

	Јавна здравствена установа Болница „Свети Врачеви“ Бијељина, Српске војске 53			ПР-10-061
<i>Поступак спровођења анализе основног узрока</i>				
Страна 1 од 5	Издање:	Важи од:	Одобрио:	Копија број
	3	2023-08-04	др Немања Јанковић помоћник директора	Е

1. ПРЕДМЕТ И ПОРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет процедуре

Овом процедуром дефинише се поступак спровођења анализе основног узрока ванредних / нежељених догађаја и других проблема у ЈЗУ Болници „Свети Врачеви“ Бијељина (у даљем тексту: Болница) у оквиру општих мјера управљања ризиком, укључујући спровођење корективних мјера.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује у цијелој установи, у свим одјељењима и службама, на све процесе и услуге које установа реализује.

1.3 Надлежности за примјену

За примјену ове процедуре надлежни су директор, помоћници директора, руководиоци СКУК - а , руководиоци организационих јединица и главна сестра болнице. Начелник / руководиоци одјељења / службе у којој је утврђена неусаглашеност одговоран је за отклањање неусаглашености и утврђивање основног узрока настанка неусаглашености у својој организационој јединици. Помоћници директора и главна сестра болнице су одговорни за отклањање системске неусаглашености као и спречавање понављања и предузимање мјера за утврђивање и отклањање узрока и посљедица утврђене неусаглашености.

1.4 Искључења

- Нема.

2. ВЕЗА С ДРУГИМ ДОКУМЕНТИМА

2.1 Референтни документи

- Стандарди за сертификацију и акредитацију болница,
- Стандард ISO 22301 – Друштвена сигурност — Системи управљања континуитетом пословања – Захтјеви,
- Стандард ISO 22317 – Друштвена сигурност — Системи управљања континуитетом пословања – Анализа утицаја на пословање,
- Стандард ISO 31010 – Управљање ризиком, методе оцјене ризика,
- Стандард ISO 9004 - 4:1993: Менаџмент квалитетом и елементи система квалитета — дио 4: Смјернице за побољшање квалитета (повучен из употребе).

Користе се важећа издања наведених докумената.

2.2 Остали документи

- Политика управљања континуитетом пословања,
- Стратегија управљања континуитетом пословања,
- УП-10-005: Рад тимова за унапређење квалитета,
- ПР-10-012: Поступак спровођења корективних мјера,
- ПР-10-020: Поступак спровођења превентивних мјера.
- ПР-10-027: Поступак у случају нежељених догађаја.

Болница Бијељина	Страна 2 од 5	Издање:	Важи од:	ПР-10-061
		3	2023-08-04	

- ПР-10-007: Управљање неусаглашеностима.

Користе се важећа издања наведених докумената.

3. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

3.1 Термини

- **Основни узрок** - догађај, ситуација, човјек или предмет који се сматра основним покретачем ланца догађаја, који су довели до нежељеног догађаја или проблема.
- **Напомена 1:** Основни узрок не може се разложити на простије догађаје.
- **Напомена 2:** Један основни узрок може изазвати више нежељених догађаја или проблема.
- **ванредни догађај** - несрећа изазвана елементарном непогодом и другом несрећом која може да угрози здравље и живот људи и животну средину, а чије је последице могуће спријечити или отклонити редовним дјеловањем,
- **Напомена:** У медицини термин „ ванредни / нежељени / сигнални догађај користи се да означи догађај који је нанио штету пацијенту. Обично се овакви догађаји завршавају продужењем лијечења, мањим или већим инвалидитетом пацијента или његовом смрћу.
- **Инцидент:** догађај који може да буде поремећај, губитак, ванредна ситуација или криза, или може да доведе до тога.
- **Напомена:** У медицини овај се термин користи да означи ситуацију која је могла да доведе до ванредног догађаја, али која се – стицајем сретних околности - завршила без последица.

3.2 Скраћенице

- Нема.

4. ОПИС ПОСТУПКА

4.1 Опште

Анализа основног узрока спроводи се после наступања ванредног / нежељеног догађаја у циљу идентификације узрока који је довео / који су довели до њега. После идентификације узрока могуће се планирати и спровести корективне мјере које ће спријечити понављање ситуације.

Анализу основног узрока спроводи руководиоца организационе јединице у којој је настао непланирани и неочекивани догађај, а уколико је непланирани / неочекивани догађај превазилази овлаштења надлежног руководиоца исти се доставља помоћницима директора и / или главној сестри болнице који преузимају даљу надлежност у рјешавању и отклањању истог.

У сљедећим случајевима анализа основног узрока се не спроводи:

- Свјесно нарушавање правила сигурности,
- Криминалне радње,
- Ситуације које укључују конзумирање алкохола или дрога од стране особља,
- Претпостављено или стварно злостављање пацијената.

4.2 Поступак анализе основног узрока

Анализа основног догађаја спроводи се по сљедећем алгоритму:

Болница Бијељина	Страна 3 од 5	Издање:	Важи од:	ПР-10-061
		3	2023-08-04	

- Руководилац организационе јединице,
- Помоћници директора и главна сестра болнице
- Прикупити све информације у вези с непланираним / неочекиваним и ванредним / нежељеним догађајем:
 - шта се тачно десило, БЕЗ ИНТЕРПРЕТАЦИЈЕ,
 - шта је записано у документима,
 - шта је требало да се деси (под нормалним околностима),
 - шта је требало да буде записано у документима,
 - када се то десило,
 - ко је у томе учествовао, а ко није,
 - која је опрема коришћена, какво је стање њене исправности,
 - итд.
- Руководилац организационе јединице анализира све процесе и све комбинације тих фактора (за подручје за које је одговоран),
- Помоћници директора и главна сестра болнице анализирају све кораке у процесу и све комбинације тих фактора (на нивоу установе),
- Руководилац организационе јединице за подручје за које је одговоран идентификује главне узроке ситуације / ванредног догађаја и факторе који су му допринијели,
- Помоћници директора и главна сестра болнице идентификују главне узроке ситуације / ванредног догађаја и факторе који су му допринијели (на нивоу установе), сви заједно полазећи од сљедећих претпоставки:
 - сигурност пацијената је својство система, не појединца,
 - ванредни догађаји ће се дешавати ма колико се ми борили против њих. Међутим, стална борба помаже да се они дешавају ријетко.
 - нико не долази на посао да би намјерно гријешео,
 - кажњавати извршиоца за грешке не спречава понављање грешке.
- Руководилац организационе јединице за подручје за које је одговоран, а помоћници директора и главна сестра болнице за подручје на нивоу установе анализира прикупљене податке и утврђује основне узроке примјеном статистике и алата за олакшавање тимског рада, описаних у стандарду ISO 9004 - 4:1993, на примјер:
- Руководилац анализира прикупљене податке и утврђује основне узроке примјеном статистике и алата за олакшавање тимског рада, описаних у стандарду ISO 9004 - 4:1993, на примјер:
 - брејнсторминг с дијаграмом сличности,
 - 5 „зашто?“, итд.
 - дијаграм узрок – посљедица,
 - дијаграм „стабло“.
- Полазећи од описа догађаја, руководиоца поставља се питање „Зашто се то десило?“

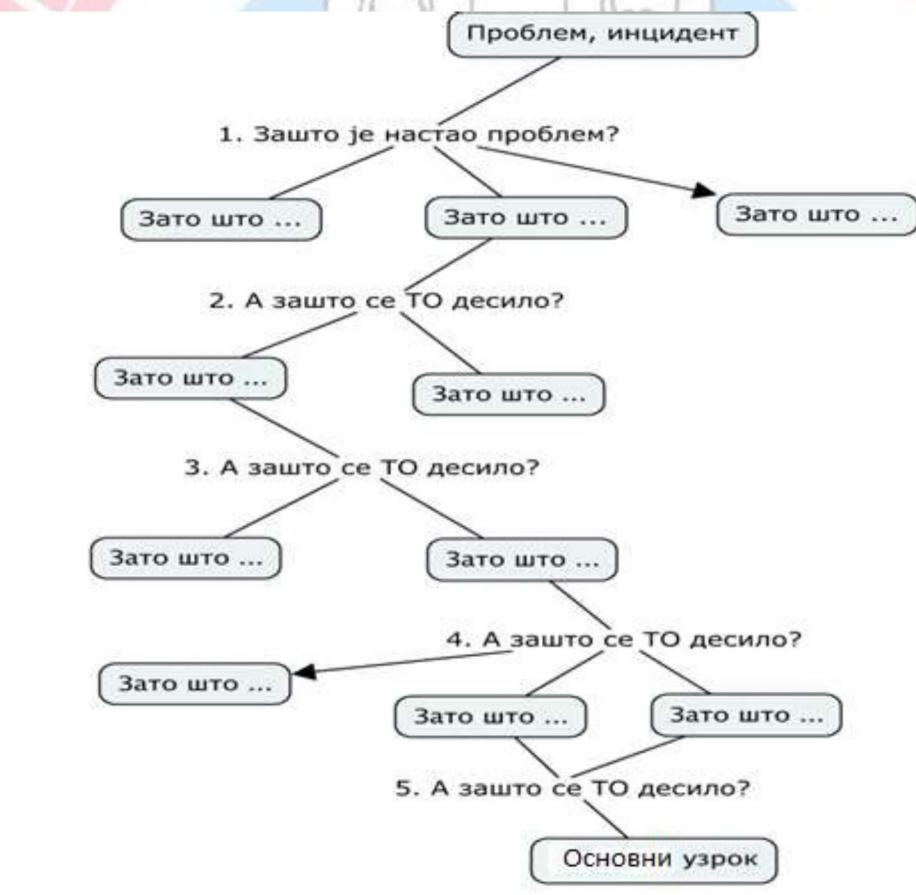
Болница Бијељина	Страна 4 од 5	Издање:	Важи од:	ПР-10-061
		3	2023-08-04	

- Послије добијања одговора руководиоца поново се поставља исто питање које се сада односи на претходни одговор.
- Поступак се понавља док се не дође до једног или више основних узрока.

4.3 Описивање основног узрока

Приликом описивања основног узрока руководиоца /главна сестра болнице/помоћници директора се придржавају сљедећих правила:

- Између идентификованог узрока непланираног /неочекиваног и ванредног / нежељеног догађаја мора да постоји јасна и непосредна веза.
- Негативни описи се не користе (нпр. „Процедура је лоше написана“).
- Људска грешка **мора** имати претходни узрок.
- Нарушавање процедуре не може бити основни узрок: томе увијек претходи неки други узрок.
- Пропуст да се нешто уради може бити узрок САМО ако је у политикама и процедурама дефинисано да се то МОРА урадити.



Слика бр. 1: Илустрација 1 - Примјер метода „5 зашто“

4.4 Предлагање корективних мјера

Послије спроведене анализе руководиоца даје се приједлог за елиминацију основног узрока, на примјер:

- измјене политика и процедура рада,
- спровођење обуке,

Болница Бијељина	Страна 5 од 5	Издање:	Важи од:	ПР-10-061
		3	2023-08-04	

- прописивање поступака с опремом и инфраструктуром,
- ажурирање документације итд.

Ове приједлоге реализује менаџмент установе по процедурама ПР-10-012: *Поступак спровођења корективних мјера* и ПР-10-020: *Поступак спровођења превентивних мјера*.

Руководилац цијени постигнуте ефекте и провјерава да ли су мјере дале резултате, све се евидентира у ОБ-10-293: *Плани регистар неусаглашености / корективних / превентивних мјера*.

Такође, предлагање корективне мјере / акције послије утврђеног основног узрока може проистећи из нежељеног догађаја / инцидентне ситуације према процедури ПР-10-027: *Поступак у случају нежељених догађаја*.

5. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

5.1 Прилози

– Нема.

5.2 Обрасци

- ОБ-10-293; План и регистар неусаглашености / корективних / превентивних мјера.

6. ЗАПИСИ

Табела 1:

Назив документа	Ознака обрасца	Документ формира	Број примјерака	Рок чувања	Мјесто чувања	Евидентирање
План и регистар неусаглашености / корективних / превентивних мјера	ОБ-10-293	Сви руководни радници болнице		3 године	- Вођа тима - Архива руководиоца организационе јединице - Архива Службе за континуирано унапређење квалитета	-