	Br. ev.	JU Opća bolnica "Prim. dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo	ASB br. kriterija 2.38-2.47
	Datum		UPRAVLJANJE I RUKOVOĐENJE BOLNICOM Standard 2 : Odgovornosti organa upravljanja i organa rukovođenja Politike i procedure
	2563-3/7	06-04-2017	

PROCEDURA UPRAVLJANJA INTERNIM DOKUMENTIMA SISTEMA POBOLJŠANJA KVALITETA	Verzija.01
	Ukupno str. 15

1. IZJAVA O POLITICI

- 1.1. Akreditacijski standardi za bolnice implementiraju se putem različitih dokumenata sistema poboljšanja kvaliteta (SPK) u JU Opća bolnica „Prim. dr. Abdulah Nakaš“ Sarajevo.
- 1.2. Dokumenti se razvijaju u skladu sa ciljevima i zadacima ustanove, zakonskim i podzakonskim propisima, općim aktima ustanove, potrebama procesa rada i AKAZ-ovim Akreditacijskim standardima za bolnice.
- 1.3. Izradom i primjenom dokumentiranih procedura stvaraju se uslovi za kontrolu i poboljšanje kvaliteta u svim područjima rada.
- 1.4. Ovom procedurom se utvrđuju pravila upravljanja svim internim dokumentima SPK u JU Opća bolnica „Prim. dr. Abdulah Nakaš“ Sarajevo.
- 1.5. Pod internim dokumentima se podrazumijevaju sve vrste informacija bez obzira na medije na kojima se one nalaze, a nastaju unutar ustanove.
- 1.6. *Napomena:* ukoliko se zbog prirode dokumenta nije moguće pridržavati ove procedure, to je potrebno naglasiti u Matičnoj knjizi procedura/politika u segmentu "napomena" (npr. obrasci su u elektronskoj formi i kao takvi definisani su softverskim rješenjem).

2. PODRUČJE PRIMJENE

- 2.1. Sve organizacione jedinice JU Opća bolnica „Prim. dr. Abdulah Nakaš“ Sarajevo.

3. POZICIJA

- 3.1. Proceduru odobrava direktor JU Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo.

4. DISTRIBUCIJA I NADZOR

- 4.1. *Šefovi svih organizacionih jedinica ustanove, samostalnih ili u sastavu, te glavni medicinski tehničar ustanove i glavni /odgovorni medicinski tehničari* dužni su da sa ovom procedurom upoznaju sve radnike.
- 4.2. Ova procedura mora biti postavljena na mjesto koje je dostupno svim radnicima.
- 4.3. *Rukovodioci svih nivoa* kontinuirano vrše praćenje i kontrolu primjene ove procedure.
- 4.4. *Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta* periodično vrši praćenje i kontrolu primjene ove procedure.

5. PROCES RADA

- 5.1. Upravljanje dokumentima podrazumijeva način izrade, način označavanja, odobravanje, distribuciju, upoznavanje, reviziju, čuvanje, kontrolu i povlačenje zastarjelih dokumenata, a krajnji cilj je osigurati pravovremenu primjenu važećih dokumenata.
- 5.2. Pored formalnih dokumenata (papirna forma) i elektronskih dokumenata (Microsoft Word 2003-2016) dokument može biti i u nekom grafičkom formatu (slika ili set slika, tabela, algoritam i sl.).
- 5.3. Bitno je da su svi dokumenti izrađeni na mediju sa koga se po potrebi mogu reproducirati.

5.4. Izgled dokumenta

- 5.4.1. Svi dokumenti SPK u JU Opća bolnica „Prim. dr. Abdulah Nakaš“ Sarajevo imaju standardan izgled.
- 5.4.2. Izgled dokumenta se reguliše „Procedurom definisanja izgleda internih dokumenata“ i „Procedurom formatiranja internih dokumenata“ ili određenim zakonskim/podzakonskim aktima koji ih definišu.

5.5. Izrada dokumenta

- 5.5.1. Upute za izradu dokumenata mogu se po potrebi tražiti od *Odsjeka za planiranje i poboljšanje kvaliteta*.
- 5.5.2. Prilikom izrade dokumenata mora se obezbijediti učešće osoblja na koje će se ta dokumenta odnositi pribavljanjem njihovih mišljenja putem zajedničkih sastanaka i omogućavanja davanja usmenih i pisanih pojedinačnih sugestija i komentara. Ovaj proces se mora uraditi i u toku i po završetku izrade nacrt dokumenta.
- 5.5.3. Izrada dokumenta obuhvata fazu planiranja, fazu fizičke izrade i fazu kontrole nacrt dokumenta.
- ### **5.5.4. Planiranje izrade dokumenata**
- 5.5.4.1. Planiranje izrade dokumenata se vrši jednom godišnje sa rokom do 30 novembra tekuće godine i sastavni je dio Godišnjeg plana rada svake organizacione jedinice
- 5.5.4.2. Planiranje obuhvata fazu izrade novog dokumenta i fazu revizije postojećih dokumenata.
- 5.5.4.3. Planiranje novih dokumenata se vrši:
- 5.5.4.3.1. - u slučaju promjene organizacione strukture ustanove
- 5.5.4.3.2. - uvođenja novih usluga (novih procedura rada)
- 5.5.4.3.3. - uvođenjem novopropisanih procedura ili one proizilaze iz nove važeće legislative, čak i ako nisu obuhvaćene „Akreditacijskim standardima za bolnice“ (ASB).
- 5.5.4.4. Obrazac za “Plan izrade novih procedura” popunjava se po sljedećim elementima (Vidi prilog br. 1):
- 5.5.4.4.1. - naziv nove procedure
- 5.5.4.4.2. - ABS naziv dijela, br. naziv standard, br. kriterija
- 5.5.4.4.3. - naziv organizacionih jedinica na koje se procedura odnosi
- 5.5.4.4.4. - izrada (ime pojedinca ili članova tima)
- 5.5.4.4.5. - rok izrade.
- 5.5.4.5. *Napomena:* Planiranje revizije dokumenata vidjeti u poglavlju “Revizija dokumenata” (5.14.1.)
- ### **5.5.4.6. Područje odgovornosti**
- 5.5.4.6.1. - *Šefovi organizacionih jedinica* ustanove su odgovorni za planiranje izrade novih i reviziju procedura koje su specifične za rad njihovih organizacionih jedinica.
- 5.5.4.6.2. - *Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta* dužan je da planira izradu novih i reviziju procedura koje su zajedničke za dvije ili više organizacionih jedinica ili za cijelu ustanovu i pri tome se konsultuje sa organizacionim jedinicama na koje će se odnositi.
- 5.5.4.6.3. - *Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta* na taj plan nadovezuje planove iz organizacionih jedinica i formira godišnji plan bolnice.
- ### **5.5.5. Postupak izrade dokumenta**
- #### **5.5.5.1. Ko izrađuje dokument?**
- 5.5.5.1.1. Aktivnosti na izradi dokumenata mogu se voditi formiranjem timova (složenije i zahtjevnije procedure. procedure vezane za rad više organizacionih jedinica ili ako je u proces rada involvirano više osoba od kojih svaka obavlja samo jedan segment) ili zaduživanjem pojedinaca.
- 5.5.5.1.2. Tim se sastoji od najviše tri člana od kojih je jedan vođa tima.
- #### **5.5.5.2. Ko imenuje pojedinca/tim za izradu dokumenta?**
- 5.5.5.2.1. Timove ili pojedince može imenovati:
- 5.5.5.2.2. - Šef organizacione jedinice za izradu dokumenata koji su specifični samo za tu organizacionu jedinicu.
- 5.5.5.2.3. - Šef Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta za izradu procedura vezanih za rad dviju ili više organizacionih jedinica ili cijele ustanove.
- 5.5.5.2.4. - Direktor, ako je takav način rada određen statutom ustanove, a kod izrade dokumenata za potrebe svih ili većeg broja organizacionih jedinica i u situacijama kada se vežu procesi rada medicinskog i nemedicinskog sektora.
- #### **5.5.5.3. Način izrade dokumenta**
- 5.5.5.3.1. Izrada svakog dokumenta se sastoji od izrade nacrt i izrada konačnog teksta.
- 5.5.5.3.2. Nacrt dokumenta procedure sadrži sljedeće cjeline:
- 5.5.5.3.2.1. - Izjava o politici
- 5.5.5.3.2.2. - Područje primjene

- 5.5.5.3.2.3. - Pozicija
 - 5.5.5.3.2.4. - Distribucija i nadzor
 - 5.5.5.3.2.5. - Proces rada
 - 5.5.5.3.2.6. - Revizija
 - 5.5.5.3.2.7. - Veza sa standardima i drugim dokumentima
 - 5.5.5.3.2.8. - Prilozi (nije obavezno).
- 5.5.5.3.3. Izrada nacrtu podrazumijeva i usaglašavanje teksta sa dobrom praksom.
- 5.5.5.3.4. Prilikom izrade nacrtu dokumenta, ako je riječ o procedurama, treba nastojati standardizirati i obrasce koji dokumentiraju primjenu procedure.
- 5.5.5.3.5. Kada se izradi nacrtu dokumenta za jednu organizacionu jedinicu, sa nacrtom se na zajedničkom sastanku mora upoznati svo osoblje kako bi se čule dodatne sugestije i na osnovu toga napravile dodatne izmjene i dopune. Na taj način će se postići involviranost svih koji učestvuju u realizaciji opisanog procesa, te izbjeći mogući propusti, zabune i gerške.
- 5.5.6. Označavanje dokumenata**
- 5.5.6.1. Označavanje brojevima ASB kriterija**
- 5.5.6.1.1. Na naslovnici svakog dokumenta, na predviđenom mjestu, upisuje se broj pripadajućeg kriterija.
- 5.5.6.1.2. Ukoliko dokument pokriva više kriterija u nizu, tada se navodi broj prvog i broj zadnjeg kriterija u nizu i povezuju se crticom (npr. 19.1-19.4).
- 5.5.6.1.3. Ukoliko dokument pokriva više kriterija čija se kombinacija sastoji od kriterija u nizu i različitih pojedinačnih kriterija, tada se navode po rastućem redosljedu i odvajaju se zarezom (npr. 35.8, 35.11, 35.13-35.19, 35.24-35.27, 36.12-36.14, 36.22-36.27).
- 5.5.6.1.4. U slučaju kada ima mnogo brojeva kriterija, kao npr. u prethodnom primjeru, dozvoljeno je odstupiti od zadate veličine formatiranja za tu rubriku (9pt) i format smanjiti kako bi svi brojevi mogli stati a da su čitljivi.
- 5.5.6.2. Označavanje neimenovanih procedura**
- 5.5.6.2.1. Ukoliko dokument svojom problematikom direktno ne pokriva ni jedan kriterij iz knjige Akreditacijskih standard za bolnice, ali se tematski uklapa u neki od ASB standarda stavlja se broj tog standard, dodaje se tačka(.) a iza nje nula (0), npr. 32.0, 45.0, 53.0 itd. Istovremeno, podnaslov iz zaglavlja dokumenta, ukoliko ga standard ima, približnije će ga smjestiti unutar tog standard. Ovo je bitno kod pohranjivanja dokumenta u registrator jer će svi dokumenti jednog standarda tada biti na okupu.
- 5.5.6.3. Kontrola nacrtu dokumenta**
- 5.5.6.3.1. Kada se izradi konačni nacrtu dokumenta, a on je u organizacionoj jedinici prošao na sastanku prethodnu konsultaciju sa osobljem (5.5.5.3.5.), finalnu kontrolu treba da uradi osoba koja je prošla AKAZ-ov tečaj i šef organizacione jedinice. Kontroliše se i formalna i sadržajna strana dokumenta.
- 5.5.6.3.2. Ukoliko se dokument odnosi na dvije ili više organizacionih jedinica, o finalom nacrtu na sastanku trebaju svoje mišljenje dati šefovi onih organizacionih jedinica na koje se dokument odnosi. Sastanak saziva Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta
- 5.5.6.3.3. Kada je završen finalni nacrtu dokumenta, ukoliko dokument ima priloge, onaj ko je izradio dokument, dužan je da priloge u elektronskoj formi dostavi sekretaru Komisije za zdravstvenu dokumentaciju.
- 5.5.6.3.3.1. Komisija za zdravstvenu dokumentaciju je dužna da na svojoj sjednici razmotri priloge, usvoji ih ili ih vrati na doradu.
- 5.5.6.3.3.2. Tek po završetku ovog procesa, finalna verzija se može slati Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta.
- 5.5.7. Slanje konačne verzije dokumenta na završnu kontrolu**
- 5.5.7.1. Konačna verzija dokumenta dostavlja se u elektronskoj formi putem e-maila na završnu kontrolu Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta.
- 5.5.7.2. Elektronsku formu dostavlja osoba koja je izradila dokument. Po slanju dokumenta, ista osoba je dužna o tome telefonski da obavijesti Odsjek.
- 5.6. Kontrola izrade dokumenta**
- 5.6.1. Ove aktivnosti treba da obuhvate:
- 5.6.1.1. - Kontrolu formalnih elemenata dokumenta (standardni izgled dokumenta, primjena pravila formatiranja, ispravna popunjenost rubrika zadatih polja, ispravnost navođenja ASB broja kriterija).
- 5.6.1.2. - Kontrolu povezanosti i usklađenosti sa već odobrenim strategijama, politikama i procedurama bolnice i ASB, a ako je potrebno i sa Akreditacijskim standardima za domove zdravlja.

- 5.6.1.3. - Prilagođavanje propisanom obrascu.
- 5.6.1.4. - Povezivanje nacrtu sa zakonskom i podzakonskom regulativom te općim aktima ustanove.
- 5.6.2. *Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta* je dužan da uradi kontrolu formalnih elemenata dokumenta i izvrši eventualne manje formalne korekcije.
- 5.6.3. Ukoliko su potrebne veće korekcije, *Odsjek* poziva osobu koja je zadužena za izradu procedure i s njom se dogovara o tim korekcijama.
- 5.6.4. Po učinjenim ispravkama, osoba koja je korigirala proceduru šalje je ponovo *Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta* po istom postupku kao što je naznačeno u poglavlju "Šlanje konačne verzije dokumenta na završnu kontrolu" (5.5.7).
- 5.6.5. Kontrola usklađenosti sa već odobrenim politikama i procedurama i prilagođavanje propisanom obrascu je dio obaveze koji treba povjeriti osoblju koje radi na kvalitetu (*Koordinator kvaliteta*) ili nekom drugom članu osoblja osposobljenom da obavi taj zadatak.
- 5.6.6. Povezivanje procedure sa zakonskom i podzakonskom regulativom povjerava se *Odjeljenju za pravne kadrovske i opće poslove* (ako u ustanovi, u sastavu službe koja se bavi problematikom kvaliteta, nema kvalificirane osobe za taj posao).
- 5.7. Odobravanje dokumenta**
- 5.7.1. Kada dokument prođe završnu kontrolu, *Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta* izrađuje jednu štampanu verziju i organizuje potpisivanje dokumenta od strane svih odgovornih osoba koje su nadležne za izradu i saglasnosti.
- 5.7.2. Bez obzira ko je izradio dokument, ovlaštenja za saglasnost daju:
- 5.7.2.1. - Za dokumenta iz domena rada jedne organizacione jedinice - Šef odjeljenja/Šef samostalnog odsjeka (Saglasnost I) + Koordinator-menadžer kvaliteta (Saglasnost II).
- 5.7.2.2. - Za dokumenta iz domena rada dvije/više organizacionih jedinica ili se odnose na cijelu ustanovu - Koordinator-menadžer kvaliteta (Saglasnost II).
- 5.7.2.3. - Za dokumenta iz zdravstvene njege koja su iz domena rada dvije/više organizacionih jedinica ili se odnose na cijeli medicinski sektor - Glavni medicinski tehničar ustanove (Saglasnost I) + Koordinator-menadžer kvaliteta (Saglasnost II).
- 5.7.3. Nakon što je dokument potpisan za područja izrade i saglasnosti, *Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta*, preko *bolničkog protokola*, dostavlja dokument na konačno odobrenje *Kabinetu direktora*, tj. *direktoru ustanove*.
- 5.7.4. Odobravanje dokumenta podrazumijeva dozvolu za primjenu.
- 5.7.5. Nakon odobrenja, *Kabinet direktora* šalje dokument na *bolnički protokol*, koji ga po primitku odmah protokoliše (upisuje broj evidencije i datum) i ovjerava (stavlja okrugli bolnički pečat na direktorov potpis).
- 5.7.6. Nakon toga, dokument se odmah dostavlja *Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta* koji ga zavodi u svoju Matičnu knjigu procedura/politika i na taj način on postaje dokumentovan.
- 5.7.7. Originalnu štampanu verziju dokumenta *Odsjek* pohranjuje i čuva u registratorima u prostoriji *Odsjeka*.
- 5.8. Evidentiranje procedure**
- 5.8.1. Odobrene procedure evidentiraju se:
- 5.8.1.1. - u djelovodni protokol ustanove
- 5.8.1.2. - u Matičnu knjigu procedura/politika *Odsjeka za planiranje i poboljšanje kvaliteta*.
- 5.9. Datum stupanja na snagu dokumenta**
- 5.9.1. Svaki odobreni dokument stupa na snagu 10 dana nakon datuma protokolisanja.
- 5.9.2. U tom period mora se izvršiti distribucija štampane kopije dokumenta prema odgovarajućim organizacionim jedinicama, postavljanje elektronske verzije na bolnički server "Dokumenti kvaliteta", upoznavanje radnika sa dokumentom i pohranjivanje na mesto koje je dostupno svim radnicima organizacione jedinice.
- 5.10. Distribucija novih dokumenata**
- 5.10.1. Distribucija dokumenata se vrši na sljedeći način:
- 5.10.1.1. 1. *Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta* po dokumentovanju, *Odjeljenju za biblioteku, informacionu i edukacionu djelatnost*, a radi postavljanja na bolnički server "Dokumenti kvaliteta", dostavlja direktno originalni dokument radi skeniranja. Po završenom skeniranju, *Odjeljenje za biblioteku, informacionu i edukacionu djelatnost* direktno vraća originalni dokument *Odsjeku*.
- 5.10.1.2. 2. Danom postavljanja elektronske verzije na bolnički server, smatra se da je elektronska verzija distribuirana.
- 5.10.1.3. 3. *Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta* priprema za potpis direktoru akt o distribuciji i upoznavanju procedura (printanih i elektronskih) na kojem su navedene i organizacione jedinice kojima se procedure distribuiraju (Vidi

prilog br. 2).

- 5.10.1.4. 4. *Bolnički protokol* je dužan da napravi predviđeni broj kopija akta i procedure radi distribucije.
- 5.10.1.5. 5. Po jedna printana kopija procedure i akta dostavlja se kurirskom preko *bolničkog protokola* šefovima onih organizacionih jedinica kojima je namijenjena.
- 5.10.1.6. 6. Šefovi organizacionih jedinica potvrđuju primitak svojim potpisom na standardni bolnički obrazac za distribuciju dokumenata rukovodnom osoblju (Vidi prilog br. 3).
- 5.10.1.7. 7. *Bolnički protokol* potpisani obrazac za verifikaciju vraća *Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta* koji ga pohranjuje uz originalni dokument.
- 5.10.1.8. 8. Ista procedura važi kada se distribuiraju dokumenti za zdravstvenu njegu, s tim da se na obrazac za distribuciju dokumenata potpisuju *glavni/odgovorni tehničari organizacione jedinice* (Vidi obrazac br. 3).
- 5.10.1.9. 9. *Šefovi svih organizacionih jedinica* su takođe dužni da organizuju kontinuirano praćenje postavljenih pripadajućih procedura na bolničkom serveru "Dokumenti kvaliteta" i o tome obavještavaju svoje osoblje.

5.11. Upoznavanje osoblja sa dokumentom

- 5.11.1. Čim *šef ili glavni/odgovorni tehničar organizacione jedinice* primi distribuirani dokument, dužan je da u razumnom roku do isteka vremena stupanja na snagu, na zajeničkom sastanku, sa prispjelom procedurom upozna svo osoblje. Ako je potrebno, može za osoblje organizovati i neku vrstu interne edukacije kao načina upoznavanja sa dokumentom.
- 5.11.2. Bez obzira na koji način se uposlenici upoznavaju sa dokumentom, ovaj proces mora biti dokumentovan. To se izvodi tako da se svaki uposlenik ponaosob potpiše u obrazac potvrde o upoznatosti sa procedurom (Vidi prilog br. 4).
- 5.11.3. Organizovano upoznavanje sa procedurom osigurava obavještenost, ispravno razumijevanje i pravilnu primjenu dokumenta.

5.12. Smještaj, čuvanje i dostupnost dokumenta

5.12.1. Smještaj, čuvanje i dostupnost dokumenata na papirnom mediju

- 5.12.1.1. Sva originalna dokumenta se nalaze u *Odsjeku za planiranje i poboljšanje kvaliteta* i smještaju se i čuvaju na isti način kao i kopije po organizacionim jedinicama, s tim da se ovdje uz svaki dokument čuva i njegov list distribucije.
- 5.12.1.2. Kopije svih procedura se u ostalim organizacionim jedinicama smještaju i ujedno čuvaju u registratorima.
- 5.12.1.3. Registratori moraju biti postavljeni na mjesto koje je dostupno svom osoblju organizacione jedinice.

5.12.2. Obilježavanje registratora

- 5.12.2.1. Dokumenta koja se pohranjuju u registere moraju biti grupisana na način koji omogućava njihovo lako pretraživanje i pronalaženje.
- 5.12.2.2. Stoga svaki registrator u kome se drže i čuvaju dokumenti mora biti obilježen na standardni način redosljedom rastuće oznake.
 - 5.12.2.3. a) Na prednjoj strani registratora nalazi se (Vidi sliku 1.):
 - 5.12.2.3.1. - Broj dijela i naziv srodne grupe standarda iz AKAZ-ovih Akreditacijskih standarda za bolnicu
 - 5.12.2.3.2. - Broj standard i naziv standard
 - 5.12.2.3.3. - Broj kriterija.

6. dio: Specifične kliničke usluge

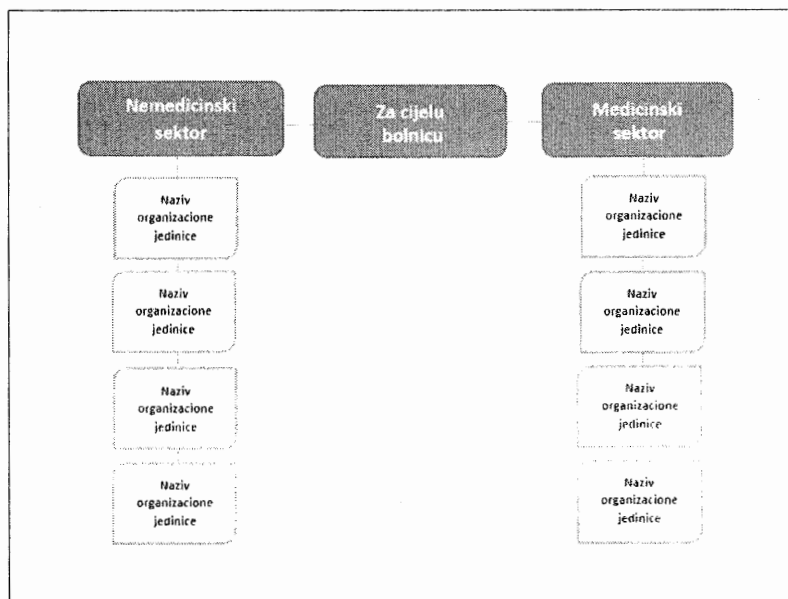
Standard 32: Laboratorijska dijagnostika

32.1 – 32.41

5.12.2.3.4.

Slika 1. Način obilježavanja prednje strane sadržaja registratora.

- 5.12.3.2.8. Tamo gdje postoji više dokumenata iz jedne tematske cjeline, može se praviti folder za tu cjelinu sa svim pripadajućim dokumentima radi lakšeg pronalaženja (npr. Upravljanje dokumentima, Javna nabavka, PPZ...).



- 5.12.3.2.9. **Slika 3.** Način organizacije dokumenata po folderima na serveru "Dokumenti kvaliteta".

5.12.3.3. Server „Elektronska arhiva procedura“

- 5.12.3.3.1. Server služi kao elektronska arhiv-baza svih word-ovih dokumenata sistema poboljšanja kvaliteta.
5.12.3.3.2. Za korištenje ovog servera ovlašteno je osoblje *Odsjeka za planiranje i poboljšanje kvaliteta*.

5.13. Povlačenje dokumenta

- 5.13.1. Povlačenje se provodi pri izdavanju nove verzije dokumenta ili za dokumenta koja nisu na snazi i time se osigurava primjena isključivo važećih dokumenata.
5.13.2. Povlačenje dokumenata se provodi po istoj proceduri koja važi za distribuciju novih dokumenata, s tim što se istovremeno organizacionim jedinicama daje kopija novog a od njih preuzima kopija starog nevažećeg dokumenta.

5.13.3. Šta se radi sa nevažećim originalnim dokumentima i njihovim povučenicima iz organizacionih jedinica?

- 5.13.3.1. Osoblje *Odsjeka za planiranje i poboljšanje kvaliteta* preko naslovne stranice originalnog dokumenta koji je nevažeći stavlja natpis VAN UPOTREBE i stranica se dvostruko precrtava po dijagonali crvenom hemijskom (s desna nalijevo).
5.13.3.2. Ovakav dokument se odlaže u poseban registrator namijenjen za dokumenta koji su van upotrebe, tj. nevažeća dokumenta.
5.13.3.3. Elektronsku verziju ovakvog dokumenta *Odjeljenje za biblioteku, informacionu i edukacionu djelatnost* skida (briše) sa servera „Dokumenti kvaliteta“ po pismenom nalogu *Odjeljenja za planiranje i poboljšanje kvaliteta* kojeg ovaj odsjek dostavlja e-mailom.
5.13.3.4. Sve povučene kopije nevažećih dokumenata se moraju uništiti (ručno ili mašinski) u najmanjem omjeru 1:8 i mogu se koristiti za prodaju kao stari papir.

5.14. Revizija dokumenta

5.14.1. Plan revizije

- 5.14.1.1. Revizije dokumenata se vrše putem realizacije godišnjeg plana revizije koji je saštavni dio Godišnjeg plana rada organizacione jedinice.
5.14.1.2. Obrazac plana revizije procedura popunjava se po sljedećim elementima (Vidi prilog br. 5):
5.14.1.2.1. - naziv procedure za koju je potrebna revizija / datum odobrenja
5.14.1.2.2. - ASB br. standard / ASB broj kriterija procedure
5.14.1.2.3. - redovna ili vanredna revizija
5.14.1.2.4. - upisati "Revizija bez izmjena" ili "Revizija sa manjom izmjenom" ili "Revizija sa većom izmjenom"
5.14.1.2.5. - datum / br. revizije

- 5.14.1.2.6. - izrada (ime pojedinca ili članova tima)
 5.14.1.2.7. - rok izrade.
- 5.14.1.3. Za izradu plana revizije zaduženi su:
 5.14.1.3.1. - Šefovi organizacionih jedinica (za dokumenta namijenjene isključivo njihovim organizacionim jedinicama)
 5.14.1.3.2. - Odsjek za planiranje i poboljšanje kvaliteta (za dokumenta namijenjena za dvije/više organizacionih jedinica ili cijelu ustanovu).
- 5.14.1.4. Revizija može biti redovna i vanredna.
 5.14.1.5. Redovna revizija se vrši svake tri godine.
 5.14.1.6. Vanredna revizija se vrši po ukazanoj potrebi kada dođe do promjene:
 5.14.1.6.1. - zakonskih i podzakonskih propisa ili opštih akata doma zdravlja, odnosno bolnice
 5.14.1.6.2. - medicinske prakse
 5.14.1.6.3. - kadrovskih, tehničkih ili tehnoloških uslova organizacije
 5.14.1.6.4. - drugih okolnosti koje opravdavaju reviziju.
- 5.14.1.7. Izmjene po redovnoj i vanrednoj reviziji unose se elektronski u tekst dokumenta na za to predviđenim mjestima.
 5.14.1.8. Naznaka o izvršenoj reviziji unosi se u za to predviđene rubrike na kraju dokumenta (datum i broj revizije).
- 5.15. Distribucija revidiranih dokumenata**
 5.15.1. Na revidirana dokumenta primjenjuju se pravila distribucije, upoznavanja osoblja, pohranjivanja i čuvanja koja važe za svaki novi dokument (5.10., 5.11., 5.12.).
 5.15.2. Prilikom distribucije revidiranih dokumenata, prethodna kopija dokumenta se istovremeno povlači iz organizacionih jedinica kojima je distribuiran i nakon toga uništava (vidi 5.13.3.4.).
- 5.16. Kontrola poznavanja i primjene procedura**
 5.16.1. Potrebno je vršiti provjeru kvaliteta radne prakse kako bi se osiguralo da se ona odvija u skladu s dokumentiranim politikama i procedurama, a što će se regulisati posebnom procedurom.

6. REVIZIJA

- 6.1. Po potrebi ali ne duže od 3 godine.


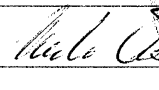
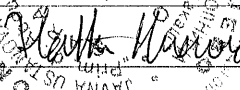
7. VEZA SA STANDARDIMA I DRUGIM DOKUMENTIMA

- 7.1. 1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Sl. novine FBiH, br. 46/10)
 7.2. 2. Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (Sl. novine FBiH br. 59/05)
 7.3. 3. Pravilnik o kancelarijskom i arhivskom poslovanju JU Opća bolnica „Prim.dr. Abdulah Nakaš“ Sarajevo (br. ev. 12878/14 od 26.12.2014. godine)
 7.4. 4. Akreditacijski standardi za bolnice. Verzija 4.2. Sarajevo: AKAZ, 2010.

8. PRILOZI

- 8.1. 1. Obrazac “Plan izrade novih procedura”
 8.2. 2. Primjer obrasca Akta Kabineta direktora o upoznavanju i distribuciji procedura
 8.3. 3. Obrazac za distribuciju dokumenata rukovodnom osoblju (za šefove / za glavne i odgovorne MT)
 8.4. 4. Obrazac potvrde uposlenika o upoznatosti sa procedurom
 8.5. 5. Obrazac “Plan revizije procedura”

Dokument je vlasništvo JU Opće bolnice „Prim. dr. Abdulah Nakaš“ Sarajevo. Ne smije se kopirati, preštamovati niti umnožavati na bilo koji drugi način

Izradio tim	Saglasnost I	Saglasnost II	Odobrenje	Revizija	
				Datum	Br. revizije
Nataša Filatov, prof. Dr. Ranko Čović, Sanela Čović, dipl. med. teh.		Koordinator Menadžer kvaliteta	Direktor		
 Nataša Filatov, prof.		 Dr. Ranko Čović	 Zlatko Kravić		

**PLAN IZRADE NOVIH PROCEDURA**

_____ godina

(upisati naziv odjeljenja/odsjeka)

Naziv nove procedure	ASB Naziv djela, broj i naziv standarda, broj kriterija	Naziv organizacionih jedinica na koje se procedure odnosi	Izrada (ime pojedinca ili članova tima)	Rok izrade

Datum:

Faksimil/potpis šefa odjeljenja/samostalnog odsjeka:

Javna ustanova Opća bolnica „Prim. dr. Abdulah Nakaš“
Sarajevo
KABINET DIREKTORA

Broj:
Sarajevo, 12.12.2016. godine

ŠEFOVI ORGANIZACIONIH JEDINICA

PREDMET: Upoznavanje i distribucija procedura

Dostavljamo Vam procedure

- UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA – PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA
- UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA – PROCEDURA FORMATIRANJA INTERNIH DOKUMENATA

Sa ovim procedurama obavezni ste upoznati sve radnike. U printanoj formi čuvati u svakoj organizacionoj jedinici dostupno svim radnicima.

Elektronska verzija postavljena je na serveru „Dokumenti kvaliteta“ – Za cijelu bolnicu – PROCEDURE – Upravljanje dokumentima.

R. Č.

DIREKTOR
Prim. dr. Zlatko Kravić

Dostaviti:

- Naslovu
- Direktor u ustanove
- GMT ustanove
- a/a

Javna ustanova Opća bolnica

«Prim. dr. Abdulah Nakaš»

Sarajevo

Broj: _____

Sarajevo, _____

RUKOVODNI RADNICI JU Opća bolnica «Prim. dr. Abdulah Nakaš»

1. Direktor	Prim. dr. Zlatko Kravić	_____
2. Glavni med.tehničar bolnice	Elvedin Dervišević, dipl.med.teh.	_____
3. Pom. dir. za pravne, kadr.i opć.post.	Sadeta Hrustemović, dipl.iur	_____
4. Odsjek za plan. i pobolj.kvaliteta	Dr. Ranko Čović	_____
5. Odsjek za bibl.infor.i eduk.djela.	Prof. Nataša Filatov	_____
6. Odsjek za informa.komunik.tehn.	Amil Đulić	_____
7. Odsjek za hirurgiju	Prim. dr. sci.med. Šukrija Dozić	_____
8. Odsjek za opštu hirurgiju	Prim.dr. Dragiša Đogović	_____
9. Odsjek za ortopediju i traumatolo.	Prim.mr scl.med.dr.Sead Bašić	_____
10. Odsjek za urologiju	Prim.mr scl.dr.Enver Efendić	_____
11. Odsjek za oftalmologiju	Mr.sci.med.dr.Darko Ler	_____
12. Odsjek za otorinolaringologiju	Prim.dr. Edina Hrenovića	_____
13. Odsjek za oper.zahvate i steriliz.	Mr.sci.med.dr. Amina Krupalija-Solak	_____
14. Odsjek za ginekol. i akušer.	Prim.mr.sci.med.dr. Aida Đurđević-Đulepa	_____
15. Odsjek za ginekologiju	_____	_____
16. Odsjek za akušer. i neonatolog.	_____	_____
17. Odsjek za internu medicinu	Prim.dr. Dragan Stevanović	_____
18. Odsjek za neuropsihijatriju	Dr. Enver Abazović	_____
19. Odsjek za anes. i int.terapiju	Prim.dr.Davorka Matković	_____
20. Odsjek za urgentnu medicinu	Dr. Eldina Bešlić	_____
21. Odsjek za fiz.med.i rehabi.	Prim.dr. Svjetlana Dozić	_____
22. Odsjek za radiološku dijag.	Prim.dr. Zafir Klimenta	_____
23. Odsjek za med.-biol.lab.dijagn.	Mr. ph. Nejra Hafzović	_____
24. Odsjek za mikrobiološku dijagno.	Prim.dr. Sead Jažić	_____
25. Odsjek za patolog. sa prosekturom	Dr. Azur Latifagić	_____
26. Odsjek za transfuzijsku medicinu	Prim.mr.scl.med. Mirza Begović	_____
27. Odsjek za bolničku farmaciju	Mr. ph. Alma Lomigora	_____
28. Odsjek za prijem i otpust boles.	Smajil Mujanović	_____
29. Odsjek za prav.kadr.i opće pos.	Dipl.iur. Senada Sitnić	_____
30. Odsjek za ekon.-fin.poslove	Ibrahim Kasumović,dipl.ecc.	_____
31. Odsjek za pripr.i dist.hrane	Omo Gološ, VKV	_____
32. Odsjek za održavanje higijene	Halmo Ligata	_____
33. Odsjek za tehn. poslove i invest.	Dipl.ing.maš. Radeta Nedić	_____

Javna ustanova Opća bolnica
«Prim.dr. Abdulah Nakaš»
Sarajevo

Broj: _____
Sarajevo, _____

GLAVNI – ODGOVORNI MEDICINSKI TEHNIČARI ODJELJENJA I ODSJEKA

1. Glavni med.tehničar bolnice	Dervišević Elvedin	_____
2. Odjeljenje za hirurgiju	Peševski Zlata	_____
3. Odsjek za opštu hirurgiju	Adilović Mirsada	_____
4. Odsjek za ortopediju i traumatolo.	Alibegović Dženana	_____
5. Odsjek za urologiju	Šljivo Anel	_____
6. Odsjek za oftalmologiju	Spahić Barije	_____
7. Odsjek za otorinolaringologiju	Džogaz Aziz	_____
8. Odsjek za oper.zahvate i steriliz.	Mersija Delihasanović	_____
9. Odjeljenje za ginekol .i akušer.	Avdić Emina	_____
10.Odsjek za ginekologiju		_____
11. Odsjek za akušer. i neonatolog.	Bašić Zema	_____
12. Odjeljenje za internu medicinu	Hasanović Amira	_____
13. Odsjek za opću int.med.i gastroe.	Sejfić Ezina	_____
14. Odsjek za pulmologiju i kardiolo.	Čomor Esma	_____
15. Odsjek za nuklearnu medicinu		_____
16. Odjeljenje za neuropsihijatriju	Kadić Hamo	_____
17. Odsjek za anest.rean.i hir.in.njegu	Izmirlić Sabaheta	_____
18. Odsjek za nehiruršku int.njegu	Gavr Rankapetanović Jasna	_____
19. Odjeljenje za urgentnu medicinu	Karup Ermin	_____
20. Odjeljenje za fiz.med.i rehabi.	Handžić Amir	_____
21. Odjeljenje za radiološku dijag.	Pajević Kemal	_____
22. Odjeljenje za med.-bioh.lab.dijagn.	Salković Zineta	_____
23. Odsjek za mikrobiološku dijagno.		_____
24. Odsjek za patolog. sa prosekturom		_____
25. Odsjek za transfuzijsku medicinu		_____



POTVRDA UPOSLENIKA

(upisati naziv odjeljenja/odsjecka)

o upoznatosti sa procedurom

(upisati naziv procedure i br. kriterija)

Redni br.	Ime i prezime zaposlenika	Potpis	Datum
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			

44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			
58.			
59.			
60.			
61.			
62.			
63.			
64.			
65.			
66.			
67.			
68.			
69.			
70.			
71.			
72.			
73.			
74.			
75.			
76.			
77.			
78.			
79.			
80.			
81.			
82.			
83.			
84.			
85.			
86.			
87.			
88.			
89.			
90.			
91.			
92.			
93.			
94.			
95.			
96.			
97.			
98.			
99.			
100.			

**PLAN REVIZIJE PROCEDURA**

_____ godina

(upisati naziv odjeljenja/odsjecka)

Naziv procedure za koju je potrebna revizija / datum odobrenja	ASB br. standarda / ASB br. kriterija procedure	Redovna ili vanredna revizija	Upisati „Revizija bez izmjene“ ili „Revizija sa manjom/većom izmjenom“	Datum / br. revizije	Izrada (ime pojedinca ili članova tima)	Rok izrade

Datum:

Faksimil/potpis šefa odjeljenja/samostalnog odsjeka: