

**Zaposleni**

Begunje na Gorenjskem, 21. 07. 2023

# POLITIKA KAKOVOSTI IN VARNOSTI V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI BEGUNJE

<b>Velja od:</b> 21. 07. 2023 Verzija: 2	<b>Pripravila:</b> Vodja službe za kakovost in razvoj	<b>Skrbnica dokumenta:</b> Vodja službe za kakovost in razvoj	<b>Pregledal:</b> Mitja Logar, dr. med., spec. psih., direktor	<b>Odobril:</b> Mitja Logar, dr. med., spec. psih., direktor
--	---	---	--	--

## Kazalo

Kazalo .....	2
<b>1. KONTEKST ORGANIZACIJE .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Osnovni podatki.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Umeščenost delovanja bolnišnice.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Poslanstvo bolnišnice .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Vizija bolnišnice .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5. Vrednote bolnišnice.....</b>	<b>5</b>
<b>2. POLITIKA STROKOVNE UČINKOVITOSTI, KAKOVOSTI IN VARNOSTI .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Načela politike kakovosti .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Planiranje politike kakovosti.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3. Upravljanje tveganj.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3.1 Ocenjevanje tveganj po metodi FMEA .....</b>	<b>8</b>
2.3.1.1 Faze izvajanja analize.....	9
2.3.1.2 Formular FMEA.....	9
2.3.1.3 Izvajanje ocenjevanja .....	9
2.3.1.4 Izboljševanje stanja .....	10
<b>3. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Odbor za kakovost in varnost ter komisija za kakovost in varnost .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Zagotavljanje strokovnega nadzora in spremljanje zunanjih nadzorov .....</b>	<b>14</b>
3.2.1 Redni in izredni strokovni nadzori v bolnišnici .....	14
3.2.2 Notranja presoja.....	14
3.2.3 Akreditacijska presoja po mednarodnem standardu .....	15
<b>3.3 Varnostne vizite (timski sestanki) .....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 Pogovori o varnosti.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5 Morbiditetne in mortalitetne konference .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6 Uvajanje kliničnih poti .....</b>	<b>15</b>
<b>3.7 Sistem upravljanja varovanja informacij (SUVI).....</b>	<b>16</b>
<b>3.8 Planiranje preventivnih ukrepov za tekoče leto.....</b>	<b>16</b>
<b>3.9 Sledljiva in varna uporaba zdravil .....</b>	<b>16</b>
<b>3.10 Merjenje, spremljanje in analiza kazalnikov kakovosti.....</b>	<b>16</b>
3.10.1. Merjenje zadovoljstva pacientov.....	16
3.10.2. Merjenje zadovoljstvo zaposlenih .....	17

## 1. KONTEKST ORGANIZACIJE

### 1.1 Osnovni podatki

NAZIV:	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE
SEDEŽ:	Begunje na Gorenjskem 55, 4275 Begunje na Gorenjskem
USTANOVITELJ:	Vlada Republike Slovenije
DATUM USTANOVITVE:	12. januar 1993
MATIČNA ŠTEVILKA:	5054818
DAVČNA ŠTEVILKA:	94700699
ŠIFRA UPORABNIKA:	27871
ŠT. TRANSAKCIJSKEGA RAČUNA:	0110 0603 0278 767
SPLETNA STRAN:	<a href="http://www.pb-begunje.si">www.pb-begunje.si</a>
ŠTEVILO ZAPOSLENIH 31. 12. 2022:	182
PRIHODKI 2022:	9.302.408 eur

Psihiatrična bolnišnica Begunje, ustanovljena leta 1953, je bila z Odlokom, ki ga je sprejela Vlada RS, 12. 1. 1993 preoblikovana v javni zdravstveni zavod.

Bolnišnica deluje v Gradu Katzenstein, ki je bil leta 1999 razglašen za kulturni spomenik državnega pomena.

**Organi zavoda** so svet zavoda, direktor, strokovni direktor in strokovni svet. **Svet zavoda** je organ upravljanja, ki ima 7 članov: 4 predstavniki ustanovitelja (Ministrstvo za zdravje), 1 predstavnik lokalne skupnosti (Občina Radovljica), 1 predstavnik pacientov (ZZZS) in 1 predstavnik zaposlenih. **Direktor** je poslovodni organ bolnišnice. **Strokovni direktor** predstavlja strokovno dejavnost zavoda. **Strokovni svet** je strokovni organ, ki obravnava vprašanja s področja medicinskega strokovnega dela ter predlaga ustrezne rešitve in priporočila s tega področja.

**Ožje vodstvo** bolnišnice sestavljata direktor, strokovni direktor in pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe. Širše vodstvo bolnišnice sestavljajo še vodje organizacijskih enot.

Psihiatrična bolnišnica Begunje ima skupno 127 postelj. Poleg posteljnih zmogljivosti ima bolnišnica na voljo tudi druge terapevtsko uporabne prostore, ki omogočajo zdravljenje v dnevni bolnišnici.

Bolnišnica ima [statut](#) in druge [pravne akte](#).

### 1.2 Umeščenost delovanja bolnišnice

Bolnišnica je locirana sredi Gorenjske, na podeželju v prijetnem naravnem okolju. Pacientom in svojcem nudi veliko možnosti za sprostitev in razvedrilo. Je trdno umeščena v svojo regijo, ima pa pomen tudi za ostale predele Slovenije.

Razdalja do Splošne bolnišnice Jesenice je 18 km, 30 km do Bolnišnice Golnik in okoli 50 km do Kliničnega centra Ljubljana in Psihiatrične klinike Ljubljana, kar nudi dobre možnosti za interdisciplinarno obravnavo pacientov.

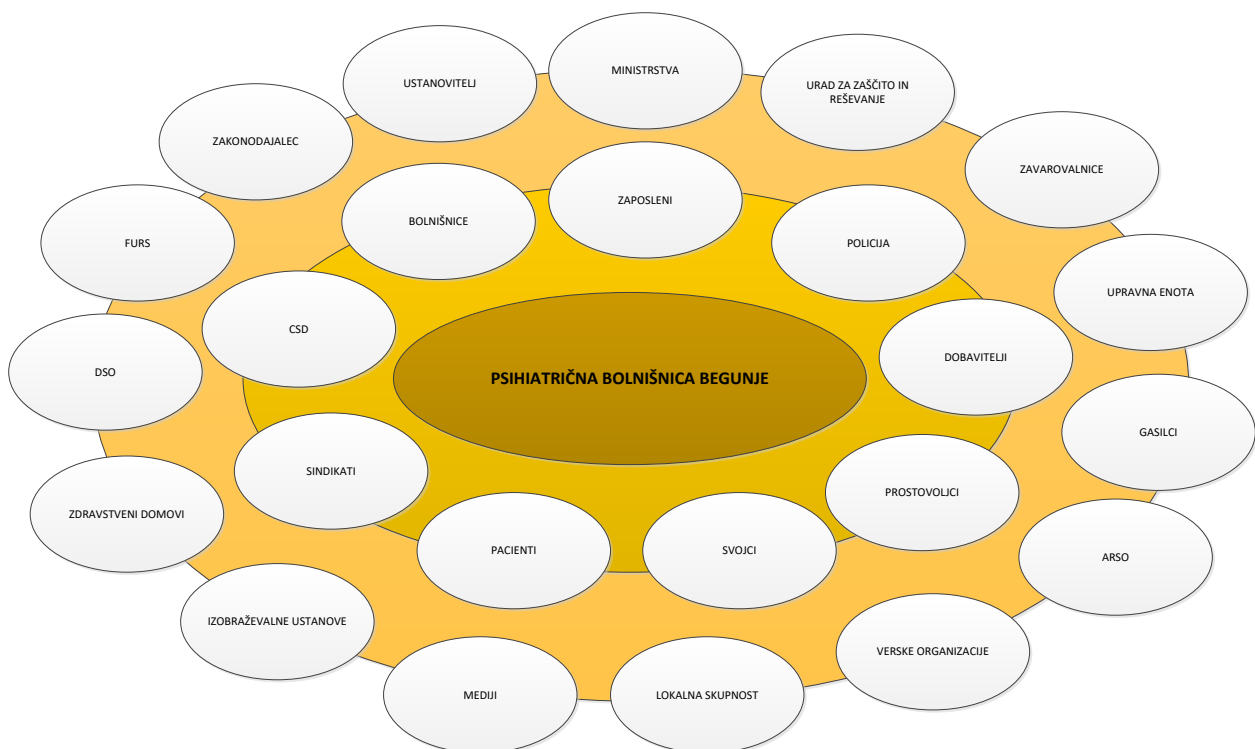
PBB je samostojna bolnišnica, ki s procesnim pristopom prevzema odgovornost za svoje odločitve. Zaveda se notranjih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na njeno delovanje.

Bolnišnica zagotavlja varno in kakovostno zdravstveno oskrbo osebam, ki zaradi duševne bolezni potrebujejo zdravljenje v hospitalni obravnavi, dnevno bolnišnični obravnavi, skupnostni in nadzorovani obravnavi ali specialistični ambulantni dejavnosti. Za doseg ciljev povezanih s kakovostjo in varnostjo, dejavnost bolnišnice temelji na strateških usmeritvah.

V okviru konteksta organizacije je bolnišnica vzpostavila celovit sistema psihiatrične oskrbe, ki vključuje integracijo zdravstvenih in socialno-varstvenih konceptov obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju in temelji na t.i. modelu okrevanja in samozavedanju pomena varovanja in krepitev duševnega zdravja za razvoj zdrave osebnosti in dobrega počutja posameznika.

Za delovanje bolnišnice in posledično zagotavljanje varne in kakovostne obravnave pacienta, bolnišnica sodeluje z različnimi deležniki, ki so prikazani na spodnji sliki

*Slika 1: Kontekst organizacije*



### 1.3 Poslanstvo bolnišnice

Poslanstvo PBB je izvajanje javne zdravstvene dejavnosti za ljudi s celotnim spektrom duševnih motenj, tako da je obravnava pacienta varna in učinkovita, upoštevajoč najnovejše strokovno preverjene diagnostične in terapevtske metode, kjer posameznike pri zdravljenju, rehabilitaciji in reintegraciji v okolje podpira interdisciplinarni tim strokovnjakov, s skrbjo za strokovni in osebni razvoj zaposlenih ter odgovornim ravnanjem z javnimi sredstvi, naravnim okoljem in v sodelovanju z interesnimi skupinami.

#### 1.4 Vizija bolnišnice

PBB bo trajnostno napredovala v vlogi ugledne, strokovno priznane, varne, učinkovite, ljudem in okolju prijazne ter poslovno uspešne bolnišnice, ki postavlja standard odličnosti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti za ljudi s celotnim spektrom duševnih motenj.

#### 1.5. Vrednote bolnišnice

Temeljne vrednote Psihiatrične bolnišnice Begunje so:

- **PROFESIONALNOST:** strokovnost, etičnost, učinkovitost, pravočasnost, prijaznost, kakovost, varnost,
- **SPOŠTOVANJE:** pacientov, svojcev, obiskovalcev, sodelavcev in ostalih deležnikov,
- **KOMUNIKACIJA** in **SODELOVANJE:** znotraj, navzven, odprtost,
- **ODLIČNOST:** usklajenost, odgovornost, preglednost, nenehne izboljšave
- **ODGOVORNOST:** do ljudi (pacientov, svojcev, obiskovalcev, zaposlenih), javnih sredstev (gospodarnost) in okolja (naravno okolje, lokalna skupnost)
- **POGUM:** zato da delamo tisto, kar je prav, in ne tisto, kar je enostavno, da sprejemamo drugačnost ter zmanjšujemo stigmo naših pacientov in psihiatrije v celoti.

## 2. POLITIKA STROKOVNE UČINKOVITOSTI, KAKOVOSTI IN VARNOSTI

### 2.1. Načela politike kakovosti

Z namenom doseganja trajnostnega razvoja psihiatrične dejavnosti in strokovne rasti bolnišnice, doseganja višje kakovosti naših storitev in povečanja zadovoljstva pacientov, njihovih svojcev in zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu Psihiatrični bolnišnici Begunje spoštujemo in uveljavljamo naslednja načela politike kakovosti:

1. Uresničevanje dolgoročne strategije razvoja bolnišnice, ki vključuje strokovne, menedžerske, kadrovske, finančne, materialne, socialne in moralne podlage:
  - za razvoj dejavnosti (obseg, struktura dejavnosti, programi),
  - za ohranitev statusa regijske bolnišnice, specializirane za psihiatrijo, in njene samostojnosti,
  - za postavitev mreže služb za duševno zdravje (hospital, ambulantna in dispanzerska dejavnost, skupnostna psihiatrija z multidisciplinarnimi timi) na celotnem območju bolnišnice,
  - za krepitev položaja bolnišnice kot učne baze,
  - za dogovarjanja o financiranju programov storitev,
  - za zaposlovanje, razvoj in nagrajevanje kadrov, vključno z načrtovanjem usmerjenih izobraževanj in profesionalnih karier zaposlenih,
2. Izvajanje celovitega sistema vodenja kakovosti in učinkovitosti in s tem zagotavljanje ugleda bolnišnice, spoštovanje uporabnikov ter primeren status dejavnosti v strokovnem in civilnem družbenem okolju ,
3. Uvajanje novih vsebin, oziroma storitev v hospitalni dejavnosti in programu dnevnega hospitala, kar bo posledično vplivalo na krajšanje ležalne dobe,
4. Izvajanje programa skupnostne psihiatrije na območju, ki ga bolnišnica pokriva, in s širitvijo izven hospitalnih programov, oziroma povečanjem izven hospitalnih storitev (specialistična ambulantna dejavnost),
5. Razvoj in krepitev nosilne vloge posameznih poklicnih skupin pri izvajanju določenih programov (psihologov pri dnevni, psihoterapevtski dejavnosti in ambulantni dejavnosti na območju bolnišnice, socialnih delavcev in diplomiranih medicinskih sester pri skupnostni psihiatriji, vseh profilov, predvsem diplomiranih medicinskih sester, pri izvajanju izobraževalnih programov),
6. Razvoj in krepitev dela kliničnih timov z vključevanjem vseh profilov zdravstvenih sodelavcev, tudi kliničnega farmacevta. Politika kakovosti in varnosti je sestavni del razvojnih usmeritev Psihiatrične bolnišnice Begunje.
7. Zdravstvene storitve morajo v celoti ustrezati zahtevam uporabnikom, strokovnim standardom dobre prakse in drugim veljavnim predpisom, tako da v pogledu strokovnosti, zanesljivosti kot tudi drugih zahtev in pričakovanj uporabnikov.
8. Vzpodbujanje odnosov, ki dajejo poudarek usklajenemu in načrtovanemu timskeemu in projektnemu delu. Naše delo temelji na znanju posameznikov in sodelovanju vseh zaposlenih. Kakovost je rezultat strokovnega in vestnega dela, ne pa kontrole. Način za doseganje ciljev kakovosti je sistem odnosov in komunikacij, v katerih vsaka enota in vsak posameznik upošteva načelo sodelovanja in enotnosti pristopa.
9. Stalno posodabljanje informacijske tehnologije, ki zagotavlja pravočasne in kakovostne informacije, na osnovi katerih neprestano sprejemamo ukrepe za izboljšave
10. Z definirano odgovornostjo, pooblastili in s stalnim usposabljanjem vseh zaposlenih, ki vodijo, upravljajo, preverjajo delo in izvajanje storitve, bomo stalno povečevali učinkovitost sistema poslovanja.

11. Razvoj kadrov in izobraževanje na vseh ravneh je temeljni pogoj za uspešno izvajanje politike kakovosti.
12. Vsaka organizacijska enota je na svojem delovnem področju odgovorna za doseganje ciljev kakovosti in vsak posameznik za kakovost svojega dela.
13. Da bi dosegali rezultate v skladu z zahtevami uporabnikov in strateškimi usmeritvami organizacije, uvajamo v delovne procese metodologijo PDCA.

## 2.2 Planiranje politike kakovosti

Politiko kakovosti in temeljne cilje uresničujemo z jasno začrtanimi in merljivimi cilji kakovosti. Cilje kakovosti določamo v Strategiji razvoja 2022 – 2031 (SRPBB\_22-31) za daljše časovno obdobje in v Planu strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti za tekoče leto. Cilje kakovosti postavljamo merljive, za vse procese, kjer je le to mogoče. Njihovo doseganje spremljamo na osnovi mesečnih oz. letnih poročil o delu. V primeru objektivnih okoliščin cilje spreminjamo glede na aktualno situacijo (rebalans plana). Na osnovi analiziranja doseganja ciljev po potrebi ukrepamo (preventivno ali korektivno). Realizacijo ciljev prikazujemo v Letnem poročilu PBB in Poročilu strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti.

Letni cilji PBB so postavljeni na osnovi strategij in strateških ciljev, določenih za obdobje 2022 – 2031.

Osrednji cilj Strategije razvoja Psihiatrične bolnišnice Begunje je **zagotavljanje strokovne, varne in celostne obravnave pacientov ob stalnem strokovnem razvoju bolnišnice, upoštevajoč družbeno odgovornost ter trajnostni razvoj.**

Strateške usmeritve za doseganje osrednjega cilja:

- **varna obravnava pacientov,**
- **varna delovna mesta,**
- **dolgoročno vzdržno poslovanje (uravnotežen poslovni izid),**
- **trajnostni razvoj in družbena odgovornost.**

Postopki planiranja v PBB vključujejo:

- pripravo Strateškega poslovnega načrta (Strategija razvoja bolnišnice) in Letnih načrtov,
- Plana strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti (merljivi cilji),
- priprava plana potreb nabav, vzdrževanja, investicij po organizacijskih enotah,
- planiranje človeških virov po organizacijskih enotah (tedensko, mesečno in letno),
- planiranje izobraževanja,
- planiranje notranjih presoj in notranje revizije.

S planiranjem zagotavljamo ustrezno izpolnjevanje obveznosti do bolnikov, zahtev plačnika (-ov). Dosledno planiranje nam omogoča pravočasno zagotavljanje vseh potrebnih virov (opreme, usposabljanje zaposlenih, kadrov, finančnih sredstev idr.) za izvajanje storitev.

## 2.3. Upravljanje tveganj

Upravljanje tveganj je sestavni del odgovornega vodenja in upravljanja procesov dela. Njegov namen je učinkovito obvladovanje poslovnih procesov z notranjim nadzorom javnih financ ter strokovnih procesov z rednimi in izrednimi notranjimi in zunanji nadzori, notranjimi in zunanji presojami, varnostnimi vizitami in pogovori o varnosti. Bolnišnica je vzpostavila postopek, ki obravnava obvladovanje tveganj povezanih z varnostjo celotnega osebja ter strateško, operativno in finančno integriteto. Bolnišnica je za

namene učinkovitega spremljanja in obvladovanja tveganj vzpostavila in vodi register tveganj, v katerem je opredelila:

- najpomembnejša tveganja in ukrepe za njihovo obvladovanje,
- notranje kontrole procesov, kjer tveganja nastajajo,
- načine zagotavljanja sredstev za obvladovanje tveganj (planiranje v finančnem načrtu),
- ukrepe vodstva bolnišnice.

Bolnišnica kot ključna tveganja (glejte SRPBB 2022-2031), ki lahko negativno vplivajo na tekoče poslovanje, opredeljuje naslednja tveganja :

- nevarnost, da bi bolnišnica izgubila samostojnost,
- nevarnost nadaljnega nižanja cen hospitalnih primerov,
- nedoseganje programa sklenjenega s pogodbo ZZZS,
- manjše število zdravstvenega osebja – odhod kadrovskih virov (vsi člani multidisciplinarnega tima in zaposleni v podpornih procesih),
- nevarnost, da bi bile psihiatrične bolnišnice izločene iz sistema psihiatričnega zdravljenja v skupnosti,
- rast stroškov zdravljenja hospitaliziranih psihiatričnih pacientov zaradi somatskih bolezni (dvojne diagnoze, internist, nevrolog, zdravila, prevozi).

Register obvladovanja poslovnih tveganj na nivoju zavoda je vzpostavljen. Ključna tveganja so (dosegljivo v Načrtu aktivnosti notranjega nadzora javnih financ in notranje revizije za tekoče leto):

- preseganje ali nedoseganje delovnega programa, ki je določen v pogodbi z ZZZS; ukrep: mesečno spremljanje realiziranega obsega dela, predlogi za prestrukturiranje programa v primeru odmikov,
- nelikvidnost; ukrep: stalno spremljanje denarnega toka, usklajevanje naročil s predvidenimi prilivi,
- absentizem; ukrep: motivacija zaposlenih, izvajanje smernic za promocijo zdravja na delovnem mestu.

Ključna tveganja so obvladovana.

Opozorilni nevarni dogodki, varnostni zapleti, skorajšnji dogodki, so vključeni v sistem poročanja in obvladovanja tveganj. Vsi varnostni dogodki se evidentirajo na poročilu o varnostnih zapletih. Dogodki so obravnavani v zdravstvenih timih, sestankih organizacijskih enot, poslovnem, strokovnem kolegiju direktorja. Polletna in letna poročila so obravnavana na strokovnem svetu. Poročamo tudi Svetu zavoda. Varnostni zapleti so sestavni del vodstvenega pregleda.

Bolnišnica zagotavlja, da sistem vodenja bolnišnice s sistemom upravljanja tveganj dosega načrtovane rezultate, zagotavlja doseganje zelenih izidov, preprečuje ali zmanjšuje neželene izide, dosega nenehno izboljševanje.

Register tveganj se vodi v elektronski obliki v eDokumentacijskem sistemu.

### *2.3.1 Ocenjevanje tveganj po metodi FMEA*

V bolnišnici smo vzpostavili opredeljevanje in ocenjevanje tveganj po metodologiji FMEA. FMEA je analitična metoda, ki se uporablja za raziskavo potencialnih napak in njihovih posledic. Je eno izmed



najboljših orodij za definiranje, prepoznavanje in odpravo napak. Je tudi metoda preventivnega zagotavljanja kakovosti.

#### *2.3.1.1 Faze izvajanja analize*

Metoda FMEA se izvaja v naslednjih korakih:

1. Pregled procesa ali strukture (sistem, del sistema),
2. Opredelitev vseh možnih napak,
3. Opredelitev možnih posledic napak,
4. Identifikacija vzrokov za vsako posamezno napako,
5. Opredelitev obstoječih kontrolnih ukrepov,
6. Določitev ocene verjetnosti nastopa napake,
7. Določitev ocene resnosti nastanka napake (teža posledic),
8. Določitev ocene verjetnosti odkritja napake,
9. Izračun indeksa pomembnosti napake (zmnožek vseh treh ocen),
10. Določitev prioriteta ukrepov na osnovi indeksa pomembnosti (filtriranje ocen),
11. Izvedba ukrepov za izboljšanje obstoječega stanja,
12. Ponovni izračun indeksa pomembnosti po izvedenih izboljšavah.

Vodstvo bolnišnice je določilo meje FMEA – indeks pomembnosti (200).

#### *2.3.1.2 Formular FMEA*

Formular za izvedbo FMEA se pripravi v Excelu. Formular pripravi Služba za kakovost in razvoj, FMEA analizo izvaja tim, ki ga določi direktor.

Formular je razdeljen na tri dele:

- Vrednotenje sedanjega stanja z oceno (določi se sistem, del sistema, funkcija sistema, možno tveganje/napaka, vzroki za napako, možne posledice – ocena teže, pogostost – ocena pogostosti, verjetnost odkritja – ocena odkritja)
- Predvideni ukrepi z določenimi roki in odgovornimi osebami
- Ponovna ocena po izvedenih ukrepih ter vrednotenje uspešnosti.

#### *2.3.1.3 Izvajanje ocenjevanja*

Ocena teže napake (F):

1. Napak sploh ni.
2. Napaka neznatna.
3. Napaka/problem minimalno vpliva na sistem in počutje ljudi.
4. Napaka vpliva na sistem, a popravila niso potrebna
5. Sistem potrebuje popravilo. Potencialna nevarnost za ljudi.
6. Nekatere funkcije sistema ne delujejo.
7. Sistem morda ni več operativen, manjše poškodbe.
8. Sistem ni več operativen, poškodbe.
9. Sistem povzroča nevarnost za ljudi, hude poškodbe.
10. Nevarnost za ljudi, smrtna nevarnost.

#### Ocena pogostosti/verjetnosti (G):

1.  $\leq 0,0001\%$  Skoraj nemogoče
2. 0,01% Zelo majhna pogostost
3. 0,10% Majhna pogostost
4. 0,40% Relativno majhna pogostost
5. 2% Srednje majhna pogostost
6. 4% Srednje visoka pogostost
7. 10% Precej pogosto
8. 20% Ponavljanje odpovedi
9. 30% Zelo visoka pogostost
10.  $>50\%$  Napaka neizogibna

#### Ocena možnosti odkritja napake (D):

1. Napako zagotovo zaznamo
2. Zelo visoka verjetnost odkritja napake
3. Visoka verjetnost odkritja napake
4. Srednje visoka verjetnost odkritja napake
5. Srednja verjetnost odkritja napake
6. Nizka verjetnost odkritja napake
7. Zelo nizka verjetnost odkritja napake
8. Neznatna možnost odkritja napake
9. Skoraj neverjetna možnost odkritja napake
10. Napake ni možno odkriti

Register tvegan se vodi v elektronski obliki v eDokumentacijskem sistemu

#### *2.3.1.4 Izboljševanje stanja*

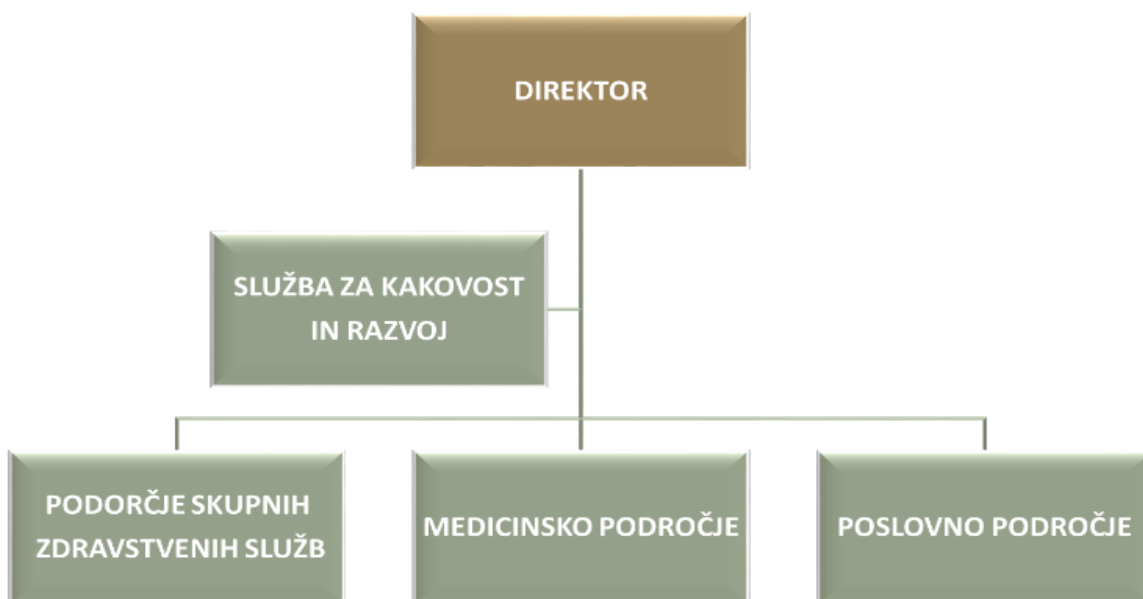
Pri določanju ukrepov za izboljševanje stanja se izhaja iz kriterijev za ocenjevanje indeksa pomembnosti napake ( $IP = F \times G \times D$ ). Tako se lahko:

- Zmanjša verjetnost, da se pojavi vzrok za nastop napake in verjetnost, da ta vzrok dejansko povzroči napako (npr.: izboljšanjem tehnologije, izboljšanjem procesa, usposabljanjem zaposlenih, preventivnim vzdrževanjem),
- Zmanjša se lahko teža napake
- Poveča se verjetnost, da se napako odkrije pred pojavom

### 3. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

Uveljavitev sistema vodenja kakovosti je strateška odločitev vodstva Psihiatrične bolnišnice Begunje. Služba za kakovost in razvoj, ki vzpostavlja, razvija in vodi sistem kakovosti, je samostojna organizacijska enota, ki je neposredno odgovorna direktorju. Delovni proces je v bolnišnici organiziran na medicinskem področju (oddelki, ambulante), področju skupnih zdravstvenih služb (Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Služba za socialno delo, Služba za obvladovanje bolnišničnih okužb in čistilni servis, Lekarna, Služba za delovno terapijo, Služba za klinično psihologijo) in poslovnem področju (Splošne službe, Zdravstvena administracija, Finančno računovodska služba in Servisne službe).

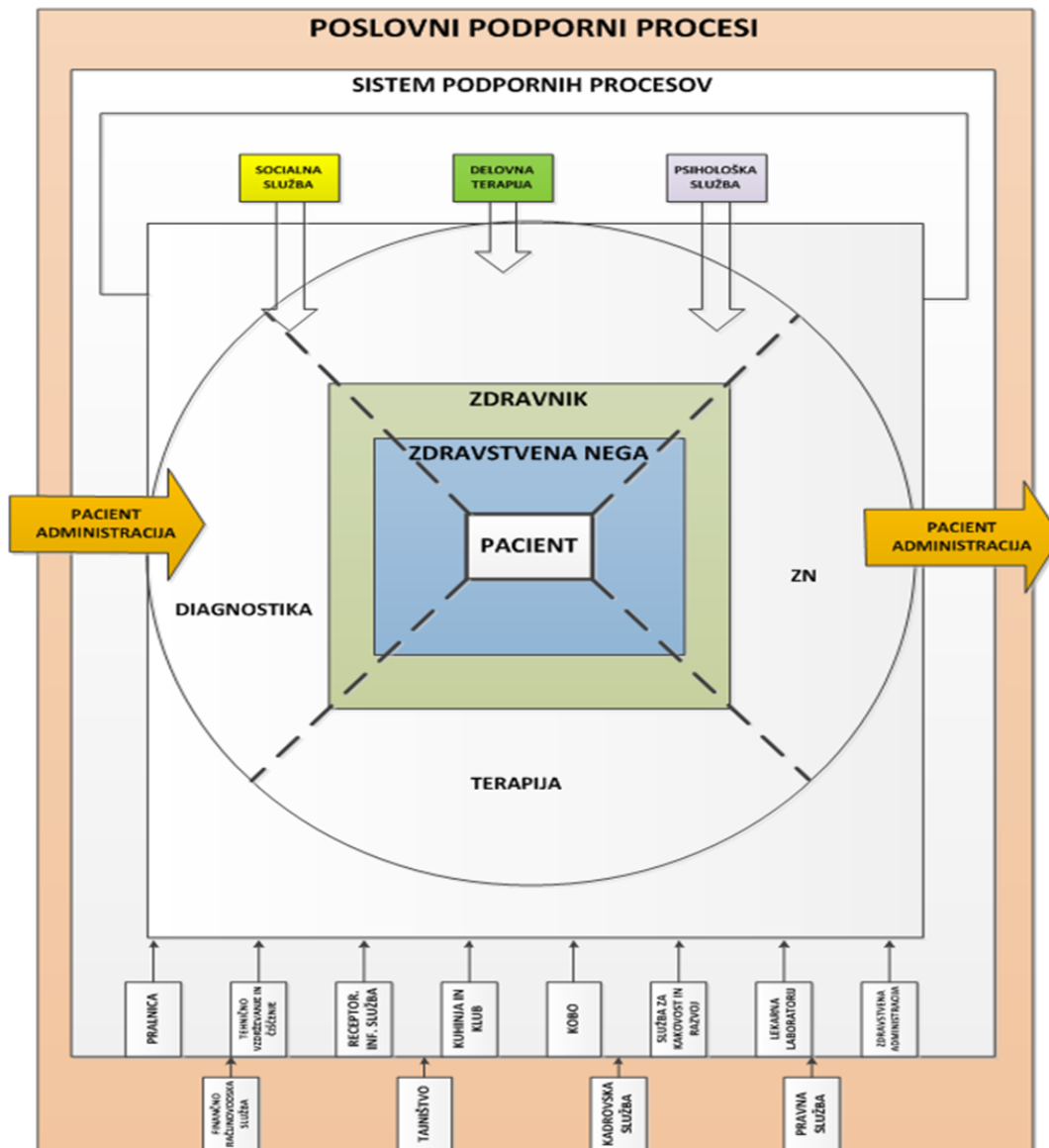
*Slika 2: Osnovna organizacijska struktura*



Prioritetne aktivnosti Službe za kakovost in razvoj naslednje:

- Sodelovanje in vzpostavitev politike kakovosti in ciljev kakovosti.
- Krovno skrbništvo nad dokumentacijo, stalnimi zbirkami oziroma arhivi. Služba sodeluje z vsemi nivoji v organizacijski shemi kot enota, ki s svojimi opažanji usmerja skrbnike procesov in na ta način doprinaša k ozaveščenosti zaposlenih in izboljševanju poslovnih procesov.
- Sodelovanje in vzpostavitev procesov in posamezne aktivnosti, ki so potrebne za doseganje ciljev kakovosti: definirani so bili temeljni procesi; strokovni podporni procesi; bivanjsko podporni procesi; diagnostični podporni procesi; poslovni podporni procesi. Temeljni proces smo poimenovali Proces celostne obravnave pacienta. V njem je razvidna vstopna in izstopna točka pacienta v bolnišnici, potek zdravstvene obravnave ter celotna podpora interdisciplinarnega tima strokovnjakov. Pretok informacij poteka usmerjeno, tako s strokovnimi procesi, kot tudi z bivanjsko in poslovno podpornimi procesi. Bistvo procesa je zagotoviti nepretrgano koordinacijo in integracijo vseh aktivnosti, terapije, zdravstvene nege in vseh ostalih podpornih aktivnosti, ki se izvajajo za pacienta tako, da je rezultat optimalen glede na razpoložljive vire.

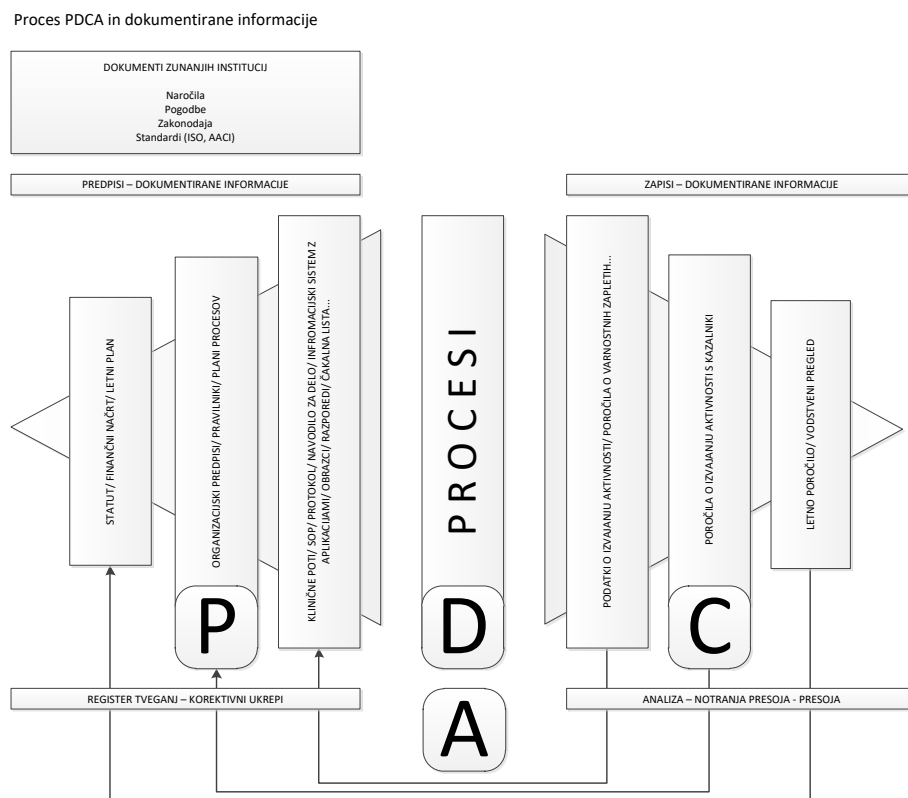
*Slika 3: Temeljni proces PBB*



- Sodelovanje pri kadrovske politiki izhajajoče iz tveganj z namenom svetovanja zagotovitve virov potrebnih za doseganje ciljev kakovosti.
- Vzpostavitev metod za merjenje učinkovitosti in uspešnosti posameznega procesa: Procesom v kliničnem okolju smo že določili merljive kazalnike, katere redno spremljamo in merimo. Služba za kakovost in razvoj je prejemnik večine poročil med drugim tudi poročil o varnostnih dogodkih, ki so v bolnišnici poimenovani varnostni zapleti. Služba spremlja kazalnike in pripravlja poročila za vodstvo in sodeluje pri poročanju bolnišnice navzven, kar velja tudi za nekatere varnostne dogodke npr. padce pacientov, o čemer se poroča Ministrstvu za zdravje.
- Merjenje za določanje učinkovitosti in uspešnosti vsakega procesa: postavljeni kazalniki ali merljive norme posameznih procesov se redno spremljajo. Na podlagi statistične obdelave podatkov in dobljenih rezultatov Služba za kakovost in razvoj sodeluje pri pripravi korektivnih in preventivnih ukrepov, ki sledijo postavljenim ciljem.

- Določanje načinov preprečevanja neskladnosti in odpravljanja njihovih vzrokov: Vsakemu zbiranju podatkov, statistični obdelavi sledi načrt korektivnih in preventivnih ukrepov. Izvajanje korektivnih in preventivnih ukrepov se redno spremlja in preverja.
- Vzpostavitev in uporaba procesa za nenehno izboljševanje sistema vodenja kakovosti: V bolnišnici smo vzpostavili proces Notranje presoje. V sklop nenehnega izboljševanja smo vključili tudi Varnostne vizite vodstva, pogovore o varnosti, MM konference, nadzori (notranji, zunanji), akreditacijske presoje.

Slika 4: PDCA v procesih bolnišnice z dokumentacijo



### 3.1 Odbor za kakovost in varnost ter komisija za kakovost in varnost

Za uvajanje sistema vodenja kakovosti in varnosti je v bolnišnici odgovoren direktor. Uvajanje dejavnosti za izboljšanje kakovosti in varnosti vodi **Odbor za kakovost in varnost** v sestavi: direktor, strokovni direktor, pomočniki direktorja, vodja Multidisciplinarne komisije za kakovost in varnost ter vodja službe za kakovost in razvoj. Odbor vodi direktor.

Naloge odbora so naslednje:

- planiranje in izvajanje srednjeročnih strateški ciljev s področja kakovosti in varnosti,
- potrjevanje plana strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti za tekoče leto (merila klinične uspešnosti na ravni bolnišnice, bolniških oddelkov in zaposlenih (področje temeljnih procesov osredotočenih na pacienta) in merila uspešnosti nezdravstvenih delavcev s področja kakovosti in varnosti (podporni bivanjski procesi, poslovni procesi),
- pospeševanje dejavnosti za kakovost in varnost,
- ustvarjanje in krepitev kulture kakovosti in varnosti,

- nadzor kakovosti in varnosti.

**Multidisciplinarna komisija za kakovost in varnost** v kateri sodelujejo: vodja KOBO (ZOBO), vodja Komisije za zdravila, vodja Komisije za prehrano, vodja Komisije za strokovno-etična vprašanja, vodja komisije za raziskovalno dejavnost, predstojnik (zdravnik), strokovni vodja (dipl. m. s.), pooblaščenec za varnost (tehnično področje: IT, infrastrukture, investicij) pooblaščenec za varnost (medicinsko področje) in vodja Službe za kakovost in razvoj (sistem vodenja kakovosti, tveganja, kazalniki).

Multidisciplinarna komisija za kakovost in varnost je zadolžena za izvajanje nacionalne strategija s področja kakovosti in varnosti ter druga strokovna telesa.

Služba za kakovost in razvoj, ki je samostojna organizacijska enota, ves čas sodeluje s komisijo in odborom. Pripravlja gradivo za področje kakovosti in varnosti.

### **3.2 Zagotavljanje strokovnega nadzora in spremljanje zunanjih nadzorov**

#### *3.2.1 Redni in izredni strokovni nadzori v bolnišnici*

Cilj rednih strokovnih nadzorov v bolnišnici je nenehno spremljanje in izboljševanje kakovosti opravljanja zdravstvenih storitev. Notranji redni in izredni strokovni nadzori se izvajajo v skladu s Pravilnikom o internem strokovnem nadzoru. Komisija za izvajanje strokovnega nadzora, ki jo s sklepom določi direktor, poroča v Službo za kakovost in razvoj, ki vodi register izvedenih strokovnih nadzorov.

O izvedenih nadzorih se poroča na Strokovnem svetu, kjer se seznanijo in predlagajo izboljšave (preventivne/korektivne ukrepe).

V bolnišnici nimamo organizirane lastne notranje revizijske službe, zato notranje revizije izvajamo z zunanjimi izvajalci notranjega revidiranja, v skladu z določili predpisov, ki urejajo področje notranjega nadzora javnih financ.

Poleg notranjih nadzorov se izvajajo tudi zunanji nadzori, ki so lahko napovedani ali nenapovedani, redni ali izredni. Zunanje nadzore izvajajo Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije, Zdravniška zbornica, Zbornica – Zveza, Nacionalna komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb pri Ministrstvu za zdravje, Varuh človekovih pravic, Zavod za zdravstveno zavarovanje, plačniki dopolnilnih zavarovanj (Triglav, Adriatic Slovenica, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica), NIJZ, ...

#### *3.2.2 Notranja presoja*

Notranja presoja je eno od orodij sistema kakovosti in se v bolnišnici uporablja vse od leta 2012. Cilj vodenja sistema kakovosti in notranjih presoj je izboljševanje delovnih procesov zaradi zagotavljanja varne in kakovostne obravnave pacientov oziroma varnega in kakovostnega delovnega okolja za zaposlene ter nenazadnje vseh prisotnih v zavodu.

Vodenje sistema kakovosti, katerega del je nadzorovanje, merjenje, analiziranje in vrednotenje (ISO 9001:2015 tč. 9.2) je skladno tudi z določbami Splošnega dogovora o izvajanju programa zdravstvenih storitev na državnem nivoju. Notranja presoja se izvaja skladno s procesom notranje presoje, izvajajo jo certificirani notranji presojevalci.

### **3.2.3 Akreditacijska presoja po mednarodnem standardu**

Akreditacija izvajalcev zdravstvenih storitev je dejavnost, ki je namenjena standardizaciji izvajalcev zdravstvene dejavnosti, katere cilj je zagotoviti varnost in kakovost zdravstvenih storitev ter nenehno izboljševanje. Cilj akreditacije je povečati kakovost in varnost zdravstvenih obravnav ter omogočiti večjo konkurenčnost javnih zdravstvenih zavodov v luči prostega pretoka bolnikov.

Bolnišnica v skladu s priporočili Ministrstva za zdravje RS ter Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu\_2022 – 2031, zagotavlja najvišjo raven kakovosti in oskrbe pacientov tudi po mednarodnih standardih.

Bolnišnica ima pridobljen certifikat po mednarodnem standardu ISO 9001:2015 in mednarodnem akreditacijskem standardu za bolnišnice AACI.

### **3.3 Varnostne vizite (timski sestanki)**

Cilj, namen in izvajanje varnostnih vizit je opredeljeno navodilu - N\_Navodilo za izvajanje varnostne vizite\_07-12-2016(2).

### **3.4 Pogovori o varnosti**

Cilj, namen in izvajanje varnostnih vizit je opredeljeno navodilu - N\_Navodilo za izvajanje pogovora o varnosti\_07-12-2016(2).

### **3.5 Morbiditetne in mortalitetne konference**

Cilj, namen in izvajanje varnostnih vizit je opredeljeno navodilu - N\_Navodila za izvajanje morbiditetne in mortalitetne konference\_07-12-2016(2)

### **3.6 Uvajanje kliničnih poti**

Cilj uvajanja kliničnih poti v bolnišnici je poenotenje zdravstvene obravnave pacientov z enako diagnozo. Bolnišnica obravnava paciente z enako boleznijo ali zdravstvenim stanjem enotno na podlagi sprejete klinične poti. Klinične poti so orodje s pomočjo katerega integriramo različne vidike obravnave pacienta. Obenem s kliničnimi potmi konkretiziramo klinične smernice v plan oskrbe posameznega pacienta. Z uporabo je tudi omogočena boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje klinično/strokovnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. Klinične poti so predvsem lokalno orodje, prilagojeno specifičnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove.

Pri pripravi posamezne klinične poti bolnišnica uporablja metodologijo, ki jo je pripravila delovna skupina Ministrstva za zdravje. Za pripravo klinične poti so v bolnišnici odgovorni zaposleni imenovani s sklepom direktorja. Klinično pot sprejme in potrdi Strokovno svet. Seznam kliničnih poti je objavljen na spletni strani bolnišnice.

### **3.7 Sistem upravljanja varovanja informacij (SUVI)**

Upravljanje varovanja informacij poteka skladno s sistemom upravljanja in varovanja informacij, ki je opredeljen v politikah SUVI in se navezuje na vse procese.

### **3.8 Planiranje preventivnih ukrepov za tekoče leto**

Celotno planiranje potreb, preventivnega vzdrževanja ter investicij po organizacijskih enotah je razvidno iz planiranja posameznih organizacijskih enot. Zapisi se hranijo v procesu nabave. Zapisi so podlaga za pripravo celotnega plana (Finančni načrt), ki ga potrdi Svet zavoda

### **3.9 Sledljiva in varna uporaba zdravil**

Bolnišnica zagotavlja sledljivo in varno uporabo zdravil v bolnišnici z obvladovanjem internih procesov priprave in razdeljevanja zdravila skladno z internimi Navodili za predpisovanje zdravil na temperaturni list (N\_Navodila za izpolnjevanje terapevtskega lista), rednim usposabljanjem zdravniškega in negovalnega kadra z načini varne uporabe zdravil, doslednim vodenjem evidence izdanih zdravil. Bolnišnica je za namen obvladovanja tveganj povezana z zdravili, predpisala Politiko upravljanja z zdravili. Zdravniki vse pogosteje posegajo po konzultaciji s kliničnim farmacevtom. Vodi se evidenca svetovanja kliničnega farmacevta. Klinični farmacevt izvaja redne nadzore s svetovanjem za zaposlene v zdravstveni negi glede hrambe zdravil v oddelčni lekarni, razvrstitve zdravil, naročanje in odpisa zdravil, ...

### **3.10 Merjenje, spremljanje in analiza kazalnikov kakovosti**

Bolnišnica vrednoti vse storitve in procese, tako temeljne kot tudi podporne z namenom izboljševanja uspešnosti ter večanje zadovoljstva. Vrednotenje vključuje spremljanje in merjenje na podlagi vrednosti kazalnikov kakovosti (obvezni, neobvezni), ki jih za vsako tekoče leto sprejme Strokovni svet in potrdi Svet zavoda. Vse ciljne vrednosti kazalnikov so dosegljive v Planu strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti. Pogoj za merjenje, spremljanje in analizo procesov ima bolnišnica vpeljane meritve (merljivi cilji kazalnikov), s katerimi je mogoče zaznati odstopanja in s pomočjo katerih odkrivamo odstopanja v procesih, pozitivne in negativne izide ter uspešnost ukrepov, sprejetih za izboljševanje učinkovitosti oziroma zmanjšanje tveganj.

Kazalniki poslovanja so vsako leto planirani v Finančnem načrtu bolnišnice za tekoče leto. Poroča se kvartalno, polletno in letno Svetu zavoda.

Spremljanje vključuje analizo podatkov procesov. Služba za kakovost in razvoj pripravlja mesečna, kvartalna, polletna in letna poročila (različna glede na kazalnik in prioriteto tveganj). Poročila so predstavljena na poslovnem in strokovnem kolegiju ter Strokovnem svetu, ki končno poročilo potrdi, sprejme pa ga Svet zavoda.

#### ***3.10.1. Merjenje zadovoljstva pacientov***

Bolnišnica izvaja merjenje zadovoljstva uporabnikov enkrat letno. Namen izvajanja merjenja zadovoljstva je zbiranje informacij o ocenah pacientov ter na podlagi analize pripraviti in izvajati ukrepe na področju slabše ocenjenih sklopov. Pripravljen je anketni vprašalnik, ki je razdeljen na 3 dele. Prvi del zajema



osnovne podatke anketirancev: starost, izobrazbo, zaporedno zdravljenje in trajanje hospitalizacije. Drugi del zajema trditve, ki so razdeljene na 7 sklopov: Medicinsko področje, Zdravstvena nega, Psihološka služba, Socialna služba, Delovna terapija, Čistilni servis, Podporne službe. Tretji del zajema vprašanja z možnostjo dodatnega opisa. Vprašalniki so razdeljeni pacientom na devetih oddelkih:

- ženski oddelki: D, E1, E2,
- moški oddelki: C1,C, B,
- psihoterapevtski oddelki: A, B1, DB.

### *3.10.2. Merjenje zadovoljstvo zaposlenih*

Bolnišnica izvaja merjenje zadovoljstva zaposlenih enkrat letno. Namen izvajanja merjenja zadovoljstva je zbiranje informacij o ocenah zaposlenih ter na podlagi analize pripraviti in izvajati ukrepe na področju slabše ocenjenih sklopov. Zadovoljstvo zaposlenih spremljamo s standardiziranim slovenskim vprašalnikom, ki zajema naslednje kategorije:

- Odnos do kakovosti
- Pripadnost organizaciji
- Strokovna usposobljenost in učenje
- Inovativnost in iniciativnost
- Motivacija in zavzetost
- Poznavanje poslanstva in vizije ter ciljev
- Vodenje
- Organiziranost
- Razvoj kariere
- Notranji odnosi
- Notranje komuniciranje in informiranje
- Nagrajevanje
- Dodatna vprašanja o sistemih
- Primerjalna vprašanja