

	ЈЗУ Болница „Свети Врачеви“ Бијељина Српске војске 53			УП-10-005
<i>Рад тимова за унапређење квалитета</i>				
Страна 1 од 7	Издање:	Важи од:	Одобрио	Копија број
	2	2023-02-07	др Немања Јанковић	Е

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет упутства

Овим упутством дају се смијернице за рад тимова, који се формирају ради рјешавања специфичних проблема или континуираног рада на унапређењу квалитета у датом подручју.

1.2 Подручје примјене

Упутство је намјењено свим вођама тимова, комисија, радних група или одбора за унапређење квалитета.

1.3 Надлежности за примјену

За доследну примјену овог упутства надлежан је директор болнице, а дужни су га познавати и спроводити сви руководиоци болнице.

1.4 Искључења

- Нема.

2. ВЕЗА С ДРУГИМ ДОКУМЕНТИМА

2.1 Референтни документи

- Нема.

2.2 Остали документи

- УП-10-104: Смијернице за одржавање састанака.
- УП-10-084: Планирање и спровођење континуираног унапређења.
- ПР-10-012: Поступак спровођења корективних мјера.
- ПР-10-020: Поступак спровођења превентивних мјера.
- ПР-10-031: Преиспитивање система менаџмента у медицинској лабораторији.
- ПР-10-004: Поступак преиспитивања система менаџмента.
- Стандарди за сертификацију и акредитацију болница.

3. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

Термини

- Нема.

Скраћенице

- Нема.

4. ОПИС ПОСТУПКА (ПРОЦЕСА)

4.1 Разлози за формирање тимова за унапређење квалитета и улога руководства организације

Тимови за унапређење квалитета формирају се ради бављења питањима:

- за која у структури организације не постоји задужена пословна функција / организациона цијелина,
- чији значај / подручје утицаја превазилази границе једне организационе цијелине,
- која су тако сложена, да захтјевају учешће више специјалиста из различитих подручја.

Болница Бијељина	Страна 2 од 7	Издање:	Важи од:	УП-10-005
		2	2023-02-07	

Тимови припремају извјештаје о свом раду у којем дефинишу препоруке за унапређење. Ове препоруке обавезно разматра руководство организације и доноси планове за њихову реализацију а у складу са процедурама ПР-10-012: *Поступак спровођења корективних мјера*, ПР-10-020: *Поступак спровођења превентивних мјера*, ПР-10-031: *Преиспитивање система менаџмента у медицинској лабораторији* и ПР-10-004: *Поступак преиспитивања система менаџмента*. Уколико се неки од приједлога тима не могу реализовати, руководство обавјештава тим о разлозима.

4.2 Врсте тимова за унапређење квалитета и учешће запослених у њима

Тимови се формирају за рјешавање тренутних проблема (на примјер, конкретне жалбе корисника услуга), или за континуирано истраживање могућности за унапређење као нпр. у сљедећим подручјима:

- управљање лијековима и терапијом,
- поступање с операционим салама,
- управљање ризиком,
- примјена мјера безбједности,
- обезбјеђење клиничког квалитета,
- заштита права пацијента,
- управљање болничким инфекцијама,
- континуирана едукација.

Руководство организације одлучује који се тимови формирају и с којим задатком. Приликом именовања тима, руководство одређује да ли ће тим имати сталан састав, или ће се његов састав повремено мијењати.

4.3 Политика у погледу формирања тимова за унапређење квалитета

Приликом формирања тимова, установа мора да дефинише сљедеће:

- да ли је учешће у раду тима добровољно или обавезно,
- како се члановима тима обезбјеђује вријеме за учешће у раду тима,
- како се тиму обезбјеђују неопходни информациони и инфраструктурни ресурси за рад (простор, литература, интернет и сл.),
- која су овлашћења тима у односу на друге запослене и које су обавезе запослених према тиму (на примјер, како се тиму пружа административно - техничка помоћ),
- друго, што омогућава да тим оствари свој задатак.

Приликом формирања тимова за унапређење квалитета, директору је остављено дискреционо право да одреди да ли ће састав тима бити сталан или привремен (промјењив).

Тим за унапређење квалитета може, с времена на вријеме, да укључи интерне или екстерне експерте за поједина питања.

4.4 Структура тимова за унапређење квалитета

Тим за унапређење квалитета састоји се од:

- вође тима,
- чланова тима,
- (евентуално) придружених експерата.

Тимом руководи вођа тима. Истовремено, вођа тима одговара за укупан рад тима и за његове резултате.

Задаци вође тима су:

Болница Бијељина	Страна 3 од 7	Издање:	Важи од:	УП-10-005
		2	2023-02-07	

- утврђивање плана рада тима и пословника о његовом раду (ако је потребан),
- вођење састанака тима, у складу са упутством УП-10-104: *Смјернице за одржавање састанака*,
- додјела задатака члановима тима и праћење реализације,
- пружање помоћи члановима тима, ако је потребно,
- извјештавање руководства организације о раду тима,
- разрешење свих спорних питања у раду тима.

Задаци чланова тима су:

- учешће у раду тима у складу с пословником о његовом раду, односно другим утврђеним правилима,
- реализација додјељених задатака,
- сарадња с другим члановима тима и пружање помоћи која им је потребна,
- извјештавање о свом раду.

Задаци придружених експерата су:

- учешће у раду тима у складу с пословником о његовом раду, односно другим утврђеним правилима,
- давање стручних мишљења и тумачења,
- извјештавање о свом раду.

4.5 Рад тима

Тимови, именовани за бављење краткорочним проблемима, свој рад заснивају на документима установе, законима и подзаконским актима, стручним информацијама, те другим изворима информација који омогућавају да се дође до рјешења. Рок за давање приједлога рјешења проблема утврђује руководство организације.

Тимови, именовани за бављење дугорочним проблемима, свој рад заснивају на програму који се доноси сваке године. Програмом рада утврђују се годишњи циљеви тима, методе остварења, рокови и потребни ресурси. Програм рада предлаже вођа тима, а одобрава га директор. На крају године, вођа тима извјештава руководство организације о степену реализације програма рада и о постигнутим резултатима. Програм се израђује на обрасцу ОБ-10-193: *Образац за формирање рада тима за унапређење квалитета*.

Напомена 1: Тимови, који се формирају за бављење унапређењима у областима које су нове за организацију, у програму рада морају да резервишу вријеме за сопствену обуку. На примјер, тим који треба да се бави промоцијом права пацијената прво мора да прикупи и проучи много информација о томе, како се датом проблему приступа у свијету.

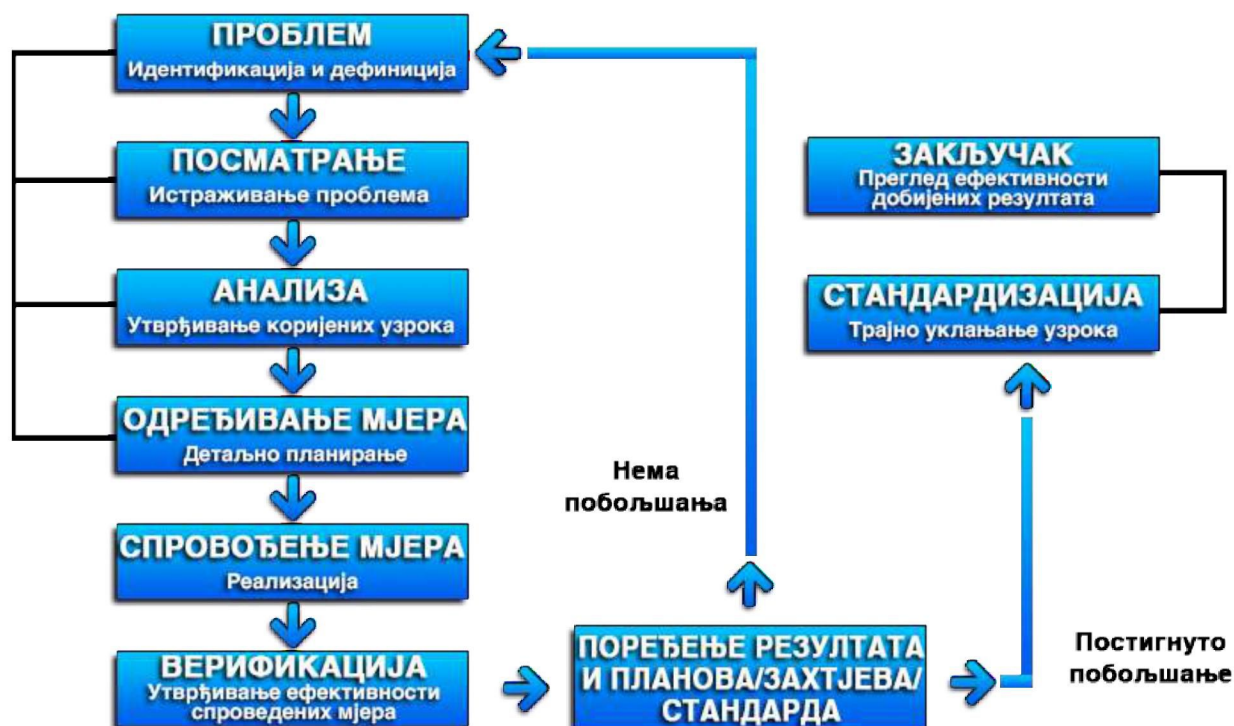
Сви тимови доносе правила о свом раду. Ова правила могу имати најразличитију форму, али морају бити документована (на примјер, правила за рад тима могу се утврдити у записнику с првог / конститутивног састанка, или у пословнику о раду тима). Правилима се утврђује начин рада тима, учесталост састанака, процес одлучивања, начин вођења записника, поступак извјештавања и друго, што је неопходно да би рад тима несметано текао.

Састанци тима одвијају се према упутству УП-10-104: *Смјернице за одржавање састанака*.

У свом раду тим примењује општи поступак рјешавања проблема, приказан на Слици 1, и методе, описане у упутству УП-10-84: *Планирање и спровођење континуираног унапређења*.

Болница Бијелина	Страна 4 од 7	Издање:	Важи од:	УП-10-005
		2	2023-02-07	

Слика 1 – Општи алгоритам унапређење квалитета



Слика 1 – Општи алгоритам унапређења квалитета

Треба имати у виду да су тимови за побољшање квалитета по правилу одговорни само за анализу проблема и одређивање мјера, док је за све остале активности одговорно руководство организације. Наравно, уколико тим добије неопходна овлашћења и ресурсе, он може бити одговоран и за друге фазе, приказане на Слици 1.

Детаљи у вези с анализом проблема и дефинисањем мјера приказани су у Прилогу 1.

4.5.1. Дефинисање проблема / подручја рада

У овој фази тим разматра добијени задатак и све доступне улазне информације и на основу тога формулише исказ проблема, тј. одређује чиме ће се бавити у даљем раду. При томе тим води рачуна да исказ што прецизније описује ситуацију која се схвата као стварни или потенцијални проблем. Могући преглед улазних информација приказан је у Прилогу 1.

Ако се тим формира *ad hoc*, ради оперативног рјешавања стварног или потенцијалног проблема, онда увијек постоји или прецизно формулисани задатак, или довољно информација које помажу да се дође до почетне формулације задатка.

Ако се тим формира да би се трајно бавио побољшањем у некој области, онда почетне информације по правилу недостају или су некомплетне, па тим мора самостално да одреди своје поље рада. У овом случају, од помоћи је ако у датом подручју постоје утврђени показатељи ефикасности и ефикасности и критеријуми прихватљивости. Тада свако одступање показатеља од утврђених критеријума треба истражити, а подаци о томе помоћи ће да тим одреди свој задатак.

Болница Бијељина	Страна 5 од 7	Издање:	Важи од:	УП-10-005
		2	2023-02-07	

4.5.2. Прикупљање додатних информација ради корекције радне дефиниције

У појединим случајевима није одмах могуће прецизно дефинисати проблем, па тим тада мора да обави истраживање мањег или већег обима како би прикупио додатне информације. Ово истраживање може да укључи преглед медицинске и друге документације, преглед кретања кључних показатеља квалитета, поређење с другим организацијама, те преглед литературе која се односи на дато подручје. После оваквог истраживања почетни исказ проблема често се мора модификовати и тачније одредити. На примјер, тврдња „однос здравствених и нездравствених радника је неповољан“ схвата се као проблем, али рад на том проблему неће бити могућ док се не да прецизна дефиниција, што захтјева да се појам „неповољан“ тачно квантификује и да се постојеће стање упоређи с нормативом који је база за поређење. Побољшана дефиниција може да гласи „Однос здравствених и нездравствених радника за ____% превазилази норматив ХУ (норматив је а:б, стварно стање је ц:д)“.

4.5.3. Утврђивање коријеног узрока и / или идентификација утицајних фактора

Сваки проблем има један или више коријених узрока, а на сваки узрок утиче један или више фактора. За проблем који се разматра, тим за побољшање квалитета мора да идентификује коријени узрок и факторе који на њега утичу, при чему треба да користи методе, описане у упутству УП-10-084: *Планирање и спровођење континуираног унапређења*.

4.5.4. Груписање утицајних фактора по особинама сродности

Све идентификоване коријене узроке и утицајне факторе треба груписати по сличности у мањи број категорија, што омогућава да се лакше сагледају односи између појединих категорија и да се лакше разраде рјешења. Приликом оваквог груписања тим може да користи методе «дијаграм сличности» или «рибља кост», описане у упутству УП-10-084: *Планирање и спровођење континуираног унапређења*.

4.5.5. Идентификација фактора на које се може утицати и њихова квантификација

Након груписања свих фактора тим анализира добијене резултате и разврстава све коријене узроке и утицајне факторе на три групе:

- фактори, на које организација може да дијелује,
- фактори, на које организација може да дијелује под одређеним условима (на примјер, пошто добије сагласност надлежног органа),
- фактори, који се уопште не налазе у надлежности установе, или који почињу да излазе из њене надлежности (нпр. проблем недостатка специјалиста одређеног профила до којих се уопште не може доћи).

Ово разврставање помаже да се тимови не баве проблемима на које ни они, ни организација, немају утицаја, тј. идентификују се области у којима има највише прилика и могућности за унапређење

Реализација плана се прати, а о реализацији се извјештава како је дефинисано у самом плану, а у складу са роком за реализацију. Описано у упутству УП-10-084: *Планирање и спровођење континуираног унапређења*.

4.5.6. Идентификација варијанти рјешења и приједлог мјера

После спроведених анализа, тим располаже свим потребним подацима и може да разради варијанте рјешења. Тим треба да размотри све варијанте и да одбаци само оне, за које је очигледно да уопште не одговарају проблему.

Болница Бијељина	Страна 6 од 7	Издање:	Важи од:	УП-10-005
		2	2023-02-07	

4.5.7. Вредновање варијанти и избор оптималне

Све варијанте вреднују се по SMART¹ критеријумима, при чему се оцјењује:

- да ли је предложено рјешење довољно конкретно описано (да ли знамо шта треба да радимо),
- да ли је рјешење такво, да се резултати примјене могу вредновати (ради поређења са почетним стањем),
- да ли је рјешење прилагођено проблему,
- да ли рјешење отклања или знатно умањује димензије проблема,
- да ли је рјешење могуће реализовати у разумном временском року.

На основу резултата оцјењивања одабере се мањи број прихватљивих рјешења, која се допунски вреднују према следећем:

- да ли је рјешење у складу са општим политикама организације и надређених органа,
- да ли је рјешење прихватљиво за све / за најважније интересне стране,
- да ли је цијена рјешења прихватљива.

После свеобухватне анализе тим идентификује оптимално рјешење за које припрема нацрт плана имплементације ОБ-10-193: *Образац за формирање рада тима за унапређење квалитета*.

4.5.8. Припрема презентације за руководство

Сумирајући резултате свога рада, тим припрема извјештај за руководство и презентацију одабраних рјешења. Ова презентација има за циљ да се предложена рјешења прихвате и спроведу у дјело. Додјелјивање конкретних задужења за поједине активности трећим лицима излази из надлежности тима.

5. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

5.1 Прилози

- Прилог 1: Рад тима у фази анализе проблема и предлагања рјешења.

5.2 Обрасци

- ОБ-10-193: Образац за формирање рада тима за унапређење квалитета.

6. ЗАПИСИ

Табела 1:

Назив документа	Ознака обрасца	Документ формира	Број примјерака	Рок чувања	Мјесто чувања	Евидентирање
Образац за формирање рада тима за унапређење квалитета	ОБ-10-193	Вођа тима	2	2 године	Архива тима	Протокол установе

¹ SMART – Скраћеница енглеских ријечи Specific (конкретан), Measurable (мјерљив), Appropriate (одговарајући), Relevant (значајан), Time-based (временски одређен).

Прилог 1: Рад тима у фази анализе проблема и предлагања рјешења

