

Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību  
TRAUMATOĻĢIJAS UN ORTOPĒDIJAS SLIMNĪCA  
Duntes ielā 22, Rīgā, LV - 1005, reģistrācijas Nr. 40003410729  
Tālrunis 67 399 300, fakss 67 392 348, e-pasts: [tos@tos.lv](mailto:tos@tos.lv), [www.tos.lv](http://www.tos.lv)

**APSTIPRINĀTS**

*ar valsts sabiedrības ar ierobežotu  
atbildību „Traumatoloģijas un  
ortopēdijas slimnīca” rīkojumu*

## **RISKU PĀRVALDĪBAS POLITIKA UN RISKU PĀRVALDĪBA**

1. **Politika** – savlaicīgi identificēt un pārvaldīt būtiskākos VSIA “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca” (turpmāk – Slimnīca) darbību negatīvi ietekmējošos faktoros, nodrošinot samazinātu potenciālo seku iespējamību un nozīmību, kā arī noteikt iesaistīto struktūrvienību darbinieku atbildību risku pārvaldības procesā.
2. **Politikas darbības mērogs** – politika attiecas uz visām Slimnīcas struktūrvienībām un darbiniekiem.
3. **Risku pārvaldības pamatprincipi:**
  - 3.1. Risku pārvaldība tiek veikta vadoties no ārējo un iekšējo normatīvo aktu prasībām;
  - 3.2. Risku pārvaldība nodrošina atbilstošu un savlaicīgu reakciju uz ārējām un iekšējām pārmaiņām un notikumiem;
  - 3.3. Risku pārvaldība ir integrēta stratēģijas izstrādes un ieviešanas darbībā, un stratēģisko mērķu sasniegšanas atbalstā un uzraudzībā;
  - 3.4. Risku pārvaldība ir integrēta Slimnīcas darbības plānošanā un darbības rezultātu izvērtēšanā;
  - 3.5. Slimnīcas darbinieki atbild par risku vadību savā jomā;
  - 3.6. Risku pārvaldības ietvaros tiek nodrošināta darbinieku izglītošana un atbalsta sniegšana, veicinot izpratni par riskiem, to sekām;
  - 3.7. Risku pārvaldības sistēma tiek pastāvīgi pilnveidota saskaņā ar labas prakses principiem un pieredzi.
4. **Atbildība par risku vadības politikas īstenošanu:**
  - 4.1. Risku vadības politikas īstenošana notiek:
    - 4.1.1. Slimnīcas valde:
      - 4.1.1.1. apstiprina risku vadības politiku un citu ar risku pārvaldību saistīto dokumentāciju;
      - 4.1.1.2. nodrošina vienotu risku pārvaldību Slimnīcā;
      - 4.1.1.3. apstiprina risku vadības nepieciešamību jauniem Slimnīcas darbības virzieniem un jomām;
      - 4.1.1.4. sniedz atbalstu politikas īstenošanā un pārrauga risku pārvaldības darbību kopumā.
    - 4.1.2. Risku vadības grupa (turpmāk – RVG):
      - 4.1.2.1. RVG vadītājs – valdes loceklis par ārstniecību, zinātni un izglītību;
      - 4.1.2.2. RVG sastāvs – valdes loceklis, galvenais ārsts, galvenā māsa, kvalitātes vadības sistēmu grupas vadītāja;

- 4.1.2.3. veic iekšējo normatīvo aktu izstrādi, kas reglamentē Slimnīcas risku pārvaldību;
- 4.1.2.4. RVG vienu reizi mēnesī, līdz 15. datumam, aktualizē TOS-i-10;
- 4.1.2.5. vienu reizi ceturksnī aktualizē un iesniedz Slimnīcas valdei informāciju par aktuālajiem riskiem (punkts 5.2.), to novērtējumu, risku mazinošiem pasākumiem, izpildes gaitu un uzraudzības pasākumiem;
- 4.1.2.6. par ārkārtas riskiem – ziņo valdei nekavējoties;
- 4.1.2.7. sniedz priekšlikumus Slimnīcas valdei par risku pārvaldības sistēmas uzlabošanu un pilnveidošanu;
- 4.1.2.8. identificē jaunus Slimnīcas darbības virzienus un jomas, kurās ir nepieciešami risku vadība un ziņo par tām Slimnīcas valdei;
- 4.1.2.9. informē darbiniekus par riskiem un to pārvaldību, sniedz atbalstu Slimnīcas darbiniekiem risku pārvaldībā.
- 4.1.3. Slimnīcas darbinieki:
  - 4.1.3.1. piedalās risku identificēšanā un ziņošanā, nosūtot pieteikumu EDUS, sadaļā Pieteikumi, apakšsadaļā Riski, vai ziņo tiešajam darba vadītājam;
  - 4.1.3.2. ir atbildīgi par risku mazināšanas vai novēršanas darbībām savā darbības jomā (vadoties pēc dokumentācijas);
  - 4.1.3.3. struktūrvienību vadītāji iesniedz savā darbības jomā, struktūrvienībā fiksētos riskus RVG vadītājam līdz katra mēneša 1. datumam (ārkārtas riskus ziņo nekavējoties);
  - 4.1.3.4. struktūrvienības vadītāji komunicē risku pārvaldību pēc RVG norādījumiem struktūrvienībā.

## 5. Risku pārvaldības process:

- 5.1. Risku pārvaldības process strukturēts:
  - 5.1.1. risku identificēšana;
  - 5.1.2. risku analīze un vērtēšana;
  - 5.1.3. risku novēršanas / mazināšanas darbību noteikšana un pārraudzība;
  - 5.1.4. risku ziņošana un informēšana.
- 5.2. Riski tiek klasificēti:
  - 5.2.1. vispārīgie riski;
  - 5.2.2. pacientu drošības riski;
  - 5.2.3. korupcijas un interešu konflikta riski;
  - 5.2.4. informācijas sistēmu darbības riski;
  - 5.2.5. darba vides riski.
- 5.3. Risku identificēšana, vērtēšana, risku novēršanas / mazināšanas pasākumu īstenošana un uzraudzība, risku komunicēšana (5.2. punkts - dokumenta īpašnieks):
  - 5.3.1. veic risku identificēšanu par konkrētu risku klasifikācijas jomu;
  - 5.3.2. veic risku analīzi un novērtēšanu, vadoties pēc risku novērtēšanas metodes;
  - 5.3.3. nosaka risku cēloni, iespējamās riska sekas un risku novēršanas / mazināšanas pasākumus, atbildīgo personu par riska novēršanu / mazināšanu un izpildes laiku;
  - 5.3.4. risku ziņošana, apstiprināšana un komunicēšana:

- 5.3.4.1. dokumenta īpašnieks ziņo RGV vadītājam par identificētajiem riskiem, to novērtējumu un par risku novēršanas / mazināšanas pasākumiem - 1 reizi ceturksnī, līdz mēneša 1. datumam elektroniski e-pastā;
- 5.3.4.2. Slimnīcas valde apstiprina risku novērtējumu;
- 5.3.4.3. risku komunicēšana Slimnīcā notiek:
  - 5.3.4.3.1. darbinieku konferences laikā (piektdienās);
  - 5.3.4.3.2. e-pastā nosūtot saistošo dokumentāciju;
  - 5.3.4.3.3. struktūrvienību operatīvo sanāksmju laikā struktūrvienības administrējošais personāls iepazīstina ar risku dokumentācijas saturu pārējos nodarbinātos struktūrvienībā.
- 5.3.5. Risku novēršanas / mazināšanas pasākumu īstenošana un uzraudzība:
  - 5.3.5.1. darbinieki veic noteiktās risku novēršanas / mazināšanas darbības noteiktajos termiņos;
  - 5.3.5.2. atbildīgais par konkrētu risku klasifikācijas jomu uzrauga risku novēršanas / mazināšanas procesus, komunicējot ar iesaistītajiem darbiniekiem;
  - 5.3.5.3. atbildīgais par konkrētu risku jomu ziņo Slimnīcas valdei un RGV vadītājam par risku novēršanas / mazināšanas rezultātiem.

Kvalitātes vadības sistēmu grupas vadītāja: G.Skane

Datums: 28.11.2023.