
ОПШТА БОЛНИЦА
“Др Радивој Симоновић”
Сомбор



Централа		++ 381 (25) 467-700, 467-800
Секретар		++ 381 (25) 467-757
Факс		++ 381 (25) 417-022, 417-088
e – mail		bolnicaso.direktor@sbb.rs
Web site		www.bolnicasombor.rs

Матични број: 08906173; Регистарски број: 8236092170; Шифра делатности: 8610; ПИБ: 106205005;
Жиро рачуни: 840-801661-66, 840-787667-47, 840-1242761-40

Сомбор: 11.04.2016. Број: 28-1699/2016

ОПШТА БОЛНИЦА
“Др Радивој Симоновић”
Сомбор



План унапређења квалитета рада
5 – Препоруке Агенције за акредитацију

април, 2016. године

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 30.11.-04.12.2014.

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
	УМ 4.6 Потребно је обезбедити периодичну обуку и то документовати	1	У плану за 2016. годину едукација КПЦР	6 месеци	Надовеза др Марија	Едукација до периода од 6 месеци
	УМ 4.8 Унапредити систем обезбеђења запослених	1	Молба за решавање безбедности на раду	6 месеци	Општа болница Сомбор	Обезбедити запослене
	УМ 4.9 Потребно је унапредити примену критеријума	2	Састанци комисије, изградити нове процедуре	1 година	Надовеза др Марија	Одржавање састанака, вођење записника
	УМ 4.10 Потребно је унапредити примену критеријума	2	Састанци комисије, изградити нове процедуре	1 година	Надовеза др Марија	Одржавање састанака, вођење записника
	УМ 5.10 Обезбедити доступност материјала за едукацију	2	Едукативни материјал за пацијенте у електронској форми	1 година	Надовеза др Марија	При отпусту пацијенти примају едукативни материјал
	УМ 6.2 јасно обележити улаз у организациону јединицу	1	Улаз адекватно обележен, врата не функционишу	3 месеца	Надовеза др Марија	Улаз обезбеђен, поправка улазних врата у најкраћем могућем року
	УМ 6.4 реорганизовати простор у опсервацији	1	Молба за опремање простора за опсервацију и додатних просторија	3 месеца		6 болесничких кревета, додатна просторија
	УМ 6.5 реорганизовати простор у опсервацији	1	Захтев за инсталацију аларма	3 месеца		Опремање оспособљавање аларма
	УМ 6.9 Потребна је децентрализација документације	1	Опрема дотарајала	3 месеца	Надовеза др Марија	Предат захтев за набавку нове опреме

	УМ 6.10 Обезбедити простор за скаладиштење	2	Недостатак простора	1 година	Стојаков Десанка	Реорганизација протора
	УМ 6.11 обезбедити адекватан простор	2	Недостатак простора	1 година	Стојаков Десанка	Реорганизација протора
	УМ 7.5 обезбедити едукативни материјал	2	Електронска форма	1 година	Надовеза др Марија	Електронска форма
	УМ 8.1 упознати све запослене са Стратешким планом		Запослени на Одељењу упознати		Надовеза др Марија	Записници са састанака
	УМ 8.2 Дефинисати сопствени план унапређења квалитета по методологији Интегрисаног плана унапређења квалитета	1	План за унапређење квалитета	1 година	Прим. др Зоран Парчетић	Обезбеђење главних приоритета
	УМ 8.3 Дефинисати сопствени план унапређења квалитета по методологији Интегрисаног плана унапређења квалитета					
	УМ 8.4 Дефинисати сопствени план унапређења квалитета по методологији Интегрисаног плана унапређења квалитета					
	УМ 8.5 Дефинисати сопствени план унапређења квалитета по методологији Интегрисаног плана унапређења квалитета					
	УМ 8.6 Дефинисати сопствени план унапређења квалитета по методологији Интегрисаног плана унапређења квалитета					

РД 1.3 Унапредити примену критеријума	1	Упознати све запослене са мисијом и визијом и вредностима здравствене установе при планирању и пружању услуга	одмах	Начелник службе	Поштовање процедура
РД 1.4 Обезбедити доследну примену критеријума	1	Упознати све запослене са годишњим планом рада, врстом и начином обављања услуга	одмах	Начелник службе	Редовно спровођење донетог плана
РД 3.8 Обезбедити унапређење поступка процене учинка	1	Праћење учинка свих запослених према задужењима и циљевима рада према утврђеном плану, а кроз редовне месечне контроле	одмах	Начелник службе Шефови одсека	Доследна примена плана рада на основу задатака и циљева рада
РД 3.9 Унапредити примену критеријума у перспективи	2	Редовно организовање и учествовање у стручним састанцима, организовање допунских едукација	3-6 месеци	Начелник службе	Едукација према раније донетом плану и програму стручног усавршавања
РД 4.2 ревидирати процедуре у наредном периоду	2	Ревизија и допуна постојећих и увођење нових процедура	12 месеци	Начелник службе Сви запослени	Побољшање квалитета рада
РД 8.1 сачинити план унапређења квалитета за РО дијагностику, по задатој методологији	2	Унапређење квалитета и мера и циљева које треба остварити. Периодична контрола квалитета рада на одељењу	перманентно	Начелник службе Шефови одсека	Доследна примена мера за унапређење квалитета рада и бољи квалитет рада и упознавање свих запослених о донетим мерама и циљевима
РД 8.2 сачинити план унапређења квалитета за РО дијагностику, по задатој методологији и пратити реализацију	1	Креирање плана рада РТГ службе за 2016. и доношење плана за унапређење рада за 2016.год.	30 дана	Начелник службе	Доследна примена правилника о унутрашњој контроли квалитета стручног рада
РД 8.3 дефинисати сопствене показатеље квалитета и пратити	1	Спровођење процедура о нежељеним догађајима и оцењивање резултата рада	перманентно	Начелник службе Шефови одсека	Доследна примена процедура и правилника

	их		свих запослених. Процедуре за пријаву нежељених реакција на лекове као и правилник о унутрашњој провери квалитета рада и правилник о показатељу здравствене заштите, анкетирање пацијената о квалитету пружања здравствених услуга			
	РД 8.4 укључити све запослене у активности дефинисања плана за унапређење квалитета	2	Поштовање донетих процедура вазаних за обуку о безбедности и здравља на раду, заштита од пожара, коришћење заштитне опреме и личне заштите	перманент но	Начелник службе Сви запослени	Доследна примена процедура и правилника
	РД 8.5 укључити све запослене у активности дефинисања плана за унапређење квалитета	2	Контрола споровођења плана о унапређењу квалитета, анализа свих параметара који утичу на квалитет. Анкета задовољства запослених, обрада података о нежељеним догађајима и оцењивање запослених	перманент но	Начелник службе	Усвајање препорука од агенције за акредитацију и информисање запослених о унапређењу квалитета рада. Правилна примена свих процедура
	ЛАБ 1.3 Потребно је унапредити критеријум	1	Упознати запослене са новим процедурама и инсистирање на њиховој примени.	Месец дана	Начелник и главни техничар	Поштовање новоусвојених процедура.
	ЛАБ 3.7 Поступак процене учинка ускладити са захтевима критеријума	1	Праћење учинка свих запослених показује да се годишњи план испуњава. Редовно се воде састанци о динамици испуњења плана и обавештавају запослени о	Месец дана	Начелник одељења	Праћење и одржавање постојећег квалитета рада.

			учинку, као и плану унапређења рада службе. Начелник службе у једногодишњем периоду врши оцењивање запослених у складу са процедуром за оцењивање запослених.			
	ЛАБ 3.8 Унапредити поступак планирања едукације	1	Запослени према плану и програму КМЕ редовно учествују на курсевима за едукацију, симпозијумима, стручним састанцима и конгресима. На састанцима службе се редовно преносе новостечена знања колега.	Месец дана	Начелник одељења	Обавештеност свих запослених о терминима састанака КМЕ.
	ЛАБ 8.1 сачинити план унапређења квалитета за РО дијагностику, по задатој методологији	1	Редовно спровођење унутрашње контроле рада. Писмена документација, упутства употребе рада, сервисна књижица за апарате су на видном месту уз апарат. Свака контрола квалитета је евидентирана и доступна свим запосленима.	Одмах	Начелник одељења и главни техничар.	Укључење свих запослених у процес.
	ЛАБ 8.2 сачинити план унапређења квалитета за РО дијагностику, по задатој методологији и пратити реализацију	1	У Клиничкој лабораторији и амбуланти за хемостазу при Служби за трансфузији крви стално се ради на побољшању квалитета рада. На састанцима се разматра побољшање квалитета, приказују се податци који указују на напредак квалитета услуга и евидентира предлози за даље унапређења квалитета.	Месец дана	Начелник и стручни колегијум.	Побољшање и унапређење квалитета рада.

ЛАБ 8.3 дефинисати сопствене показатеље квалитета и пратити их	1	Ради се унутрашња контрола запослених од стране руководећег кадра. Врше се: унутрашња и спољашња контрола резултата на апаратима. На редовним састанцима се прате резултати унутрашње контроле рада на апаратима као и савезне „EQAS” која се у електронској форми добија из америке	Одмах	Начелник и главни техничар	Редовно вођење евиденције у електронској и штампаној форми. Евидентирани чек листе за одржавање квалитета.
ЛАБ 8.4 укључити све запослене у активности дефинисања плана за унапређење квалитета	1	На редовним састанцима упознати све запослене са мерама за унапређења контроле квалитета. Контрола примене успостављених процедура, упознавања са новим, инсистирати на писању нових процедура.	Одмах	Начелник и главни техничар	Строго поштовање процедура и њихова примена, доступност водича добре праксе.
ЛАБ 8.5 укључити све запослене у активности дефинисања плана за унапређење квалитета	1	Редовно одржавање јутарњих и месечних састанака на којима се разматрају пословање одељења у току месеца, анализа нежељених догађаја, план за унапређење пословања службе, текући проблеми. Сарадња и договори биохемичара са лекарима на одељењима у циљу побољшању рада лечења пацијената уз помоћ лабора. дијагностике.	Одмах	Начелник и главни техничар	Унапређење квалитета рада у пружању услуга лабораторијске дијагностике.

	АПТ 1.2 Верификовати ДАП за примену у установи од стране надлежног стручног органа	1	ДАП је у процесу усаглашавања у Скупштини РС	2016	Магистар фармације	Потврда и озакоњење ДАП који се и и наче већ примењује у пракси
	АПТ 1.3 унапредити примену критеријума	1	Рад на примени критеријума је сталан	-	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење радних процеса
	АПТ 1.4 израдити годишњи план рада, независно од плана за унапређење квалитета рада који је представљен у актуелном опису праксе	1	Годишњи План се израђује редовно и непрекидно се ради на унапређењу квалитета рада	-	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење квалитета рада
	АПТ 2.1 унапредити мултидисциплинарни рад	1	Особље апотеке активно учествује у свим мултидисциплинарним активностима, дневно и периодично	-	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење квалитета рада
	АПТ 2.3 унапредити мултидисциплинарни рад кроз активности новоформиране комисије	1	Активно се учествује у свим мултидисциплинарним комисијама	-	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење квалитета рада на нивоу целе болнице
	АПТ 2.4 унапредити мултидисциплинарни рад кроз активности новоформиране комисије					
	АПТ 3.7 Унапредити поступак процене учинка					
	АПТ 3.8 Планирати стручно усавршавање запослених у апотеци У оквиру Плана стручног усавршавања	1	Општа болница има План континуиране едукације по коме се обавља едукација запослених	-	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Одржавање и унапређење стеченог знања и вештина свих запослених

	Опште болнице					
	АПТ 4.2 Истрајати у раду новоформиране комисије	1	Све новоформиране комисије раду у складу са потребама рада	-	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење квалитета рада
	АПТ 6.1 евиденцију опреме установити и водити у свему у складу са важећим прописима	1	У току	-	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење квалитета рада
	АПТ 7.1 унапредити информациони систем у смислу свеобухватности захтева критеријума	1	У току је израда новог информационог система и његова имплементација	2016	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење квалитета рада
	АПТ 7.3 ризике у вези безбедности података свести на минимум	1	У току је	2016	Магистар фармације и фармацеутски техничари	Унапређење квалитета и безбедности рада
	АПТ 7.4 ризике у вези безбедности података свести на минимум					
	АПТ 8.1 израдити план унапређења квалитета са структуром по методолгији надлежног Завода за јавно здравље					
	АПТ 8.2 Након израде адекватног плана пратити реализацију					
	АПТ 8.3 Дефинисати сопствене показатеље и пратити их					
	АПТ 8.4 укључити све запослене у активности у вези унапређења	1	Сви запослени су укључени	-	Магистар фармације и фармацеутски	Унапређење квалитета рада

	квалитета				техничари	
	АПТ 8.5 унапредити примену критерија					
	АПТ 8.6 Поред именованог лица за фармаковигиланцу имплементирати и остале активности поменуте у критеријуму	1	Стално се прате и евидентирају нежењене реакције на лекове и пријављују у АЛИМС	-	Магистар фармације	Праћење и евидентирање нежељених реакција на лекове и МС ради повећања безбедности пацијената
	ЖС 2.5 уподобити документа у складу са важећим правилником	2	Стручно методолошко упутство	1 месец	ВМС Бранка Којић	Смањење ширења инфекција и дефиниција појмова и обавеза
	ЖС 3.4 у наредном периоду приступити ревидирању процедура	1	Нове процедуре	1 месец	ВМС Бранка Којић	Смањење ризика
	ЖС 4.3 јасно истаћи инструкције	1	Пластифицирати постојећа упутства	Зависно од јавне набавке	ВМС Бранка Којић	Јасна видљивост упутства
	ЖС 5.5 Придржавати се свих прописаних мера личне заштите	1				
	ЖС 7.5 иницирати сарадњу	1	Не постоји жеља за сарадњом у Градској управи	непрестан о	ВМС Бранка Којић	Не утиче на квалитет рада Опште болнице Сомбор
	ЖС 8.1 унапредити критеријум	2	Пројекат -израда	Зависно од јавне набавке	Жељко Беширевић	Смањење ризика
	ЖС 9.1 смањити ризике	1				
	ЖС 9.2 смањити ризике	1		3 месеца	Жељко Беширевић	Смањење ризика
	ЖС 9.4 смањити ризике	1				
	ЖС 9.5 смањити ризике	1	Пројекат (израда)	Зависно од средства	Жељко Беширевић	Смањење ризика

	ЖС 9.7 смањити ризике	1	Пројекат (израда)	Зависно од средства	Жељко Беширевић	Смањење ризика
	ЖС 10.1 смањити ризике на минимум	1	Средства			
	ЖС 10.4 смањити ризике на минимум	1	Средства			
	ЖС 11.2 унапредити евиденцију	1	Израдити чек листе	1 месец	Вељко Пикулић	Смањење ризика
	ЖС 12.3 унапредити критеријум	2	Склопљен уговор	1 месец	Бранка Којић	Смањење ризика
	ЖС 12.4 унапредити критеријум	2	Стручно упутство мера	1 месец	Бранка Којић	Смањење ризика
	ЖС 12.5 унапредити критеријум	2	Записник	1 месец	Бранка Којић	Смањење ризика
	ЖС 15.1 у наредном периоду вршити ревизију плана	1	Нова процедура	1 месец	Милић Зоран	Смањење ризика
	ЖС 15.2 Потребно је обезбедити периодично вежбе на терену	3	Извођење вежбе	1 месец	Милић Зоран	Смањење ризика
	ЖС 19.5 обезбедити обуку	1	Програм обуке	1 месец	Вељко Пикулић	Смањење ризика
	ЖС 22.1 унапредити критеријум	2	План баждарења	1 месец	Жељко Беширевић	Унапређење
	ЖС 22.3 унапредити критеријум	2	Нови тестови	1 месец	Милић Зоран	Унапређење
	ЈБР 2.1 Формализовати поступак интерне комуникације поводом поднетог писаног захтева за заснивање радног односа	1	Ревидирати процедуру за пријем у радни однос	одмах	Одсек за кадровске послове	Повратна информација подносиоцу захтева
	ЈБР 3.1 Унапредити поступак процене резултата рада	2	До марта месеца саопштити радне циљеве који ће се оцењивати	12 месеци	Директор, Начелници одељења и руковод. служби	Постизање добрих резултата рада

	ЉР 3.2 Унапредити поступак утврђивања планова и циљева	1	Поставити План рада и сагледати потребу ревидирања	6 месеци	Директор, Начелници одељења и руководиоци служби	Могућност ревидирања радних циљева
	ЉР 3.3 Унапредити поступак обавештавања	2	Саопштити радне циљеве запосленом ради оцењивања резултат рада	6 месеци	Начелници одељења и руководиоци служби	Запослени упознати са радним циљевима који се од њих очекују на Одељенском састанку уз записник са истог.
	ЉР 3.5 Унапредити поступак подношења коментара	2	Дата је могућност доставе писаног коментара на оцењивање	6 месеци	Начелници одељења и руководиоци служби	Анализа побољшања услова рада, квалитета безбедности пацијената
	ЉР 4.1 обухватити све запослене планом стручног усавршавања укључујући све области стручног усавршавања (КМЕ)	1	Благовремено доставити начелницима одељења и руководиоцима служби допис за доставу потреба о видовима стручног усавршавања	Перманентно	Начелници одељења и руководиоци служби	Свеобухватан План стручног усавршавања донет од стране Управног одбора
	ЉР 4.2 Омогућити савим запосленима да након усвајања плана од стране стручних органа имају увид	2	Редовно месечно објављивати План едукације на сајту Опште болнице (вест потом објавити у област стручно усавршавања)	6 месеци	Бранка Којић Душан Огризовић	Информисаност запослених о едукацијама које се организују у Општој болници Сомбор (интерним и екстерним) за здравствене раднике
	ЉР 4.3 Унапредити праћење извршења	2	Квартално праћење стручног усавршавања	Континуирано	Начелници одељења и руководиоци служби	Сачињавање извештаја о броју и врсти едукације
	ЉР 4.4 обухватити све запослене ланом стручног усавршавања укључујући све области стручног		Планом едукације обухватити све запослене (медицинске и немедицинске раднике)	Континуирано	Сви руководиоци	Прецизирање активности на реализацији Плана стручног усавршавања

	усавшавања (КМЕ)					
	ЉР 4.5 Направити структурисани образац за све организационе јединице	1	Направити Процедуру за новозапослене и пратећи образац	1 месец	Весна Лалић Бранка Којић	Упознати новозапослене са Општом болницом Сомбор, затацима, циљевима, организацијом службе, правилима понашања, процедурама, актима, управљачким структурама и другим информацијама
	ЉР 5.2 верификовати примену националних водича у установи од стране надлежног стручног орагана и о истом инфомисати све орг. јединице	2	Обавезати Стручни савет да на својој следећој седници по задужењу верификује НВДКП који се примењују у Општој болници Сомбор	12 месеци	Директор, Председник Стручног савета	Објављивање на сајту Опште болнице Сомбор НВДКП и доступност истих лекарима и корисницима здравствених услуга
	УИ 1.2 Инегрисати све фазе процеса рада у информациони систем (апотека, фактруна служба)	1	-Имплементација информационог система Хелиант, повезивање података апотека-фактурна служба; протокол-архива -Имплементација МОНЕО -Увођење заказивања специјалистичких прегледа преко сајта Опште болнице	6 месеци	ЕРЦ	- Олакшавање рада запосленим - Доступност података пацијентима - Смањење листе чекања и заказивања специјалистичких прегледа
	УИ 1.3 Обезбедити доследну примену Правилника о провери кавалитета стручног рада у домену вођења здрав. документације	1	-Провера квалитета стручног рада здравствених радника и примена новог Закона о евиденцијама у здравству од јануара 2017. године -Начелници Одељења доставили План за унапређење квалитета рада који је саставни део Интегрисаног плана.	6 месеци	Начелници одељења, Комисија за квалитет, Стручни савет	- Ефикасност у вођењу медицинске документације - Унапређење квалитета рада и безбедности пацијената

			-Начелник Одељења континуирано обавља унутрашњу проверу квалитета рада и тромесечно доставља Стручном савету			
	УИ 3.1 именовати лице овлашћено за давање информација од значаја за установу	2	Именовати лице за давање информација од јавног значаја и од значаја за Општу болницу „Др Радивој Симоновић“ Сомбор	12 месеци	Директор	Омогућити бржи и потпунији одговор на тражене информације
	УИ 3.2 Унапредити постојећу процедуру	1	-Донета процедура за давање информација од јавног значаја и од значаја за установу - Процедура о комуникацији запослених са медијима	6 месеци	Директор	Писана процедура за лакшу комуникацију са референтним установама, пацијентима и медијима
	РУ 2.5 наставити са реализацијом Оперативног плана у прописаним роковима	1	- Усвојен Оперативни план за 2015. годину - Извршена I ревизија Стратешког плана - Урађена евалуација Стратешког плана са процентуалним учешћем у извршењу стратешких циљева	6 месеци	Управни одбор	Сви запослени потврдили својим потписом да су упознати са наведеним документима.
		2	- Направити стратегију за управљање ризиком.	12 месеци	Директор, Управни одбор	Фокусирати се на ризик: 1. повреде на раду 2. безбедности пацијената 3. квалитета услуга 4. коришћења опреме 5. ризик од тужби

						6. финансијски ризик 7. ризик губитка угледа
	РУ 6.3 наставити са унапређењем у односу на све параметре прописане Правилником	1	- Редовни састанци Комисије за унапређење квалитета рада и континуирана израда Плана за унапређење квалитета рада по одељењима као саставни део имплементације плана	Континуирано	Начелници/руководиоци служби, Главна сестра, Лица за праћење квалитета рада	Унапређење квалитета рада
	РУ 6.4 унапредити праћење у складу са Правилником	1	Сачињена процедура за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената	6 месеци	Директор, Помоћник директора за медицинска питања	Повећање безбедности пацијената и особља
	РУ 6.8 унапредити систем обавештавања јавности	2	Ангажовање особе за контакт са јавношћу и информацијама о битним питањима	12 месеци	Директор	Формална и боља комуникација са референтним институцијама: РФЗО, Министарство здравља и Покрајински секретаријат
	РУ 7.5 унапредити систем обавештавања јавности	2	Редизајниран сајт Опште болнице Сомбор Направљен Водич за пацијенте	12 месеци	Директор, ЕРЦ	Боља информисаност пацијената
	РУ 8.4 наставити са имплементацијом критеријума	1	Израђена процедура за измену процедура Ревидиране и донете нове процедуре	Континуирано	Координатор за акредитацију-Помоћник директора за медицинска питања	Процедуре се прате, примењују и мењају у складу са потребама
	СУ 1.6 звршити ревизију у складу са захтевима критеријума	1	Истаћи Визију и Мисију на сајту и огласним таблама и у сарадњи са референтним	6 месеци	ЕРЦ	Препознавање Установе од стране запослених и пацијената

			установама			
	СУ 3.4 наставити са применом критеријума у складу са Процедуром	1	Унапређена и проширена Процедуре за оцењивање рада директора	одмах	Управни одбор	Сваки члан Управног одбора појединачно оцењује рад по задатим критеријумима
	СУ 5.1 наставити са применом критеријума у складу са Процедуром	1	Унапређена Процедуре за оцењивање рада Управног одбора	одмах	Управни одбор	Чланови Управног одбора самооцењују свој рад и упознају се са свеобухватном проблематиком Опште болнице Сомбор
	СУ 5.2 наставити са применом критеријума у складу са Процедуром	1	Донет План унапређења рада Управног одбора заједно са Надзорним одбором	одмах	Управни одбор и Надзорни одбор	Управни одбор је свој рад унапредио давањем доприноса сваког члана Управног одбора у складу са својим могућностима
	СУ 5.3 наставити са унапређењем критеријума	1	Одржана заједничка седница Управног и Надзорног одбора. Записник са седнице Управног одбора доставља се Надзорном одбору	одмах	Управни одбор и Надзорни одбор	Надзорни одбор учествује код: -усвајања финансијског извештаја -доношења Плана рада и развоја установе
	ХЛП 2.4 Неопходно је да сви лекари службе поштују поступак планирања лечења	1	Адекватно вођење медицинске документације и састанци колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Постићи потпуну примену препорука
	ХЛП 3.1 Препоручује се доследна примена критеријума у смислу упознавања здравствених радника укључених у лечење пацијента путем састанака колегијума	1	Јутарњи и одељењски састанци	01.01.2016	Начелник одељења и главна сестра одељења	Усвајање препоручених критеријума
	ХЛП 3.4 Потребно је упознавање са протоколима и водичима добре	1	Састанци колегијума начелника одељења	01.01.2016	Начелник одељења	Примена протокола и водича добре клиничке праксе у свакодневном

	клиничке праксе путем састанака колегијума.					раду.
	ХЛП 3.5 Потребно је обезбедити доказе о поштовању мисије и визије установе.	1	Обавештење о мисији визији истакнуто на Огласној табли и запослени упознати	01.01.2016	Начелник одељења и главна сестра одељења	Надзор над поштовањем мисије и визије установе
	ХЛП 4.1 Доследна имплементација подразумева редовно разматрање плана лечења и евиденција о томе	1	Адекватно вођење медицинске документације и састанци колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Имплементација препорука Агенције за акредитацију
	ХЛП 4.2 Препоручује се евидентирање измене плана лечења	1	Адекватно вођење медицинске документације и састанци колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Имплементација препорука Агенције за акредитацију
	ХЛП 4.3 Препоручује се евидентирање измене плана лечења	1	Адекватно вођење медицинске документације и састанци колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Имплементација препорука Агенције за акредитацију
	ХЛП 4.4 Препоручује се поступак упознавања пацијента са изменама плана лечења	1	Адекватно вођење медицинске документације и састанци колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Имплементација препорука Агенције за акредитацију
	ХЛП 6.4 Препоручујемо децентрализацију документације о опреми	2	Утоку је ажурирање документацију	01.01.2017	Шеф техничке службе дип.линг. Жељко Беширевић	Децентрализација документације о опреми
	ХЛП 7.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХЛП 7.2 Потребна је израда и континуирана ревизија плана за унапређење квалитета на нивоу службе.	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада

	ХЛП 7.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХЛП 7.4 Увести поступак сталног упознавања запослених са напретком у квалитету услуга	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХЛП 7.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.	1	Унапређење обавезних показатеља квалитета рада и активности на увођењу сопствених показатеља квалитета рада	01.01.2017	Начелник одељења и главна сестра одељења	Унапређење квалитета рад
	ХЛП 7.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.	1	Упознавање и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима и састанцима колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Унапређење квалитета рада
	ХОС 4.5 Потребно је обезбедити континуитет у раду комисије	1	Периодични састанци комисије и анализа рада операционих сала	01.01.2016	Председник Комисије и начелници одељења	Унапређење квалитета рад
	ХОС 4.6 Потребно је обезбедити континуитет у раду комисије и доказе о раду и активностима	1	Периодични састанци комисије и анализа рада операционих сала	01.01.2016	Председник Комисије и начелници одељења	Унапређење квалитета рада
	ХОС 5.2 Потребно је унапређење квалитета кроз ревизију и унапређење процедура које су до сада у краћем временском року у примени	2	Анализирање постојећих процедура на одељењским састанцима и разматрање о могућностима унапређења	01.01.2017	Начелник одељења	Ревизија и унапређење процедура у сврху подизања квалитета рада

	ХОС 5.4 Потребна је доследна примена критеријума у смислу одређивања поступка за оцењивање рада	1	Периодичне и годишње провере квалитета стручног рада	01.01.2016	Начелник одељења	Унапређење квалитета рада
	ХОС 5.5 Обезбедити доказе о унапређењу квалитета кроз поштовање водича добре клиничке праксе	1	Састанци колегијума начелника одељења	01.01.2016	Начелник одељења	Примена протокола и водича добре клиничке праксе у свакодневном раду.
	ХОС 7.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХОС 7.2 По изради плана неопходна је континуирана ревизија ради унапређења квалитета	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХОС 7.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХОС 7.4 Увести поступак сталног упознавања запослених са напретком у квалитету услуга	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХОС 7.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.	1	Унапређење обавезних показатеља квалитета рада и активности на увођењу сопствених показатеља квалитета рада	01.01.2017	Начелник одељења и главна сестра одељења	Унапређење квалитета рад

	ХОС 7.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.	1	Упознавање и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима и састанцима колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Унапређење квалитета рада
	ХИН 4.10 Препоручује се ажурно вођење документације у вези са спроведеном обуком	1	Додељивање ментора медицинским сестрама-техничарима у току обуке	01.01.2016	Начелник одељења и главна сестра одељења	Побољшање квалитета обуке медицинских сестара
	ХИН 4.12 Потребно је обезбедити континуитет у раду комисије	1	У току је именовање новог председника Комисије, чланови комисије се периодично састају и анализирају рад ХИН-а	01.05.2016	Директор установе др Милан Грба	Унапређење квалитета рада
	ХИН 4.13 Потребно је обезбедити континуитет у раду комисије и доказе о раду и активностима	2	Састанак чланова комисије	01.05.2016	Директор установе др Милан Грба	Унапређење квалитета рада
	ХИН 5.4 Потребно је обезбедити материјал за едукацију пацијената	1	У зависности од врсте основне болести користи се едукативни материјал са других одељења	01.01.2016	Начелник одељења и главна сестра одељења	Боља едукација пацијента и његове породице
	ХИН 5.5 Потребни докази о поштовању мисије и визије установе	1	Обавештење о мисији и визији истакнуто на Огласној табли и запослени упознати	01.01.2016	Начелник одељења и главна сестра одељења	Надзор над поштовањем мисије и визије установе
	ХИН 8.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХИН 8.2 По изради плана неопходна је континуирана ревизија ради	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада

	унапређења квалитета		одвија се на одељењским састанцима			
	ХИН 8.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХИН 8.4 Увести поступак сталног упознавања запослених са напретком у квалитету услуга	1	Упознавање са Стратешким планом и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима	01.01.2016	Начелник одељења	Усвајање препорука Агенције за акредитацију и Унапређење квалитета рада
	ХИН 8.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.	1	Унапређење обавезних показатеља квалитета рада и активности на увођењу сопствених показатеља квалитета рада	01.01.2017	Начелник одељења и главна сестра одељења	Унапређење квалитета рад
	ХИН 8.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.	1	Упознавање и утврђивање плана за унапређења квалитета одвија се на одељењским састанцима и састанцима колегијума	01.01.2016	Начелник одељења	Унапређење квалитета рада
	ИГЛП 2.4 Потребно је да сви лекари учествују у доследној примени критеријума путем утврђивања плана лечења	1	План лечења се креира према протоколима и водичима добре клиничке праксе и према нашим могућностима и стању пацијента.	Одмах Стално	Пријемни лекар Одељењски лекари Начелник одељења	Подизање и уједначавање квалитета пружених услуга
	ИГЛП 2.5 Потребно је да сви лекари учествују у доследној примени критеријума путем утврђивања плана лечења	1	План лечења је доступан свим лекарима који су укључени у лечење пацијента	Одмах Стално	Пријемни лекар Одељењски лекари Начелник одељења	Подизање и уједначавање квалитета пружених услуга
	ИГЛП 2.6 Потребно је утврђивање поступка разматрања плана	1	Након првог прегледа пријемни лекар креира план лечења и даје прве	Одмах Стално	Пријемни лекар Одељењски лекари Начелник одељења	Подизање и уједначавање квалитета пружених услуга

	лечења		информације пацијенту. Корекције плана и даље информисање пацијента је на одељенском лекару			
	ИГЛП 3.1 Препоручује се доследна примена критеријума у смислу упознавања здравствених радника укључених у лечење пацијента путем састанака колегијума	1	Пријемни лекар упознаје колектив о примљеним пацијетима, даје кратак опис клиничке слике, статуса и упознаје колектив са планом лечења.	Одмах Стално	Пријемни лекар Одељењски лекари Начелник одељења	Побољшање квалитета рада
	ИГЛП 3.4 Потребно је упознавање са протоколима и водичима добре клиничке праксе путем састанака колегијума.	1	Са свим новим усвојеним процедурама или водичима запослени се морају упознати на одељенским састанцима	Одмах Стално	Начелник Гласвна сестра	Побољшање квалитета рада
	ИГЛП 3.5 Потребно је обезбедити доказе о поштовању мисије и визије установе.	1	Организација рада омогућава остварење мисије и визије Опште болнице, што се може видети кроз медицинску документацију која се води	стално	Налечник одељења	Спровођење мисије и визије
	ИГЛП 4.1 Доследна имплементација подразумева редовно разматрање плана лечења и евиденција о томе	1	Након анализа резултата у дијагностиковању оболења и лечења пацијетна план љечења се мења, допуњује	Одмах Стално	Одељењски лекар	Подизање квалитета дијагностиковања оболења и лечења
	ИГЛП 4.2 Препоручује се евидентирање измене плана лечења	1	Све измене се евидентирају у електронској форми Образац прилагођен	Одмах Стално	Одељењски лекар	Подизање квалитета дијагностиковања оболења и лечења
	ИГЛП 4.3 Препоручује се евидентирање измене плана лечења	1	Све измене се евидентирају у електронској форми Образац прилагођен	Одмах Стално	Одељењски лекар	Подизање квалитета дијагностиковања оболења и лечења
	ИГЛП 4.4 Препоручује се поступак упознавања пацијента са	1	Сваку промену плана лечења пацијент прихвата, или не, што потврђује	Одмах Стално	Одељењски лекар	Боља информисаност пацијента о његовом здравственом стању и

	изменама плана лечења		својим потписом			даљим испитивањима и лечењу
	ИГЛП 5.4 Потребна је доследна примена критеријума кроз евидентирање свих тражених података	1	Медицинска докуметација се ажурира свакодневно, све информације су у историји болести. Отпуст планирати унепред а у отпусној листи дати све неопходне информације о дијагностици и лечењу и даљем лечењу код куће са препоруком за контролу	Одмах Стално	Одељењски лекар Начелник одељења	Боља информисаност пацијента о његовом здравственом стању и даљим поступцима у лечењу и даљем праћењу
	ИГЛП 6.3 Потребна је децентрализација евиденције о опреми	2	Инвентарске листе, сервисне књижице, упуства за употребу апарата и план сервиса су у одељењу	стално	Главна сестра Начелник одељења	Исправност опреме Сигурност за пацијента
	ИГЛП 6.4 Потребна је децентрализација евиденције о опреми	2	Инвентарске листе, сервисне књижице, упуства за употребу апарата и план сервиса су истакнута на одељењу	стално	Главна сестра Начелник одељења	Исправност опреме Сигурност за пацијента
	ИГЛП 7.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.	2	Свим запосленим Стратешки план је доступан у сваком тренутку а планови о унапређењу квалитета се доносе на одељењском састанку	стално	Сви запослени	Побољшање квалитета рада
	ИГЛП 7.2 Потребна је израда и континуирана ревизија плана за унапређење квалитета на нивоу службе.	2	Одељенски план о унапређењу квалитета донети према усвојеној процедури	за сваку календарску годину	Начелник одељења и запослени	Побољшање квалитета рада
	ИГЛП 7.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	2	Праћење остваривања плана вршити кроз свакодневне активности	стално	Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада

ИГЛП 7.4 Увести поступак сталног упознавања запослених са напретком у квалитету услуга	2	На месечним састанцима се износе показатељи квалитета рада, неходно је проширити број показатеља	стално	Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада
ИГЛП 7.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.	3	На месечним састанцима постаћи запослене да дају предлога за увођење нових показатеља квалитета рада на одељењу.	Стално	Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада
ИГЛП 7.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.	3	Сваки предлог запосленог треба озбиљно прихватити, анализирати, сваки добар усвојити чиме ће се и охрабрити други за позитивне сугестије	стално	Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада
ИГИН 2.4 Потребно је евидентиратрање плана лечења од стране свих лекара	1	План лечења пре пријема у КЈ креира пријемни лекар а након визите кардиолог врши потребну корекцију плана и даје информације пацијенту са више детаља.	Одмах Стално	Лекари КЈ Начелник одељења	Побољшање квалитета рада
ИГИН 2.5 Потребна је доследна примена критеријума и одређивање начина за његову примену	1	План лечења који је направљен према важећим водичима и протоколима кардиолог износи пацијенту и/или члану породице што они верификују потписом.	Одмах Стално	Начелник одељења	Побољшање квалитета рада
ИГИН 4.10 Потребно тестирање увести у континуирану промену и поступак евидентирати	3	Периодични тестови провере знања и вештина. Планирати тренинг КПП.	Стално.	Шеф коронарне јединице Начелник одељења	Подизање квалитета рада и сигурности по пацијента
ИГИН 4.12 Потребно је обезбедити континуитет у раду комисије	3	Комисија је основана, ради према плану активности	Стално	Председник комисије и чланови	Увођење нових процедура, подизање квалитета рада и сигурности пацијента
ИГИН 4.13 Потребно је обезбедити	3	Комисија ради слободно према усвојеном плану	Стално	Председник комисије и	Увођење нових процедура, подизање квалитета рада и

	континуитет у раду комисије и доказе о раду и активностима				чланови	сигурности пацијента
	ИГИН 5.2 Обезбедити одговарајућу документацију и усклађивање са водичима клиничке праксе	1	Сви дијагностички и терапијски протоколи се ослањају на водиче добре клиничке праксе који су доступни сваком лекару.	Одмах Стално	Кардиолози КЈ	Повећање квалитета рада
	ИГИН 5.4 Потребно је обезбедити едукативни материјал и учинити га доступним пацијентима.	3	Дијете, објашњења и савете који се припремају за поједине прегледе потребно је допунити и проширити	Стално	Сви лекари	Подизање квалитета рада
	ИГИН 6.8 Потребно је обезбедити могућност изолације пацијента.	3	Изолација пацијента обезбеђена у постељи КЈ параванима, без посета са минималним бројем особља који брину о пацијету уз све мере превенције и дезинфекције	Стално	Сви запослени у одељењу	Спречавање ширења инфекције и брже лечење.
	ИГИН 6.9 Потребна је децентрализација техничке документације	3	Сервисне књижице и упуста за апарате су у КЈ	Стално	Одговорна сестра КЈ Главна сестра.	Исправност апарата Сигурност пацијента
	ИГИН 6.12 Отклонити ризик приликом манипулације прљавим материјалом и вешом	1	Контрола чистог и прљавог пута, где се укрштају, строго временско разграничење између који се врши прање и дезинфекција	Одмах Стално	Одговорна сестра КЈ Главне сестра	Смањити број интрахоспиталних инфекција
	ИГИН 8.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.	2	Свим запосленим Стратешки план је доступан у сваком тренутку а планови о унапређењу квалитета се доносе на одељењском састанку	Стално	Сви запослени	Побољшање квалитета рада
	ИГИН 8.2 По изради плана неопходна је континуирана ревизија ради	2	Одељенски план о унапређењу квалитета донети према усвојеној	за сваку календарску	Лекари КЈ Начелник одељења и запослени	Побољшање квалитета рада

	унапређења квалитета		процедури	годину		
	ИГИН 8.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	2	Праћење остваривања плана вршити кроз свакодневне активности	стално	Лекари КЈ Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада
	ИГИН 8.4 Увести поступак сталног упознавања запослених са напретком у квалитету услуга	2	На месечним састанцима се износе показатељи квалитета рада, неходно је проширити број показатеља	стално	Лекари КЈ Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада
	ИГИН 8.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.	2	На месечним састанцима се износе показатељи квалитета рада, неходно је проширити број показатеља	стално	Лекари КЈ Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада
	ИГИН 8.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.	3	Сваки предлог запосленог треба озбиљно прихватити, анализирати, сваки добар усвојити чиме ће се и охрабрити други за позитвне сугестије	стално	Лекари КЈ Начелник одељења Главна сестра	Побољшање квалитета рада
	ГАЛП 1.3 Потребно је унапређење квалитета кроз ревизију и унапређење процедура које су до сада у краћем временском року у примени	1	Упознати запослене са новим процедурама и инсистирати на њиховој примени	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Поштовање новоусвојених процедура
	ГАЛП 2.5 Потребно је охрабрити лекаре да евидентирају и по потреби ревидирају план лечења у историји болести.	1	У јутарњој визити сагледавати план лечења уз сагласност пацијента и писмено евидентирати	одмах	Начелник одељења	Строго поштовање процедура уз сагласност пацијената
	ГАЛП 3.1 Препоручује се доследна примена критеријума у смислу упознавања здравствених радника укључених у лечење пацијента путем састанака	1	Редовно одржавање одељенских састанака и колегијума, где се сви здравствени радници упознају са новинама у лечењу и инсистира на	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Строго поштовање процедура и њихова примена

	колегијума		примени критеријума			
	ГАЛП 3.4 Обезбедити доказ о примени националних и међународних водича добре праксе	1	Инсистирати на набавци уџбеника који представљају националне и међународне водиче добре праксе у штампаној и електронској форми	Месец дана	Начелник одељења	Доступност водича добре праксе
	ГАЛП 3.5 Потребни докази о поштовању мисије и визије установе	1	Стална доступност мисије и визије установе на огласној табли и сајту болнице	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Обавештеност свих запослених
	ГАЛП 4.1 Потребно је редовно разматрање плана лечења	1	У јутарњој визити и свакодневним сатанцима код начелника одељења разматрати план лечења	одмах	Начелник одељења и колегијум лекара	Поштовање усвојених процедура
	ГАЛП 4.2 Потребна је евиденција измена плана лечења	1	Свакодневно водити стриктну евиденцију измене плана лечења и о њој обавестити пацијента и колегијум лекара	одмах	Начелник одељења и колегијум лекара	Поштовање усвојених процедура
	ГАЛП 4.3 Потребно је охрабрити лекаре да евидентирају измене плана лечења у историји болести.	1	Наглашавати значај евидентирања измене плана лечења и упознавање здравствених радника са њом	одмах	Начелник одељења	Редовно вођење евиденција у писаној форми
	ГАЛП 4.4 Потребно је разматрање промене плана лечења са пацијентом	1	У свакодневним обилазцима пацијента обавештавати о променама плана лечења и тражити његову сагласност	одмах	Начелник одељења	Задовољство пацијента и постизање очекиваних резултата у плану лечења и исходу
	ГАЛП 6.4 Препоручујемо да документација буде смештена покрај опреме на коју се односи	1	Писмена документација, упутства рада апарата морају да стоје на видном месту поред опреме	одмах	Начелник одељења и главна сестра	Поштовање процедура у примени опреме
	ГАЛП 7.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким	1	Редовно одржавање месечних састанака колегијума и одељенских	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Обавештеност особља

	планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.		сатанака. Сви запослени упознати са Стратешким планом Опште болнице.			
	ГАЛП 7.2 По изради плана неопходна је континуирана ревизија ради унапређења квалитета	1	На редовним састанцима и колегијумима неопходно је упознавање запослених са мерама за унапређење и евидентирање	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Поштовање процедура уз увођење нових и ревизију старих процедура
	ГАЛП 7.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	1	О томе разговарати на сваком одељенском састанку	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Укључење свих запослених у процес унапређења квалитета
	ГАЛП 7.4 Увести поступак сталног упознавања запослених са напретком у квалитету услуга	1	Редовни месечни састанци	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Укључење свих запослених у процес унапређења квалитета
	ГАЛП 7.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.	1	Храбрити запослене у писању нових процедура и поштовању постојећих	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Успостављање нових процедура и поштовање постојећих, те повећање квалитета рада
	ГАЛП 7.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.	1	Наглашавати значај у поштовању постојећих процедура и поштовању нових	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Укључивање свих запослених у процес унапређења квалитета рада
	ГАОС 4.5 Потребно је обезбедити континуитет у раду комисије	1	Редовно одржавање састанака и уредно вођење записника са састанака уз ревизију урађеног	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Унапређење квалитета рада у пружању услуга и безбедности пацијента
	ГАОС 4.6 Потребно је обезбедити континуитет у раду комисије и доказе о раду и активностима	1	Редовни састанци уз редовно вођење записника са састанака комисије	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Унапређење квалитета рада у пружању услуга и безбедности пацијента
	ГАОС 5.2 Доследно применити критеријум у смислу редовне комуникације са запосленима у циљу њиховог	1	Редовно одржавање одељенских састанака, те упознавање запослених са изменама процедура	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Доследна примена и поштовање нових процедура

	уознавања са изменама процедура					
	ГАОС 5.4 Наставити активности на одржавању континуитета у примени критеријума.	1	Редовно контролисање рада здравствених радника и строга контрола примене успостављених процедура	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Задовољство запослених уз поштовање рада и усвојених процедура
	ГАОС 5.5 Обезбедити доказ о примени националних и међународних водича добре праксе	1	Инсистирати на набавци уџбеника који представљају националне и међународне водиче добре праксе у штампаној и електронској форми	Месец дана	Начелник одељења	Свим запосленима доступна примена водича добре праксе
	ГАОС 6.2 Употребом и ревизијом процедура за кретање по блоку смањити ризик	1	Инсистирати на успостављеној процедури кретања по блоку и на тај начин смањити ризик	одмах	Сви запослени	Смањење ризика и безбедност пацијента
	ГАОС 6.6 Потребна је децентрализација документације о опреми	1	Обезбедити да документација стоји на видном месту уз апарат	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Обавештеност особља
	ГАОС 7.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.	1	Редовно одражавање одељенских састанака колегијума уз упознавање са стратешким планом установе и евидентирањем предлога за унапређење квалитета	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Сви запослени су упознати са стратешким планом установе који се налази на Сајту Опште болнице и у склопу Одељења
	ГАОС 7.2 По изради плана неопходна је континуирана ревизија ради унапређења квалитета	1	Евидентирање проблема који проистичу из плана и бележење предлога за њихово унапређење	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Унапређење квалитета рада уз писање нових и ревизију старих процедура
	ГАОС 7.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	1	На састанцима комисије за унапређење квалитета разматрати унапређење квалитета	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Унапређење квалитета рада
	ГАОС 7.4 Увести поступак сталног	1	На састанцима охрабривати запослене, упознавати их са	Месец дана	Начелник одељења и главна	Побољшање квалитета рада

	узнавања запослених са напретком у квалитету услуга		подацима који указују на напредак у квалитету услуга		сестра	
	ГАОС 7.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.	1	Писати нове процедуре које поштују специфичност рада нашег одељења уз пошовање осталих процедура	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Побољшање квалитета рада
	ГАОС 7.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.	1	О томе разговарати и уливати самопоуздање	Месец дана	Начелник одељења и главна сестра	Укљученост свих запослених у процес унапређења квалитета рада
	ПЛП 1.3 Потребно је унапредити примену критеријума	1	Инсисирати на јасним задужењима особља при пријему и тријажи	Месец дана	Начелник и главна сестра	Поштовање усвојених процедура
	ПЛП 1.4 Потребно је унапредити примену критеријума	1	Повећати доступност лекара за давање информација	Месец дана	Лекари одељења	Задовољство родитеља
	ПЛП 2.4 Потребно је унапредити начин дефинисања плана лечења	1	Објаснити детаљно родитељу планирану дијагностичку процедуру	Месец дана	Лекари одељења	Разумевање и сагласност родитеља
	ПЛП 2.6 Унапредити начин комуникације са породицом пацијента	1	Сваку измену плана лечења предочити благовремено родитељу	Месец дана	Лекари одељења	Перманентна обавештеност родитеља
	ПЛП 3.1 Потребно је унапредити комуникацију у вези плана лечења	1	Родитељу на разумљивим начин објаснити план лечења	Месец дана	Лекари одељења	Разумевање и сагласност родитеља
	ПЛП 3.5 Потребно је унапредити примену критеријума	1	Мисија и визија установе доступна на огласној табли и сајту болнице	Месец дана	Начелник и главна сестра	Обавештеност свих запослених
	ПЛП 4.1 Доследна имплементација подразумева редовно разматрање плана лечења и евиденција о томе	1	Инсистирање на ажурном документовању промене плана лечења	Месец дана	Начелник одељења	Поштовање усвојене процедуре

	ПЛП 4.2 Препоручује се евидентирање измене плана лечења	1	Инсистирање на ажурном документовању промене плана лечења	Месец дана	Начелник одељења	Поштовање усвојене процедуре
	ПЛП 4.3 Препоручује се евидентирање измене плана лечења	1	Инсистирање на ажурном документовању промене плана лечења	Месец дана	Начелник одељења	Поштовање усвојене процедуре
	ПЛП 4.4 Препоручује се поступак упознавања пацијента са изменама плана лечења	1	Родитељима детаљно објаснити разлог измене плана и очекиване резултате	Месец дана	Лекари одељења	Обавештеност родитеља
	ПЛП 6.3 Неопходно је унапредити примену критеријума	1	Одредити 1 дан у месецу за контролу	Месец дана	Главна сестра	Поштовање процедура
	ПЛП 6.4 Потребно је утврђивање распореда	1	Одредити 1 дан у месецу за контролу	Месец дана	Главна сестра	Поштовање процедура
	ПЛП 7.1 Потребно је упознавање свих запослених са стратешким планом установе те утврђивање плана за унапређење квалитета на бази стратешког плана.	1	Искористити месечне одељенске састанке за подсећање на циљеве стратешког плана. Упутити запослене на сајт болнице	Месец дана	Лекари и главна сестра	Обавештеност особља
	ПЛП 7.2 Потребна је израда и континуирана ревизија плана за унапређење квалитета на нивоу службе.	1	Поштовање процедуре за унапређење квалитета рада	Месец дана	Лекари и главна сестра	Повећање квалитета рада и безбедност пацијента
	ПЛП 7.3 Потребно је континуирано праћење активности на унапређењу квалитета	1	Чешће спроводити контролу квалитета рада	Месец дана	Начелник и главна сестра	Повећање квалитета рада и безбедност пацијента
	ПЛП 7.4 Увести поступак сталног упознавања запослених са напретком у квалитету услуга	1	О томе разговарати на сваком одељенском састанку	Месец дана	Сви запослени	Укљученост свих запослених у процес унапређења квалитета рада

	ПЛП 7.5 Увести и пратити сопствене показатеље квалитета а не само обавезне.		Стимулисати запослене да активно учествују у повећању квалитета рада	Месец дана	Сви запослени	Повећање квалитета рада
	ПЛП 7.6 Охрабрити запослене да активно учествују у процесима за унапређење квалитета.		Стимулисати запослене да активно учествују у повећању квалитета рада	Месец дана	Сви запослени	Повећање квалитета рада

План урадили:

**Грба др Милан,
Лалић Весна дипл.екон.,
ВМС Којић Бранка,
Меселција др Соња,
Зоњић др Мирослава,
Видовић Викторија дипл. пх,
Загорац др Никола,
Косановић др Дарко,
Арнаут др Милан,
Гуглета др Миладин,
Надовеза др Марија,**

Датум

11.04.2016.

Директор

Грба др Милан