

## LABORATOORIUMI JA PATOLOOGIAKESKUSE KLIENTIDE TAGASISIDE KÄSITLEMINE

### 1. Eesmärk

- 1.1 Juhendi eesmärgiks on regionaalhaigla raviosakondade jt meditsiinasutuse töötajatelt (meditsiinipersonalilt) keskusele esitatud ettepanekute ja pretensioonide käsitlemisega sh kliendi rahulolu hindamisega seotud toimingute sätestamine.
- 1.2 Patsiendi, tema omaste, regionaalhaigla külastaja tagasiside esitamist, registreerimist, analüüsimist, esitajale vastamist, probleemjuhtumi lahendamist ning parandusettepanekute rakendamist reguleerib Tagasiside käsitlemise juhend.

### 2. Kehtivus

- 2.1 Juhend kehtib Regionaalhaigla patoloogiakeskuses ja laboratooriumis.

### 3. Vastutus

- 3.1 Keskuse juhataja vastutab klientidelt saadud tagasiside põhjal keskuse juhtimissüsteemi pideva parendamise eest.
- 3.2 Keskuse kvaliteedijuht vastutab saabunud tagasiside registreerimise ja dokumentatsiooni tervikliku säilitamise, kliendi rahulolu hindamise, aastakokkuvõtete tegemise ning parandusettepanekute esitamise eest.
- 3.3 Keskuse/osakondade juhtiv bioanalüütik/õendusjuht/labori juht ja osakondade vanemarstid vastutavad oma valdkonna kaebustest teavitamise, nende nõuetekohase lahendamise ning vajadusel sobivate parandus- ja/või parendusmeetmete rakendamise eest.
- 3.4 Juhendiga kehtestatud nõuete täitmise eest vastutavad kõik keskuse töötajad vastavalt oma pädevusele.

### 4. Täidetav dokumentatsioon

- 4.1 Keskuse tagasiside nimistu (säilitatakse keskses 5 aastat elektroonselt)

### 5. Tegevuskirjeldus

#### 5.1 Tagasiside vastuvõtmine ja registreerimine

- 5.1.1 Keskuse töötajatele saavad kliendid tagasisidet anda meili, telefoni, POI süsteemi teel. Keskuse töötajate telefoninumbrid ja e-posti aadressid on kättesaadavad Regionaalhaigla siveveebis kontaktide rubriigis ja kodulehel ([Avaleht | Regionaalhaigla](#)) laboratooriumi või patoloogiakeskuse alajaotuses.
- 5.1.2 Tagasiside vastuvõtja edastab talle laekunud info patoloogiakeskuses kvaliteedijuhile ja laboratooriumis juhatajale, kes veendub, kas kaebus on seotud tegevusega mille eest keskus vastutab ja määrab vajadusel kaebuse lahendaja ja lahenduskäigu.
- 5.1.3 Keskuse kvaliteedijuhti ja juhatajat teavitatakse ka sellisest tagasisidest, mis saabub keskusesse läbi Regionaalhaigla kantselei ja mida käsitletakse Tagasiside käsitlemise juhendi järgi.
- 5.1.4 Tänuavaldus lahendamise alla ei kuulu ja edastatakse sellega seotud keskuse töötajatele, kas elektroonselt või suuliselt. Tänuavalduse esitajale saadetakse kontaktandmete olemasolul asutuse tänu heade sõnade eest.

- 5.1.5 Keskuse kvaliteedijuht või juhataja edastab kogu asjasse puutuva info kaebuse lahendajale jt töötajatele, keda vastav tagasiside puudutab.
- 5.1.6 Keskuse juhataja/kvaliteedijuht/juhtiv bioanalüütik/ labori juht/arendusjuht registreerib igasuguse keskust puudutava tagasiside elektroonsesse Keskuse tagasiside nimistusse (vt lisa 1).
- 5.1.7 Kui kaebus on patsiendihutusjuhtum, siis vastav kaebus registreeritakse/menetletakse ka läbi Tugiteenuste portaali Patsiendihutuse infosüsteemis (POI), kuhu kaasatakse kõik asjassepuutuvad töötajad (vt Patsiendihutusjuhtumi registreerimine ja sellest teavitamine).

## 5.2 Kaebuse lahendamine ja vastamine

- 5.2.1 Kaebuse lahendamisega peavad tegelema või neid üle vaatama ja kinnitama isikud, kes ei ole kõnealuse kaebuse teemaga seotud, et oleks tagatud kaebuse lahendamisel erapooletus.
- 5.2.2 Kaebuse lahendaja (edaspidi: lahendaja) analüüsib saadud kaebust, selgitab välja selle lahendamiseks ja samalaadsete olukordade edaspidiseks vältimiseks vajalikud tegevused.
- 5.2.3 Lahendaja korraldab vajadusel/võimalusel asjakohaste parandus- ja/või parendusmeetmete rakendamise, mis vastavad ilmnenud probleemile ja sellega kaasnenud riski suurusele.
- 5.2.4 Lahendaja koostab, soovitavalt 2 nädala jooksul alates tagasiside saamise päevast selle esitajale vastuse. Suuliselt esitatud probleemile (nt telefoni teel) võib vastata ka suuliselt, kuid selle kohta tuleb meili teel saata info kvaliteedijuhile.
- 5.2.5 Kirjalik vastus kooskõlastatakse vajadusel keskuse juhataja ja/või kvaliteedijuhiga ning esitatakse meili teel kaebuse esitajale. Kui vastust eelnevalt keskuse juhataja ja kvaliteedijuhiga ei kooskõlastatud, siis saadetakse see lisaks kaebuse esitajale ka keskuse juhatajale ja kvaliteedijuhile.
- 5.2.6 Keskuse kvaliteedijuht teeb vajalikud sissekanded Keskuse tagasiside nimistusse (vt lisa 1) ja arhiveerib kogu juhtumiga seotud dokumentatsiooni vastavas toimikus.

## 5.3 Tagasiside hindamine ja aastakokkuvõtte koostamine

- 5.3.1 Keskuses rakendatakse erinevaid meetmeid, et selgitada välja, kas osutatavad teenused vastavad klientide arvates nende vajadustele ja nõudmistele. Sellekohast informatsiooni hangitakse keskuse töötajate ja klientide pideva koostöö käigus näiteks ühistel koosolekutel, aruteludel, konsiiliumidel, arstlikel visiitidel, rahuloluküsitluste korraldamisega jm.
- 5.3.2 Keskuse juhtkond tutvub klientidelt laekunud tagasisidega ning langetab otsuseid selle kohta, kas ja milliseid parandusmeetmeid on vaja keskuse töö tõhustamiseks rakendada.
- 5.3.3 Kui rakendatud parandusmeetmed osutuvad ebapiisavaks ega anna soovitud tulemusi, siis keskuse juhtkond analüüsib selle põhjuseid ning planeerib tõhusad korrigeerivad tegevused ja juhtumi lahendamine jätkub.
- 5.3.4 Kui kliendirahulolu hindamise tulemused viitavad laiaulatuslikele puudujääkidele juhtimissüsteemi nõuete täitmisel, korraldab keskuse kvaliteedijuht kõnealuses valdkonnas erakorralise auditi.
- 5.3.5 Keskuse kvaliteedijuht teeb keskusesse laekunud tagasisidest kord aastas kokkuvõtte juhtkonnapoolse ülevaatuse koosolekul ja protokollis koos nende põhjal algatatud parandustegevustega.
- 5.3.6 Klientidelt saabunud tagasiside on keskuse juhtkonnale abiks töö kavandamisel ja hindamisel ning selle tõhusamaks ja paremaks muutmisel.

## 6. Mõisted

- 6.1 **Klient** – keskuse pakutud teenuse kasutaja, kelleks on uuringu tellija/proovivõtja.
- 6.2 **Tagasiside** – kirjalikus või suulises vormis keskusele laekunud kaebus, ettepanek, tänuavaldus või muu keskuse tööd puudutav tähelepanek.
- 6.3 **Tagasiside vastuvõtja** – keskuse töötaja, kellele edastatakse suuliselt või kirjalikult ettepanek, kaebus või tänuavaldus ja kes on kohustatud sellest teavitama keskuse juhatajat ja kvaliteedijuhti.
- 6.4 **Patsiendiohutusjuhtum ehk POJU** – tervishoiuteenuse osutamisega seotud olukord, mis oleks võinud tekitada või tekitas patsiendile tervisekahju.

## 7. Lisad

Lisa 1 – Keskuse tagasiside nimistu vorm

## 8. Viited

- 8.1 ISO 15189 Meditsiinilaborid. Kvaliteedi ja kompetentsuse nõuded
- 8.2 EVS-EN ISO/IEC 17025 Üldnõuded katse- ja kalibreerimislaborite kompetentsusel

## 9. Seotud dokumendid

- 9.1 Tagasiside käsitlemine
- 9.2 Patsiendiohutusjuhtumi registreerimine ja sellest teavitamine

Monica Tilk  
Laboratooriumi kvaliteedijuht  
617 1173

Eva Luukas  
Patoloogiakeskuse kvaliteedijuht  
617 2089

**Valdkond:** laboratooriumi/patoloogiakeskuse kvaliteedisüsteem **Alavaldkond:** tagasiside käsitlemine

**Märksõnad:** kaebus, tänuavaldus, ettepanek, kiitus

**Muudatused:** lisatud p 5.1.7 patsiendiohutusjuhtumi registreerimine, menetlemine. P 5.1.4 Tänuavalduse esitajale saadetakse kontaktandmete olemasolul asutuse tänu heade sõnade eest. p 5.2.2. Kaebuse lahendamise peavad tegelema või neid üle vaatama ja kinnitama isikud, kes ei ole kõnealuse kaebuse teemaga seotud, et oleks tagatud kaebuse lahendamisel erapooletus. Täiendatud lisa 1-te.