

LABORATOORIUMI JA PATOLOOGIAKESKUSE KLIENTIDE TAGASISIDE KÄSITLEMISE JUHEND

1. Eesmärk

- 1.1 Juhend kirjeldab regionaalhaigla patoloogiakeskuses ja laboratooriumis (edaspidi: keskus) kvaliteedisüsteemi hindamise ja parandamise alast tegevust – kliendi tagasiside käsitlemist.
- 1.2 Juhendi eesmärgiks on regionaalhaigla raviosakondade jt meditsiinasutuse töötajatelt (meditsiinipersonalilt) keskusele esitatud ettepanekute ja pretensioonide käsitlemisega sh kliendi rahulolu hindamisega seotud toimingute sätestamine.
- 1.3 Juhendi järgimise tulemusena saavutatakse meditsiinipersonalilt keskusele esitatud tagasiside sarnane ja nõuetekohane vastuvõtmine, registreerimine, analüüsimine, lahendamine tagasiside esitajale vastamine ning parandusettepanekute määratlemine ja rakendamine.
- 1.4 Patsiendi, tema omaste, regionaalhaigla külastaja tagasiside esitamist, registreerimist, analüüsimist, esitajale vastamist, probleemjuhtumi lahendamist ning parandusettepanekute rakendamist reguleerib Tagasiside käsitlemise kord.

2. Kehtivus

- 2.1 Juhend kehtib Regionaalhaigla patoloogiakeskuses ja laboratooriumis.

3. Vastutus

- 3.1 Keskuse juhataja vastutab klientidelt saadud tagasiside põhjal keskuse kvaliteedisüsteemi 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 laborant ja osakondade vanemarstid vastutavad oma valdkonna kaebustest teavitamise, nende nõuetekohase lahendamise ning vajadusel sobivate parandus- ja/või ennetusmeetmete rakendamise eest.
- 3.4 Juhendiga kehtestatud nõuete täitmise eest vastutavad kõik keskuse töötajad vastavalt oma pädevusele.

4. Ülevaatus

- 4.1 Juhendi vaatab üle keskuse kvaliteedijuht vastavalt vajadusele, kuid mitte harvem kui kord kolme aasta jooksul.

5. Mõisted

- 5.1 **Klient** – keskuse pakutud teenuse kasutaja, kelleks on uuringu tellija/proovivõtja.
- 5.2 **Tagasiside** – kirjalikus või suulises vormis keskusele laekunud kaebus, ettepanek, tänuavaldus või muu keskuse tööd puudutav tähelepanek.
- 5.3 **Tagasiside vastuvõtja** – keskuse töötaja, kellele edastatakse suuliselt või kirjalikult ettepanek, kaebus või tänuavaldus ja kes on kohustatud sellest teavitama keskuse juhatajat ja kvaliteedijuhti.

6. Täidetav dokumentatsioon

- 6.1 Keskuse tagasiside nimistu (säilitatakse keskkuses 5 aastat elektroonselt)

7. Tegevuskirjeldus

7.1 Tagasiside vastuvõtmine ja registreerimine

- 7.1.1 Keskuse töötajatele saavad kliendid tagasisidet anda meili või telefoni teel. Keskuse töötajate telefoninumbriid ja e-posti aadressid on kättesaadavad Regionaalhaigla siseveebis kontaktide

rubriigis ja kodulehel (www.regionaalhaigla.ee) laboratooriumi või patoloogiakeskuse alajaotuses.

- 7.1.2 Tagasiside vastuvõtja edastab talle laekunud info patoloogiakeskuses kvaliteedijuhile ja laboratooriumis juhatajale, kes määrab kaebuse lahendaja ja vajadusel lahenduskäigu.
- 7.1.3 Keskuse kvaliteedijuhti ja juhatajat teavitatakse ka sellisest tagasisidest, mis saabub keskusesse läbi Regionaalhaigla kantselei ja mida käsitletakse Tagasiside käsitlemise korra järgi.
- 7.1.4 Tänuavaldus lahendamise alla ei kuulu ja edastatakse sellega seotud keskuse töötajatele, kas elektroonselt või suuliselt.
- 7.1.5 Keskuse kvaliteedijuht või juhataja edastab kogu asjasse puutuva info kaebuse lahendajale jt töötajatele, keda vastav tagasiside puudutab.
- 7.1.6 Keskuse kvaliteedijuht registreerib igasuguse keskust puudutava tagasiside elektroonsesse Keskuse tagasiside nimistusse (vt lisa 1).

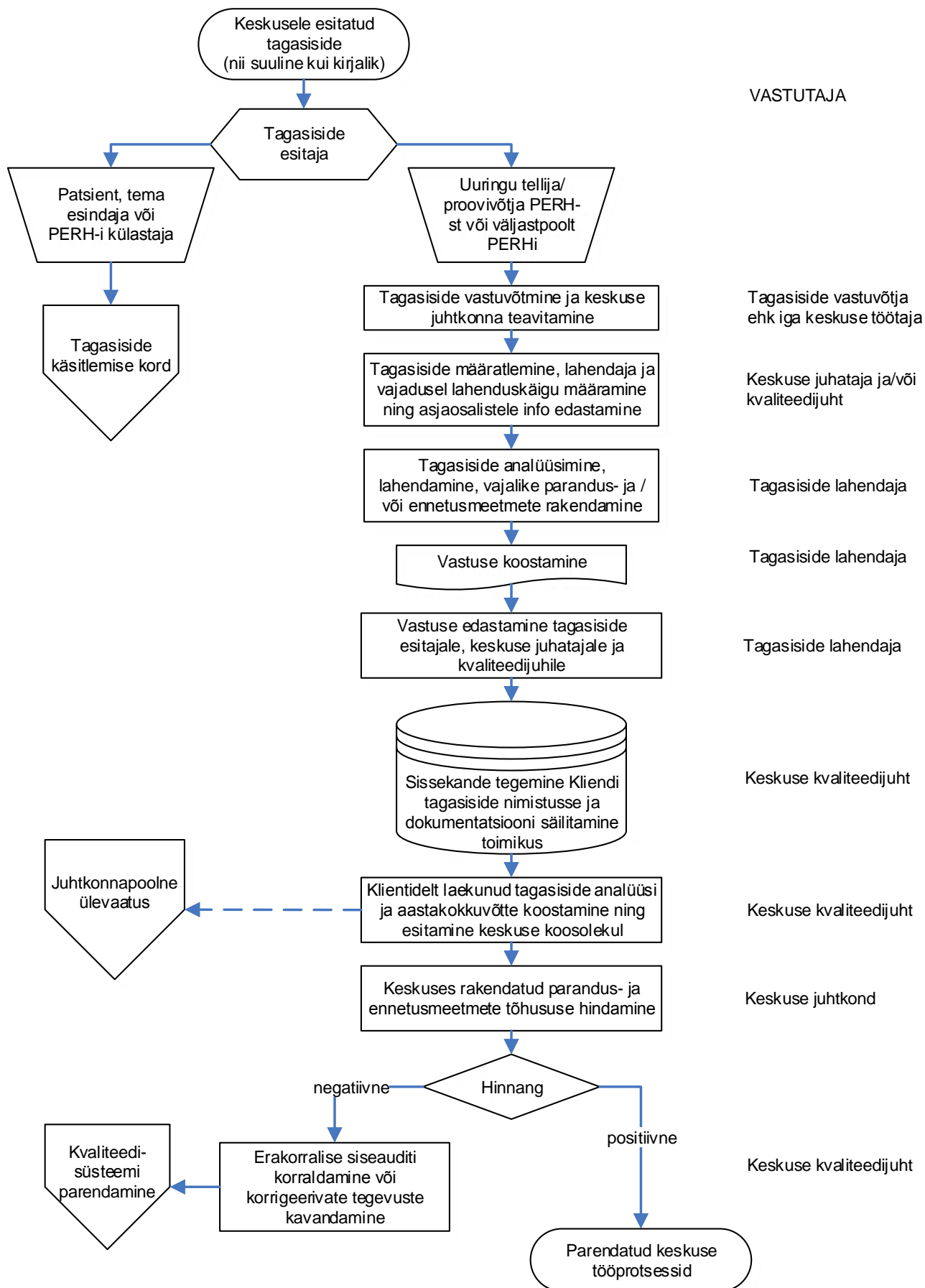
7.2 Kaebuse lahendamine ja vastamine

- 7.2.1 Kaebuse lahendaja (edaspidi: lahendaja) analüüsib saadud kaebust, selgitab välja selle lahendamiseks ja samalaadsete olukordade edaspidiseks vältimiseks vajalikud tegevused.
- 7.2.2 Lahendaja korraldab vajadusel/võimalusel asjakohaste parandus- ja/või ennetusmeetmete rakendamise, mis vastavad ilmnenud probleemile ja sellega kaasnenud riski suurusele.
- 7.2.3 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.
- 7.2.4 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 juhtajale ja kvaliteedijuhile.
- 7.2.5 Keskuse kvaliteedijuht teeb vajalikud sissekanded Keskuse tagasiside nimistusse (vt lisa 1) ja arhiveerib kogu juhtumiga seotud dokumentatsiooni vastavas toimikus.

7.3 Tagasiside hindamine ja aastakokkuvõtte koostamine

- 7.3.1 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.
- 7.3.2 Keskuse juhtkond tutvub klientidelt laekunud tagasisidega ning langetab otsuseid selle kohta, kas ja milliseid parandusmeetmeid on vaja keskuse töö tõhustamiseks rakendada.
- 7.3.3 Kui rakendatud parandusmeetmed osutuvad ebapiisavaks ega anna soovitud tulemusi, siis keskuse juhtkond analüüsib selle põhjuseid ning planeerib tõhusad korrigeerivad tegevused ja juhtumi lahendamine jätkub.
- 7.3.4 Kui kliendirahulolu hindamise tulemused viitavad laiaulatuslikele puudujääkidele kvaliteedisüsteemi nõuete täitmisel, korraldab keskuse kvaliteedijuht kõnealusel valdkonnas erakorralise siseauditi.
- 7.3.5 Keskuse kvaliteedijuht teeb keskusesse laekunud tagasisidest kord aastas kokkuvõtte koos nende põhjal algatatud parandustegevustega.
- 7.3.6 Kvaliteedijuht tutvustab kliendi tagasiside aastakokkuvõtet koos tõhususe analüüsiga keskuse kvaliteedisüsteemi ülevaatuse koosolekul.
- 7.3.7 Vastuvõetud otsused ja edasised tegevused dokumenteeritakse vastavas koosoleku protokollis.
- 7.3.8 Klientidelt saabunud tagasiside on keskuse juhtkonnale abiks töö kavandamisel ja hindamisel ning selle tõhusamaks ja paremaks muutmisel.

7.4 Kliendi tagasiside käsitlemise voodiagramm



8. Lisad

8.1 lisa 1 – Keskuse tagasiside nimistu vorm

9. Viited

9.1 ISO 15189 Meditsiinilaborid. Kvaliteedi ja kompetentsuse nõuded

9.2 Tagasiside käsitlemise kord

Ave Lellep
Laboratooriumi kvaliteedijuht
617 1173

Keiu Soorm
Patoloogiakeskuse kvaliteedijuht
617 1584