалитета рада и параметрима за праћење квалитета рада, као и анализом истих и предлажу мере за унапређење квалитета рада	За службу направљен План и програм унапређење квалитета рада, на основу Плана и програма унапређења квалитета рада Дома здравља а у сарадњи свих запослених	Све мере и активности предузете	Запослени учествују у плану унапређења квалитета рада, и упознати са активностима ДЗ, што потврђују извештаји и записници са колегијума.

Извршење плана урадио:

Тим за здравствену заштиту деце и омладине
Др Мирјана Илић, вођа тима

Датум
20.01.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016. Тим за специјалистичко консултативну делатност

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа: систематски прегледи-садржај и тип је везан за популациону групу Потребно је поштовање законских одредби при планирању и обављању превентивних прегледа	Сви запослени су упознати и примењују усвојене процедуре Извршење плана рада СКС преко 95 % Извршење плана систематских прегледа деце по узрастима преко 95 % Офталмолошког одељења. Извршење плана систематских прегледа деце по узрастима преко 95% ОРЛ одељења. Праћење на кварталном нивоу извршења по извештају Статистичко-информативне службе.	Сви запослени су упознати и примењују усвојене процедуре <u>Извршење плана систематских прегледа деце по узрастима преко 95% ОРЛ одељења.</u> Први квартални период 4,32 %, извршење је умањено због квара тимпанометра, очекујемо извршење до краја године. Други квартал извршење је испод нивоа 7,15 % због истог проблема-квар тимпанометра! Трећи квартални период је 9,84 %-остао је ист проблем. <u>Четврти квартални период: 6/ 7 г. : 17,88 %</u> Праћење на кварталном нивоу извршења по извештају Статистичко-информативне службе.	Предузете су све планиране активности	Квар опреме
2.	Критеријум 8.2 Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и	Сви запослени су упознати са показатељима квалитета и учествују у унапређењу Примењују се процедуре: Тријаже,заказивања,анализа	Сви запослени су упознати са показатељима квалитета и учествују у унапређењу Примењују се процедуре: Тријаже,заказивања,анализа	Све планиране активности су	

	Бетбедност пацијента	показатеља квалитета. Просечна дужина чекања на заказан први преглед СКС је 12, 75 дана за 2015 Циљ је да се скрати на 11, 5 дана Проценат заказаних прегледа је 52, 75 % за 2015 Циљ је да се повећа на 54 % Примити пацијента у заказаном термину, одступање је у просеку 5, 08 %. Циљ је да се скрати на 4, 5 %	показатеља квалитета. Просек чекања за 2016. је 10,26 дана. Проценат заказаних за 2016. 49,37% Први квартални период је 4,65%. Други је 4,06 %, значи да је преко 95 % примљено у дозвољеном термину. Трећи квартални период одступање је 4,63 % Четврти: 3,84 %. Одступања примљених пацијената од термина за 2016. је 4,29 %.	спроведене	
--	-----------------------------	--	--	------------	--

Извештај урадили:
Тим за специјалистичко консултативну делатност
др Љиљана Дугић, вођа тима

Датум
28.01.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016.

Тим за поливалентну патронажу

Ред. број	Предмет унапређења	Очекивани резултат	Достигнути резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/ препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријуми Све процедуре које су донете се користе у раду и редовно се врши контрола поштовања истих Неопходно је донете процедуре поштовати и примењивати у свакодневном раду	Процедуре се примењују у редовном раду, квартални извештаји о квалитету рада службе	Редовни интерни извештаји о раду службе, састанци главне сесте и надзорних сестра у пунктовима службе, али и са свим запосленим. Поштоване су процедуре у раду осим достављања кварталног извештаја о квалитету Стручном савету Формиран је Протокол о евиденцији позива за поновни Гатри тест 31.08.2016. и ревидирана Процедура П.0526	Предузете су све планиране мере и активности	Телефонском дојавом од стране запослене педијатријске сестре из ГАК КЦ Крагујевац, дежурна сестра у Телафонском саветовалишту «Деца Србије» је позивала део породиље / новорођенчад где је постојала потреба за поновни Гатри тест. Евиденција ових дојава је вођена кроз Дневник рада и електронску фактуру, није постојао Протокол о евиденцији позива за поновни Гатри тест.

Извештај урадили:
Тим за поливалентну патронажу
ВМС Славица Николић ,вођа тима

Датум
08.02.2017.год.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије
Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016 **Тим за лабораторијску дијагностику**

Ред. број	Предмет унапређења	Очекивани резултат	Достигнути резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/ препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Унапређење информационог система како би подаци из лабораторије аутоматски били послати у електронски картон пацијента	Да се уведе информациони систем.	Разматране три понуде различитих информационих система специфичних за лабораторију Постигнут договор са једним од три али се стало у реализацији док се не обезбеде средства		Недостатак финансијских средстава
2.	Централизована велика лабораторија са већим простором и могућношћу повезивања са осталим лабораторијама по одређеним стандардима	Менаџмент је предложио две локације (у кругу АТД-а и у центру поред здр.бр 4).Преговори са локалном самоуправом о централној лабораторији која би задовољила просторне стандарде и критеријуме по условима рада су финализовани и очекујемо израду пројекта за објекат	У току је израда пројектне документације и дефинисање финансијске конструкције		Затварање финансијске конструкције
3.	Набавка инвентара и вакутајнера	Побољшање квалитета рада (спречавање контаминације биолошких узорака, хемолиза, утицај спољашњих фактора и сл.)	Одложена набавка за 2017.годину Набављени вакум системи за новембар 2016. и стављени у план за 2017.	Обезбеђење средстава и Фонда	Недостатак финансијских средстава
4.	Занављање кадрова	Одобрена једна специјализација за клиничку биохемију и пријем 2 лабораторијска техничара	Законом је забрањен пријем до даљњег Послат захтев МЗ за одобрење да се приме још 3 лаборанта у 2017.		Разумевање МЗ РС

Извештај урадили:
Тим за лабораторијску дијагностику
Др сци Верољуб Кнежевић, вођа тима

Датум
22.01.2017.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016. Тим за радиолошку дијагностику

Р. бр	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности Које нису предузете	Утврђене тешкоће- препреке
1.	Критеријум 1.4 Организациона јединица доноси годишњи план рада План је базиран на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе Планом су предвиђене; - Врсте услуга - Начин обављања основних делатности ОЈ - Мерљиви и остварљиви циљеви Спровођење плана редовно се прати	Сви запослени радиолошки техничари буду упознати и обучени да примењују дијагностичку мамографију у свакодневном раду. Сви запослени техничари обучени за попуњавање анкете и обраду пацијената у скрининг мамографији Сви запослени у служби буду упознати и едуковани за спровођење протокола Националног скрининга за карцином дојке Радиолог да буде едукован за дијагностичку мамографију	Очекивани резултати у свим сегментима постигнути	Предузете су све мере и активности	
2.	Критеријум 2.2 План дијагностичких процедура и лечење пацијената су засновани на потребама пацијената	Повећање броја обучених радиолога за рад на мамографији Повећање броја радиолошких техничара за рад на мамографији Централизовање и класификовање мамографских извештаја Организација рада мамографске	Очекивани резултати у свим сегментима постигнути	Предузете су све мере и активности	

		јединице у првој смени Брзи проток обраде анкетних листова за скрининг мамографију			
3.	Критеријум 4.2 Водичи, упутства, протоколи и процедуре су усвојени и редовно се ревидирају и модификују и запослени су упознати са њима	Сви запослени су упознати и примењују усвојене процедуре, водиче и протоколе Ревидирана процедура мамографије (скрининг и дијагностичке) Скраћење термина заказивања радиолошких прегледа Скраћење термина читања радиолошких налаза Истакнута упутства за пацијенте о протоколу превентивног прегледа на карцином дојке	Очекивани резултати у свим сегментима постигнути	Предузете су све планиране мере и активности	
4.	Критеријум 5.1 Просторије организационе јединице испуњавају услове за пружање услуга. Просторије испуњавају захтеве за пружање услуга радиолошке дијагностике и обухватају: • лако доступну локацију (омогућен приступ лицима са инвалидитетом).....	Унапређење безбедности радиолошких техничара, постављена оловна врата у дијагностици за РТГ плућа	Пацијенти имају адекватан адекватан приступ служби	Изграђена је рампа за приступ инвалидних лица са рукохватом на степеништу	

5.	Критеријум 8.1 Организациона јединица има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијената. Планом се: - Идентификују области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити Критеријум 8.2 Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената Критеријум 8.3 Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијената и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената Критеријум 8.4 Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности	Побољшање квалитета рада мамографске дијагностике надоградњом оперативног софтвера на ЦР-у Форматирање базе пацијената са новом базом Дигитализација рендген апарата План за унапређење квалитета рада (унапређење рада у РТГ дијагностици за снимање плућа) Израда плана за повећање броја дијагностичких и скрининг мамографија по установама Постоји извештај о унапређењу мамографске јединице. Извештај о послатим захтевима за промену за промену сталка, захтев за постављање оловних врата у дијагностици, захтев за огласну таблу	Достигнути резултати везани за рад мамографије Дигитализација завршена 2016. Постоји циркуларно писмо у облику позива	Дигитализација 2016. Служба нема адекватан сталак за снимање плућа Предузете су све планиране мере и активности Предузете су све планиране мере и активности	Достигнути резултати везани за рад мамографије Дигитализација завршена 2016. Постоји циркуларно писмо у облику позива
----	--	---	--	--	--

	пацијената Критеријум 8.6 Задовољство запослених се прати и предузимају се активности како би се степен задовољства повећао	Редовни састанци запослених у радиолошкој дијагностици Редовни састанци радиолошке службе и анализа сугестија запослених. Примена сугестија запослених у смислу унапређења квалитета рада службе. Праћење задовољства запослених путем анкете	Постоје записници са сатанака где су запослени упознати са Планом унапређења квалитета Очекивани резултати у свим сегментима постигнути	Предузете су све планиране мере и активности	Постоје записници са сатанака где су запослени упознати са Планом унапређења квалитета Очекивани резултати у свим сегментима постигнути
--	---	--	---	---	---

Извештај урадили:
Тим радиолошке дијагностике
др Светлана Маринковић, вођа тима

Датум
21.01.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016. – Тим за заштиту животне средине

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекивани резултат	Достигнути резултати	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2		3	4
1	Критеријум 15.2 Редовно се обављају практичне вежбе и провере плана на терену	Оспособљеност радника за правилно реаговање у случају ванредних ситуација.	У складу са законом ДЗ Крагујевац организује практичне вежбе по налогу надлежних органа Цивилне заштите и Сектора за ванредне ситуације.	Предузете су све мере које зависе од ДЗ	Недовољна активност Сектора за ванредне ситуације са субјектима
2.	Критеријум 20.1 Стерилизатори су смештени у засебну зону у односу на зону обраде	У складу са просторним и материјалним могућностима ДЗ, потребно је обезбедити стерилизацију у складу са прописима у појединим пунктовима.	Адекватна стерилизација	Предузете су све мере на унапређењу стерилизације по службама и пунктовима	Услед финансијске ограничености није могуће формирати централну стерилизацију
3.	Стандард 21.0 Тим за стерилизацију надгледа стерилизацију	Тим за стерилизацију је формиран и састаје се два пута годишње, а по потреби и чешће. На основу анализе постојећег стања Тим доноси препоруке које делегира менаџменту уз детаљну анализу поступака и мера стерилизације. Пратећи документ Тима је записник.	Спречена појава интрахоспиталних инфекција	Тим за стерилизацију је формиран и састаје се два пута годишње, а по потреби и чешће. На основу анализе постојећег стања Тим доноси препоруке које делегира менаџменту уз детаљну анализу поступака и мера стерилизације. Пратећи документ Тима је записник.	

Извештај урадили:
Тим за животну средину
Дипл.инг. Славица Вукосављевић

Датум
06.02.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете 23.06.2016. Тим за људске ресурсе

Р. Бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 6.2 Сви законски и владини захтеви за очување здравља и заштите на раду запослених се поштују	Сигурнији и безбеднији рад запослених	Обављени превентивни прегледи свих запослених који раде на местима са повећаним ризиком	Предузете су све планиране мере и активности	

Извештај урадили:
Драгана Манасијевић, вођа тима

Датум
28.01.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије
Датум последње акредитацијске посете: 23.06.2016. Тим за управљање информацијама

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.1 Садржај здр.документације урађен је према смерницама Владе РС Наставити са активностима које унапређују вођење медицинске документације.	Медицинска документација се води у складу са законском регулативом Правовремено информисање запослених о променама у законској регулативи за вођење мед. документације Тим за УИ отклања евентуалне неправилности по процедури, обезбеђена сва мед.документација Правовремено уочавање неправилности и њихово отклањање Примена и поштовање усвојених процедура	1.Сва медицинска документација се води у предвиђеним протоколима, књигама евиденција и обрасцима. Редовне месечне контроле се спроводе од стране начелника служби,квартално достављају Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада. Ванредне контроле квалитета стручног рада на предлог директора и Комисије за унапређење квалитета рада спроведене у Служби кућног лечења,ПП,лабораторијској дијагностици и служби за ззж. 2.Уведено је прослеђивање информација Е-путем, додељене су е-маил адресе одговорним лицима. 3. Уведено је Е-пословање у Р.заједници и процедура Прати се сајт Сл.гл.РС и све промене се благовремено достављају уз потпис на Евиденционом листу	Започет процес увођења електронског пословања али није у потпуности покрио све делове	Сви запослени морају бити у потпуности информисани са свим новим инструкцијама и правилницима уз потпис присуства састанку што није у потпуности испоштовано па се мора уредити посебном процедуром
2.	Критеријум 1.2 Уколико је уведена електронска документација,урађена је према предвиђеним стандардима МЗ	У свим објектима ДЗ уведен Ел.здравствени картон	1.Уведен Е-картон у свим организационим јединицама опште мед. 2.Сви објекти ДЗ умрежени, централни сервер функциониса у	Није имплементиран Е картон у свим организационим јединицама Дома	Недовољно познавање рада на рачунару појединих запослених, потребно додатно

	Натавити са имплементацијом електронског картона који се сада неуједначено примењује	Ефикаснији рад услед брже доступности података, прослеђивање информација и обавештења електронским путем, електронско плаћање Унапређење квалитета рада, правовремена информисаност, смањење непотребног штампања и копирања материјала	Огранку Станово 3. Информације и обавештења се прослеђују Е-путем у организационе јединице, у Р.заједници уведено е-пословање по процедури. 4. Све информације се прослеђују Е-путем	здравља	едуковање. Опрема технолошки застарела, чести кварови рачунара и штампача, недостатак финасијских средстава за занављање технолошке опреме, повећање мрежног протока од стране Телекома. Планирана јавна набавка Е-програма, поготову софтвера за Е-здр. картон.
3.	Критеријум 1.4 По отпуста пацијената здравствена документација се комплетира и у предвиђеном року архивира Наставити са активностима на даљем унапређењу система архиве	Сва документација се архивира према усвојеним процедурама Поштовање и примена процедура Спроведена едукација и доедукација у Градском архиву Подизање ефикасности рада, бржи приступ подацима	1. Формирана Централна архива, сва документација се архивира према усвојеним процедурама, прерасподелом кадра одређен архивар, радно ангажована два лица за рад у Архиви преко Пројекта Националне службе запошљавања «Унапређење вођења медицинске документације и архиве»		Планирана додатна едукација радника распоређеног за рад у архиви и набавка програма за електронско вођење архиве није реализована због недостатка материјалних средстава

Извештај урадили:
Тим за управљање информацијама
др Нада Миловановић, вођа тима

Датум
27.01.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете : 23.06.2016. Тим за руковођење

Р. Бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 2.3 У изради плана узимају се у обзир извештаји и информације добијени од запослених	Веће учешће запослених у изради плана, Документована активност запослених и извештаји	Сви запослени за које је процењено да треба да буду укључени у процес планирања били су и укључени. Укључени су сви руководиоци (начелници, шефови, главне и назорне сестре као и запослени који су директно везани за процесе рада који су неопходни за планирање. Сви су достављали извештаје о потребама за сваку службу посебно.	Све активности су реализоване	Недостатак финансијских средстава за набавку свих предложених добара и опреме
2.	Критеријум 2.5 План се прати и врши се ревизија плана по потреби	Активно укључивање запослених у процес планирања	У циљу унапређења квалитета рада сви запослени који учествују у планирању своје предлоге су дали на основу опсежније анализе. Веће укључивање запослених није било само формално, већ је дало резултате у смилу рационалнијег планирања свих ресурса.	Све активности су реализоване	
3.	Критеријум 3.2 Постоје поступци по којима се врши усклађивање постојећих ресурса са потребама корисника услуга	Виши ниво усклађености ресурса	Месечним сагледавањем потреба по службама, анализом и дефинисањем стварних потреба ресурси Дома здравља Крагујевац су коришћени у циљу максималне усклађености како са потребама корисника здравствене заштите тако и са потребама запослених.	Све активности су реализоване	Недостатак финансијских средстава и застарелост поједине опреме

4.	Критеријум 3.3 Постоје поступци за праћење и коришћење свих ресурса. Постоје поступци извештавања о искоришћености ресурса за сваку организациону јединицу појединачно.	Достављени извештаји	Сви извештаји су редовно достављани	Све активности су реализоване	Без потешкоћа и препрека
5.	Критеријум 3.4 Врши се процена квалитета и економичности пружених услуга	Редовно достављање извештаја начелника служби директору и стручном савету	Начелници су достављали све потребне извештаје руководству	Све активности су реализоване	Без потешкоћа и препрека
6.	Критеријум 4.2 Ризици се предвиђају на основу њихове учесталости и степена опасности, чиме се умањује изложеност истим	Повећана безбедност пацијената и запослених, Повећање процента пријављених нежељених догађаја за 2%, Смањење изложености ризицима корисника и запослених у Дому здравља, Занављање заштитне опреме, Поштовање процедура запослених о коришћењу заштитне опреме	Сви запослени су упознати са новим и ревидираним процедурама, предузимане су мере у циљу безбедности пацијената и запослених. Присутно је повећање броја пријављених нежељених догађаја у односу на предходни период. У 2016. години зановљена је заштитна опрема за запослене који су најизложенији ризику.		
7.	Критеријум 6.3 Иновативна решења за унапређење квалитета рада и безбедности	Побољшање квалитета рада и ефикасније пружање услуга	Извршена је дигитализација рендгена и уведени су вакутајнери у лабораторији	Све активности су реализоване	Због недостатка финансијских средстава каснило се пар месеци

	пацијента су препозната и подржана од стране руководства				од планираног, али је у току 2016. године све планирано реализовано
8.	Критеријум 6.4 Спровођење плана се редовно прати у циљу унапређења квалитета рада	Повећање задовољства корисника пруженим услугама	Урађена је анкета о задовољству корисника услуга и анкета о о задовољству запослених	Све активности су реализоване	Укључивање што већег броја пацијената
9.	Критеријум 6.5 Задовољство пацијената се истражује годишње и на основу резултата се предузимају активности	Повећање задовољства корисника пруженим услугама	Урађена је анализа резултата анкете и дати су предлози мера за унапређење квалитета рада	Све активности су реализоване	Без потешкоћа и препрека
10.	Критеријум 7.4 У случају потребе за побољшањем учинка, руководство предузима одговарајуће мере у циљу постизања побољшања учинка, на основу показатеља	Побољшање учинка и постизање планираних резултата	Анализирани показатељи у циљу постизања максималног учинка		
11.	Критеријум 8.1 Утврђене су политика и процедуре рада здравствене установе	Одржавање постојећег квалитета рада и услуга и унапређење истих	Вршене су контроле примене процедура, ревидиране су постојеће и израђене нове процедуре		
12.	Критеријум 8.4 Процедуре се ревидирају и мењају у складу са потребама	Све процедуре се примењују у раду, ревидирају према исказаним потребама, архивирају и повлаче из употребе ако је њихова примена престала и усвајају нове	Врши се редовна и ванредна ревизија процедура. Сви запослени на које се односе процедуре се упознају са истим.	Све активности су реализоване	Без потешкоћа и препрека

Извештај урадили:
Тим за руковођење
Прим. др Славица Лончар, вођа тима

Датум
06.02.2017.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете : 23.06.2016. Тим за управљање

Р. Бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 2.3 Управни одбор врши контролу и ревизију стратешког плана најмање једном у три године	Стратешки план за 2016. - 2020.	Није донет нови Стратешки план		Чланови тима за израду Стратешког плана Дома здравља Крагујевац учествовали су, интензивно, у изради Стратегије здравствене заштите Града Крагујевца. Очекује се да документ Дома здравља буде усклађен са стратешким документом оснивача
2.	Критеријум 5.2 Управни одбор врши процену свог рада најмање једном годишње.	Редовно одржавање седница УО Годишњи извештај УО достављен НО	Седнице УО се редовно одржавају Годишњи извештај доставље НО у предвиђеном року	Планиране мере и активности су испуњене иако је дошло до нове промене чланова УО	

Извештај урадили:
Тим за управљање
Нада Ристић, вођа тима

Датум
21.01.2017.

Директор
др Василије Антић