

 <b>KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE</b>	UPRAVLJANJE KVALITETOM	Oznaka dokumenta: UK-26-1 Izdanje: 1. Vrijedi od: 11. veljače 2025. g.
	POLITIKA I PROCEDURA VOĐENJA REGISTRA RIZIKA	

## 1. SVRHA

Ova politika i procedura osigurava sustavno identificiranje, procjenu, dokumentiranje, nadzor i upravljanje rizicima unutar Klinike za psihijatriju Vrapče kako bi se povećala sigurnost pacijenata, zaposlenika i drugih dionika, te udovoljilo zahtjevima Međunarodnih akreditacijskih standarda (AACI) i nacionalnim zakonima.

## 2. DEFINICIJE

- **Registar rizika:** Središnja evidencija svih identificiranih rizika relevantnih za poslovanje ustanove, uključujući procjenu vjerojatnosti i utjecaja, mjere kontrole te akcijske planove.
- **Rizik:** Potencijalna situacija ili događaj koji može negativno utjecati na postizanje ciljeva ustanove, sigurnost pacijenata, osoblja ili javnosti.
- **Procjena rizika:** Proces identifikacije, analize i evaluacije rizika u svrhu određivanja prioriteta i donošenja odluka.

## 3. NAČELA

- Transparentnost i sustavnost u praćenju i izvještavanju o rizicima.
- Aktivno sudjelovanje rukovoditelja i zaposlenika u identifikaciji rizika.
- Pristup temeljen na dokazima i kontinuiranom poboljšanju.
- Godišnja revizija i ažuriranje registra rizika.

## 4. POSTUPAK

### 4.1 Uspostava i održavanje registra rizika

- Klinika uspostavlja **Registar rizika** kao elektronički dokument.
- Registar vodi pomoćnik ravnateljice za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor.
- Registar rizika sadrži:
  - Opis rizika – vodeći se načelom konkretnosti
  - Vrstu rizika – sigurnosni, poslovni ili klinički
  - Nadležnu / odgovornu ustrojstvenu jedinicu
  - Vjerojatnost ostvarenja
  - Posljedice ostvarenja
  - Izračunati rizik prije mjera
  - Korektivne radnje
  - Vjerojatnost (ublažena) nakon korektivnih radnji
  - Posljedice (ublažene) nakon korektivnih radnji
  - Rizik (ublaženi) nakon korektivnih radnji

 KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE	UPRAVLJANJE KVALITETOM	Oznaka dokumenta: UK-26-1 Izdanje: 1. Vrijedi od: 11. veljače 2025. g.
	POLITIKA I PROCEDURA VOĐENJA REGISTRA RIZIKA	

- Evidencija promjena / ažuriranja / korekcija s naznakom datuma (mjeseca i godine) te osobe koja je inicirala promjenu / ažuriranje / korekciju

#### 4.2 Identifikacija i procjena rizika

- Rizici se identificiraju kroz:
  - Analizu incidenata i neželjenih događaja
  - Interni nadzor i revizije
  - Povratne informacije zaposlenika
  - Strateško i operativno planiranje
- Procjena rizika temelji se na matrici vjerojatnosti i utjecaja.
- Visokorizični procesi definiraju se kao prioritetni za intervenciju.
- Korekciju / ažuriranje Registra rizika provodi pomoćnik ravnateljice za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor na inicijativu relevantne stranke te nakon što je predmet prošao raspravu relevantnih tijela (relevantnih članova Jedinice za kvalitetu)

#### 4.3 Izvještavanje i razmatranje rezultata

- Registar rizika pregledava Jedinica za kvalitetu **najmanje jednom godišnje**, ili češće prema potrebi.
- Izvještaj sadrži analizu stanja, preporučene mjere, rezultate poduzetih aktivnosti i preporuke za poboljšanje.
- Pritom se razmatraju:
  - Specifične potrebe i zahtjevi dionika
  - Trošak, učestalost i vrijeme izvještavanja
  - Način i oblik izvještavanja
  - Važnost informacija za donošenje odluka

#### 4.4 Upravljanje rizicima

- Ravnateljstvo donosi **akcijske planove**, određuje rokove i odgovorne osobe.
- Provedba se dokumentira i prati.
- Po potrebi se obavještavaju pacijenti i/ili obitelji o rizicima, neželjenim događajima ili medicinskim pogreškama u skladu s pravnim i etičkim zahtjevima.





 KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE	UPRAVLJANJE KVALITETOM	Oznaka dokumenta: UK-26-1 Izdanje: 1. Vrijedi od: 11. veljače 2025. g.
	POLITIKA I PROCEDURA VOĐENJA REGISTRA RIZIKA	

## 5. DOKUMENTACIJA I ČUVANJE

- Registar rizika vodi se u elektroničkom formatu (npr. Excel, aplikacija) i/ili kao fizička dokumentacija.
- Čuva se najmanje 5 godina ili sukladno internim pravilnicima i zakonima.
- Dostupan je relevantnim tijelima u svrhu nadzora i revizije.

## 6. PRAĆENJE I REVIZIJA

- Učinkovitost ove politike i procedure revidira se **najmanje jednom godišnje**.
- Reviziju provodi Jedinica za kvalitetu.

Izradio: pomoćnik ravnateljice za kvalitetu zdravstvene zaštite i skrb doc. dr. sc. Marko Ćurković, dr. med.	Pregledao: pomoćnik ravnateljice za pravne poslove Krešimir Kargačin, mag. iur.	Odobrio: Ravnateljica Klinike Prof. prim. dr. sc. Petrana Brečić, dr. med.
Potpis: 	Potpis: 	Potpis:  
Datum: 11. veljače 2025.	Datum: 11. veljače 2025.	Datum: 11. veljače 2025. w-51 23-21/24-25