Pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzes kārtība

1. Ievads
	1. Sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Salaspils veselības centrs” (turpmāk – SVC) pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzes kārtība (turpmāk – Kārtība) reglamentē veidu, kādā SVC:
		1. pieņem, izskata un analizē pacientu atbilstoši Iesniegumu likuma prasībām iesniegtos dokumentus, kas satur SVC kompetencē esošu lūgumu, sūdzību, priekšlikumu/ierosinājumu vai jautājumu (turpmāk – Iesniegums), un atbild uz to;
		2. savāc, apkopo un analizē citu informāciju, kas saistīta ar SVC pacientu veselības aprūpes kvalitāti un drošību, ka arī citiem jautājumiem.
	2. Kārtības mērķis – veicināt SVC sniegtās veselības aprūpes kvalitātes pilnveidošanu, balstoties uz pacientu sniegto informāciju.
2. Iesnieguma iesniegšana
	1. Iesniegumā norādāmas ziņas par tā iesniedzēju (fiziskajai personai — vārds un uzvārds, kā arī adrese un, ja nepieciešams, citas ziņas, kas palīdz sazināties ar iesniedzēju; juridiskajai personai — nosaukums un juridiskā adrese).
	2. Iesniegumu var iesniegt:
		1. rakstveidā – klātienē vai pasta sūtījuma veidā uz SVC juridisko adresi: SIA “Salaspils veselības centrs”, Lauku ielā 8, Salaspils, Salaspils novads, LV-2121;
		2. elektroniski - e-pasta ziņojuma veidā, adresējot to uz SVC e-pasta adresi spmed@salaspilsvc.lv;
		3. izteikt mutvārdos. Mutvārdos izteiktu iesniegumu, ja nepieciešams, iesniedzēja klātbūtnē noformē rakstveidā un izsniedz tā kopiju iesniedzējam.
	3. Iesniegumam, ja nepieciešams, pievieno dokumentu kopijas, kas apstiprina iesniegumā minētos apstākļus.
	4. Iesniegumu un atbilžu reģistrācija notiek centralizēti saskaņā ar SVC noteikto lietvedības kārtību.
3. Iesnieguma izskatīšana un atbildēšana uz to.
	1. SVC atbildi pēc būtības sniedz saprātīgā termiņā, ņemot vērā Iesniegumā minētā jautājuma risināšanas steidzamību, nepieciešamo laiku Iesniegumā aprakstīto notikumu analīzei, bet ne vēlāk kā viena mēneša laikā no Iesnieguma saņemšanas.
	2. Ja Iesnieguma saturs neprasa atbildi pēc būtības, SVC attiecīgo Iesniegumu pieņem zināšanai un izmanto savā darbā atbilstoši Iesnieguma saturam.
	3. Ja Iesniegumā ietverta sūdzība, kurā SVC izteikts aizrādījums vai neapmierinātība par tās kompetencē esošu jautājumu vai darbinieka rīcību, SVC atbildē uz Iesniegumu norāda apsvērumus, kas ir par pamatu šādai organizācijas vai tās darbinieka rīcībai.
	4. SVC ir tiesīgs atstāt Iesniegumu bez izskatīšanas šādos gadījumos:
		1. Iesniegumā nav norādīts Iesnieguma iesniedzējs (fiziskajai personai — vārds, uzvārds un adrese; juridiskajai personai — nosaukums un juridiskā adrese;
		2. Iesniegumu, kas paredz konkrētai personai – pacientam - sniegtās veselības aprūpes izvērtēšanu nav parakstījis pats pacients, vai nav dota pacienta rakstveida piekrišana (pilnvara) informācijas par pacientu izpaušanai;
		3. Iesniegums nav parakstīts;
		4. Iesnieguma saturs ir klaji aizskarošs un izaicinošs;
		5. Iesnieguma teksts objektīvi nav salasāms vai saprotams.
	5. SVC bez iesnieguma iesniedzēja piekrišanas neizpauž informāciju, kas atklāj viņa identitāti, izņemot gadījumu, kad saskaņā ar normatīvajiem aktiem šāda informācija ir jāizpauž.
	6. Ja iesniedzējs nevēlas, lai Iesniegumā minētie fakti tiktu izpausti, viņš to norāda Iesniegumā. Ja Iesniegumā nav ietverta norāde par aizliegumu izpaust tajā minētos faktus, SVC tos ir tiesīgs izpaust, ievērojot Kārtības 3.5.punktu un normatīvo aktu prasības.
4. Citas ar pacientu pieredzi saistītās informācijas iegūšana.
	1. Pilnīgākai pacientu pieredzes (saņemot veselības aprūpes pakalpojumus SVC), tostarp sūdzību, izzināšanai un analīzei, nolūkā uzlabot sniegtās veselības aprūpes kvalitāti un pacientu drošību, SVC apkopo šādu informāciju par pacientu gūto pieredzi, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus SVC, kas nav ietverta Iesniegumos:
		1. atsauksmes SVC tīmekļa vietnē;
		2. atsauksmes SVC lapās sociālajos tīklos;
		3. publikācijas drukātajos un elektroniskos masu medijos;
		4. publikācijas sociālajos tīklos;
		5. atbildes SVC organizētajās pacientu un citās aptaujās;
		6. citās publikācijās minēto informāciju.
	2. Iegūtā informācija tiek reģistrēta, apkopota un analizēta.
	3. Informācijas dokumentēšanai var tikt izmantota Kvalitātes problēmziņojuma veidlapa – Kārtības 2.pielikums, ko var aizpildīt rakstveidā vai elektroniski SVC pacienti, klienti un darbinieki.
5. Sūdzību un ierosinājumu reģistrācija.
	1. Ar pacientu pieredzi, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus SVC, saistītā informācija, kas iegūta, saņemot Iesniegumus vai no citiem Kārtības 4.1.punktā minētajiem avotiem, tiek reģistrēta SVC izveidotajā nepersonificētajā Pacientu sūdzību un ierosinājumu reģistrā (turpmāk – Reģistrs), kas nodrošina pacientu un personāla datu aizsardzību.
	2. Ja no pacientiem saņemtās informācijas analīzes ietvaros tiek saskatīti pacientu drošības aspekti, gadījums tiek atzīmēts Reģistrā kā drošības gadījums un tiek analizēts kā pacientu drošības gadījums.
	3. Visa Reģistrā iekļaujamā informācija ir noteikta Reģistra veidlapā – Kārtības 3.pielikums.
6. Sūdzību un ierosinājumu analīze.
	1. Ar pacientu pieredzi, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus SVC, saistīto informāciju, kas iegūta, saņemot Iesniegumus vai no citiem Kārtības 4.1.punktā minētajiem avotiem, reģistrē Reģistrā un izskata SVC galvenais ārsts. Izskatīšanas rezultātā sagatavoto un ar SVC valdi saskaņoto atbildi galvenais ārsts nosūta informācijas iesniedzējam. Galvenais ārsts sniedz SVC valdei arī priekšlikumus pilnveides un risku mazinošo darbību (korektīvo un preventīvo pasākumu) veikšanai.
	2. Nepieciešamības gadījumā, saskaņojot ar SVC valdi, sūdzību un ierosinājumu izskatīšanu un analīzi veic SVC Kvalitātes piilnveidošanas komisija (turpmāk – Kvalitātes komisija). Kvalitātes komisijas sastāvu apstiprina SVC valde.
	3. Kvalitātes komisija veic saņemtās informācijas analīzi, izmantojot risku vadības pieeju, nosakot problēmu cēloņus un identificējot risku mazinošas darbības. Šim nolūkam komisija izmanto cēloņu un seku analīzes metodes, tostarp Išikavas diagrammu, Pareto analīzi, piecu “kāpēc” metodi un citas.
	4. Kvalitātes komisija, nepieciešamības gadījumā, piesaistot attiecīgās āsrtniecības personas un citus darbiniekus, izstrādā priekšlikumus pilnveides un risku mazinošo darbību (korektīvo un preventīvo pasākumu) veikšanai.
	5. Kvalitātes komisija darba rezultātus apkopo, sniedz priekšlikumus korektīvo un preventīvo darbību veikšanai. Kvalitātes komisija sagatavotos secinājumus un priekšlikumus iesniedz SVC galvenajam ārstam.
	6. SVC galvenais ārsts, pamatojoties uz Kvalitātes komisijas secinājumiem un priekšlikumiem sagatavo, saskaņo ar valdi un nosūta atbildi informācijas sniedzējam.
	7. Visa ar pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzi saistītā informācija tiek dokumentēta Pacienta sūdzības vai ierosinājuma analīzes protokolā – Kārtības 4.pielikums.
7. Sūdzību un ierosinājumu analīzes rezultātu uzraudzība.
	1. SVC galvenais ārsts apkopo ar pacientu pieredzi saistītās informācijas, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus SVC, tostarp sūdzību un ierosinājumu analīzes rezultātus, iesniedzot ziņojumu SVC valdei reizi pusgadā (uz kārtējā gada 30.jūniju, 30.decembri) un/vai pēc SVC valdes pieprasījuma.
	2. Efektīvai sūdzību un ierosinājumu vadības uzraudzībai, ziņojumā tiek izmantoti, piemēram, šādi indikatori:
		1. sekmīgi atrisināto sūdzību īpatsvars;
		2. noteiktā laika ietvarā sniegto atbilžu īpatsvars;
		3. atkārtoti iesniegto sūdzību skaits un īpatsvars;
		4. sūdzību analīzes ietvaros identificēto kvalitātes un drošības novērsto nepilnību un ieviesto pilnveidošanas pasākumu skaits.
	3. Ziņojumi par sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēmas darbību tiek izmantoti SVC sniegtās veselības aprūpes kvalitātes analīzē un rīcības plāna izstrādē, lai uzlabotu aprūpes kvalitāti un pacientu apmierinātību.
	4. Apkopotā informacija par Pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēmas darbū tiek nodota
		1. SVC vadībai - ziņojumu veidā;
		2. SVC darbiniekiem - ievietojot SVC iekšējā tīmekļa vietnē;
		3. Pacientiem – informācija SVC tīmekļa vietnē un uzskates līdzekļos.
	5. SVC darbiniekiem, tostarp sūdzību un ierosinājumu izskatīšanā un analīzē iesaistītajiem tiek organizēta attiecīga apmācība, iekļaujot arī komunikācijas aspektus.

Pielikumā:

1.pielikums – Pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzes procesa shēma.

2.pielikums – Kvalitātes problēmziņojuma veidlapa.

3.pielikums – Pacientu sūdzību un ierosinājumu reģistrs.

4.pielikums – Pacienta sūdzības vai ierosinājuma analīzes protokols.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Vārds, uzvārds | Paraksts | Amats | Datums |
| Sagatavoja | Igors Trofimovs |  | Galvenais ārsts | 15.07.2020 |
| Apstiprināja |  | Valdes sēdes protokols Nr.19 | Valde | 29.07.2020 |