

**ИНТЕГРИСАНИ ПЛАН СТАЛНОГ УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА РАДА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ  
ЗА 2016. ГОДИНУ**

Назив здравствене установе            **ДОМ ЗДРАВЉА «КРАЉЕВО»**

Назив здравствене установе у саставу

**Табела 1. Показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада**

| Р.бр. | Предмет унапређења                                       | Ниво приоритета | Мере и активности  | Времени рок | Одговорна особа   | Очекивани резултат           |
|-------|--|-----------------|--|-------------|---|------------------------------|
| 0     | 1  | 2               | 3  | 4           | 5   | 6                            |
| 1     | Скрининг за рано откривање карцинома дебелог црева       | 1               | -Позивање пацијената (позивно писмо, телефон)<br>-Набавка ФОБ тестова  | 12м.        | -Начелник СЗЗОстановништва<br>-Главна сестра СЗЗО становништва  | Обухват циљне популације 18% |
| 2     | Скрининг /рано откривање рака грлића материце            | 1               | -Позивање пацијенкиња<br>-Набавка материјала за брисеве грлића материце ПАПА тест.   | 12м.        | -Начелник СЗЗ жена<br>-Главна сестраСЗЗ жена  | Обухват циљне популације 28% |
| 3     | Обухват деце у 15. години живота комплетном вакцинацијом | 1               | -Набавка вакцине у сарадњи са ЗЗЈЗ<br>-здравствено –васпитни рад преко саветовалишта за младе<br>- Поштовати процедуре о имунизацији | 12м.        | -Начелник службе за ЗЗД и омладине<br>-Главна сестра службе за ЗЗД и омладине<br>-Комисија за квалитет у служби за ЗЗД и омладине | Обухват популације 80%       |

**Табела 2. Задовољство корисника**

| Р.бр. | Предмет унапређења  | Ниво приоритета | Мере и активности  | Временски рок | Одговорна особа  | Очекивани резултат                           |
|-------|---|-----------------|--|---------------|--|--|
| 0     | 1   | 2               | 3  | 4             | 5  | 6  |
| 1.    | Морам дуго да чекам у чекаоници да посетим лекара у СЗЗО  | 1               | -Примењивање процедуре за пријем и тријажу<br>-Заказивање прегледа повећати у свим тимовима<br>-Обавештења о раду тимова редовно ажурирати | 12 м          | -Главна сестра службе<br>-Одговорне сестре<br>-Тимске сестре | -Смањити проценат незадовољних испод 20%     |
| 2.    | Кад заказујете преглед код изабраног лекара колико дана обично чекате?<br>Никад не заказујем у СЗЗД | 1               | Примењивање процедуре за пријем и тријажу<br>-Заказивање прегледа повећати у свим тимовима<br>-Обавештења о раду тимова редовно ажурирати  | 12м           | лавна сестра службе<br>-Одговорне сестре<br>-Тимске сестре   | Смањити проценат незаказаних прегледа на 55% |
| 3.    | Медицинске сестре и лекари добро сарађују у СЗЗЖ  | 1               | -Применити процедуре за добру професионалну комуникацију<br>-Поштовати Етички кодекс   | 12м           | Руководиоци у служби ЗЗЖ и сви запослени                     | Одржати ниво добре сарадње изнад 95%         |

**Табела 3. Задовољство запослених**

| Р.бр. | Предмет унапређења  | Ниво приоритета | Мере и активности  | Временски рок | Одговорна особа  | Очекивани резултат                         |
|-------|---|-----------------|--|---------------|--|--|
| 0     | 1   | 2               | 3  | 4             | 5  | 6  |
| 1.    | Адекватношћу опреме за рад                                  | 1               | -Поштовати план набавке<br>-Успоставити приоритете у набавци опреме<br>-Применити правилник о радној одећи и обући | 12м           | Начелници Службе и директор Дома здравља<br>Начелник службе за набавке                     | Незадовољство запослених смањити испод 20% |
| 2.    | Могућностима за професионални развој/континуирану едукацију | 1               | -Поштовати план едукације  | 12м           | -Начелници служби<br>-Главне сестре служби<br>-Председници комисија за квалитет у службама | Смањити незадовољство испод 15%            |
| 3     | Односом пацијената према Вама                               | 1               | -Поштовање процедуре за пријем и тријажу<br>-  | 12м           | -Начелник службе<br>-Главна сестра службе<br>-Одговорне сестре у службама                  | Одржати Процент незадовољних на 10%        |

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

**Датум редовне провере: \_16.11.2012.**

| Р.бр. | Предмет унапређења   | Ниво приоритета | Мере и активности   | Временски рок | Одговорна особа   | Очекивани резултат   |
|-------|--|-----------------|---|---------------|---|--|
| 0     | 1  | 2               | 3   | 4             | 5   | 6  |
| 1.    | СЗЗО становништва<br>Повећати број тимова за рад и тако смањити њихову оптерећеност            | 1               | У сарадњи са Локалном самоуправом повећати број тимова у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва                  | 12м.          | Главна сестра Службе, Начелник Службе и директор Дома здравља | Повећати задовољство запослених<br>Смањење време чекања на преглед |
| 2.    | Служба стоматологије<br>Компјутеризовати службу са више компјутера са наменским програмом      | 1               | Унапредити наменски софтвер   | 12м.          | Дипломирани инг. информатике, Директор Дома здравља           | Повећање задовољство запослених                                    |
| 3.    | Служба стоматологије<br>Репарацију машине у просторима оралне хирургије                        | 1               | Средствима локалне самоуправе одређеним за стоматолошку здравствену заштиту заменити старе машине новим                       | 12м.          | Начелник Службе и директор Дома здравља                       | Повећање задовољство запослених                                    |
| 4.    | Служба медицине рада<br>Санацију просторија Службе медицине рада које су оштећене земљотресом. | 1               | У сарадњи са локалном самоуправом урадити Пројекат санације зграде<br>Обезбедити средства за хитно реновирање простора за рад | 12м.          | Директор Дома здравља   | Повећати задовољство запослених<br>Смањење време чекања на преглед |

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

| Р.бр. | Предмет унапређења                               | Ниво приоритета | Мере и активности   | Временски рок | Одговорна особа  | Очекивани резултат   |
|-------|--|-----------------|---|---------------|--|--|
| 0     | 1  | 2               | 3   | 4             | 5  | 6  |
| 1     | Давање инфузионе терапије у служби кућног лечења | 1               | -Контрола налога од изабраног лекара<br>-Поштовати принципе палијативног збрињавања<br>-Сарадња са начелницима секундарног нивоа  | 12м.          | -Начелник службе за кућно лечење<br>-Главна сестра у служби кућног лечења                                    | Број медикација у кућном лечењу смањити за 10% у односу на извршење у 2015.години.   |
| 2.    | Вођење медицинске документације у ДЗ Краљево     | 1               | -Поштовати донети план о унутрашњој провери квалитета стручног рада<br>-Ефикасно преношење информација електронским и писаним путем<br>-Унапредити софтвер за пренос информација  | 12м.          | -Начелници службе у ДЗ Краљево<br>-Главне сестре службе у ДЗ<br>-Комисија за унапређење квалитета у Службама | -Потписивање уговора о унапређењу софтвера кроз наставак сарадње истих уговарача<br>-Повећати ефикасност фактурисања за 5% у односу на 2015.год. |
| 3.    | Едукација новозапослених                         | 1               | -Упознавање са Етичким кодексом<br>-Упознавање са донетим процедурама<br>-Провера новозапослених кроз пробни рад и проверу усвојеног знања<br>-Упознавање са Стратешким планом ДЗ | 6м-12м.       | -Начелници службе<br>-Главне сестре службе<br>-Одговорне сестре у службама                                   | -Добра професионална комуникација<br>-Квалитетан и едукован кадар<br>За обављање задатака<br>-Смањење нежељених догађаја                         |

**Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије**

**Датум последње акредитацијске посете: 22.3.2016.**

| Р.бр. | Предмет унапређења  | Ниво приоритета | Мере и активности  | Временски рок | Одговорна особа   | Очекивани резултат   |
|-------|---|-----------------|--|---------------|---|--|
| 0     | 1   | 2               | 3  | 4             | 5   | 6  |
| 1     | СЗЗО<br>Стандард: 1.0<br>К 1.1;1.2;1.3;1.4<br><br>Повећати обухват на скрининг и превентивне прегледе и наставити са активностима на унапређењу одазива пацијената на превентивне прегледе. | 1               | - позивање пацијената телефоном и позивним писмом<br>- праћење одазива кроз анализу реализације плана превентивних и скрининг прегледа<br>- унутрашња контрола превентивних и скрининг прегледа кроз месечну евиденцију показатеља квалитета<br>- дефинисати време за превентивне прегледе | 12 месеци     | - Сви запослени<br>- Одговорна сестра Службе<br>- Главна сестра Службе<br>- Начелник Службе | - растерећене тимова куративним прегледима<br>- бољи квалитет и обухват превентивним прегледима<br>- веће задовољство и корисника и запослених |
| 2     | СЗЗО<br>Стандард: 3.0<br>К 3.7<br><br>План лечења разматрати са пацијентом  | 1               | - унутрашња контрола квалитета стручног рада, контрола вођења медицинске документације   | 12 месеци     | - Тимови<br>- Начелник Службе   | - правилно вођење медицинске документације   |
| 3     | СЗЗО<br>Стандард: 5.0 и 6.0<br>К 5.2;5.3;5.5 ;6.1<br><br>Анализа плана лечења   | 1               | - унутрашња контрола квалитета стручног рада, контрола вођења медицинске документације<br>- примена усвојене процедуре   | 12 месеци     | - Тимови<br>Одговорна сестра Службе<br>- Главна сестра Службе<br>- Начелник Службе          | - Унапређено евидентирање плана и ревизије плана лечења<br>- вођење медицинске документације по законским смерницама                           |
| 4     | СЗЗО<br>Стандард: 6.0<br>К 6.5<br>Вођење здравственог картона   | 1               | - умрежавање са ОБ „Студеница“ кроз интегрисани информациони систем  | 12 месеци     | - Одговорна сестра Службе<br>- Главна сестра Службе   | - унапређен пренос информација о лечењу пацијената што подразумева бољи квалитет, скраћено   |

|   |   |   |  |           |   |  |
|---|---|---|--|-----------|---|--|
|   |   |   |  |           | - Начелник Службе<br>- дип. инж.<br>информатике   | време чекања на лечење и<br>дијагностичке процедуре  |
| 5 | С33О<br>Стандард: 7.0<br>К. 7.1<br><br>Прилази установи требало би да<br>буду адекватно обележени и<br>прилагођени  | 1 | - обавестити Локалну<br>самоуправу и Месне заједнице<br>о потребама особа са<br>инвалидитетом које се односе<br>на прилаз3А  | 12 месеци | - Шеф обезбеђења<br>- Шеф техничке<br>службе  | - обезбеђен прилаз 3А и 3С<br>особа са инвалидитетом |
| 6 | С33О<br>Стандард: 8.0<br>К 8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.5; 8.6;<br><br>Препоручује се даља<br>имплементација критеријума у<br>циљу бољег разумевања и већег<br>учешћа запослених | 1 | - редовно одржавање<br>састанака Комисије за<br>квалитет и упознавање<br>запослених са мерама за<br>унапређење које су донете на<br>састанцима<br>- разматрати области које<br>треба унапредити кроз<br>евиденцију показатеља<br>квалитета<br>- спровести мере за што боље<br>евидентирање нежељених<br>догађаја и нежељеног дејства<br>лека<br>- појачна унутрашња контрола<br>квалитета стучног рада са<br>посебним освртом на<br>безбедност пацијента | 12 месеци | - Сви запослени<br>- Одговорна сестра<br>Службе<br>- Главна сестра<br>Службе<br>- Начелник Службе<br>- Комисија за<br>унапређење<br>квалитета стручног<br>рада<br>- Главна сестра ДЗ<br>- Директор ДЗ | - бољи квалитет рада и већа<br>безбедност пацијената |
| 7 | С33Ж<br>Стандард 3.0<br>К. 3.7<br><br>План лечења се разматра са<br>пацијенткињомодносно са<br>породицом. У картон се<br>евидентира да је ово разматрање<br>обављено.     | 1 | Упознавање запослених са<br>законском регулативом везано<br>за вођење медицинске<br>документације  | 12 месеци | -сви тимови<br>-главна сестра<br>-начелник  | -адекватно вођење<br>медицинске документације        |
| 8 | С33Ж<br>Стандард 4.0  | 1 | Кроз унутрашњи стручни<br>надзор проверавати креирање  | 12 месеци | -сви тимови<br>-главна сестра<br>-начелник  | Задовољство пацијената                               |

|    |  |   |  |           |  |  |
|----|--|---|--|-----------|--|--|
|    | К.4.11<br>Постоји систем спречавања настанка грешке приликом руковања лековима.  |   | налога за ампулирану терапију  |           |  | услугама пруженим у СЗЗЖ:  |
| 9  | СЗЗЖ<br>Стандард 5.0<br>К.5.5<br>Промена плана лечења разматрају се са пацијенткињом односно са породицом пацијенткиње.  | 1 | Кроз План унутрашње контроле у Служби контролисати примену обрасца о информисању пацијента са Планом лечења  | 12 месеци | - сви тимови<br>- главна сестра<br>- начелник              | - Информисаност пацијената са Планом лечења<br>- Поштовање права пацијената  |
| 10 | ЗЗД<br>Стандард 3.0<br>К.3.2<br>Утврђује се и евидентира у здравствени картон потреба за упућивањем на дијагностичке тестове (лабораторија, дијагностичке тестове) | 1 | Унутрашњом провером квалитета стручног рада контролисати примену процедуре.  | 12 месеци | Изабрани лекари<br>Начелник службе<br>ЗЗД                  | Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.   |
| 11 | ЗЗД<br>Стандард 3.0<br>К. 3.6; 3.7<br>План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента и разматра се са пацијентом односно породицом.              | 1 | Унутрашњом провером квалитета стручног рада контролисати примену процедуре јасног евидентирања плана лечења и коришћења печата плана лечења у здравствени картон.  | 12 месеци | Изабрани лекари<br>Начелник службе<br>ЗЗД                  | Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.<br>Задовољство корисника службе.  |
| 12 | ЗЗД<br>Стандард 5.0<br>К 5.1;5.2;5.3;5.4;5.5<br>План лечења се редовно анализира.Промена плана лечења се редовно евидентира у здравствени картон                   | 1 | Унутрашњом провером квалитета стручног рада контролисати примену процедуре јасног евидентирања плана лечења и коришћења печата плана лечења и евидентирања потписа у случају одбијања медицинског третмана у | 12 месеци | Изабрани лекари<br>Главна сестра<br>Начелник службе<br>ЗЗД | Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.<br>Задовољство корисника службе.<br>Одржавање тимског рада и унапређена двосмерна |

|    |  |   |   |           |   |   |
|----|--|---|---|-----------|---|---|
|    |  |   | здравствени картон.   |           |   | комуникација међу запосленима.  |
| 13 | ЗЗД<br>Стандард 6.0<br>К. 6.5<br>Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информацијама о отпусту из друге здравствене установе                               | 1 | Унапређење информационог система ради боље комуникације секундарног и терцијалног нивоа<br>Унутрашњом провером квалитета стручног рада контролисати примену процедуре.                                  | 12 месеци | Изабрани лекари<br>Начелник службе<br>ЗЗД   | Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.<br>Задовољство корисника службе.Благовремено обавештавање пацијента о потреби хоспитализације и да ли је хоспитализован.     |
| 14 | ЖС<br>Стандард 2.0<br>Критеријуми 2.1<br><br>Постоје процедуре за случај појаве и ширење инфекција повезаних са здравственом интервенцијом и заразних болести  | 1 | Примена Плана,Програма и Правилника за спречавање интрахоспиталних инфекција,унутрашња контрола примењених процедура  | 12 месеци | Сви запослени<br>Комисија за сузбијање интрахоспиталних инфекција<br>Комисија за управљање медицинским отпадом<br>Координатор у Служби за санитарну обраду простора | Примена процедура у свакодневном раду,боље вођење документације,безбедност запослених и пацијената  |
| 15 | ЖС<br>Стандард 3.0<br>Критеријуми 3.4 3.5 3.6<br><br>Комисија редовно проверава и ревидира све процедуре и поступке контроле.Документација о предузетим мерама и ревизији чува се током прописаног временског рока | 1 | Примена Пословника о раду Комисије за спречављење интрахоспиталних инфекција,.Приликом надзора а у случају уоченог проблема Комисија предлаже мере и поступке према руководећим органима установе и ЗЗЗ | 12 месеци | Директор Дома здравља   | Боља безбедност запослених и пацијената,уредно вођење записника са сатанака , разматрање и примена препорука са састанака.Поштовање примена процедура и завршетак адаптирања привременог складишта за медицински и фармаколошки отпад |
| 16 | ЖС<br>Стандард 5.0   | 1 | Примена Правилника о управљању медицинским  | 12 месеци | Координатор у Служби за   | Медицински отпад се одлаже у скалду са Правилником о  |



|    |   |   |  |           |   |  |
|----|---|---|--|-----------|---|--|
|    | К. 5.1 5.2 5.4<br>Медицински отпад унутар здравствене установе одлаже се на адекватан начин   |   | отпадом .Унутрашња контрола примене процедура од стране руководиоца службе   |           | санитарну обраду простора Сви запослени који имају додир са медицинским отпадом   | управљању и третману медицинским отпадом,већа безбедност запослених и пацијената   |
| 17 | ЖС<br>Стандард 7.0<br>К. 7.3 7.4<br><br>У здравственој установи постоји лице одговорно за управљање медицинским отпадом                 | 1 | Одређено је лице за управљање медицинским отпадом –Координатор у Служби за санитарну обраду простора,има потребну едукацију за рад.Члан је Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција и Комисије за управљање медицинским отпадом | 12 месеци | Координатор у Служби за санитарну обраду простора                                 | Одговорно лице предлаже политику управљања медицинским отпадом у складу са правилником,спроводи унутрашњу контролу,већа безбедност запослених и пацијенат, извештава Комисије о раду |
| 18 | ЖС<br>Стандард 14.0<br>К. 14.1 14.2<br><br>Постоји план за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација                              | 1 | Актом о процени ризика и Програмом обуке радника дефинисани су ризици од настанка масовних несрећа и акцидентних ситуација   | 12 месеци | Директор Дома здравља   | Боља безбедност запослених и пацијената,одређена су лица за управљање и координацију у масовним несрећама и акцидентним ситуацијама  |
| 19 | ЖС<br>Стандард 15.0<br>К. 15.1 15.2<br><br>Врши се ревизија и промена плана у пракси за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација | 1 | Природа делатности установе је у потпуности сагласна са потребама реаговања у датим ситуацијама јер се обука спроводи кроз редован рад   | 12 месеци | Лице задужено за безбедност и здраље на раду<br>Директор Дома здравља             | Едукација кадра повећава и безбедност на раду  |
| 20 | ЖС<br>стандард 20.0<br>К. 20.1 20.8<br><br>Постоје адекватне процедуре за вршење стерилизације  | 1 | Лице које врши стерилизацију води евиденцију о тачном времену укључивања ,времену прописане температуре,врсти материјала који се стерилише као и о хемиској контроли тест трака.Све се евидентира у                                      | 12 месеци | Лице које врши стерилизацију<br>Координатор у Служби за санитарну обраду простора | Правилна припрема материјала за стерилизацију и вођење књиге стерилизације боља безбедност пацијента   |

|    |   |   |  |           |   |  |
|----|---|---|--|-----------|---|--|
|    |   |   | књизи стерилизације  |           |   |  |
| 21 | ЖС<br>Стандард 22.0<br>К. 22.1 22.2 22.3<br><br>Здравствена установа безбедно<br>рукује<br>опремом, материјалом, уређајима<br>и простором   | 1 | Евидентирано одржавање<br>апарата и уређаја. Потписани<br>уговори са овлашћеним<br>сервисерима за одржавање<br>медицинске и друге опреме<br>.постоји план набавке на<br>нивоу служби у установи  | 12 месеци | Шеф техничке<br>службе  | Редовно сервисирање и<br>одржавање медицинске<br>опреме боља безбедност<br>пацијената  |
| 22 | ЉР<br>Стандард 5.0<br>К.5.1<br>У здравственој установи постоји<br>управљачка структура која<br>одређује :<br>-лице одговорно за рад<br>организационе јединице<br>-чланове комисија у<br>организационој јединици<br>-начин утврђивања и ревизије<br>протокола и водича клиничке<br>праксе<br>-мере одржавања радне<br>дисциплине | 1 | Пратити се рад руководећих<br>структура по организационим<br>јединицима и доносе се<br>оцене о њиховом раду на<br>годишњем колегијуму<br>установе.<br><br>Спроводи се мере за проверу<br>радне дисциплине и у складу<br>са правилником се примењују.<br>Рад комисија по<br>организационим јединицама<br>претити се кроз одржавање<br>састанака и вођење<br>записника .Праћење<br>извршавања донетих<br>закључака и мера. | 12 месеци | Главне сестре<br>организационих<br>јединица<br>Главна сестра Дома<br>здравља<br>Начелници службе<br>Директор Дома<br>здравља                | Добри резултати рада<br>установе који се прате кроз<br>показатеље квалитета и<br>извршавање плана рада.                        |
| 23 | УИ<br>Стандард 2.0<br>К.2.4<br>Подаци добијени помоћу<br>показатеља се :<br>-скупљају<br>-сумирају<br>-анализирају и тумаче<br>- презентују по налогу   | 1 | Редован рад комисије за<br>унапређење квалитета рада (1-<br>2 пута месечно)<br>Анализа прикупљених<br>података на кварталном нивоу<br>Упознавање запослених са<br>активностима на унапређењу<br>квалитета и укључивање<br>запослених у те активности.  | 12 месеци | Изабрани тимови<br>Главне сестре<br>служби<br>Главна сестра<br>установе<br>Начелници служби<br>Комисија за<br>квалитет на нивоу<br>установе | Побољшање квалитета<br>стручног рада по службама а<br>самим тим и установе,<br>Повећање задовољства<br>запослених и корисника. |

|    |  |   |  |           |   |   |
|----|--|---|--|-----------|---|---|
|    | -користе за унапређење рада  |   |  |           |   |   |
| 24 | УИ<br>Стандард 3.0<br>К. 3.1; 3.2;3.3<br>Објављују се информације од значаја за здравствену установу и од јавног значаја   | 1 | Именовати лице за давање информација од јавног значаја као и лице за давање информација од значаја за здравствену установу.<br>Поштовати донету процедуру за давање и објављивање информација од значаја за здравствену установу као и присуству ТВ емисијама, трибинима и стручним предавањима.                   | 12 месеци | Директор ДЗ   | Именовање лица за давање и објављивање информација од јавног значаја за здравствену установу и од јавног значаја.   |
| 25 | РУ<br>Стандард 3.0<br>К. 3.3<br>Постоје поступци за праћење и коришћење свих ресурса.  | 1 | Праћење потреба установе за кадровима као и преиспитивањем постојећих потреба унутар установе за прерасподелом.<br>Поштовање донетих планова набавке и поштовање приоритета набавке.   | 12 месеци | Начелник правне службе<br>Начелник економске службе<br>Директор ДЗ<br>Управни одбор                                     | Побољшање квалитета обављених послова у свим сегментима службе кроз испуњење донетих планова и поштовање донетих процедура.   |
| 26 | РУ<br>Стандард 5.0<br>К. 5.3;5.4<br>У случају појаве нежељених догађаја испитује се узрок настанка.<br>Предузимају се активности отклањања узрока који су довели донежењених догађаја. | 1 | -Редовни састанци комисије за унапређење квалитета<br>-редовна унутрашња провера квалитета стручног рада<br>-мотивација запослених да се нежељени догађаји бележе<br>-израда стратегије за безбедност пацијента по препоруци АЗУС-а<br>-израда процедуре за пријављивање вербалних и физичких напада на запослене. | 12 месеци | Сви запослени<br>Главне сестре служби<br>Главна сестра ДЗ<br>Начелници служби<br>Комисија за квалитет ДЗ<br>Директор ДЗ | -Урађена стратегије за безбедност пацијента<br>-Израђена процедура за пријављивање вербалног и физичког напада на запослене<br>-Добра евиденција и анализа нежељених догађаја |
| 27 | СУ<br>Стандард 5.0   | 1 | Редовни састанци УО прилагођени потребама  | 12 месеци | Управни одбор<br>Надзорни одбор   | Добра и конструктивна сарадња УО и НО за бољи   |

|  |   |  |  |  |  |                         |
|--|---|--|--|--|--|-------------------------|
|  | К. 5.3;5.4<br>УО утврђује мере за унапређење свог рада.<br>УО је дужан да о свом раду и плановима за унапређење рада извештава НО |  | установе .<br>Редовна координација УО и НО |  |  | квалитет рада установе. |
|--|---|--|--|--|--|-------------------------|

**Извештај урадила:**

**Др Мирослав Даничић спец. опште мед. председник Комисије за квалитет**

**Датум:**

Др Милена Радовановић спец. опште мед.

15.02.2016.

Славица Радојевић виша мед. сестра

Мирјана Јовичић мед. сестра

Владимир Чибуквац дипл. инг. Информатике

допуна са табелом 5

14.04.2016.