POSLOVNIK KAKOVOSTI IN VARNOSTI

SPLOŠNE BOLNIŠNICE TRBOVLJE

KAZALO

OSNOVNI PODATKI 4
UVOD 5
NAMEN POSLOVNIKA KAKOVOSTI 5
1. KONTEKST – NOTRANJE IN ZUNANJE OKOLJE DELOVANJA 6
2. POSLANSTVO, VIZIJA in ETIČNA NAČELA 7
POSLANSTVO 7
VIZIJA 7
3. POLITIKA KAKOVOSTI IN VARNOSTI 8
a. TEMELJNA IZJAVA O POLITIKI KAKOVOSTI 8
b. OSNOVNE USMERITVE IN ZAVZETOST ZA KAKOVOST IN VARNOST 8
c. CILJI KAKOVOSTI IN VARNOSTI 8
4. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI 9
a. SPLOŠEN OPIS SISTEMA 9
1 ZDRAVSTVENI PROCESI 10
2 PODPORNI PROCESI 10
3 POSLOVNI PROCESI 11
3.2. MEDSEBOJNA POVEZANOST – ODVISNOST PROCESOV 11
3.3. KRITIČNI PROCESI 11
3.4. OBVLADOVANJE DOKUMENTACIJE in PDCA krog 12
4. VODENJE 13
4.1. ZAVEZANOST VODSTVA 13
4.2. OSREDOTOČENOST NA UPORABNIKE STORITEV 14
4.3. PLANIRANJE 14
4.3.1. Cilji kakovosti 14
4.3.2. Planiranje sistema vodenja kakovosti 14
5. ODGOVORNOSTI, POOBLASTILA IN NOTRANJE KOMUNICIRANJE 15
5.1. ODGOVORNOSTI IN POOBLASTILA 15
6. KOMISIJA ZA KAKOVOST, ORGANI, ODGOVORNI ZA KAKOVOST IN IZRABO ZMOGLJIVOSTI 15
6.1. KOMISIJA ZA KAKOVOST 15
6.2. SLUŽBA ZA KAKOVOST 17
6.3. STROKOVNI SODELAVEC ZA KAKOVOST in SKRBNIK ZA KAKOVOST 18
6.4. POOBLAŠČENEC ZA VARNOST PACIENTOV 19
6.5. KOMISIJA ZA KAKOVOST IN IZRABO ZMOGLJIVOSTI (komisija je ukinjena 16.7.2025) 19

7. KOMUNIKACIJSKI NAČRT 19
8. VODSTVENI PREGLED 20
9. VIRI 20
9.1. NAČRTOVANJE VIROV 20
9.2. KADROVSKA STRUKTURA ZAPOSLENIH 21
9.3. INFRASTRUKTURA 21
10. DELOVNO OKOLJE 22
11. STORITVE ZA ODJEMALCE 23
11.1. PLANIRANJE REALIZACIJE STORITEV 23
11.2. PROCESI, POVEZANI Z ODJEMALCI 23
11.2.1. Določitev zahtev v zvezi s storitvami 23
11.2.2. Snovanje in razvoj storitve oziroma uvajanje novosti 23
11.2.3. Komuniciranje z uporabniki zdravstvenih storitev 24
12. NAKUPI 24
12.1. NABAVA MATERIALA IN STORITEV 24
12.1.1. Nabava materiala 24
12.1.2. Nabava storitev, ki sodelujejo pri procesih za odjemalce 24
12.2. IZVEDBA STORITVE 25
13. MERJENJE IN NADZOR 25
14. SPREMLJANJE IN IZBOLJŠAVE 26
14.1. NAMEN 26
14.2. SPREMLJANJE STANJA 26
14.2.1. Spremljanje zadovoljstva naših uporabnikov 26
14.2.2. Notranja presoja 26
14.2.3. Spremljanje delovanja procesov oziroma ustreznost storitev 27
14.2.4. Spremljanje kazalnikov kakovosti 27
14.2.5. Obvladovanj odstopanj 27
14.2.6. Analiza podatkov 28
14.2.7. Izboljšave 28
15. PODREJENI POSLOVNIKI KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV 29

OSNOVNI PODATKI

Naziv:	**Splošna bolnišnica Trbovlje**
Sedež zdravstvene organizacije:	**Rudarska cesta 9, 1420 Trbovlje**
Davčna številka:	**SI99756650**
Matična številka:	**5055121**
Šifra proračunskega uporabnika:	**27928**
Šifra dejavnosti:	**86.100**
Podračun EZR	**SI56-0110-0603-0279-252**
Direktor:	**mag. Marjan Podgoršek**
Leto ustanovitve:	**1993**
Ustanovitelj:	**Vlada republike Slovenije**
E-mail:	**info@sb-trbovlje.si**
Spletna stran:	**https://www.sb-trbovlje.si/**
Telefon:	**03 56 52 500**
Fax:	**035626122**

UVOD

Bolnišnična dejavnost se je v Trbovljah pričela izvajati 22. 11. 1925 z otvoritvijo današnjega centralnega dela bolnišničnih kompleksov. Namenjena je bila le zaposlenim in upokojenim rudarjem ter njihovim družinskim članom, ker je bila zgrajena s sredstvi Bratovske skladnice. Status splošne bolnišnice je dobila v času med drugo svetovno vojno. Od 1993 dalje je ustanovitelj Splošne bolnišnice Trbovlje Vlada republike Slovenije. Danes spada Splošna bolnišnica Trbovlje med 11 slovenskih splošnih bolnišnic. Po ustanovnem aktu opravlja dejavnost na primarnem in sekundarnem nivoju.

Na **primarnem nivoju** se izvajata dejavnosti:

- zdravstveno varstvo žensk (dispanzer za žene)
- fizioterapevtske storitve.

Na **sekundarnem nivoju** je dejavnost razdeljena na:

1. specialistično bolnišnično dejavnost, v katero sodijo:
   - akutna bolnišnična obravnava pacientov
   - neakutna bolnišnična obravnava pacientov (zdravstvena nega)
   - spremstvo staršev v primeru hospitalizacije otrok (spremstvo do 5,99 let in doječe matere)
2. specialistično ambulantno dejavnost na internističnem, kirurškem, ortopedskem, urološkem, nevrološkem, anesteziološkem, pediatričnem, ginekološkem, radiološkem in ultrazvočnem področju.
3. dializno dejavnost.

NAMEN POSLOVNIKA KAKOVOSTI

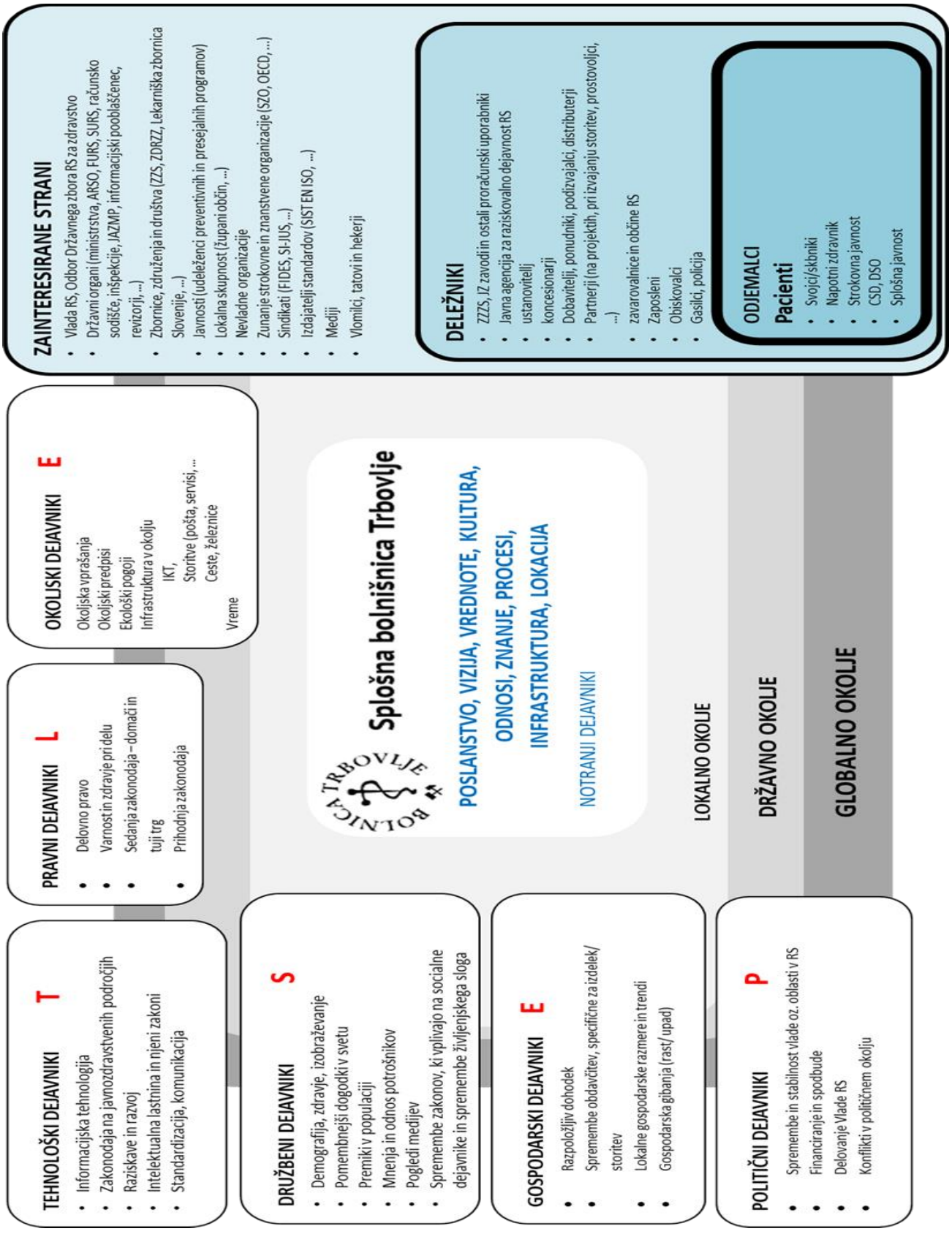
Ta poslovnik opisuje sistem vodenja kakovosti in varnosti Splošne bolnišnice Trbovlje (v nadaljevanju SBT), ki ga vodi Komisija za kakovost.

Poslovnik kakovosti je namenjen:

- objavi politike in dolgoročnih ciljev kakovosti
- prikazu ključnih elementov sistema vodenja kakovosti
- prepoznavanju procesov in njihovih medsebojnih povezav
- komuniciranju znotraj bolnišnice in z zunanjim okoljem
- obvladovanju dokumentacije
- prepoznavi odklonov in korektivnim ukrepom.

Na področju posameznih procesov oz. dejavnosti se lahko sprejmejo podrejeni poslovniki, ki pa morajo biti usklajeni s tem Poslovnikom.

1. KONTEKST – NOTRANJE IN ZUNANJE OKOLJE DELOVANJA



Kontekst bolnišnice je osnova za določitev procesov, tveganj, priložnosti, ciljev, strateških odločitev in podobno. Kontekst zajema notranje in zunanje dejavnike, kateri so izjemno pomembni pri vodenju bolnišnice:

- **Notranji dejavniki** predstavljajo vrednost, ki jo je potrebno nenehno razvijati.
- **Zunanji dejavniki** se spreminjajo in tako vplivajo na delovanje naše bolnišnice. Vplive moramo prepoznati in spremljati, saj prinašajo tako tveganja kot tudi priložnosti. Pri obravnavi zunanjih dejavnikov izhajamo iz metode PESTLE.
  - **P**olitical – politični
  - **E**conomy – ekonomski, gospodarski
  - **S**ocial – socialni, družbeni, kulturni
  - **T**echnical – tehnološki in strokovni
  - **L**egal – zakonodajno pravni
  - **E**nvironmental – okoljski

Zainteresirane strani so osebe ali organizacije, ki lahko vplivajo na ali na katere lahko vplivajo odločitve in dejavnosti podjetja.

- **Deležniki** so tiste »zainteresirane strani«, ki so operativno in finančno bolj povezane s SB Trbovlje
- **Odjemalci** so ključni uporabniki in plačniki naših **storitev.**

2. POSLANSTVO, VIZIJA in ETIČNA NAČELA

POSLANSTVO

Poslanstvo SBT je v preprečevanju obolevnosti in ohranjanju zdravja (zdravstvena vzgoja in preventiva) in samem zdravljenju uporabnikov - izvajanje zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni in delno primarni ravni z upoštevanjem sodobnih terapevtskih in diagnostičnih postopkov. Z namenom celovitega zadovoljevanja potreb uporabnikov naših storitev se SBT povezuje z drugimi zdravstvenimi organizacijami.

VIZIJA

Vizija SBT je, da kot splošna bolnišnica uspešno in učinkovito opravlja varne in kakovostne zdravstvene storitve za uporabnike.

ETIČNA NAČELA

Dogovorjena etična načela obnašanja in ravnanja so opredeljena v Etičnem kodeksu, po katerih se morajo ravnati vsi zaposleni v bolnišnici in njeni zunanji sodelavci. S tem kodeksom je začrtana organizacijska kultura v bolnišnici. Kodeks je namenjen tudi seznanitvi javnosti z ravnanjem, ki ga ima pravico pričakovati

od zaposlenih. V skladu z etičnimi načeli, usmerjenimi v spoštovanje temeljnih vrednot, ki so opredeljene v njem, se v bolnišnici uresničujejo zastavljeni cilji poslovanja.

3. POLITIKA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

Politika kakovosti in varnosti v SBT je strateška usmeritev in sestavni del skupne poslovne politike. Politika kakovosti in varnosti je vpeta v vse aktivnosti, ki se izvajajo v bolnišnici v skladu s poslanstvom in vizijo bolnišnice. Namenjena je vsem zaposlenim in uporabnikom storitev SBT.

a. TEMELJNA IZJAVA O POLITIKI KAKOVOSTI

SBT izvaja sekundarno zdravstveno dejavnost na osnovi Sklepa o preoblikovanju Splošne bolnišnice Trbovlje v javni zdravstveni zavod, katerega je sprejela Vlada Republike Slovenije kot ustanovitelj bolnišnice, na osnovi podpisane pogodbe o izvajanju zdravstvenih storitev z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in zakonodaje, ki ureja ustanovitev javnega zdravstvenega zavoda, organizacijo ter vseh izvedbenih predpisov in dogovorov.

Politiko kakovosti in varnosti SBT zagotavlja z vodenjem sistema kakovosti in varnosti v skladu s trenutno veljavno zakonodajo, standardi, smernicami in Strateškim razvojnim načrtom.

Z zavzetostjo za kakovost in varnost SBT želi ohraniti poslanstvo in realizirati njeno vizijo.

b. OSNOVNE USMERITVE IN ZAVZETOST ZA KAKOVOST IN VARNOST

Potrebe, zahteve, želje in pričakovanja uporabnikov po zdravstvenih storitvah imajo odločilno vlogo pri izvajanju dejavnosti, zato je kakovost storitev temeljna naloga vseh, ki sodelujejo pri njenem načrtovanju in izvajanju.

Vodstvo mora z vodstvenimi pregledi spremljati, nadzirati ustreznost, učinkovitost in stalnost izvajanja sistema vodenja kakovosti z načrtovanjem in izvajanjem notranjih in zunanjih presoj ter odločanjem o korektivnih ukrepih ter spremljanju izboljšav. Na ta način se bomo približali pričakovanjem uporabnikov storitev, SBT pa si bo povečala njihovo zaupanje v organizacijo in storitve.

Vodstvo je odgovorno za realizacijo politike kakovosti in varnosti, vsak uslužbenec pa za kakovost in varnost svojega dela.

c. CILJI KAKOVOSTI IN VARNOSTI

Osnovni cilj kakovosti in varnosti v SBT so kakovostno oskrbljeni uporabniki zdravstvenih storitev.

Cilji kakovosti in varnosti so določeni s strateškimi cilji bolnišnice in njenimi temeljnimi vrednotami. Cilji

so razdeljeni na štiri vidike:

1. **vidik bolnikov**
   - povečano zaupanje in zadovoljstvo bolnikov (ankete, kazalniki kakovosti)
   - standardizacija procesov dela (klinične poti, kazalniki kakovosti)
   - ohranitev akreditacije bolnišnice
   - izboljšanje komunikacije med bolniki in izvajalci zdravstvenih storitev (ankete)
   - primerno nastanitveno okolje in urejenost okolice (ankete)
2. **vidik rasti in razvoja**
   - vzdrževanje ustreznega števila zaposlenih (tudi redno sodelovanje s šolami – učna bolnišnica)
   - izboljšanje počutja zaposlenih v organizaciji (materialno in nematerialno podpiranje pridobivanja izobrazbe zaposlenih v okviru možnosti)
   - nadgrajevanje formalne in neformalne izobrazbe zaposlenih (pomoč pri pridobivanju izobrazbe zaposlenih z možnostjo prerazporeditve na ustrezno delovno mesto, izobraževanja s področja komuniciranja in kakovosti, standardizacija postopkov znanja na določenem delovnem mestu in spremljanje le-tega)
3. **vidik notranjih procesov**
   - prilagoditev in razširitev storitev na vseh področjih delovanja
   - standardizacija procesov dela
   - upravljanje in vodenje zdravstvenih storitev
   - primerjanje ustreznosti organizacije (verifikacija) posameznih dejavnosti
   - izboljšanje organizacijske klime (ankete)
4. **vidik poslovanja**
   - skrb za realizacijo finančnega načrta in programa dela
   - optimiziranje organizacije dela in postopkov
   - investiranje.

Za realizacijo ciljev kakovosti se spremljajo kazalniki kakovosti.

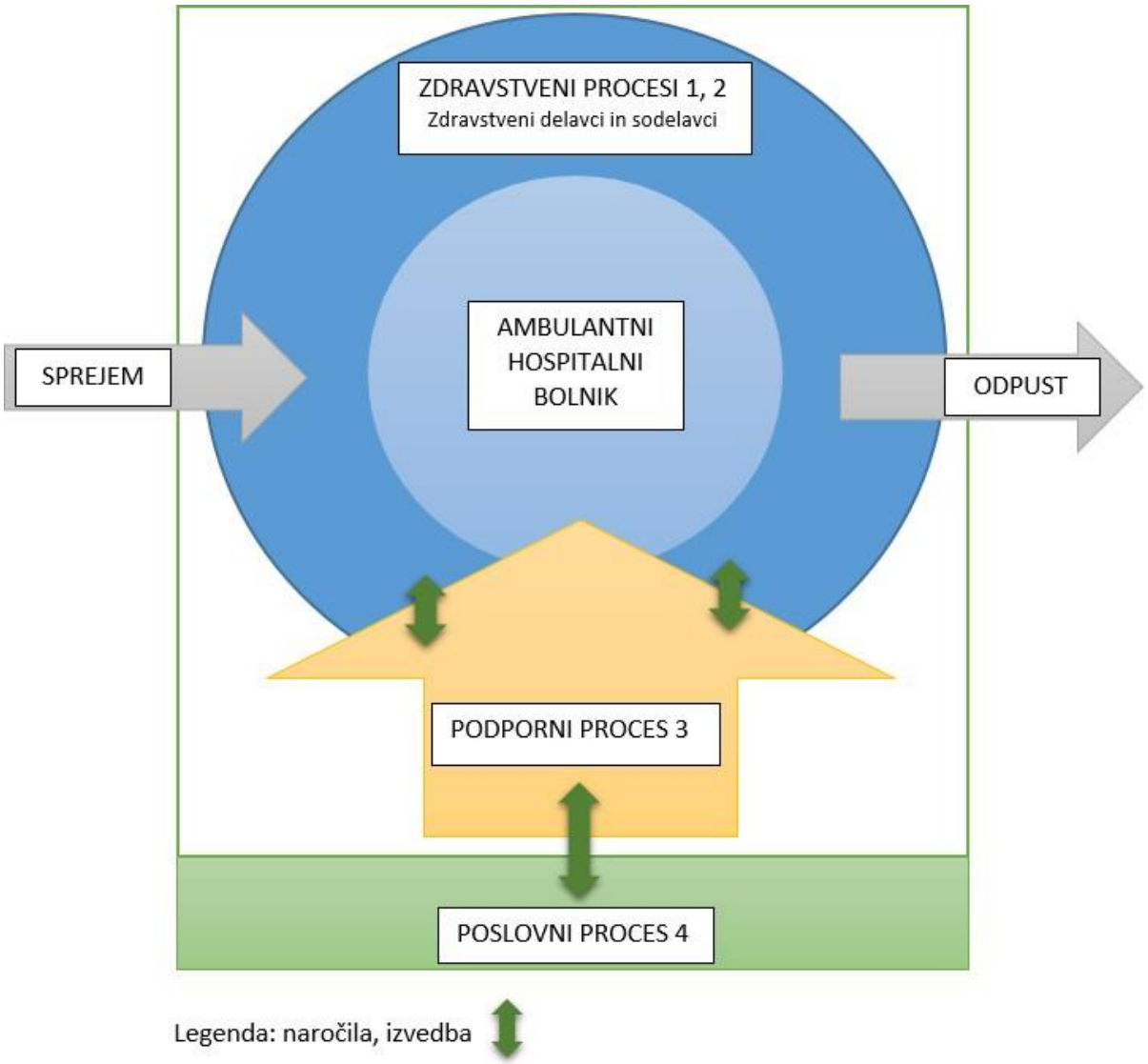
4. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

a. SPLOŠEN OPIS SISTEMA

Sistem vodenja kakovosti je namenjen popisu dogovorov o poteku aktivnosti in njihovih izvajalcih. Dogovori so zapisani v obliki opisov procesov, predpisov in navodil.

Ločimo naslednje skupine procesov:

1. zdravstveni procesi
2. podporni procesi
3. poslovni procesi



V vsaki skupini procesov so podrejeni procesi glede na specifiko oddelka, ambulante ali službe.

1 ZDRAVSTVENI PROCESI

1.1 PROCES OBRAVNAVE INTERNISTIČNEGA BOLNIKA
1.2 PROCES OBRAVNAVE KIRURŠKEGA BOLNIKA
1.3 PROCES OBRAVNAVE BOLNIC NA PODROČJU REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA
1.4 PROCES OBRAVNAVE BOLNIKA V OPERACIJSKI DVORANI
1.5 PROCES INTENZIVISTIČNEGA BOLNIKA
1.6 PROCES OBRAVNAVE OTROK IN MLADOSTNIKOV
1.7 PROCES OBRAVNAVE NEAKUTNEGA BOLNIKA
1.8 PROCES OBRAVNAVE BOLNIKA Z VIDIKA ANESTEZIJE IN REANIMACIJE
1.9 PROCES OBRAVNAVE DIALIZNEGA BOLNIKA
1.10 PROCES OBRAVNAVE URGENTNEGA BOLNIKA

2 PODPORNI PROCESI

2.1 PROCES ZAGOTAVLJANJA HRANE

2.2 PROCES VZDRŽEVANJA FIZIČNEGA OKOLJA
2.3 PROCES ZAGOTAVLJANJA TEHNIČNE PODPORE ODDELKOM IN SLUŽBAM
2.4 PROCES NABAVE, SKLADIŠČENJA IN IZDAJE MATERIALA TER NABAVE OPREME
2.5 PROCES RAVNANJA S PERILOM
2.6 PROCES VAROVANJA ZUNANJEGA OKOLJA
2.7 PROCES VAROVANJA NOTRANJEGA OKOLJA
2.8 PROCES OBVLADOVANJA ZDRAVSTVENE ADMINISTRACIJE
2.9 PROCES NABAVE,HRANJENJA IN ODSTRANJEVANJA ZDRAVIL TER OSTALEGA ZDRAVSTVENEGA MATERIALA
2.10 PROCES ZAGOTAVLJANJA ZDRAVIL IN OSTALEGA ZDRAVSTVENEGA MATERIALA NAODDELKE
2.11 PROCES PREPREČEVANJA IN OBVLADOVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB
2.12 PROCES ZAGOTAVLJANJA LABORATORIJSKE DEJAVNOSTI
2.13 PROCES FIZIKALNE REHABILITACIJE
2.14 PROCES RADIOLOŠKE IN ULTRAZVOČNE DIAGNOSTIKE

3 POSLOVNI PROCESI
3.1 PROCES UPRAVLJANJA S ČLOVEŠKIMI VIRI
3.2 PROCES IZOBRAŽEVANJA IN USPOSABLJANJA
3.3 PROCES OBVLADOVANJA DELOVANJA INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE
3.4 PROCES EKONOMSKO OBVLADOVANJE POSLOVANJA
3.5 PROCES OBRAVNAVE PACIENTOVIH PRAVIC
3.6 PROCES UPRAVLJANJA IN VODENJA
3.7 PROCES UPRAVLJANJA S TVEGANJI
3.8 PROCES VODENJA ZDRAVSTVENE NEGE

3.2. MEDSEBOJNA POVEZANOST – ODVISNOST PROCESOV

3.3. KRITIČNI PROCESI

Identifikacija kritičnih procesov omogoča, da pridobimo objektivno sliko procesa in poiščemo tiste dejavnike v procesih, ki prestavljajo potencialne elemente, kjer lahko pride do pomembnejših odklonov, obenem pa predstavljajo tudi priložnost za njihovo optimizacijo in izboljšavo. Kritični procesi morajo tako potekati natančno, dosledno, če je le mogoče s pomočjo protokola.

Primeri kritičnih procesov:

- identifikacija pacienta ob sprejemu v bolnišnico in ob premestitvah med bolnišničnimi oddelki / ambulantami
- premeščanje pacienta v drugo zdravstveno ustanovo oz. na preiskavo, ki je v naši ustanovi ne izvajamo
- predaja bolnika v operacijsko sobo in nazaj na oddelek
- preverjanje ustreznosti operativnega posega (Kirurški varnostni kontrolni sistem)
- identifikacija zaposlenih: priponke, napisi na vratih ambulant / bolniških oddelkov.

Kritični procesi se nanašajo tudi na bolnišnično okolje, predvsem na mikrobiološko neoporečnost:

- analiza vzorcev vode
- analiza vzorcev hrane
- analiza izpirkov endoskopov
- ustrezno delovanje sterilizatorjev.

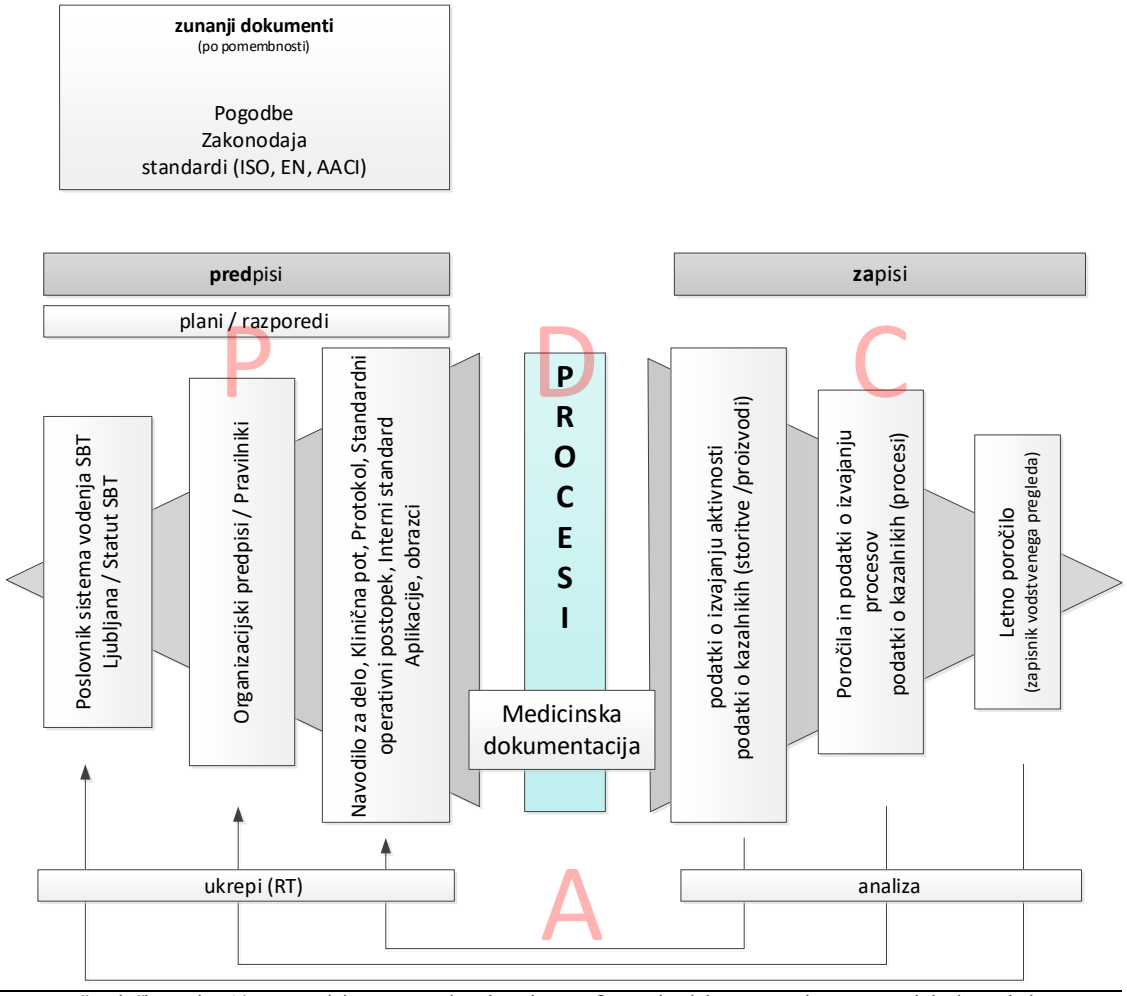
Izvajanje kritičnih procesov je opisano v dokumentih kakovosti bolnišnice. Vsi podatki se dokumentirajo in ustrezno arhivirajo.

3.4. OBVLADOVANJE DOKUMENTACIJE in PDCA krog

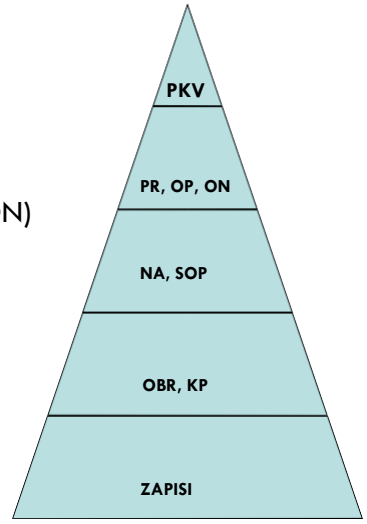
Na osnovi zunanjih dokumentov, ki podajajo zahteve za vodenje procesov, se izdelajo notranji dokumenti (t. i. predpisi), ki določajo način realizacije zahtev znotraj procesov organizacije. Zapisi so dokazila o načinu izvajanja procesov.

PDCA (plan-do-check-act) je eden ključnih principov delovanja sistema vodenja in predstavlja model nenehnega izboljševanja. PDCA krog se izvaja na vseh nivojih:

- sistem
- proces/projekt
- aktivnost



Izraz dokumentacija se nanaša na dokument, podatek in zapis. Dokumenti so v elektronski in papirni obliki.



Dokumentacijo sistema vodenja kakovosti sestavljajo:

- poslovnik kakovosti in varnosti (PKV)
- pravilnik (PR), organizacijski predpis (OP), organizacijsko navodilo (ON)
- navodilo za delo (NA), standardni operativni postopek (SOP)
- obrazec (OBR), klinična pot (KP)
- zapis

Vsi dokumenti so zaposlenim dosegljivi preko računalniške mreže na lokalnih računalniških delovnih postajah. Iz dokumentov so razvidne povezave na dokumente, na katere se sklicuje določena aktivnost.

Vrste dokumentov glede na izvor oz. nastanek, pot obvladovanja in odobravanja dokumentov, posodobitve, nove izdaje, identifikacija oz. klasifikacija, odstranjevanje, čas arhiviranja, način uničevanja dokumentacije so razvidni iz Predpisa o obvladovanju dokumentov in Navodil za pisanje procesov in dokumentov.

Odgovorne osebe (skrbniki dokumentov) vsaj enkrat na pet (5) let, predvidoma v tretji ali zadnji četrtini leta, dokumente, za katere so odgovorni, pregledajo. Morebitne spremembe, dopolnitve oz. izločitve se izvedejo na način, ki je predviden v Predpisu o obvladovanju dokumentov. Izjema pri pregledu dokumentacije je področje anesteziologije, kjer se dokumenti pregledajo enkrat na leto.

4. VODENJE

4.1. ZAVEZANOST VODSTVA

Aktivna vključenost vodstva in zavezanost za realizacijo določb tega poslovnika sta bistveni za razvoj in vzdrževanje učinkovitega in uspešnega sistema vodenja kakovosti v SBT.

Zavezanost vodstva se odraža v določitvi poslanstva, vizije, strateških ciljev in politike kakovosti in varnosti. S politiko kakovosti in varnosti seznani vse zaposlene z namenom, da jo razumejo in jo izvajajo na vseh področjih.

Vodstvo sistem kakovosti sproti prilagaja novim zahtevam in redno pregleduje primernost politike kakovosti. Vodstvo mora biti vsem za zgled. Zagotavljati mora vire, ki so potrebni za realizacijo strateških ciljev kakovosti in varnosti. Vodstvo z vodstvenim pregledom pridobi informacije o učinkovitosti in uspešnosti izvajanja storitev in predlaga korektivne ukrepe ter izboljšave ter sodeluje pri iskanju novih metod in rešitev.

4.2. OSREDOTOČENOST NA UPORABNIKE STORITEV

Uspeh SBT je odvisen od kvalitetne oskrbe uporabnikov zdravstvenih storitev.

Da lahko SBT ohrani in izboljša svoj uspeh, mora:

- prepoznati potrebe in pričakovanja sedanjih in bodočih uporabnikov zdravstvenih storitev
- z zahtevami uporabnikov zdravstvenih storitev seznanjati zaposlene in vodstveni kader
- znati določiti ključne značilnosti naših storitev
- prepoznati konkurenco
- znati oceniti svoje priložnosti, slabosti in prednosti
- vsak zaposleni svojo osredotočenost usmeriti na procese izboljševanja procesov in storitev, ki jih opravlja.

Uspeh SBT z vidika uporabnikov zdravstvenih storitev in zaposlenih se preverja tudi z ugotavljanjem zadovoljstva v obliki anket.

4.3. PLANIRANJE

4.3.1. Cilji kakovosti

Kratkoročni cilji kakovosti se določijo v letnem planu dela in finančnem načrtu na podlagi vodstvenega pregleda preteklega leta. Posebna skrb je pri opredeljevanju planiranih ciljev namenjena določanju primernosti merljivosti le-teh, saj se na ta način vzpodbuja in podpira nenehno izboljševanje dela.

Za realizacijo ciljev kakovosti se spremljajo kazalniki kakovosti. Kazalniki so določeni v posameznih procesih in letnih planih.

Cilji kakovosti vsakega oddelka, službe ali enote so zapisani v organizacijskem predpisu Proces obravnave pacienta z vidika posameznega oddelka, službe oziroma enote. V njem vsak oddelek, služba oziroma enota opredeli cilje, način, kako bodo ti cilji doseženi, kdo je za to odgovorna oseba ter cilj, ki ga želimo doseči. Opredeli se tudi, kako pogosto in kako se bo ocenjevalo ukrepe, ki smo si jih določili za dosego ciljev, ali so ukrepi ustrezni in uspešni ali ne ter komu se bo poročalo o tem.

4.3.2. Planiranje sistema vodenja kakovosti

SBT načrtuje sistem vodenja kakovosti z letnim planom dela in finančnim načrtom, ki ga sprejme svet zavoda na podlagi usmeritev zdravstvene politike v Sloveniji. Pri tem mora upoštevati zahteve glede zagotavljanja celovitosti sistema vodenja kakovosti z vidika določanja procesov, njihovega obvladovanja, zagotavljanja virov, nadzora in korektur, kar je znano kot načelo PDCA (načrtuj, naredi, preveri, ukrepaj).

5. ODGOVORNOSTI, POOBLASTILA IN NOTRANJE KOMUNICIRANJE

5.1. ODGOVORNOSTI IN POOBLASTILA

V SBT so odgovornosti in pooblastila določena v naslednjih dokumentih:

- Statutu Splošne bolnišnice Trbovlje
- Organigramu
- Pravilniku o sistemizaciji delovnih mest s katalogom in opisom delovnih mest
- Pravilniku o notranji organizaciji zavoda
- Pogodbah o zaposlitvi
- opisih procesov.

Celotni delovni proces SBT usklajuje in organizira direktor zavoda. Strokovno delo vodi in organizira strokovni direktor zavoda. Nosilne bolnišnične oddelke in strokovno medicinska področja vodijo predstojniki, ki so po izobrazbi specialisti ustrezne stroke, ki jih vodijo in odgovarjajo za strokovno delo oddelka oziroma področja.

Službo zdravstvene nege vodi pomočnik direktorja za zdravstveno nego (PDZN). S področja zdravstvene nege (ZN) ali strokovno medicinskih področij vodstveno funkcijo opravljajo tudi strokovne vodje ZN/odgovorne osebe ZN, odgovorni laboratorijski tehnik in odgovorni diplomirani radiološki inženir.

Nezdravstvene dejavnosti vodijo vodje služb.

Za posamezne procese so odgovorni predstojniki, strokovne vodje ZN/odgovorne osebe ZN, odgovorni laboratorijski tehnik, odgovorni radiološki inženir in vodje nezdravstvenih služb.

Ukrepe v primeru kršitev delovnih obveznosti oziroma profesionalnega obnašanja določajo Pravila o disciplinski in odškodninski odgovornosti.

6. KOMISIJA ZA KAKOVOST, ORGANI, ODGOVORNI ZA KAKOVOST IN IZRABO ZMOGLJIVOSTI

Na podlagi določil statuta direktor skrbi za uvajanje in izvajanje upravljanja sistema celovite kakovosti zdravstvene oskrbe v SBT.

Vodenje kakovosti in varnosti v SBT je opredeljeno z ustanovitvijo Komisije za kakovost ter Službe za kakovost.

6.1. KOMISIJA ZA KAKOVOST

Komisijo za kakovost imenuje direktor SBT, ki je hkrati tudi predsednik komisije. Sestavljajo jo:

- direktor zavoda

- strokovni direktor
- pomočnik direktorja za zdravstveno nego
- pooblaščenec za varnost pacientov
- vodja Službe za kakovost, ki je predstavnik vodstva za kakovost
- strokovni sodelavec za kakovost, ki je namestnik predstavnika vodstva za kakovost
- dva skrbnika za kakovost,
- vodja splošne, kadrovske in upravno pravne službe,
- predstojnik Bolnišnične lekarne,
- vodja Tehnično vzdrževalne službe,
- vodja Službe za informatiko.

Naloge Komisije za kakovost:

- priprava politike kakovosti
- ustvarjanje notranje kulture kakovosti
- pripravi in sprejme poslovnik kakovosti
- uvedba in spremljanje sistema kakovosti
- priprava srednjeročnih in letnih ciljev kakovosti
- odloča o izdaji dokumentov
- odloča o notranjih presojah in obravnava njihova poročila
- obravnava poročila o notranjih nadzorih (strokovni nadzori, nadzor dokumentacije zdravstvene nege, nadzor kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege, vodstveni pregledi)
- obravnava poročila o zunanjih presojah
- obravnava in odloča o ukrepih glede kakovosti in varnosti
- obravnava poročila v zvezi s pregledom izrabe zmogljivosti
- svetuje bolnišničnim oddelkom glede izvajanja sistema kakovosti
- spremlja izvedbo ukrepov
- pripravi predloge za izboljšave
- pripravlja navodila za varnostne vizite, pogovore o varnosti, spremljanje popolnosti popisov
- skrbi za uvajanje novih kliničnih poti (KP), ažuriranje, analizo uporabe
- pregleduje kazalnike kakovosti
- opredeli in razišče odstopanja v izvedenih storitvah posameznega oddelka. Pregleda najmanj naslednja področja:
    - upravičenost sprejemov
    - podaljšanje hospitalizacije nad pričakovano povprečno dobo
    - da načrti zdravljenja odražajo načine oskrbe na podlagi dokazov (glede na trenutno veljavne smernice, doktrine in standarde posameznih specialističnih področij evropskih in svetovnih združenj).
-
-

6.2. SLUŽBA ZA KAKOVOST

Služba za kakovost koordinira delovanje in izboljševanje kakovosti in varnosti v bolnišnici. Vodja službe za kakovost sodeluje s strokovnim sodelavcem za kakovost. Oba sta ustrezno usposobljena za delo na področju vodenja kakovosti in varnosti.

Skladno z usmeritvami kakovosti in varnosti delujejo tudi naslednje komisije in odgovorne osebe:

- Komisija za zdravila in varnost pacientov
- Komisija za varnost zaposlenih in fizičnega okolja
- Etična komisija
- Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb
- Pooblaščenec za varstvo pri delu
- Pooblaščenec za varnost pacientov
- Pooblaščenec za obravnavo kršitev pacientovih pravic
- Odbor za preprečevanje in odpravo posledic diskriminacije, nadlegovanja in trpinčenja
- Centralni skrbnik medicinskih aparatov
- Komisija za preiskave ob pacientu (POCT)
- Komisija za dokumentacijo v zdravstveni negi
- Komisija za kategorizacijo zdravstvene nege

Za izvajanje posameznih nalog s področja politike kakovosti in sistema vodenja kakovosti je imenovana Komisija za kakovost.

Služba za kakovost usmerja, povezuje in usklajuje delovanje Komisije za kakovost ter skrbnika kakovosti.

Naloge vodje Službe za kakovost:

- je član Komisije za kakovost
- je s sklepom imenovan predstavnik vodstva za kakovost,
- deluje v skladu z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu
- s strokovnim sodelavcem za kakovost usklajuje plan dela službe za kakovost za prihajajoče leto
- sledi realizaciji, aktivnostim za učinkovito izrabo zmogljivosti
- pripravi predlog poročila za vodstveni pregled in letnih ciljev kakovosti/izboljšav
- sodeluje pri izdelavi in revizijah dokumentov kakovosti
- sodeluje pri pripravi imenovanj komisij in odborov v bolnišnici
- sodeluje pri izvajanju nalog, ki jih podajo Komisija za kakovost, nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti, nacionalne strategije s področja kakovosti in varnosti ter strokovna telesa za področje kakovosti in varnosti
- pridobiva zapisnike sestankov in letna poročila komisij in odborov
- sodeluje pri pripravi letnih poročil SBT, drugih poročil in finančnih načrtov na segmentu, ki zadeva področje kakovosti in varnosti

- vodstva oddelkov/služb in pooblaščenec za kakovost in varnost ga seznanjajo z aktivnostmi na oddelkih, ugotovitvami in predlaganimi ukrepi v okviru rednih in izrednih strokovnih nadzorov ter izvajanju pogovorov o varnosti in opozorilnih nevarnih dogodkih, vse z namenom razširjanja dobrih praks in uvajanja ukrepov za izboljšanje kakovosti in varnosti na področju cele bolnišnice
- sodeluje pri izvedbi nadzorov in notranjih presoj v bolnišnici, predlaga ukrepe in sledi realizaciji
- sodeluje pri pripravi dokumentacije za javno naročilo akreditacije bolnišnice po mednarodnem standardu in ISO standardu 9001
- poskrbi za razdelitev posameznih zahtev po njihovih nosilcih in poskrbi za njihovo spremljanje ter ukrepanje v primeru neizpolnjevanja zahtev
- organizira izvedbo usposabljanja notranjih presojevalcev
- koordinira zunanjo akreditacijsko presojo, pripravi odgovore na poročilo o neskladjih ter sledi realizaciji skozi leto
- koordinira in skrbi za usklajeno delovanje vseh nosilcev kakovosti (ISO, mednarodna akreditacija za bolnišnice, kazalniki kakovosti na strokovnem in poslovnem področju, akreditacije, HACCP, novorojenčku prijazna porodnišnica, samoocenjevanje na področju poslovnih tveganj, organizacija izvajanja anket in podobno)
- nadomešča strokovnega sodelavca za kakovost in skrbnika za kakovost v njihovi odsotnosti neposredno je odgovoren poslovnemu direktorju.

6.3. STROKOVNI SODELAVEC ZA KAKOVOST in SKRBNIK ZA KAKOVOST

Naloge strokovnega sodelavca za kakovost in skrbnikov za kakovost:

- deluje v skladu z Zakonom za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu,
- strokovna podpora pri pripravi, izdaji, ažuriranju, arhiviranju, izločevanju, uničevanju dokumentov sistema vodenja kakovosti (opisi procesov, predpisi, navodila, obrazci)
- organizacija in izvedba notranjih presoj ter priprava zbirnega poročila
- vodenje izboljšav (vodenje seznama možnih izboljšav, spremljanje ukrepov, poročanje o rezultatih ukrepov)
- analiza podatkov o zadovoljstvu pacientov
- zbira, obdeluje in poroča o kazalnikih kakovosti, ki jih spremljamo
- skrbi za sprotno posodobitev spletne strani s podatki področja kakovosti in varnosti
- sodeluje pri pripravi letnih poročil SBT, drugih poročil in finančnih načrtov na segmentu, ki zadeva področje kakovosti in varnosti
- druge naloge glede na aktualnost dogajanja.

Naloge so podrobneje določene v predpisu o obvladovanju dokumentacije, notranjih presojah, korektivnih ukrepih in odklonih.

Strokovni sodelavec za kakovost je s sklepom imenovan za namestnika predstavnika vodstva za kakovost. V odsotnosti nadomešča predstavnika vodstva za kakovosti, ki je po funkciji tudi vodja

Službe za kakovost.

6.4. POOBLAŠČENEC ZA VARNOST PACIENTOV

Naloge pooblaščenca za kakovost in varnost

- spremljanje varnostnih zapletov in poročanje v skladu z navodili Ministrstva za zdravje ter Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu
- analiziranje vzrokov varnostnih zapletov
- priprava načrta ukrepanja na podlagi ugotovitev iz analize vzrokov varnostnih zapletov
- organiziranje in razvijanje sistema ter aktivnosti za varnost pacientov kot skrb za zaupnost sporočenih varnostnih incidentov ter priprava poročila
- redno izvajanje in izboljševanje morbiditetnih ter mortalitetnih konferenc (ob pojavu varnostnega zapleta pri pacientu, ki je nenameren ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob izvajanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni)
- redno izvajanje pogovorov o varnosti (ob pojavu neželenega dogodka) – Poročila pogovorov o varnosti se pošiljajo vodji Službe za kakovost
- vzpostavitev registra tveganj
- uvedba orodja za prospektivno ugotavljanje tveganj za varnost pacientov
- priprava politike in postopkov za obveščanje pacientov in/ali njihovih družin o opozorilnih nevarnih dogodkih
- druge naloge glede na aktualnost.

6.5. KOMISIJA ZA KAKOVOST IN IZRABO ZMOGLJIVOSTI (komisija je ukinjena 16.7.2025)

7. KOMUNIKACIJSKI NAČRT

Notranja komunikacija je pomembna in predstavlja povezovanje med posamezniki, oddelki in procesi, ki omogočajo zdravo delovanje bolnišnice kot celote. Vsi vodje morajo zagotavljati, da so njihovi zaposleni primerno in pravočasno informirani o delovanju bolnišnice, med drugim tudi o učinkovitosti sistema vodenja kakovosti. S pravočasno, popolno in objektivno informacijo se ustvarja tudi izboljšana notranja klima. Zapisniki sestankov, sklepi sveta zavoda in druge informacije so zaposlenim dostopni na upravi bolnišnice.

Komuniciranje temelji na medsebojnem spoštovanju in profesionalnem obnašanju. Za preprečevanje diskriminacije na delovnem mestu so sprejeti:

- Deklaracija o zaščiti človekovega dostojanstva v SBT,
- Izjava o politiki proti spolnemu in drugemu nadlegovanju ter trpinčenju na delovnem mestu ter postopki in ukrepi za preprečevanje
- Pravilnik o preprečevanju diskriminacije v SBT
- Etični kodeks, katerega namen je opredeliti načela obnašanja in ravnanja tako zaposlenih

kot vodstva. Namenjen je seznanitvi uporabnikov naših storitev in ostale javnosti z ravnanjem, ki ga ima pravico pričakovati od zaposlenih v SBT.

Natančneje je ravnanje določeno v organizacijskem predpisu SBT OP 2 Komunikacijski načrt.

8. VODSTVENI PREGLED

Da bi vodstvo zagotovilo ustreznost in učinkovitost sistema vodenja kakovosti glede postavljene politike in ciljev kakovosti, najmanj enkrat letno opravi vodstveni pregled in poroča Komisiji za kakovost.

Cilji pregleda so:

- pravočasno ukrepanje pri odstopanjih in nepravilnostih;
- stalno razvijanje in izboljševanje sistema vodenja kakovosti;
- pregled ustreznosti obstoječe politike kakovosti in postavljenih ciljev kakovosti.

Vhodni podatki za obravnavo so:

- pregled ukrepov iz prejšnjih pregledov;
- stanje tekočih in opravljenih korektivnih ukrepov;
- spremembe zunanjih in notranjih zadev, ki lahko vplivajo na sistem vodenja kakovosti;
- analizirane rezultate iz meritev ciljev kakovosti in ključnih kazalnikov;
- izide pritožbenih postopkov;
- zadovoljstvo pacientov;
- rezultate pregleda izrabe zmogljivosti;
- uspešnost in ocene zunanjih pogodbenih izvajalcev;
- rezultate notranjih presoj.

Izhodni podatki vodstvenega pregleda vključujejo odločitve in ukrepe v zvezi s/z:

- priložnostmi za izboljšavo;
- morebitno potrebo po spremembah sistema vodenja kakovosti;
- potrebnimi sredstvi;
- popravki ali korektivnimi ukrepi, povezanimi z neskladnostjo procesov ali postopkov;
- zadovoljstvom strank.

9. VIRI

9.1. NAČRTOVANJE VIROV

SBT za vsako poslovno leto pripravi plan programa dela in finančni načrt v skladu z dogovorjenimi izhodišči, kar predstavlja osnovo za izvajanje zdravstvenih storitev v načrtovani kvaliteti.

9.2. KADROVSKA STRUKTURA ZAPOSLENIH

Za zagotavljanje celovite in kakovostne zdravstvene oskrbe uporabnikom zdravstvenih storitev je ključnega pomena ustrezna in primerna kadrovska struktura zaposlenih. Zaposleni so ključni akterji načrtovanja in izvajanja vseh nalog v SBT, zato tudi k uspešni realizaciji politike kakovosti in ciljev kakovosti prispevajo svoj delež.

SBT zagotavlja, da so vsi zaposleni kompetentni za izvajanje svojega dela, kar pomeni, da imajo primerno izobrazbo, veščine, izkušnje in usposobljenost za izvajanje nalog.

Zahteve za posamezno delovno mesto so določene v Pravilniku o sistemizaciji delovnih mest. Za dodatna usposabljanja, pridobivanje novih veščih in spoznavanje z novostmi se zaposlenim omogoči izobraževanje znotraj bolnišnice in z udeležbo na seminarjih, delavnicah, simpozijih, kongresih. Izobraževanje poteka na način, ki je določen v Pravilniku o izobraževanju.

Plan izobraževanja in usposabljanja ter kadrovski plan je sestavni del finančnega načrta in programa dela SBT.

Za usposabljanje za delo v času srednješolskega izobraževanja, kliničnih vaj v času visokošolskega izobraževanja, opravljanja pripravništva in specializacij ima SBT usposobljene mentorje. Naloge in pristojnosti mentorjev so opredeljene v Pravilniku o mentorstvu.

Uspešnost izvedenih izobraževanj in realizacija kadrovskih planov je navedena v letnem poročilu.

O vseh aktivnosti v zvezi s pridobivanjem, napredovanjem, prerazporejanjem, usposabljanjem in izobraževanjem se vodijo pisna poročila ali evidence.

Postopki področja kadrov so opisani v Procesu upravljanja s človeškimi viri in Procesu izobraževanja in usposabljanja.

9.3. INFRASTRUKTURA

Uspešno zadovoljevanje potreb po zdravstvenih storitvah in funkcioniranje SBT kot celote se zagotavlja z:

- objekti z delovnimi in pomožnimi prostori
- medicinsko in nemedicinsko opremo
- informacijsko tehnologijo (IT) (Proces obvladovanja delovanja IT je natančno opredeljen v Procesu obvladovanja in delovanja informacijske tehnologije).

Za infrastrukturo SBT skrbi kot dober gospodar, z njo strokovno rokuje, tako da ne prihaja do neupravičenih stroškov. Objekti in prostori se vzdržujejo v skladu s predvidenimi planskimi usmeritvami na področju investicijskih vlaganj. Vsi zaposleni si prizadevajo, da se okvare takoj prepoznajo, da bi prihajalo do čim manjših motenj pri izvajanju storitev. Za spremljanje okvar so vpeljane posebne evidence spremljanja. Za področja vzdrževanja, kjer SBT nima lastnih zaposlenih, uporablja storitve

zunanjih izvajalcev. Koordinator in izvajalec storitev vzdrževanja je tehnično vzdrževalna služba.

V primeru pridobitve nove opreme je sestavni del dobave in montaže tudi usposabljanje osebja, ki bo to opremo uporabljalo.

Postopki področja so opisani v Procesu zagotavljanja tehnične podpore oddelkom in službam ter Procesu vzdrževanja fizičnega okolja.

Naloge centralnega skrbnika medicinskih aparatov:

- vodi evidenco vseh med. aparatov na oddelkih bolnišnice
- izvaja nadzor nad stanjem med. aparatov
- vodi evidenco njihovih servisov
- z vodjo oskrbovalne službe načrtuje izvedbo njihovih servisov
- o vseh aktivnostih se dogovarja s skrbniki med. aparatov
- vsak mesec pripravi poročilo o opravljenem delu in ga posreduje PDZN.

10. DELOVNO OKOLJE

SBT zagotavlja delovno okolje, ki je varno za zaposlene in uporabnike zdravstvenih storitev.

Za varno delovno okolje z vidika možnosti prenosa okužb in epidemij skrbijo vsi zaposleni glede na navodila, ki jih predpiše Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb. Vsa navodila so zbrana v Programu obvladovanja bolnišničnih okužb (POBO).

S spremljanjem vplivov delovnega okolja na zdravje zaposlenih SBT pridobiva podlage za izvajanje ukrepov za izboljševanje delovnih razmer z namenom zagotoviti varno in zdravo delovno okolje. V ta namen se izvajajo meritve osvetljenosti prostorov, meritve mikroklime in koncentracije anestezijskih plinov.

Zaposlenim se zagotavlja delovno okolje skladno z Oceno izpostavljenosti tveganjem.

Varna prehrana za paciente in osebje se zagotavlja preko sistema HACCP.

Za preprečitev požara se upoštevajo navodila v požarnem redu.

K primernemu delovnemu okolju sodi tudi primerna čistoča, kar je zagotovljeno z vsakodnevnim čiščenjem prostorov.

Varno delovno okolje se zagotavlja tudi z ustreznim ravnanjem z odpadki, kar je natančno določeno v Načrtu gospodarjenja z odpadki.

11. STORITVE ZA ODJEMALCE

11.1. PLANIRANJE REALIZACIJE STORITEV

V skladu z letnimi cilji in programom dela SBT načrtuje vrste in obseg storitev ter uvajanje novih storitev ali njihovo posodobitev. V primeru uvedbe nove storitve, ki se do sedaj ni izvajala, se po potrebi posodobijo obstoječi procesi ali uvede novi proces. Spremembe, dopolnitve ali nov proces se ustrezno dokumentira, kot je določeno v Predpisu o obvladovanju dokumentov.

Vsako leto za naslednje leto SBT prepozna nove potrebe po storitvah in možnosti za njihovo izvedbo in odpravlja vzroke odstopanj oziroma potencialnih odstopanj.

11.2. PROCESI, POVEZANI Z ODJEMALCI

11.2.1. Določitev zahtev v zvezi s storitvami

SBT opravlja zdravstvene storitve na področjih, ki so opredeljena v Statutu SBT, v pogodbi o izvajanju zdravstvenih storitev v pogodbenem letu, ki ga podpiše z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in glede na neformalno delitev dela po zahtevnosti in vrsti zdravstvenih storitev. Zahteve po novih ali spremenjenih zdravstvenih storitvah SBT zbere od uporabnikov preko izvajalcev zdravstvenih storitev ali širše družbene skupnosti. Pri tem preveri tudi pravne podlage možnosti izvajanja zdravstvenih storitev.

11.2.2. Snovanje in razvoj storitve oziroma uvajanje novosti

Na podlagi določitev in pregleda zahtev glede nove storitve ali uvajanje novosti, se prične postopek aktivnosti znotraj in zunaj SBT:

- potrditev na strokovnem svetu bolnišnice
- uvrstitev v program širitev po predvidenem postopku (Splošni dogovor) v primeru nove storitve, podpis pravnega akta (pogodbe, aneksa)
- uvedba v obstoječi proces v obliki spremembe ali priprava novega procesa ter vključitev v vse podporne procese
- izvede se testiranje uspešnosti izpolnjevanja zahtev (verifikacija)
- izvede se ocena koristnosti za odjemalce (validacija).

Pri vsaki spremembi je zagotovljeno, da so vsi, ki bodo odgovorni za izvajanje teh sprememb, pravočasno vključeni v oblikovanje opisa teh sprememb. Zagotovljena mora biti izvedljivost, razumljivost, točnost in celovitost opisa teh sprememb.

Ko je novost ali sprememba dokončno potrjena, se uvede v izvajanje z ustreznim usposabljanjem.

11.2.3. Komuniciranje z uporabniki zdravstvenih storitev

SBT preko spletne strani in lokalnih medijev obvešča uporabnike zdravstvenih storitev v obsegu in načinu, ki je na področju zdravstvenih storitev dovoljen.

V primeru pritožb uporabnikov zdravstvenih storitev na izvajanje SBT ravna po postopku, ki je opredeljen v Navodilu o pravici pacienta do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo in postopku prve obravnave kršitev pacientovih pravic.

12. NAKUPI

Za ravnanje v zvezi z nakupi na vseh področjih se uporabljajo:

- Pravilnik o izvajanju javnih naročil v SBT
- Proces nabave, hranjenja in odstranjevanja zdravil in zdravstvenega materiala
- Proces nabave, skladiščenja in izdaje materiala ter nabave opreme
- Proces zagotavljanja hrane.

12.1. NABAVA MATERIALA IN STORITEV

12.1.1. Nabava materiala

Nabava materiala se nanaša na zdravila, izdelke za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja ter ostali material.

Vsi zaposleni v SBT se zavedajo pomembnosti kakovosti materiala, ki ga pri izvajanju zdravstvenih storitev potrebujejo, še posebej pa ekonomičnosti naročaja in porabe. Pri tem zaposleni aktivno sodelujejo:

- s pravočasnim in natančnim naročanjem
- z opozarjanjem na eventuelne neustreznosti materiala
- s pravilno in gospodarno uporabo.

Postopek nabave poteka, kot je opisano v:

- Procesu nabave, hranjenja in odstranjevanja zdravil ter zdravstvenega materiala,
- Procesu zagotavljanja zdravil in ostalega zdravstvenega materiala na oddelke
- Procesu nabave, skladiščenja in izdaje materiala ter nabave opreme.

12.1.2. Nabava storitev, ki sodelujejo pri procesih za odjemalce

V procesu zdravljenja sodelujejo tudi drugi zdravstveni zavodi s svojimi storitvami, kar je razvidno iz opisov procesov obravnave bolnikov. Storitve se nanašajo na preglede histoloških preparatov,

bioloških vzorcev, določenih laboratorijskih storitev (tuje laboratorijske storitve) in opravljanje obdukcij.

V primeru, da je za diagnosticiranje in proces zdravljenja na področju akutne bolnišnične obravnave potrebna zdravstvena storitev, ki se v bolnišnici ne izvaja, se bolnika napoti v zdravstveno ustanovo, kjer se ta storitev izvaja.

12.2. IZVEDBA STORITVE

Zdravstvene storitve se izvajajo, kot je definirano v zdravstvenih, podpornih in poslovnih procesih. Obvladovanje teh procesov je zagotovljeno z izvajanjem opisov procesov, predpisov o obvladovanju dokumentacije, izvedbenih navodil oz. standardnih operativnih postopkov.

Pri izvajanju storitev se upoštevajo naslednja načela:

- pregled že izvedenih storitev (za vsakega uporabnika zdravstvenih storitev so preko medicinske dokumentacije razvidne vrste in količine storitev ter čas izvedbe posamezne storitve)
- sledljivost (evidentiranje podatkov o izvedbi)
- varovanje lastnine uporabnikov zdravstvenih storitev (način je razviden iz hišnega reda, informacij o sprejemu in odpustu iz bolnišnice ter navodil glede osebnih predmetov v čakalnicah)
- varnost uporabnikov zdravstvenih storitev (vzgojno delo z uporabniki, kar je razvidno iz opisov del in nalog zaposlenih, omejitev obiskov v času epidemij, varovanje pred okužbami po navodilih Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb, analiziranje vode ter preprečevanje okužb z Legionelo, preprečevanje nastanka preležanin, padcev, ...).

Izvajanje procesov poteka tudi v skladu s hišnim redom bolnišnice in vnaprej dogovorjenimi postopki pri sprejemu in odpustu iz bolnišnice. Vsa navodila so dostopna pri sprejemu bolnikov, na samem oddelku in na spletni strani bolnišnice.

13. MERJENJE IN NADZOR

Inštrumente in opremo, ki se uporablja posredno ali neposredno pri opravljanju zdravstvenih storitev in se morajo umerjati v rokih na osnovi zakonodaje s področja meroslovja (tehtnice, merilci krvnega tlaka, termometri …) se redno vzdržuje in umerja. Na ta način se zagotavlja točnost in zanesljivost merilnih rezultatov. Evidenco vodijo nosilci procesov oz. skrbniki aparatov, kateri tudi skrbijo za pravočasnost validacije in planiranje.

14. SPREMLJANJE IN IZBOLJŠAVE

14.1. NAMEN

SBT spremlja stanje:

- da zagotovi izpolnitev zahtev in pričakovanj
- da pravočasno ukrepa v primeru odstopanj
- da prepozna priložnosti
- da uvede izboljšave.

14.2. SPREMLJANJE STANJA

14.2.1. Spremljanje zadovoljstva naših uporabnikov

V SBT se redno spremlja izpolnjevanje zahtev in pričakovanj uporabnikov zdravstvenih storitev, ki jih nudi bolnišnica.

Za spremljanje zadovoljstva se lahko uporabljajo:

- pisne in ustne pritožbe in pohvale uporabnikov zdravstvenih storitev in njihovih svojcev ali spremljevalcev
- anketni vprašalnik za uporabnike zdravstvenih storitev po posameznih tipih bolnišničnih obravnav
- nacionalno anketo o izkušnjah hospitaliziranih bolnikov
- mnenja, pripombe ali ugotovitve inšpekcijskih organov.

Način vlaganja pritožb in pohval je razviden iz spletne strani, iz informacij bolnikom v zvezi z uveljavljanjem pritožbenih postopkov preko obrazcev ali na zapisnik in iz kataloga informacij javnega značaja.

Knjiga pohval in pritožb za uporabnike storitev se nahaja pri vhodu v bolnišnico na Enotni točki naročanja.

Evidenca pritožb in pohval se vodi na upravi SBT – Evidenca pritožb in pohval.

14.2.2. Notranja presoja

Namen notranje presoje je spremljanje uspešnosti in učinkovitosti dela SBT. Osnova za spremljanje predstavljajo Poslovnik kakovosti, opisi procesov, predpisi in navodila. S tem so podane podlage in zahteve s področja certificiranja za ugotavljanje skladnosti sistema vodenja kakovosti z zahtevami trenutno veljavnih standardov.

Rezultati notranje presoje se uporabljajo za prepoznavanje idej za izboljšave ter za komunikacijo

znotraj bolnišnice. Ideje za izboljšave so lahko usmerjene v odpravljanje vzrokov odstopanj od dogovorjenih kazalcev ali za prilagajanje novim razmeram. Pri presojah se posveča posebna pozornost najboljšim praksam predvsem z vidika možnosti prenosa na druga področja.

Način izvedbe je opisan v dokumentu Predpis o notranji presoji.

14.2.3. Spremljanje delovanja procesov oziroma ustreznost storitev

Odgovorni za posamezne procese skrbijo, da se proces spremlja, ocenjuje primernost izvajanja procesa oziroma izvedenih storitev glede na opisan proces, glede na pričakovanja in zahteve uporabnikov zdravstvenih storitev, svojcev in zaposlenih.

Spremljanje delovanja procesov oz. ustreznost storitev se zagotavlja s spremljanjem kazalnikov, s presojami, z anketami, razgovori, vizitami ali drugimi oblikami spremljanja.

14.2.4. Spremljanje kazalnikov kakovosti

V bolnišnici spremljamo kazalnike kakovosti in o njih poročamo. Kateri kazalniki kakovosti se spremljajo, način zbiranja, merjenja in poročanja je opisano v navodilu Spremljanje kazalnikov kakovosti.

Obvezne kazalnike kakovosti, ki jih določi Ministrstvo za zdravje spremljamo na podlagi Metodoloških navodil za kazalnike kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje in obsegu sredstev za vsako posamično leto, ki jih določi Ministrstvo za zdravje.

14.2.5. Obvladovanj odstopanj

Med spremljanjem delovnega procesa lahko ugotovimo:

- določena odstopanja rezultatov od zahtev in pričakovanj
- odstopanja aktivnosti od opredeljenih postopkov dela
- odpoved opreme
- neustreznost materialov
- pomanjkanje človeških virov.

Odstopanja so lahko izražena kot pritožbe uporabnikov zdravstvenih storitev ali dobaviteljev. Kot odstopanja se lahko evidentira tudi težave z uporabniki zdravstvenih storitev v zvezi s hišnim redom ali pa težave v medsebojnem komuniciranju zaposlenih.

S prepoznavo odstopanj odgovorni v čim krajšem času izvedejo naslednje aktivnosti:

- evidentira se odstopanje
- opravi se zapis o vrsti, obsegu, ukrepih in posledicah odstopanja
- potrdijo se primerne rešitve odstopanja

- čim hitreje se odpravi odstopanje
- oceni se nevarnost ponavljanja nastalega odstopanja. Če se prepozna večja nevarnost ponavljanja odstopanj, se takoj sproži postopek odpravljanja vzroka odstopanja.

Podatki o vrsti, obsegu, ukrepih in posledicah odstopanja se zapišejo v dokument Spremni list izboljšave v ustrezno rubriko.

Ravnanje ob ugotovitvi odstopanj je razvidno iz dokumenta: Predpis o obvladovanju odstopanj.

14.2.6. Analiza podatkov

Odgovorni za posamezni proces na osnovi podatkov, pridobljenih s spremljanjem stanja:

- ocenjuje uspešnost izpolnjevanja zahtev in pričakovanj
- prepoznava potrebe in priložnosti za izboljšave.

Analiza se nanaša na vsa področja, ki so predmet vodstvenega pregleda.

14.2.7. Izboljšave

Področja izboljšav

Izboljševanje se izvaja na osnovi naslednjih izhodišč:

- prilagajanje novim potrebam in možnostim
- odpravljanje vzrokov za odstopanje
- preventivno odpravljanje vzrokov za potencialna odstopanja, ki bi se lahko zgodila.

Korektivni ukrepi

S korektivnimi ukrepi se odpravljajo vzroki za odstopanje.

Z odpravljanjem vzrokov odstopanj se bistveno poveča kakovost zdravstvenih storitev. Korist se odraža v večjem zadovoljstvu uporabnikov zdravstvenih storitev, manjši obremenjenosti zaposlenih in nižjih stroških.

Postopek ravnanj za izvajanje korektivnih ukrepov je v opisan dokumentu: Predpis o korektivnih in preventivnih ukrepih.

Preventivni ukrepi

S preventivnimi ukrepi se odpravljajo vzroki za potencialna odstopanja, ki se še niso zgodila.

Namen preventivnih ukrepov je podoben kot pri korektivnih ukrepih, le da ima preventivni ukrep naslednje prednosti:

- od spremembe, ki narekuje preventivni ukrep, pa do možnosti nastanka odstopanja je več časa
- ob izvajanju preventivnega ukrepa ni potrebno odpravljati odstopanj
- razpoloženje pri izvajanju preventivnega ukrepa ni obremenjeno z odgovornostjo za odstopanje.

Postopek ravnanj za izvajanje preventivnih ukrepov opisan je v predpisu: Predpis o preventivnih in korektivnih ukrepih.

15. PODREJENI POSLOVNIKI KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV

V primeru, da ima posamezna dejavnost ločen in podrejen poslovnik o svojem delovanju, zanj veljajo vsa določila, ki so določena v tem poslovniku in njegovih izvedbenih predpisih. Komisija za kakovost ne potrjuje njihovih dokumentov, se z njimi le seznanja, ima pa možnost predlagati in zahtevati spremembe in dopolnitve. Za arhiviranje in izločevanje je zadolžen strokovni sodelavec za kakovost oziroma skrbnik za kakovost.

9. revizija dokumenta	Ime in priimek	Datum	Podpis
Pripravil	**David Slapšak**, dipl. zn., mag. ekon. in posl. ved, vodja Službe za kakovost, predstavnik vodstva za kakovost **Žana Škegro**, mag. dietet., strokovna sodelavka za kakovost, namestnica predstavnika vodstva za kakovost **Katja Kalan Uštar**, dr. med., pooblaščenka za varnost pacientov	24. 10. 2025	
Potrdil	Komisija za kakovost	24. 10. 2025	
Skrbnik	**David Slapšak, dipl. zn., mag. posl. in ekon. ved,** vodja Službe za kakovost **Žana Škegro**, mag. dietet., strokovna sodelavka za kakovost, namestnica predstavnika vodstva za kakovost		

Na kateri strani revidiranega dokumenta je bil narejen popravek	Sprememba revizije
celoten dokument	preimenuje se "Odbor za kakovost" v "Komisijo za kakovost"
stran 13	opredeli se pregled dokumentacije na 5 let, področje anesteziologije na 1 leto
stran 16	dodani člani Komisije za kakovost (vodja Bolnišnične lekarne, vodja Tehnično vzdrževalne službe in vodja Službe za informatiko)
stran 16	združijo se naloge Odbora za kakovost in Komisije za kakovost in izrabo zmogljivosti (v naloge novo imenovane Komisije za kakovost)
stran 17	dodajo se naloge vodje Službe za kakovost
stran 18	dodajo se naloge strokovnega sodelavca za kakovost in skrbnikov za kakovost
stran 19	spremeni se poimenovanje Pooblaščenca za varnost in kakovost v Pooblaščenca za varnost pacientov
stran 19	v celoti se odtrani poglavje o Komisiji za kakovost in izrabo zmogljivosti (zaradi ukinitve)
stran 26	doda se lokacija Knjige pohval in pritožb pacientov
stran 27	opredeli se spremljanje obveznih kazalnikov kakovosti

	Ime in priimek	**Datum**
Pripravil	Marina Barovič	13.11.2012
Potrdil	Boža Hribar	13.11.2012
Skrbnik	David Slapšak	
1. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	Marina Barovič	12.6.2013
Potrdil	Boža Hribar	12.6.2013
Skrbnik	David Slapšak	
2. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	Marina Barovič	4.9.2013
Potrdil	Boža Hribar	4.9.2013
Skrbnik	David Slapšak	
3. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	Marina Barovič	05.02.2016
Potrdil	Odbor za kakovost	05.02.2016
Skrbnik	David Slapšak	
4. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	Aljaž Kamnikar	28.9.2018
Potrdil	Odbor za kakovost	28.9.2018
Skrbnik	Aljaž Kamnikar	
5. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	Aljaž Kamnikar	25.9.2019
Potrdil	Romana Martinčič Nataša Leskovšek	25.9.2019
Skrbnik	Aljaž Kamnikar	
6. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	David Slapšak Nataša Leskovšek Katja Kalan Uštar Urška Sotenšek	3.2.2023
Potrdil	Odbor za kakovost	3.2.2023
Skrbnik	Nataša Leskovšek	

7. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	David Slapšak Nataša Leskovšek Katja Kalan Uštar Urška Sotenšek	27.2.2024
Potrdil	Odbor za kakovost	27.2.2024
Skrbnik	Nataša Leskovšek	

8. revizija dokumenta	**Ime in priimek**	**Datum**
Pripravil	David Slapšak Katja Kalan Uštar Urška Sotenšek	5. 2. 2025
Potrdil	Odbor za kakovost	5. 2. 2025
Skrbnik	David Slapšak	