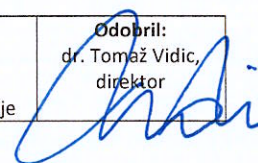


Begunje na Gorenjskem, 1. 4. 2025

POLITIKA KAKOVOSTI IN VARNOSTI V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI BEGUNJE

Velja od: 01. 04. 2025 Verzija: 5	Pripravila: Vodja službe za kakovost in razvoj	Skrbnica dokumenta: Vodja službe za kakovost in razvoj	Pregledali: Strokovna direktorica, Pomočnik direktorja za ZN Pomočnica direktorja za poslovno področje	Odobril: dr. Tomaž Vidic, direktor
--	---	---	--	---



Kazalo

Kazalo	2
1. KONTEKST ORGANIZACIJE	3
1.1 Osnovni podatki	3
1.2 Umeščenost delovanja bolnišnice	3
1.3 Poslanstvo bolnišnice	4
1.4 Vizija bolnišnice	5
1.5. Vrednote bolnišnice	5
2. POLITIKA STROKOVNE UČINKOVITOSTI, KAKOVOSTI IN VARNOSTI	6
2.1. Načela politike kakovosti	6
2.2 Planiranje politike kakovosti	7
2.3. Upravljanje tveganj	8
2.3.1 Ocenjevanje tveganj po metodi FMEA	9
2.3.1.1 Faze izvajanja analize	9
2.3.1.2 Formular FMEA	9
2.3.1.3 Izvajanje ocenjevanja	10
2.3.1.4 Izboljševanje stanja	11
3. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI	12
3.1 Odbor za kakovost in varnost ter komisija za kakovost in varnost	14
3.2 Zagotavljanje strokovnega nadzora in spremljanje zunanjih nadzorov	15
3.2.1 Redni in izredni strokovni nadzori v bolnišnici	15
3.2.2 Notranja presoja	15
3.2.3 Akreditacijska presoja po mednarodnem standardu	15
3.3 Varnostne vizite (timske sestanki)	16
3.4 Pogovori o varnosti	16
3.5 Morbiditetne in mortalitetne konference	16
3.6 Uvajanje kliničnih poti	16
3.7 Sistem upravljanja varovanja informacij (SUVI)	16
3.8 Planiranje preventivnih ukrepov za tekoče leto	16
3.9 Sledljiva in varna uporaba zdravil	17
3.10 Merjenje, spremljanje in analiza kazalnikov kakovosti	17
3.10.1. Merjenje zadovoljstva pacientov	17
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:	www.pb-begunje.si

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, pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe in pomočnik direktorja za poslovno področje. Širše vodstvo bolnišnice sestavljajo še vodje organizacijskih enot.

Psihiatrična bolnišnica Begunje ima skupno 125 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.

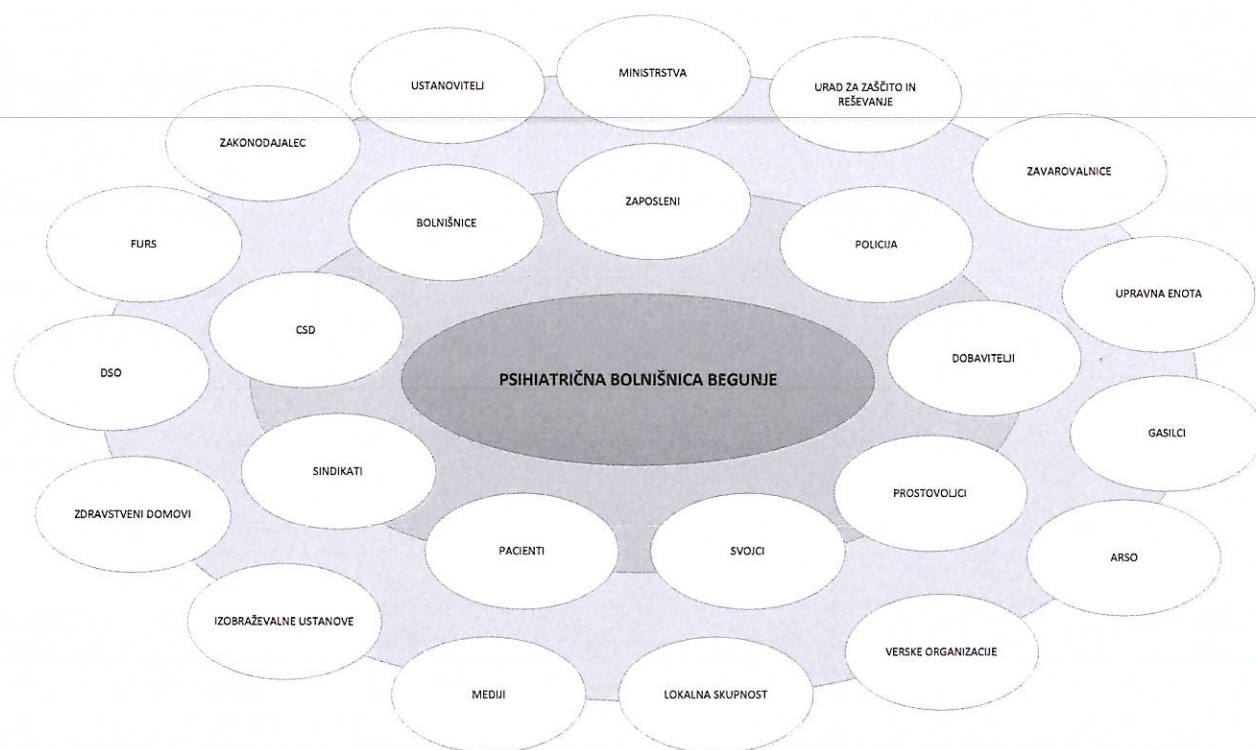
PBB je samostojna bolnišnica, ki s procesnim pristopom prevzema odgovornost za svoje odločitve. Zaveda se notranjih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na njeno delovanje.

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. Dejavnost bolnišnice za doseg ciljev povezanih s kakovostjo in varnostjo 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 krepitve 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 z različnimi duševnimi motnjami.

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. Vzpodbijanje odnosov, ki dajejo poudarek usklajenemu in načrtovanemu timskega in projektne 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 Planu strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti za tekoče leto in v Strategiji razvoja 2022 – 2031 (SRPBB_22-31) za daljše časovno obdobje. Merljive cilje kakovosti postavljamo 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 mesečnih, kvartalnih in letnih poročilih in sicer po področjih oziroma zbirno na ravni zavoda (Letno poročilo, Poročilo 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:

- **zagotavljanje varne obravnave pacientov,**
- **zagotavljanje varnih delovnih mest zaposlenih,**
- **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 zunanjimi nadzori, notranjimi in zunanjimi 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:

- tveganje, da bi bolnišnica izgubila samostojnost,
- tveganje nadaljnega nižanja cen hospitalnih primerov,
- nedoseganje programa sklenjenega s pogodbo ZZSZ,
- 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 ZZSZ; 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 dogodki, skorajšnji dogodki, so vključeni v sistem poročanja in obvladovanja tveganj. Vsi varnostni dogodki se evidentirajo na poročilu o varnostnih dogodkih, ki so obravnavani v zdravstvenih timih, na sestankih organizacijskih enot, poslovnem in/ ali strokovnem kolegiju direktorja. Polletna in letna poročila so obravnavana na strokovnem svetu in Svetu zavoda. Varnostni dogodki so sestavni del vodstvenega pregleda.

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

2.3.1 Ocenjevanje tveganj po metodi FMEA

V bolnišnici smo vzpostavili opredeljevanje in ocenjevanje tveganj po metodologiji FMEA (Failure Mode and Effects Analysis). 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. Omogoča zgodnje odkrivanje napak in s tem posledično zmanjševanje stroškov.

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 pomembnosti napake (zmnožek vseh treh ocen),
10. Določitev prioritet ukrepov na osnovi izračuna pomembnosti (filtriranje ocen),
11. Izvedba ukrepov za izboljšanje obstoječega stanja,
12. Ponovni izračun pomembnosti napake po izvedenih izboljšavah.

2.3.1.2 Formular FMEA

Formular v Excel obliki za izvedbo FMEA pripravi Služba za kakovost in razvoj. Tveganja ocenjujejo in obvladujejo skrbniki procesov in so hkrati odgovorne osebe. Skrbniki vsaj 1x letno revidirajo tveganja in poročajo Službi za kakovost in razvoj. Na podlagi posredovanega Služba za kakovost in razvoj ažurira Register tveganj in pripravi letno poročilo. Register tveganj se vodi v elektronski obliki.

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, ocena pogostosti, verjetnost odkritja),
- predvideni ukrepi z določenimi roki in odgovornimi osebami,
- ponovna ocena po izvedenih ukrepih ter vrednotenje uspešnosti.

2.3.1.3 Izvajanje ocenjevanja

Tveganja ocenjujemo glede na težo, pogostost in možnost odkritja po lestvici od 1 do 10.

Ocena teže (S - Severity):

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. Nekaterne 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 (O - Occurrence):

1. Skoraj nemogoče
2. Zelo majhna pogostost
3. Majhna pogostost
4. Relativno majhna pogostost
5. Srednje majhna pogostost
6. Srednje visoka pogostost
7. Precej pogosto
8. Ponavljanje odpovedi
9. Zelo visoka pogostost
10. Napaka neizogibna

Ocena možnosti odkritja (D - Detection):

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

Faktor tveganja (Risk Priority Number (RPN)) je produkt treh ocen. Formula za izračun je:

Ocena teže (S) x Ocena pogostosti (O) x Ocena možnosti odkritja (D). Najnižja možna vrednost je 1 (1x1x1), najvišja pa 1000 (10x10x10). Vodstvo bolnišnice je določilo mejne vrednosti tveganja. Tveganja, ocenjena nad 200, so potrebna obravnave in opredelitve ukrepov, zlasti so kritična tveganja z vrednostjo nad 500.

Z predlaganimi ukrepi in njihovo izvedbo lahko tveganja omililo in zmanjšamo možnost nastanka odstopanj.

2.3.1.4 Izboljševanje stanja

Pri določanju ukrepov za izboljševanje stanja izhajamo iz kriterijev za ocenjevanje vrednosti tveganja.

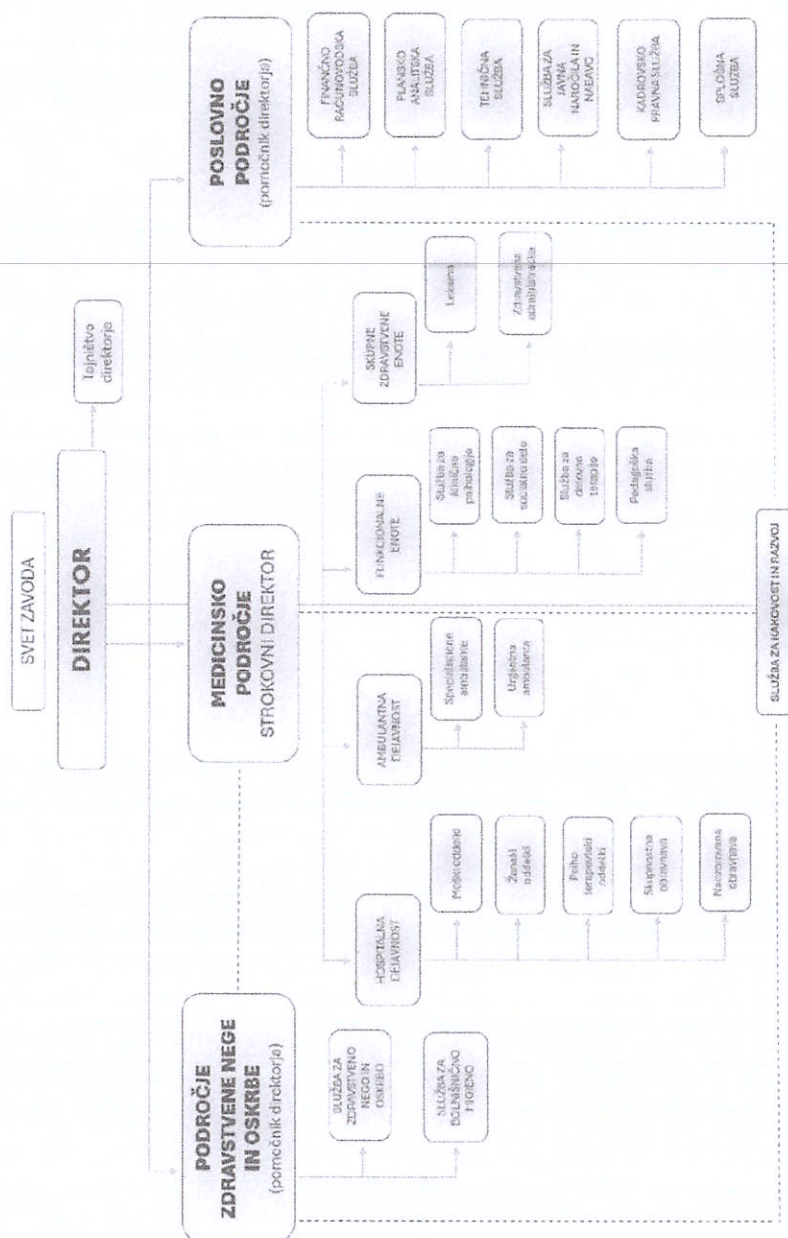
Z ukrepi se lahko:

- Zmanjša teža napake,
- 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),
- 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 (hospitalni oddelki, specialistične ambulante, Služba za socialno delo, Lekarna, Služba za delovno terapijo, Služba za klinično psihologijo, Zdravstvena administracija), področju zdravstvene nege (Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Služba za bolnišnično higieno) in poslovnem področju (Plansko analitska služba, Finančno računovodska služba, Tehnična služba, Služba za JN in nabavo, Receptorsko informativna služba, pralnica).

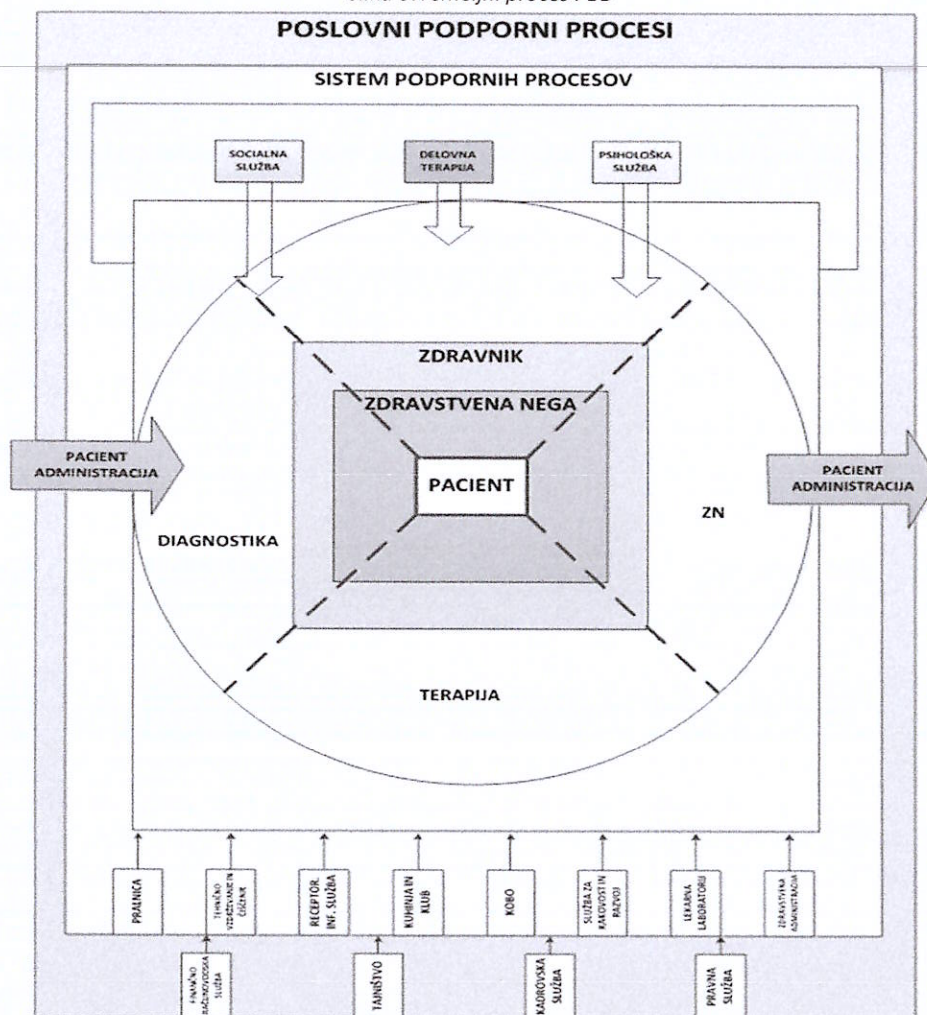
Slika 2: Osnovna organizacijska struktura



Prioritetne aktivnosti Službe za kakovost in razvoj naslednje:

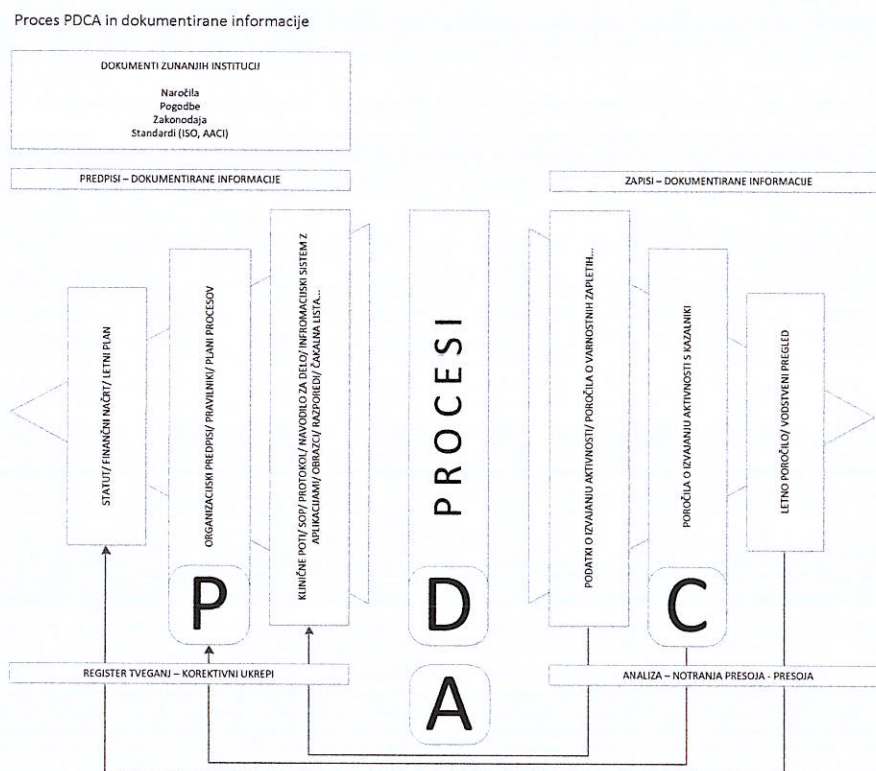
- Sodelovanje in vzpostavitev politike kakovosti in ciljev kakovosti.
- Krovno skrbništvo nad dokumentacijo, stalnimi zbirkami oziroma arhivi. Služba sodeluje z vsemi nivoji v organizacijski shemi kot enota, ki s svojimi opažanji usmerja skrbnike procesov in na ta način doprinaša k ozaveščenosti zaposlenih 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 Komisija za kakovost in varnost

Za uvažanje sistema vodenja kakovosti in varnosti je v bolnišnici odgovoren direktor.

Komisija za kakovost in varnost je zadolžena za izvajanje nacionalne strategije s področja kakovosti in varnosti ter druga strokovna telesa.

Služba za kakovost in razvoj, ki je samostojna organizacijska enota, ves čas sodeluje s komisijo. 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 seznani 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 v navodilu - N_Navodilo za izvajanje varnostne vizite_16-05-2024(3).

3.4 Pogovori o varnosti

Cilj, namen in izvajanje varnostnih vizit je opredeljeno v navodilu - N_Navodilo za izvajanje pogovora o varnosti_16-05-2024(3).

3.5 Morbiditetne in mortalitetne konference

Cilj, namen in izvajanje varnostnih vizit je opredeljeno navodilu - N_Navodila za izvajanje morbiditetne in mortalitetne konference_16-05-2024(3).

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_Protokol izpolnjevanja Terapevtskega lista_16-05-2024(2)), 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 pogostejše 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 razpoložljive v Planu strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti. Bolnišnica ima vpeljene meritve (merljivi cilji kazalnikov), s katerimi je mogoče zaznati odstopanja, 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, Služba za bolnišnično higieno, 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
-