

POSLOVNIK KAKOVOSTI

PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE BEGUNJE



Velja od 1.04.2025 Verzija: 9	Pripravil/skrbnik dokumenta: Služba 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. PREDSTAVITEV PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE BEGUNJE	5
1.1 ORGANI ZAVODA	6
1.2 ORGANIZACIJA ZAVODA	7
2. SPLOŠNI DEL POSLOVNIKA KAKOVOSTI.....	8
2.1 PREDMET SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI.....	8
3. POJMI.....	8
3.1 Razlaga okrajšav	8
3.2 Razlaga pojmov.....	9
4. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI	10
4.1 SPLOŠNE ZAHTEVE.....	10
4.2 ZAHTEVE GLEDE DOKUMENTACIJE.....	13
4.2.1 Splošno	13
4.2.2 Poslovnik kakovosti	15
4.2.3 Obvladovanje dokumentov	15
4.2.4 Obvladovanje zapisov	16
5. ODGOVORNOST VODSTVA	16
5.1 ZAVEZANOST VODSTVA.....	16
5.2 OSREDOTOČENOST NA ODJEMALCE	17
5.3 POLITIKA KAKOVOSTI.....	17
5.3.1 Osnovne usmeritve na področju kakovosti	19
5.4 PLANIRANJE	19
5.4.1 Cilji kakovosti	19
5.4.2 Planiranje sistema kakovosti	21
5.5 ODGOVORNOST, POOBLASTILA IN KOMUNICIRANJE	21
5.5.1 Odgovornosti in pooblastila	21
5.5.2 Predstavnik vodstva za kakovost.....	23
5.5.3 Notranje komuniciranje.....	23
5.6 VODSTVENI PREGLED	23
5.6.1 Splošno	23

5.6.2	Vhodni podatki za vodstveni pregled	23
5.6.3	Rezultat pregleda.....	24
6.	VODENJE VIROV.....	24
6.1	PRISKRBA VIROV	24
6.2	ČLOVEŠKI VIRI	24
6.2.1	Splošno	24
6.2.2	Kompetentnost, usposabljanje in zavedanje.....	24
6.3	INFRASTRUKTURA.....	25
6.4	DELOVNO OKOLJE.....	26
7.	IZVEDBA STORITEV	27
7.1	PLANIRANJE IZVEDBE STORITEV	27
7.2	PROCESI POVEZANI Z ODJEMALCI	27
7.2.1	Določitev zahtev v zvezi s storitvijo	27
7.2.2	Pregled zahtev v zvezi s storitvijo	28
7.2.3	Komuniciranje z odjemalci	28
7.3	SNOVANJE IN RAZVOJ.....	28
7.4	NABAVA	29
7.4.1	Proces nabave.....	29
7.4.2	Informacije za nabavo	29
7.4.3	Overjanje nabavljenih proizvodov.....	29
7.5	IZVEDBA STORITEV v PBB	29
7.5.1	Obvladovanje izvedbe storitev	29
7.5.2	Validacija procesov za izvedbo storitev.....	29
7.5.3	Identifikacija in sledljivost	29
7.5.4	Lastnina odjemalcev	30
7.5.5	Ohranitev proizvoda, varnost pacientov in informiranje o izvedbi storitev.....	30
7.6	OBVLADOVANJE NADZORNIH IN MERILNIH NAPRAV	31
8.	MERJENJE, ANALIZE IN IZBOLJŠEVANJE.....	31
8.1	SPLOŠNO.....	31
8.2	NADZOROVANJE IN MERJENJE	31
8.2.1	Zadovoljstvo odjemalcev	31
8.2.2	Notranja presoja.....	32

8.2.3	Nadzorovanje in merjenje procesov.....	32
8.2.4	Nadzorovanje in merjenje storitev	33
8.3	OBVLADOVANJE NESKLADNIH PROIZVODOV (STORITEV).....	33
8.4	ANALIZA PODATKOV	34
8.5	IZBOLJŠEVANJE	34
8.5.1	Nenehno izboljševanje	34
8.5.2	Korektivni ukrepi	34
8.5.3	Preventivni ukrepi	35

KAZALO SLIK

Slika 1: Identifikacija procesov PBB	11
Slika 2: Struktura dokumentov	14
Slika 3: Elementi trajnostnega razvoja	17
Slika 4: Temeljne vrednote	18
Slika 5: Metodologija PDCA	19

1. PREDSTAVITEV PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE BEGUNJE

- Ime: PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE
- Sedež: Begunje na Gorenjskem 55, 4275 Begunje na Gorenjskem
- Matična številka: 5054818
- Davčna številka: 94700699
- Šifra uporabnika: 27871
- Številka transakcijskega računa: SI56 01100-6030278767
- Telefon: 04 533 52 00
- Spletna stran: www.pb-begunje.si
- Ustanovitelj: Vlada Republike Slovenije
- Datum ustanovitve: 12. januar 1993

VODSTVO ZAVODA

- Direktor: dr. Tomaž Vidic
- Strokovna direktorica: Lea Žmuc Veranič, dr. med., spec. psih.
- Pomočnik direktorja za zdravstveno nego: Denis Džamastagić, dzt, mag
- Pomočnik direktorja za poslovno področje: Azra Halilović, u.d.e, mag

Bolnišnica posluje v Gradu Katzenstein, ki je bil zgrajen v daljni preteklosti in za povsem druge namene. Kljub temu, je dosedanjim generacijam zaposlenih uspelo z leti vzpostaviti v njej vsebino in funkcijo odprte, sodobno koncipirane, polivalentne psihiatrične bolnišnice na način, ki ni razžiral njegove kulturne substance, temveč jo obnavljal, negoval in ohranil. Leta 1999 je bil Grad Katzenstein in celotno njegovo območje zaradi kulturnih, krajinskih, umetnostno arhitekturnih, zgodovinskih in drugih izjemnih lastnosti razglašen za kulturni spomenik državnega pomena.

Psihiatrična bolnišnica Begunje, ustanovljena leta 1953, je bila z Odlokom, ki ga je sprejela Vlada RS, 12. 1. 1993, preoblikovana v javni zdravstveni zavod in opravlja, kot specialna bolnišnica, zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni na območju RS, predvsem za območje gorenjskih občin tako, da diagnosticira in zdravi celoten spekter duševnih bolezni in motenj odraslega prebivalstva.

20. 2. 2007 je Vlada RS sprejela Odlok (številka 01403-10/2007/4) o spremembah in dopolnitvah Odloka o preoblikovanju Psihiatrične bolnišnice Begunje v javni zdravstveni zavod, s katerim je na novo opredelila dejavnost bolnišnice v skladu z Uredbo o uvedbi in uporabi standardne klasifikacije dejavnosti ter na novo opredelila sestavo sveta zavoda in delno spremenila pogoje za zasedbo delovnega mesta direktorja zavoda. Na podlagi te spremembe odloka je svet zavoda na svojih sejah, 5. 4. 2007 in 12. 7. 2007 sprejel Statut zavoda, s katerim je uskladił določbe Statuta s citiranim Odlokom ter z veljavno zakonodajo. Vlada RS je 9. 1. 2008 podala soglasje na Statut zavoda.

Rast in razvoj bolnišnice so omogočale investicije, ki so zajele že vse bolniške oddelke, lekarno, učno bazo, kotlovnico, ambulate, kuhinjo, pralnico in poslovne prostore. Vir za investicije je predstavljal sklad za investicije pri Ministrstvu za zdravje, okoli 40 % celotnih sredstev je prispevala bolnišnica iz lastnih virov. Investicije bistveno zvišujejo nastanitvene standarde pacientov, delovne pogoje za osebje in samo funkcionalnost bolnišnice. Vsi posegi so potekali v sodelovanju z Zavodom za varovanje kulturne dediščine.

Bolnišnica uresničuje svoje temeljno poslanstvo z izvajanjem bolnišnične, dnevno bolnišnične, ambulantne in neakutne bolnišnične psihiatrične oskrbe. Deluje na osnovi koncepta nenehnega

izboljševanja kakovosti na način, da je obravnava posameznega bolnika v največji možni meri pravočasna, primerna, celostna, kakovostna, varna, etična in zakonita. S postopnimi in premišljenimi koraki želi napredovati v vlogi ugledne, strokovno priznane in s strani bolnikov zaupanja vredne ter poslovno uspešne psihiatrične regijske bolnišnice, ki je glede kakovosti svojih storitev in ostalih potencialov primerljiva s podobnimi ustanovami v državi oziroma jih v nekaterih vidikih svojega delovanja v tem tudi presega.

Bolnišnica s 7.131 m² površine, od katerih jih je 4.534 m² namenjenih zdravstveni dejavnosti na 9 oddelkih s skupno 127 posteljami. Poleg posteljnih zmogljivosti ima bolnišnica na voljo tudi druge terapevtsko uporabne prostore, ki omogočajo zdravljenje v dnevni bolnišnici.

Psihiatrična bolnišnica Begunje je specialna bolnišnica, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni, predvsem za območje Gorenjske tako, da diagnosticira in zdravi celoten spekter duševnih bolezni in motenj odraslega prebivalstva. Bolnišnica je locirana sredi Gorenjske na podeželju, zato je ena njenih prednosti lepo naravno okolje, ki nudi bolnikom in svojcem veliko možnosti za sprostitev in razvedrilo. 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 sorazmerno dobre možnosti za interdisciplinarno obravnavo bolnikov v primeru, ko se njihovi duševni motnji pridružijo telesne in obratno.

Dejavnost Psihiatrične bolnišnice Begunje se v skladu Uredbo o standardni klasifikaciji dejavnosti (Uradni list RS, št. 69/07, 17/08 in 27/24) razvršča v:

- R86.100 - Bolnišnična zdravstvena dejavnost
- R86.220 - Specializirana zdravstvena dejavnost
- R86.900- Druge dejavnosti za zdravje
- N72.100 - Raziskovalna in razvojna dejavnost na področju naravoslovja in tehnologije
- Q85.690 - Pomožne dejavnosti za izobraževanje, d. n.
- O82.300 - Organiziranje razstav, sejmov, srečanj
- T96.100 - Dejavnost pralnic in kemičnih čistilnic
- I56.220 - Pogodbena priprava in dostava hrane ter druga oskrba s hrano.«

1.1 ORGANI ZAVODA

Organi bolnišnice so: Svet zavoda, Strokovni svet in Direktor

Člani sveta zavoda:

- Tomaž Krišelj - predsednik, predstavnik ustanovitelja
- dr. Branko Bregar - predstavnik ustanovitelja
- mag. Damjana Žun - predstavnica ustanovitelja
- Vesna Simič - predstavnica ustanovitelja
- Marjana Perkovič - predstavnica zavarovancev
- Sašo Gašperin - predstavnik uporabnikov skupnosti
- Dino Alukić - predstavnik zaposlenih

Vodstvo:

- dr. Tomaž Vidic – direktor
- dr. Lea Žmuc Veranič - strokovna direktorica
- Denis Džamastagić – pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe
- Azra Halilović – pomočnica direktorja za poslovno področje

Člani strokovnega sveta:

- dr. Lea Žmuc Veranič – strokovna direktorica
- Vlade Milanović, Tamara Stanković, Tina Šubic Metlikovič – predstojniki oddelkov
- Lilijana Horvat Jezeršek, Špela Žagar Gabron - imenovana zdravnika
- Denis Džamastagić, pomočnik direktorja za zdravstveno nego in oskrbo
- Lea Štern, vodja službe za klinično psihologijo
- Mateja Babič, vodja lekarne
- Miha Klinar, vodja socialne službe
- Vedrana Blažević, vodja službe za delovno terapijo

1.2 ORGANIZACIJA ZAVODA

Delovni proces je v bolnišnici organiziran na medicinskem področju, področju zdravstvene nege in poslovnem področju.

V medicinskem področju se izvaja zdravstvena dejavnost bolnišnice v oddelkih. V okviru posameznih oddelkov so kot notranje organizacijske enote organizirani timi, ki jih vodijo zdravniki specialisti psihiatrije. Oddelki v zdravstvenem sektorju Psihiatrične bolnišnice Begunje so:

I. MOŠKI ODDELKI:

- C1 oddelek za urgentno psihiatrično zdravljenje in intenzivno zdravstveno nego
- C oddelek za psihogeriatrijo in podaljšano psihiatrično zdravljenje in rehabilitacijo
- B oddelek za splošno in specialno psihiatrično zdravljenje in rehabilitacijo
- Oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

II. ŽENSKI ODDELKI:

- D oddelek za urgentno psihiatrično zdravljenje in intenzivno zdravstveno nego
- E1 oddelek za splošno in specialno psihiatrično zdravljenje ter rehabilitacijo
- E2 oddelek za psihogeriatrijo in podaljšano psihiatrično zdravljenje in rehabilitacijo
- Oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

III. PSIHOTERAPEVTSKI ODDELKI:

- B1 oddelek
- A oddelek za zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola
- Oddelek dnevne bolnišnice

IV. SPECIALISTIČNE AMBULANTE:

- Specialistične ambulate I – VI
- Urgentna psihiatrična ambulanta
- Ambulanta za klinično psihologijo

V. SKUPNOSTNA IN NADZOROVANA OBRAVNAVA

VI. ZDRAVSTVENA ADMINISTRACIJA

VII. LEKARNA

VIII. SLUŽBA ZA KLINIČNO PSIHLOGIJO

IX. SLUŽBA ZA SOCIALNO DELO

X. SLUŽBA ZA DELOVNO TERAPIJO

XI. PEDAGOŠKA SLUŽBA

V področju zdravstvene nege in oskrbe delujeta dve službi:

- **SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO**
- **SLUŽBA BOLNIŠNIČNO HIGIENO**

POSLOVNO PODROČJE, kot podpora zdravstveni dejavnosti sestavljajo:

- PLANSKO ANALITSKA SLUŽBA
- FINANČNO RAČUNOVODSKA SLUŽBA
- KADROVSKO PRAVNA SLUŽBA
- TEHNIČNA SLUŽBA (Investicije in vzdrževanje, receptorsko informativna služba, pralnica)
- SLUŽBA ZA JN IN NABAVO

Enote, ki predstavljajo podporo zdravstveni in poslovni dejavnosti in jih vodi direktor so še:

- Služba za kakovost in razvoj,
- Tajništvo direktorja.

Pravno podporo bolnišnici nudi zunanji izvajalec.

Oskrba s prehrano je predmet pogodbenega upravljanja zunanjega izvajalca prehranskih storitev.

O notranji organiziranosti bolnišnice in njenih spremembah odloča direktor. Spremembo organiziranosti potrdi Svet zavoda.

2. SPLOŠNI DEL POSLOVNIKA KAKOVOSTI

2.1 PREDMET SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI

V Psihiatrični bolnišnici Begunje upoštevamo mednarodno uveljavljene standarde kakovosti kot sta ISO 9001:2015 in AACI 6.0 Z uporabo standardov:

- dokazujemo svojo sposobnost doslednega izvajanja storitev ter obvladovanja tveganj, ki izpolnjujejo zahteve stroke, bolnikov, naročnikov storitev ter zahteve po urejenosti dokumentacije.
- stalno izboljšujemo zadovoljstvo bolnikov, naročnikov storitev in zaposlenih.

3. POJMI

3.1 Razlaga okrajšav

PBB	Psihiatrična bolnišnica Begunje
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
MZ	Ministrstvo za zdravje
RS	Republika Slovenije
PR	pravilnik
PK	poslovnik kakovosti

NBO	neakutna bolnišnična obravnava
ZN	zdravstvena nega
KOBO	komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb
ZOBO	zdravnik za obvladovanje bolnišničnih okužb
SOBO	medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb
FRS	finančno računovodska služba
FN	finančni načrt
LP	letno poročilo
SKR	Služba za kakovost in razvoj
SVK	sistem vodenja kakovosti
ISO	Mednarodna organizacija za standardizacijo
ISO 9001:2015	Mednarodni standard z zahtevami za sistem vodenja kakovosti, ki ga je izdala Mednarodna organizacija za standardizacijo leta 2015
AACI ver. 6.0	Standard za bolnišnice, Mednarodne akreditacijske zahteve

3.2 Razlaga pojmov

Svet zavoda je organ upravljanja, ki ima 7 članov: 4 predstavniki ustanovitelja, 1 predstavnik zavarovancev, 1 predstavnik uporabnikov skupnosti in 1 predstavnik zaposlenih.

Direktor je poslovodni organ bolnišnice.

Ožje vodstvo bolnišnice sestavljajo: direktor, strokovni direktor, pomočnik direktorja za zdravstveno nego in oskrbo in pomočnik direktorja za poslovno področje. Širše vodstvo bolnišnice sestavljajo še: vodje medicinskega področja, vodje organizacijskih enot.

Strokovni svet je kolegijski strokovni organ zavoda za njegovo dejavnost, ki obravnava vprašanja s področja medicinskega strokovnega dela ter predlaga ustrezne rešitve in priporočila s tega področja.

Komisija za kakovost in varnost pacientov

Dne 1. 6. 2025 je bila s sklepom imenovana Komisija za kakovost in varnost

Skrbnik sistema vodenja kakovosti – vodja kakovosti

Dne 1. 6. 2025 je bil s sklepom imenovan skrbnik sistema vodenja kakovosti. Zagotavlja strokovno in administrativno pomoč vsem skrbnikom procesov, nudi pomoč pri urejanju dokumentacije, izvaja koordinacijo aktivnosti, ki so povezane z razvojem, izvajanjem in vzdrževanjem sistema vodenja kakovosti. Zadolžen je za povezovanje z zunanjimi institucijami na področju vodenja kakovosti in spremljanje razvoja področja kakovosti v zdravstvu.

Odjemalci:

Pacienti, naročniki storitev – napotni zdravniki, plačniki storite (ZZZS, samoplačniki, ...)

Kakovost:

Je doseganje in izpolnjenost naslednjih značilnosti delovanja PBB:

- izidi zdravljenja so primerljivi z mednarodno uveljavljenimi
- obravnavanje bolnikov je skladno z Zakonom o pacientovih pravicah, Zakonom o duševnem zdravju in s strokovnimi smernicami,

- zaposlenim zagotavljamo ustvarjalno, sodobno delovno okolje, ki predstavlja varnost in intelektualni izziv,
- naročniku storitev z vidika kakovosti zagotavljamo najvišjo kvaliteto storitev in varnosti, ki jo razumemo kot profesionalni odnos, urejeno varno okolje, izvajanje storitev po strokovnih smernicah, etični odnos (opredeljen z vidika pacienta in svojca)
- plačnikom storitev z vidika kakovosti zagotavljamo kvalitetne storitve po vnaprej določeni ceni pod pogoji, ki so opredeljeni v pogodbi
- družbenemu okolju z vidika kakovosti zagotavljamo, da so storitve dostopne 24 ur na dan, so pregledne in merljive

Vodenje kakovosti:

So vse aktivnosti upravljanja in vodenja - načrtovanja, izvajanja, preverjanja in ukrepanja na osnovi dejstev. Z naštetimi aktivnostmi uresničujemo svoje poslanstvo, izboljšujemo način delovanja in tako zagotavljamo kakovost PBB.

Sistem vodenja kakovosti:

Je organizacijska struktura, postopki, procesi in viri, ki so potrebni za izvajanje vodenja kakovosti v PBB.

Politika kakovosti:

Je usmeritev in trajnostni pristop, ki izhaja iz zastavljenih strateških ciljev upoštevajoč vizijo, poslanstvo in temeljne vrednote javnega zavoda.

Merljivi cilji kakovosti:

So želene značilnosti storitev in proizvodov (nabavljeni materiali, hrana....) ter izidi storitev, ki jih izražamo z merljivimi kazalniki.

Proces:

Je skupek med seboj povezanih ali vzajemno vplivajočih aktivnosti, ki pretvarjajo vhode in izhode. Ločimo temeljne in podporne procese. Temeljni procesi so med seboj povezane aktivnosti, ki so osredotočene na bolnika. Z njimi zagotavljamo strokovno, pravočasno, varno ter etično obravnavo in oskrbo bolnika, na optimalno učinkovit in uspešen način. Druge aktivnosti so med seboj povezane v t.i. podporne procese. S podpornimi procesi zagotavljamo pogoje in vire za delovanje temeljnih procesov.

Skrbnik procesa:

Je pooblaščen oseba, ki je odgovorna za opredelitev posameznega procesa, njegovo uvajanje v prakso, nadzor ter stalno izboljševanje.

4. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI

4.1 SPLOŠNE ZAHTEVE

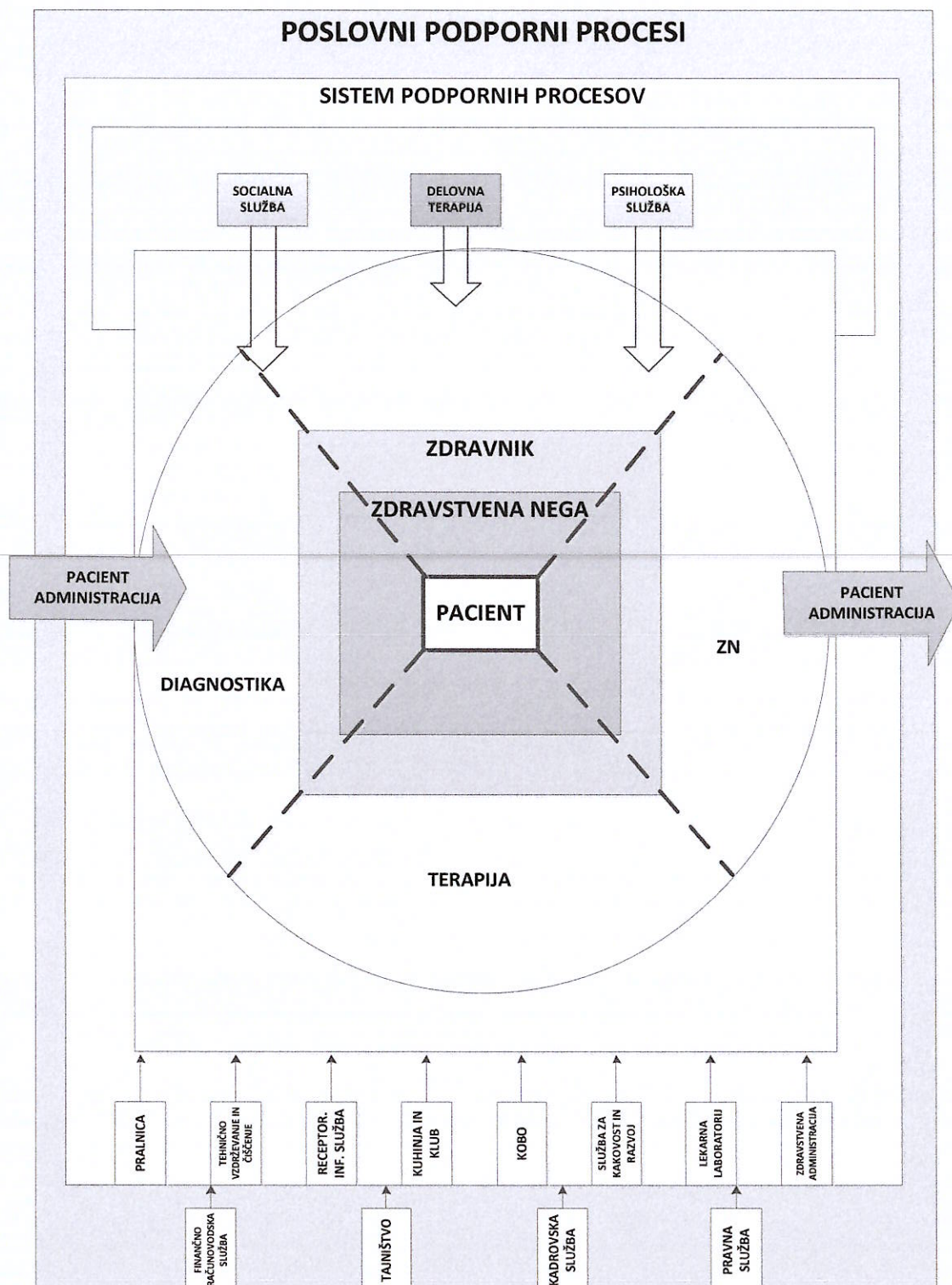
V PBB je vzpostavljen sistem vodenja kakovosti v skladu z ISO 9001:2015 in AACI 6.0, kar zagotavlja stabilnost delovanja in nenehno izboljševanje. Uveden je procesni pristop, ki vključuje niz aktivnosti kot so:

a.) Identifikacija procesov v PBB

V PBB uresničujemo svoje poslanstvo s premišljenim vodenjem procesov osredotočenih na bolnike. Prav te procese smo prepoznali kot temeljne procese. Temeljne procese kaže slika 1. Na sliki 1 smo poudarili

medsebojno povezanost procesov z namenom, da pokažemo njihov vpliv na kakovostno, pravočasno in varno obravnavo ter oskrbo bolnikov (slika 1).

Slika 1: Identifikacija procesov PBB



1. Temeljni procesi:

- 1.1 P. celostne obravnave pacienta;
- 1.2 P. obravnava pacienta na psihoterapevtskem oddelku
- 1.3 P. obravnave pacienta v dnevni bolnišnici
- 1.4 P. obravnave pacienta v specialistični ambulanti
- 1.5 P. 24 – urno zagotavljanje zdravstvene nege

2. Strokovni podporni procesi:

- 2.1 P. obravnave pacienta v delovni terapiji
- 2.2 P. obravnave pacienta v socialni službi
- 2.3 P. obravnave pacienta v službi za klinično psihologijo
- 2.4 P. diagnostični proces lab. preiskave
- 2.5 P. zdravstvene administracije
- 2.6 P. naročanja

3. Bivanjski podporni procesi

- 3.1 P. čiščenja
- 3.2 P. bolnišnične prehrane
 - 3.2.1 pp. naročanje hrane za pacienta
 - 3.2.2 pp. prehrana zaposlenih
- 3.3 P. pranja in preskrbe s perilom
 - 3.3.1 pp. naročanje perila
 - 3.3.2 pp. poti čiščenja
 - 3.3.3 pp. Izdaja čistih delovnih oblačil
- 3.4 P. tehničnega vzdrževanja
- 3.5 P. vzdrževanja zunanega imetja
- 3.6 P. transport

4. Poslovni procesi

4. Proces	Direktna povezava	Indirektna povezava
1.1	1.5 2.1 2.2 2.3 2.5	2.4 3.1 3.2 3.3 3.4 3.6
1.2	1.5 2.1 2.2 2.3 2.6 2.5	2.4 3.1 3.2 3.3 3.4 3.6

1.3	1.5 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5	2.4 3.1 3.2 3.3 3.4 3.6
1.4	1.5 1.1 2.5 2.6	3.1 3.2.2 3.3.3 3.4
1.5	1.1 1.2 1.3 1.4 2.4 2.5 3.2.1 3.3.1 3.4 3.6	3.2 3.1 3.3
2.1	1.1	3.1 3.2.2 3.3.3 3.4 3.5
2.2	1.1	3.1 3.2.2 3.3.3 3.4
2.3	1.1	3.1 3.2.2 3.3.3 3.4
2.4	1.1 1.5 3.6	3.4
2.5	1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 2.3 2.6	4 2.1 2.2

b.) Prepoznavni procesi in njihove povezave

Temeljni procesi so odvisni od ustrezno usposobljenega kadra, zagotavljanja ustrezne materialne osnove dela ter novih spoznanj (znanstveno-raziskovalnega dela). Pomemben vpliv na omenjene procese imajo tudi ostali podporni procesi. S podpornimi procesi zagotavljamo ustrezne druge vire (finančne, infrastrukturne, delovno okolje idr.) in podatkov ter informacij za uspešno delovanje vseh procesov.

c.) Kriteriji in metode za zagotovitev učinkovitega delovanja procesov

Za temeljne procese in podporne procese smo določili kazalnike uspeha, na osnovi katerih ugotavljamo in spremljamo doseganje načrtovanih ciljev. V primerih nedosežeh ciljev ali ugotovljenih pomanjkljivosti oziroma neskladnosti v procesih, izvajamo ustrezne ukrepe (korekcijski, korektivni ali preventivni ukrepi).

d.) Viri in informacije za podporo delovanja in nadzorovanja procesov

Oddelek za splošne zadeve PBB v sodelovanju z ostalimi oddelki zagotavlja, da so na voljo informacije, potrebne za podporo delovanju in nadzorovanju procesov. Informacije so podane v mesečnih, polletnih in letnih poročilih. Vodijo se kazalniki kakovosti.

e.) Nadzorovanje, merjenje in analiziranje procesov

Za nadzorovanje in analiziranje procesov so odgovorni skrbniki procesov. Skrbniki procesov podatke o stanju procesov uporabljajo za odpravo neskladnosti in izboljševanje procesov ter podajajo poročila o stanju procesov v SKR in direktorju.

f.) Izboljševanje procesov

Na osnovi podatkov in informacij oz. različnih poročil o oceni stanja procesov sprejemamo korekcije, korektivne ali preventivne ukrepe oz. izboljšave na vodstvenem pregledu. Za izboljševanje procesov je odgovoren direktor.

V PBB smo določene procese predali v izvajanje zunanjim izvajalcem. Taki procesi so: laboratorijske storitve, specialistične internistične storitve, proces vodenja bolnišnične prehrane, informatika, izboljševanje bolnišničnega informacijskega sistema, servisiranje opreme (vzdrževanje pregledov infrastrukture in podpora zagotavljanju informacijske podpore). Izvajalce omenjenih storitev izbiramo v postopku procesa nabave. Obveznosti so določene v pogodbi s posameznim izvajalcem. Nadzor nad njimi izvaja skrbnik pogodbe. Za seznam pogodb in njihovih skrbnikov je odgovorna nabavna služba.

4.2 ZAHTEVE GLEDE DOKUMENTACIJE

4.2.1 Splošno

V PBB dokumentacijo sistema vodenja kakovosti sestavljajo:

Dokumenti: podajajo navodila, zahteve za delo, opise postopkov in procesov (interna navodila, interni pravilniki, protokoli).

Zapisi: predstavljajo objektivna dokazila o izvajanju in izpolnjevanju navodil, zahtev postopkov in procesov (izpolnjeni obrazci, poročila)

Dokumentacija, ki jo uporabljamo je po izvoru:

- zunanja (zakoni, uredbe, pravilniki, uredbe, standardi, navodila ZZSZ, uporabniška navodila za opremo in informacijske sisteme (BIRPIS21, GoSoft, Saop, RIS4, Kadris), strokovne smernice, strokovna priporočila, dokumentacija naročnikov) in jo moramo pri svojem delu upoštevati,
- notranja, ki določa medsebojne notranje odnose, povezave in odgovornosti, vključno s pogodbami, ki določajo medsebojne obveznosti med organizacijo in zunanjimi partnerji (odjemalci - strankami, dobavitelji) ter zdravstvena dokumentacija.

Dokumenti sistema vodenja kakovosti se lahko nanašajo na:

- celoten sistem PBB,
- posamezen proces v sistemu delovanja PBB,
- posamezen značilen postopek ali aktivnosti na delovnem mestu.

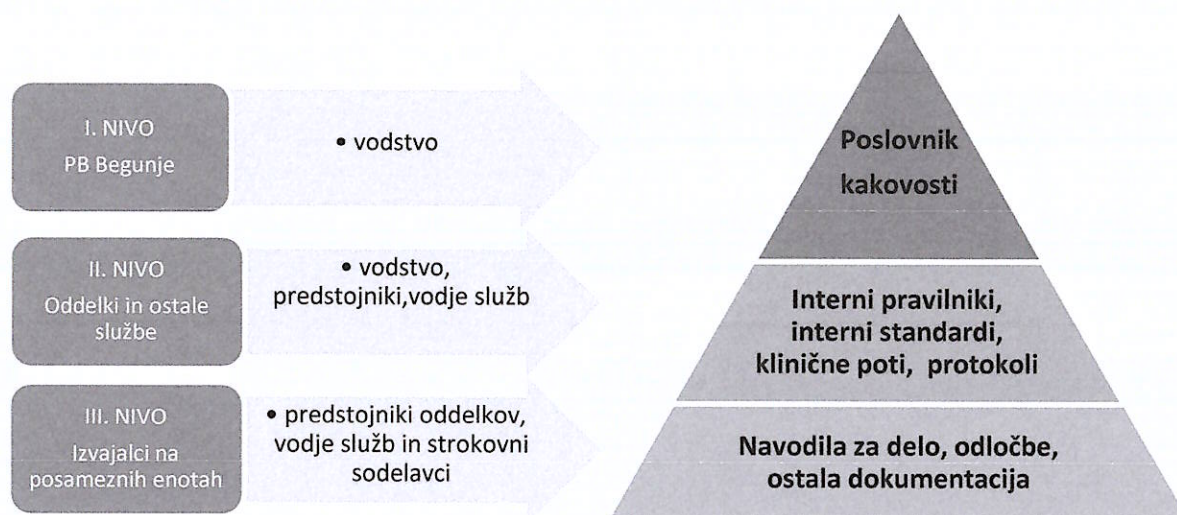
Zapisi predstavljajo posebno vrsto dokumentov, s katerimi dokazujemo učinkovitost delovanja sistema vodenja kakovosti. Za vzdrževanje zapisov so odgovorni njihovi skrbniki. Zapisi so lahko v papirni ali elektronski obliki.

Zdravstvena dokumentacijo obvladujemo skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Vpogled bolnikov v zdravstveno dokumentacijo opredeljuje Zakon o pacientovih pravicah, Navodila zaposlenim v zvezi s pravico pacienta do seznanitve z lastno zdravstveno dokumentacijo. Dokumentacija je zaposlenim na razpolago preko interne računalniške mreže.

PBB ima v **Seznamu dokumentov** navedeno vso dokumentacijo sistema vodenja kakovosti, ki vključuje:

- poslovnik kakovosti z dokumentirano izjavo o politiki kakovosti in ciljih kakovosti,
- dokumentirane postopke in zapise, ki jih zahtevata standarda ISO 9001:2015 in AACI
- dokumente in zapise, ki smo jih določili in z njimi dokazujemo učinkovito načrtovanje, izvajanje in nadzorovanje naših procesov. To so naši interni pravilniki, interni standardi in protokoli, navodila za delo ter navezujoči zapisi.

Slika 2: Struktura dokumentov



4.2.2 Poslovnik kakovosti

V Poslovniku kakovosti opisujemo način našega delovanja. V primerih, ko je opis delovanja preobsežen in presega vsebino tega poslovnika kakovosti, se sklicujemo na dokumente drugega in tretjega nivoja. V dokumentih tretjega nivoja so postopki oz. način delovanja podrobneje opisani. V poslovniku kakovosti opredeljujemo tudi medsebojno povezanost in vpliv procesov, ki potekajo v naši bolnišnici, z namenom zagotavljanja učinkovitosti, uspešnosti in izboljševanja celotnega našega delovanja.

Poslovnik kakovosti je zgrajen tako, da upošteva strukturo mednarodnega standarda ISO 9001:2008. Zahteve standarda ISO 9001:2015 so upoštevane, opustili smo zahteve, ki niso povezane z našo dejavnostjo. Od zahtev AACI 5.0 smo opustili zahteve, ki niso povezane z našo dejavnostjo. To so zahteve iz:

- poglavja 14, Kirurgija
- poglavja 15, Anestezija
- poglavja 17, Porodništvo
- poglavja 18, Storitve radiologije in nuklearne medicine
- poglavja 25, Pridobivanje organov, tkiv in oči

Vsebina Poslovnika kakovosti postavlja temelje sistema kakovosti PB Begunje. Dokumentacija vseh nivojev je uvedena v prakso. Navedeno dokumentacijo upoštevajo vsi zaposleni, ki so neposredno ali posredno vključeni v sistem kakovosti PB Begunje.

Vsem zaposlenim je poslovnik kakovosti dostopen preko interne računalniške mreže. Obvladovan je po načelih, ki veljajo za obvladovanje notranjih dokumentov.

Odgovorna oseba za pripravo in vzdrževanje poslovnika je vodja SKR. Vsebino, predloge sprememb in dopolnitev poslovnika obravnava in potrjuje direktor (vodstveni pregled).

4.2.3 Obvladovanje dokumentov

Podlaga za obvladovanje dokumentov, s katerimi opisujemo in določamo sistem vodenja kakovosti, je klasifikacijski načrt. Z internimi navodili zagotavljamo:

- da so dokumenti nedvoumno označeni,
- da so dokumenti odobreni,
- da je določen skrbnik dokumenta in osebe, ki morajo biti seznanjene z njegovo vsebino,
- da je uporabnikom vedno dostopna samo veljavna verzija dokumenta in tako preprečena nenamerne uporaba zastarelih dokumentov,
- da so neveljavne verzije odstranjene iz uporabe in arhivirane za morebitne pravne namene,
- da so dokumenti zunanjega izvora, identificirani, njihovo razdeljevanje pa nadzorovano.

Zaposleni imajo dostop do zadnje veljavne verzije dokumentov, ki jih potrebujejo za kakovostno opravljanje delovnih obveznosti preko interne računalniške mreže in po potrebi na samih delovnih mestih.

Medicinsko dokumentacijo (popis bolezni, izvidi, temperaturni list, negovalna dokumentacija,...) pripravlja zdravstveno osebje v sodelovanju z Zdravstveno administracijo.

Komercialno dokumentacijo (ponudbe, predračuni, pogodbe, naročilnice) obvladujejo službe poslovnega področja izdaja v skladu z odobritvenimi postopki vodstva in vodij služb. Postopke javnega naročanja izvaja Služba za JN in nabavo z vključevanjem zunanjih sodelavcev.

Pravna podpora je organizirana preko pogodbenega izvajalca. Odgovorni poslovnega področja skrbijo za koordiniran prenos zapisov obojestransko in hrambo le teh.

Za urejanje poslovnih odnosov z ZZZS skrbi vodstvo s sodelavci plansko analitske službe. Omenjeni so odgovorni za obvladovanje predmetne dokumentacije.

Kadrovsko dokumentacijo (pogodbe o zaposlovanju, sklepi, izobraževanje zaposlenih, ...) izdaja kadrovska služba. Kadrovnik je odgovoren za obvladovanje obravnavane dokumentacije.

Tehnično dokumentacijo (navodila za vzdrževanje infrastrukture,...) hrani vodja tehnične službe, ki je tudi odgovoren za obvladovanje te dokumentacije.

Zajem prejetih in odposlanih zapisov v papirni obliki poteka na poslovnem področju. Vsa prejeta in oddana pošta se evidentira. Podlaga za zajem poslovne dokumentacije e-obliki so Vzorčna notranja pravila za zajem in e-hrambo. Na ta način se clovito obvladujejo prejeti in izdani računi. Poslovna korespondenca se v veliki meri izvaja po elektronski pošti preko splošnih naslovov Tajništva direktorja in preko posameznih elektronskih naslovov skrbnikov procesov.

Arhiviranje dokumentacije

Bolnišnica arhivira dokumentacijo (dokumentacija splošnega pomena, medicinska dokumentacija, komercialna dokumentacija, kadrovska dokumentacija, tehnična dokumentacija,...) v skladu s klasifikacijskim načrtom v stalni zbirki v papirni obliki in v elektronski obliki v informacijskih sistemih Saop in deloma Birpis21. E-poslovanje se uvaja postopoma in je ena prednostnih nalog.

Spremembe, evidence in veljavnost dokumentov

Spremembe dokumentov pregledajo in obobrijo pooblašene osebe iz tistih področij, ki so izvedle pregled in odobritev izvirne izdaje. Sprememba dokumenta je razvidna iz samega dokumenta.

4.2.4 Obvladovanje zapisov

Zapise hranimo v priročnih in trajnem arhivu. Za hrambo dokumentov in zapisov v priročnih arhivih so odgovorni zaposleni vsak na svojem področju dela, način poslovanja trajnega arhiva pa opredeljujejo dokumenti iz skupine SV: zdravstvena administracija; Centralni arhiv.

Pri hranjenju zapisov, vezanih na procese zdravljenja in diagnostike ter zdravstvene nega upoštevamo zakonska določila. Izdaja teh zapisov iz arhiva je možna samo za interno uporabo. Izdajo teh zapisov, ki jo zahteva bolnik, na katerega se zapisi nanašajo odobri direktor.

Zapisi so vezani na operativno delo in na celoten sistem vodenja. V skupino zapisov uvrščamo tudi vsa poročila, ki kažejo opravljeno delo ali rezultate.

Zapise hranimo na način, ki preprečuje poškodovanje, spreminjanje, uničenje ali odtujitev zapisa. Vsi zapisi so enolično določeni z imenom zapisa, datumom nastanka, in podpisom avtorja (-ev) zapisa.

Za obvladovanje zapisov o kakovosti, so odgovorni skrbniki procesov. Zapise izdelujejo zaposleni v PBB glede na zahtevo, vsebino in potrebo, kar je določeno v internih dokumentih oz. je zakonsko zahtevano.

5. ODGOVORNOST VODSTVA

5.1 ZAVEZANOST VODSTVA

Vodstvo PBB izkazuje zavezanost kakovosti tako, da:

- na različne načine sporoča zaposlenim, kako pomembno je izpolnjevanje zahtev naročnikov, zakonodaje in drugih pravnih zahtev. To sporoča na svetu zavoda, strokovnem svetu, poslovnem

kolegiju, strokovnem kolegiju, preko objav na oglasnih deskah, neposredni komunikaciji z zaposlenimi, na strokovnih in drugih delovnih sestankih.

- določa politiko kakovosti;
- zagotavlja, da so določeni cilji kakovosti v letnem načrtu;
- izvaja vodstvene preglede (vsaj 1x letno);
- zagotavlja razpoložljivost virov (kadrovske, finančne, materialne in informacijske vire);
- spremlja in nadzoruje učinkovitost procesov in sistema kakovosti;
- zmanjšuje in obvladuje tveganja.

5.2 OSREDOTOČENOST NA ODJEMALCE

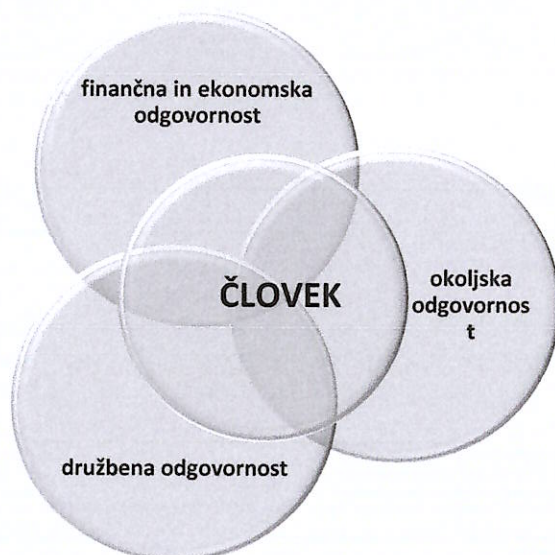
Osredotočenost na bolnika izkazujemo z doslednim upoštevanjem mednarodno in evropsko sprejetih načel kakovosti: uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakosti in osredotočenosti na bolnika. Bolniki in v določenih primerih tudi svojci nam s povratnimi informacijami sporočajo njihovo doživljanje naših storitev. Način zbiranja povratnih informacij od bolnikov je opisan v tč. 8.2.1 tega poslovnika.

Vodstvo se osredotoča tudi na zaposlene. To zagotavlja s postopki motiviranja, spodbujanja ustvarjalnosti, urejanjem ustreznih pogojev zdravja in varstva pri delu, odgovornosti in pripravljenosti za medsebojno sodelovanje. Letni razgovori in merjenje organizacijske klime (1x letno) so metode s katerimi vodstvo dobi povratne informacije o zadovoljstvu zaposlenih. Na osnovi tako pridobljenih informacij vodi izboljšave.

5.3 POLITIKA KAKOVOSTI

Temeljno poslanstvo PB Begunje 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.

Slika 3: Elementi trajnostnega razvoja



V viziji poudarjamo, da bo **PBB 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.**

Vsi zaposleni v PB Begunje se zavezujemo, da svoje delo, s področja diagnostike, zdravljenja ter zdravstvene nege in vseh drugih dejavnosti, opravljamo na kakovostni ravni, ki je v dobrobit bolnikom in širše družbene skupnosti.

Temeljni cilji kakovosti:

- dosledno obravnavanje bolnikov skladno z Zakonom o pacientovih pravicah, Zakonom o duševnem zdravju in s strokovnimi smernicami,
- zadovoljstvo zaposlenih z zagotavljanjem ustvarjalnega, sodobnega delovnega okolja, ki zaposlenim predstavlja varnost in intelektualni izziv,
- naročnikom storitev zagotavljamo opravljanje najvišje možne kvalitete storitev in varnosti
- zagotoviti optimalen obseg zdravstvenih storitev za prebivalce regije,
- maksimirati obseg in kakovost zdravstvenih storitev ob danih finančnih sredstvih in strukturi stroškov,
- izboljševati poslovni rezultat z racionalizacijo stroškov in dodatnimi finančnimi viri.

Vrednote, ki nas usmerjajo v realizaciji politike kakovosti

V kulturi naše bolnišnice smo se opredelili, da bomo našim uporabnikom nudili zdravstvene storitve na visoki strokovni ravni, s sočutjem do sočloveka. V skladu s to usmeritvijo smo se identificirali z vrednotami:

- **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.

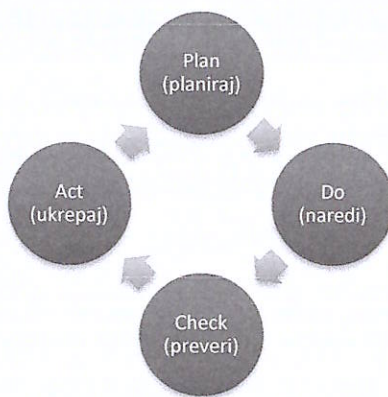
Slika 4: Temeljne vrednote



5.3.1 Osnovne usmeritve na področju kakovosti

- S sistemom vodenja kakovosti zagotavlja PBB ugled organizaciji, spoštovanje uporabnikov ter primeren status dejavnosti v strokovnem in civilnem družbenem okolju.
- Naše 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.
- Vzpodbujamo odnose, ki dajejo poudarek usklajenemu in načrtovanemu timskega 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.
- V delovnih procesih stalno posodabljammo informacijsko tehnologijo, ki zagotavlja pravočasne in kakovostne informacije, na osnovi katerih neprestano sprejemamo ukrepe za izboljšave
- Z definirano odgovornostjo, pooblastili in s stalnim usposabljanjem vseh zaposlenih, ki vodijo, upravljajo, preverjajo delo in izvajanje storitve, bomo stalno povečevali učinkovitost sistema poslovanja.
- Razvoj kadrov in izobraževanje na vseh ravneh je temeljni pogoj za uspešno izvajanje politike kakovosti.
- Vsaka organizacijska enota je na svojem delovnem področju odgovorna za doseganje ciljev kakovosti in vsak posameznik za kakovost svojega dela.
- Da bi dosegali rezultate v skladu z zahtevami uporabnikov in strateškimi usmeritvami organizacije, uvajamo v delovne procese metodologijo PDCA.

Slika 5: Metodologija PDCA



5.4 PLANIRANJE

5.4.1 Cilji kakovosti

Politiko kakovosti in temeljne cilje uresničujemo z jasno začrtanimi in merljivimi cilji kakovosti. Cilje kakovosti določamo v Strateškem poslovnem načrtu za daljše časovno obdobje in v Letnem planu PBB za tekoče leto. Cilje kakovosti postavljamo merljivo 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.

Postopki planiranja v PBB vključujejo:

- pripravo Strategije razvoja,
- priprava plana potreb, vzdrževanja, investicij po organizacijskih enotah,
- pripravo Finančnega načrta,
- pripravo Plana strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti (merljivi cilji),
- 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.

S planiranjem zagotavljamo celovito delovanje sistema vodenja kakovosti. Posebej je premišljeno planiranje pomembno, kadar ocenimo realna tveganja. To pomeni, da prepoznamo nevarnosti ali spremembe, ki bi lahko ogrozile celovitost delovanja sistema vodenja. Takšne nevarnosti ali spremembe so lahko omejitev finančnih virov, nenadno pomanjkanje kadra, pomanjkanje povpraševanja po storitvah odjemalca, zmanjševanje nudenja obsega storitev. Za tako prepoznana tveganja smo pripravili načine ravnanja.

Planiranje je pomembno tudi pri načrtovanju novih storitev ali programov ter uvajanju sprememb v obstoječe storitve ali programe.

Cilji kakovosti so določeni za naslednja področja dela:

- Ugled bolnišnice
- Zadovoljstvo uporabnikov
- Zadovoljstvo zaposlenih
- Pozitivno poslovanje bolnišnice
- Uvajanje kliničnih poti
- Izboljševanje dela
- Izboljševanje informacijske podpore
- Ohranjanje storilnosti dela in racionalizacije stroškov
- Doseganje finančne trdnosti in s tem dolgoročne stabilnosti poslovanja bolnišnice
- Usposabljanje zaposlenih za vodenje in upravljanje bolnišnice
- Širjenje programov zdravstvenih storitev, ki jih narekujejo potrebe uporabnikov
- Dokončanje investicije za zagotovitev ustreznih prostorskih pogojev za opravljanje dejavnosti in izboljšanje tehnološke opremljenosti bolnišnice
- Zagotavljanje ustrezne kadrovske strukture ter stalnega strokovnega izobraževanja in usposabljanja

Zagotavljanje varnega in zdravega delovnega mesta ne zmanjšuje le števila poškodb ali bolezni, povezanih z delom, temveč na dolgi rok zmanjšuje stroške dela, istočasno pa povečuje zadovoljstvo zaposlenih ter zagotavlja ustrezno kakovost dela. Varno delovno mesto je tisto, na katerem je zaposlen delavec ustrezno izobražen, usposobljen in kompetenten ter je urejeno skladno z Oceno tveganja varnosti delovnega mesta upoštevajoč poslanstvo, vizijo in vrednote PBB. Postavljeni cilji vključuje izboljšanje organizacije dela, izboljšanje delovnega okolja ter spodbujanje osebnostnega razvoja in kompetenc zaposlenih:

- Izboljšanje izobrazbene strukture zaposlenih, vzpostavitev matrike kompetenc v vseh organizacijskih enotah in
- zadovoljstvo zaposlenih.

5.4.2 Planiranje sistema kakovosti

Planiranje vključuje:

- nedvoumno določitev poteka temeljnih in podpornih procesov ter storitev z namenom, da potekajo na standardiziran, ponovljiv in učinkovit način. Potek temeljnih procesov je prikazan v diagramih poteka v tč. 7.5 tega poslovnika,
- prepoznavanje tveganj v procesih, kar je razvidno iz ocen tveganj za temeljne procese.
- načrtovanje potrebnih virov, kar je razvidno iz FN,
- izboljševanje celotnega sistema z uvajanjem novih storitev ali programov in izboljševanjem obstoječih, kar je razvidno iz FN in znanstveno-raziskovalne dejavnosti.

Pripravo Strategije razvoja in Finančnega načrta vodi direktor.

5.5 ODGOVORNOST, POOBLASTILA IN KOMUNICIRANJE

5.5.1 Odgovornosti in pooblastila

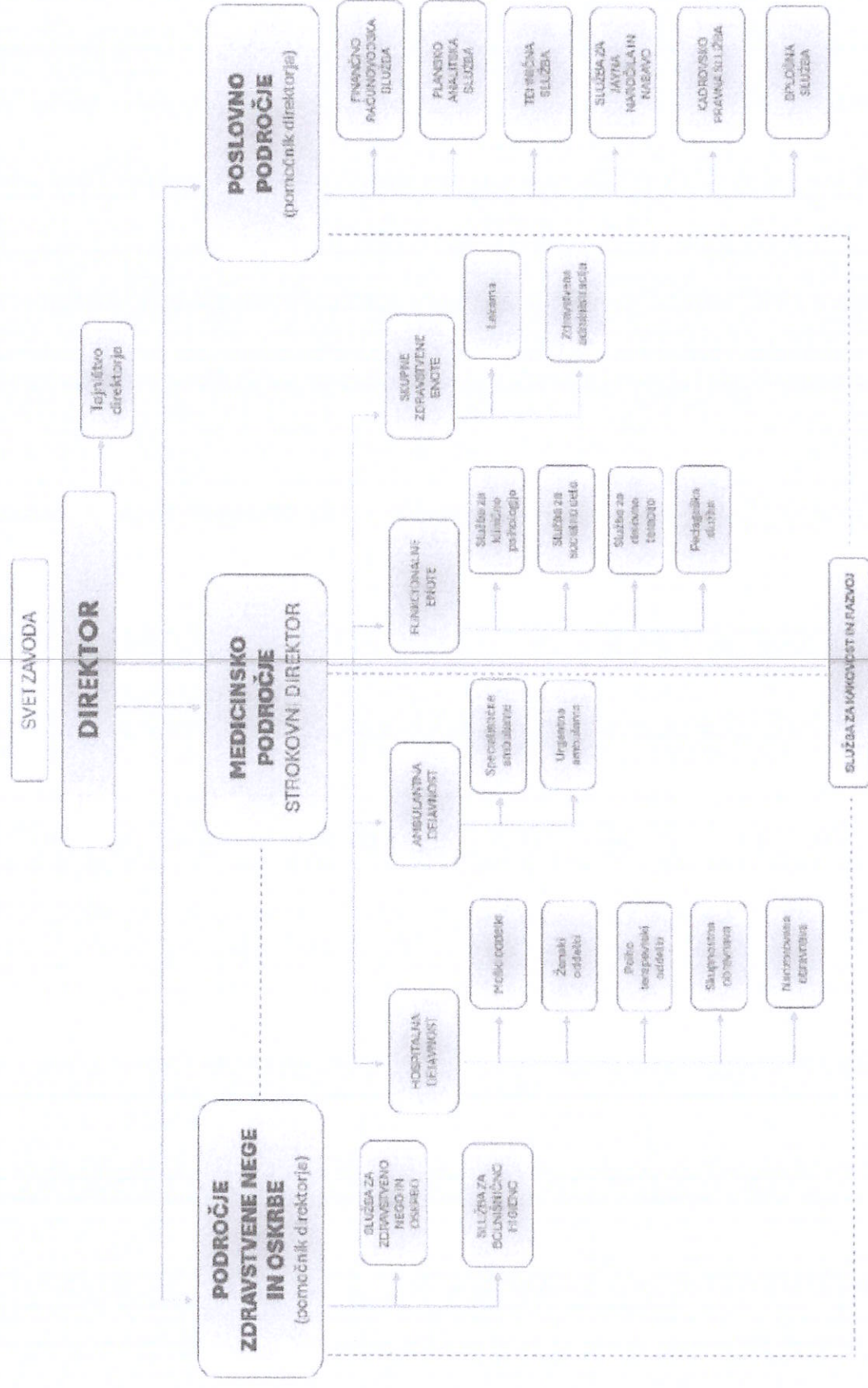
Podlaga za določitev odgovornosti in pooblastila zaposlenih je organizacijska struktura. Podrobneje je organizacijska struktura obdelana v Pravilniku o notranji organizaciji s sistemizacijo delovnih mest in opisom delovnih mest ter v pogodbi o zaposlitvi. V opisih delovnih mest so določene naloge in odgovornosti vsakega zaposlenega. Naloge in odgovornosti so podrobneje določene tudi v dokumentaciji drugega in tretjega nivoja, ki jo zaposleni pri svojem delu upoštevajo. Vsak zaposleni odgovarja za izvajanje svojega dela skladno s postopki in navodili svojemu nadrejenemu. Za človeške vire strokovnih podpornih procesov so izdelane matrike znanj in usposobljenosti, za zdravniške specialiste pa so opredeljena pooblastila, s katerimi so vsi zdravniki seznanjeni. Pooblastila so sprejeta za največ dve leti.

Vodstvo zagotavlja, da so zaposleni seznanjeni z nalogami in odgovornostmi, ki izhajajo iz delovnega mesta. S pooblastili direktor določa posebne odgovornosti, pristojnosti in naloge. Pregled pooblastil se vodi v kadrovski službi. Pooblastila so tudi vložena v kadrovsko mapo zaposlenega, ki mu je bilo pooblastilo dano.

Lastnik procesa odgovarja za učinkovitost svojega procesa in doseganje določenih ciljev procesa. V ta namen koordinira delo vseh, ki so vključeni v proces.

Organiziranost PBB kaže slika 6.

Slika 6: Organizacijska struktura PB Begunje



5.5.2 Predstavnik vodstva za kakovost

Direktor je imenoval predstavnika vodstva za kakovost, ki ima ne glede na druge naloge in odgovornosti še naslednje odgovornosti in pooblastila za:

- zagotavljanje, da so procesi, potrebni za sistem vodenja kakovosti, vzpostavljeni, da se izvajajo in vzdržujejo,
- zagotavljanje dvigovanja zavesti o izpolnjevanju zahtev v PBB,
- poročanje vodstvu (direktorju) o delovanju sistema vodenja kakovosti in kakršnikoli potrebah za izboljšanje
- povezovanje z zunanjimi institucijami v zadevah, ki se nanašajo na sistem vodenja kakovosti.

Za operativno pomoč in koordinacijo aktivnosti, ki so povezane z razvojem, izvajanjem in vzdrževanjem sistema vodenja kakovosti je direktor imenoval skrbnika sistema vodenja kakovosti.

5.5.3 Notranje komuniciranje

V PBB si prizadevamo vzpostaviti učinkovite postopke notranjega komuniciranja. Potrebno pozornost namenjamo informiranju zaposlenih. Ustrezno informiranje zaposlenih vključuje informacije, ki so pomembne za učinkovito delo zaposlenih. Informacije so lahko strateške ali operativne narave. Pomembno je, da jih vodje ali sodelavci (odvisno od vrste informacije) predstavijo tako, da jih zaposleni razumejo in upoštevajo pri svojem delu. Najbolj običajni načini komuniciranja so:

- neposredna medsebojna komunikacija med zaposlenimi,
- neposredna komunikacija med direktorjem, pomočnikom direktorja za zdravstveno nego in oskrbo, pomočnico direktorja za poslovno področje, s predstojniki oddelkov, vodji služb ter ostalih organizacijskih oblik začasnega značaja (projektna skupina) s sodelavci,
- različni sestanki (strokovni svet, poslovni kolegij, kolegij službe ZN, delovnih skupin, projektnih skupin idr.),
- komunikacija preko elektronskih medijev (elektronska pošta, okrožnice, panoji,...),
- letni razgovori vodij z zaposlenimi,
- zborih zaposlenih.

Ustreznost in učinkovitost notranjega komuniciranja preverjamo v periodičnih merjenjih zadovoljstva zaposlenih. Povratne informacije o zadovoljstvu zaposlenih s komuniciranjem in informiranjem nam omogočajo načrtovanje izboljšav.

5.6 VODSTVENI PREGLED

5.6.1 Splošno

Vodstvo najmanj enkrat letno pregleda delovanje sistema vodenja kakovosti. Pri pregledu oceni možnosti za izboljšave in potrebo po morebitnih spremembah v sistemu vodenja kakovosti, politiki kakovosti in ciljnih kakovosti.

5.6.2 Vhodni podatki za vodstveni pregled

Vhodni podatki za vodstveni pregled morajo vključevati informacije o:

- rezultatih notranjih, zunanjih presoj, notranjih in zunanjih (strokovnih) nadzorov, inšpekcijskih in revizijskih pregledov, ki so zbrani v Letnem poročilu.

- povratnih informacijah odjemalcev (pohvale, pritožbe bolnikov, svojcev, rezultati anketiranja,...).
- delovanju procesov, skladnosti storitev z opredeljenimi standardi in zakonskimi zahtevami ter doseganju ciljev, ki so razvidne iz Letnega poročila.
- stanju reklamacij dobaviteljem,
- stanju preventivnih in korektivnih ukrepov, so razvidni iz letnega poročila SKR.
- spremembah, ki bi lahko vplivale na sistem vodenja kakovosti, zbrane v letnem poročilu,
- ukrepih, ki so sledili predhodnim vodstvenim pregledom, razvidnih iz letnega poročila Komisije za kakovost.

5.6.3 Rezultat pregleda

Rezultat vodstvenega pregleda vključuje vse odločitve in ukrepe v zvezi z:

- izboljševanjem učinkovitosti sistema vodenja kakovosti in njegovih procesov,
- izboljševanjem storitev glede na zahteve odjemalcev,
- potrebni viri.

Odločitve in ukrepi so dokumentirani v Zapisniku vodstvenega pregleda.

6. VODENJE VIROV

6.1 PRISKRBA VIROV

Za izvajanje in vzdrževanje sistema vodenja kakovosti in njegovo izboljševanje vodstvo zagotavlja vse potrebne vire (finančne, informacijske, materialne, infrastrukturne, kadrovske). Ustrezne vire zagotavljamo tako, da upoštevamo zakonsko določene zahteve za osebje, opremo in finančna sredstva. Potrebe po omenjenih virih so planirane v LN.

6.2 ČLOVEŠKI VIRI

6.2.1 Splošno

Izvajalci dela, ki vplivajo na kakovost storitev, so ustrezno kompetentni na podlagi primerne izobrazbe, usposobljenosti, izkušenj in veščin.

6.2.2 Kompetentnost, usposabljanje in zavedanje

Kompetentnost zaposlenih je določena v opisih delovnih mest. Opis vsakega delovnega mesta navaja potrebno izobrazbo, usposobljenost, izkušnje in veščine. Zahteve za izbor in zaposlovanje novih sodelavcev izhajajo iz opisa delovnega mesta. Skladno z zahtevami za delovno mesto imamo uveden postopek za sprejem in vpeljavo novega sodelavca v PBB (kontrolna lista: pogodba o zaposlitvi, izjava za povračilo stroškov za prevoz na delo in z dela, izpisek delovnega časa za delovno mesto, na katero je razporejen po pogodbi o zaposlitvi, opis del in nalog, obvestilo o odmeri letnega dopusta za tekoče leto, kartica za evidentiranje delovnega časa, navodila za registracijo delovnega časa, ključ garderobne omarice, potrdilo o prejemu kartice za evidentiranje delovnega časa in ključa garderobne omarice, sklep o določitvi poskusnega dela in imenovanju komisije, izjava o seznanitvi z izjavo o varnosti z oceno tveganja). S postopkom zagotavljamo, da nov sodelavec dobi vse potrebne informacije, pripomočke, navodila, gesla, opremo idr. za opravljanje dela in da je predstavljen sodelavcem.

Kompetentnost zaposlenih zagotavljamo s sistematičnim usposabljanjem, pridobivanjem izkušenj ter s spodbujanjem strokovnega usposabljanja. Potrebe po usposabljanju izhajajo iz zahtev:

- za delovno mesto, kar je določeno v opisu delovnega mesta,
- po uvajanju novih postopkov dela in opreme,
- zakonodaje kot sta Zakon o pacientovih pravicah ter Zakon o duševnem zdravju, zakonodaje s področja varnosti in zdravja pri delu ter drugih zakonskih zahtev,
- po izboljševanju učinkovitosti doseganja zastavljenih ciljev PBB,
- matrike znanja in usposobljenosti.

V Programu dela (LN) planiramo okvirne vsebine in obseg usposabljanj ter potrebe po kadrih. Vodje notranjih organizacijskih enot so dolžni posredovati podatke za Program dela. Sprotne potrebe po usposabljanju odobri direktor na predloženem Zahtevku za usposabljanje.

Udeleženec usposabljanja je po končanem usposabljanju dolžan predložiti Poročilo o usposabljanju. Iz Poročila o usposabljanju je razvidno kakšni so oz. bodo učinki usposabljanja. Zaposleni, ki za svoje delo potrebujejo licence, so jih dolžni ustrezno obnavljati. Kadrovska služba vodi Seznam zaposlenih, ki za delo potrebujejo licence in čas veljavnosti licence. S tem preprečimo delo osebam, ki bi jim licenca morebiti potekla. V ta namen kadrovska služba vsaj pol leta pred iztekom licence pisno obvesti o datumu poteka licence.

Komisija za preprečevanje bolnišničnih okužb (KOBO) določa načine usposabljanja za preprečevanje bolnišničnih okužb za vse zaposlene.

Za vsebine, ki so interno določene in koristne za širši krog zaposlenih, izvajamo notranja usposabljanja. Ta lahko izvajajo zunanji izvajalci ali zaposleni v PBB. O prisotnosti se vodijo Evidenca prisotnih s podpisami.

Zapise o izobrazbi, usposobljenosti in veščinah hranijo v kadrovski službi v osebnih mapah zaposlenih.

6.3 INFRASTRUKTURA

Infrastruktura v PBB zajema:

- območje bolnišnice (zemljišča, kulturni spomenik),
- objekti z vso pripadajočo opremo (elektro, vodovodna, plinska, ogrevalna, prezračevalna, komunikacijska, varnostna...),
- sredstva za delo (oprema prostorov, delovna oprema, medicinska oprema, zaščitna sredstva, strojna in programska računalniška oprema, ...)
- prevozna sredstva.

Kot skrbni gospodarji ustrezno skrbimo za vzdrževanje zgradb ter opreme in njihovo posodabljanje. Plan investicij v objekte, investicijsko in tekoče vzdrževanje določamo v LN. Predlog pripravi enota za tehnično vzdrževanje.

Bolnišnica je odgovorna za učinkovito vodenje investicij, investicijskega in rednega vzdrževanja ter nabave opreme. Proces in politika izvajanja storitev SVZ_osnutek_01-05-2024(3) je podlaga za planiranje aktivnosti na področju obvladovanja tveganj fizičnega okolja na preventivni ravni. Služba za vzdrževanje koordinira preventivne preglede v skladu s planom vzdrževanja oz. finančnim načrtom.

Sodelovanje služb poslovnega in medicinskega področja oziroma skrbnikov temeljnih in podpornih procesov je pri tem ključno.

Za preventivna vzdrževanja ter zakonsko zahtevane preglede in testiranja so z izvajalci sklenjene pogodbe. Za vsako pogodbo je določen skrbnik pogodbe, ki je zadolžen za komunikacijo z izvajalcem in nadzor nad opravljenimi posegi. Služba za vzdrževanje koordinira komunikacijo in pretok informacij do

služb poslovnega področja za izvedbo zaključnih finančno računovodskih aktivnosti. Skrbniki procesov predlagajo korektivne ukrepe, katerih realizacijo vodi in spremlja Služba za vzdrževanje oziroma se realizirajo v skladu s planom vzdrževanja in finančnim načrtom.

Vzdrževanje informacijske telekomunikacijske računalniške opreme izvaja in nadzira informatik s pomočjo ostalih zunanjih izvajalcev.

Vzdrževanje telefonske telekomunikacijske opreme izvaja služba za tehnično vzdrževanje s pomočjo zunanjih izvajalcev.

Nadzor – popis programske in strojne opreme je zagotovljen v okviru varnostnih politik sistema upravljanja varovanja informacij (SUVI), ki je skladen z navodili Ministrstva za zdravje.

Zaščita podatkov je urejena z večkratnim vzporednim arhiviranjem podatkov na zunanje medije. Lokacija shranjevalnih medijev je druga kot lokacija samih strežnikov.

Najpomembnejši podatki so osebni podatki (pacienti, zaposleni, ...). Zdravstveni informacijski sistem Birpis ima posebno dodatno bazo, v katero se beležijo podatki o dostopu do podatkov (sledenje vpogledov) oziroma omogoča revizijske sledi. Slednje omogoča tudi poslovni informacijski sistem Saop.

Pred vdori v informacijski sistem je vzpostavljen celovit sistem zaščite s požarno pregrado na aplikacijskem nivoju in protivirusnim programom.

Dostop do interneta je do nekaterih spletnih strani in socialnih omrežij zaprt v obe smeri. Sistem je centralno nadziran v požarni pregradi in antivirusni konzoli, kjer lahko zelo hitro vidimo uporabnike, ki nevarno uporabljajo internet.

Proti vdori v informacijski sistem se borimo tudi z rednim menjavanjem uporabniških gesel.

6.4 DELOVNO OKOLJE

Delovno okolje je tisti dejavnik, ki lahko pomembno vpliva na kakovost in varnost naših storitev. Prostori oddelkov so urejeni tako, da v danih pogojih omogočajo kakovostno, varno in nemoteno opravljanje dela. Pri določanju pogojev delovnega okolja upoštevamo potrebe bolnikov.

Dostop do posameznih prostorov je nadzorovan. Postopek nadzorovanega dostopa do posameznih prostorov, kjer se odvijajo bolnišnične dejavnosti bo natančneje določen v okviru uvajanja elektronske kontrole dostopa v prostore.

Za zagotavljanje varnosti skrbi varnostna služba. Podrobneje so postopki zagotavljanja varnosti opredeljeni v internih navodilih in pogodbi z varnostno službo.

KOBO določa način izvajanja postopkov vzdrževanja delovnega okolja, ki preprečuje nastanek in širjenje bolnišničnih okužb ter vzdrževanje potrebnih osnovnih sanitarno higienskih pogojev. V ta namen imamo izdelana ustrezna navodila in vpeljan nadzor ter postopke ravnanja v primeru ugotovljenih odstopanj za:

- področje čiščenja in razkuževanja
- ravnanja z odpadki
- zagotavljanje ustreznosti vode
- sterilizacije medicinske opreme in instrumentov
- zagotavljanje ustrezne opremljenosti delovnih mest z opremo in pripomočki za vzdrževanje ustrezne higiene
- pojav epidemioloških situacij

Vsa navodila za omenjena področja so dostopna v mapah KOBO. Vpeljane imamo postopke nadzora za storitve čiščenja in drugih ukrepov zagotavljanja ustreznih sanitarno higienskih pogojev, ki jih izvaja SOBO. Nadzor zagotavljamo tudi s pogodbenim zunanjim izvajalcem.

Ustrezne delovne pogoje zagotavljamo tudi za zaposlene. Pravila in pogoje določamo v sprejeti Izjavi o varnosti z oceno tveganja. Upoštevamo Zakon o varnosti in zdravju pri delu, in pripadajoče podzakonske akte. Glede na specifičnost našega dela, ustrezno pozornost namenjamo preprečevanju prenosa okužbe na osebje in prenosa okužbe na bolnike. Zato izvajamo program imunoprofilakse in kemoprofilakse v skladu s Programom zaščite zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na delovnih mestih za osebe zaposlene v PBB, ki so pri opravljanju svojega dela izpostavljene nalezljivim boleznim. Pri tem upoštevamo evropske strokovne smernice z navedenega področja.

Delovno okolje v kuhinji je obvladovano na osnovi načel dobre higienske prakse in HACCP sistema. Nadzor je zagotovljen tudi s pogodbenim zunanjim izvajalcem.

Na ustrezno delovno okolje vplivajo tudi pravila s katerimi zagotavljamo osnovni red. Pravila so določena v »Hišnem redu«, ki je objavljen na spletni strani PBB.

7. IZVEDBA STORITEV

7.1 PLANIRANJE IZVEDBE STORITEV

Delovni procesi potekajo znotraj vsakega oddelka, enote. Delovni proces poteka z namenom izvesti storitev, ki jo potrebuje bolnik. Storitve pa je bila določena s strani naročnika – napotnega zdravnika. Naročniku po izvedeni storitvi in vseh potrebnih kontrolah posredujemo »odpustnico« - strokovno mnenje ali oceno, izvedensko mnenje. Vsaka notranja organizacijska enota ima za svoje področje opredeljene poteke delovnih procesov oziroma postopke dela.

Postopke dela lahko izvaja samo za to ustrezno usposobljeno osebje, ki je razvidno iz ustreznih seznamov in opisov delovnih postopkov. Ustreznost izvajanja delovnih procesov preverjamo z notranjim nadzorom. Izvajanje delovnih procesov v primeru letnih pogodbenih obveznosti poteka po letnem in mesečnem planu dela. Realizacija planov se redno spremlja na sestankih vodij enot oz. oddelkov.

Zaradi zagotavljanja 24 urne medicinske oskrbe bolnikov je ključnega pomena planiranje dela zdravnikov in osebja zdravstvene nege. Osnovne mesečne plane razporeda teh zaposlenih pripravlja za področje zdravstvene nege koordinatorica v zdravstveni negi za področje kadrov; za zdravnike, zdravnik po pooblastilu direktorja. V okviru teh razporeditev po potrebi podrobnejši razpored pripravijo vodje posameznih oddelkov in enot.

Vsak oddelok, ki naroča bolnike na obravnavo, vodi o tem evidenco. Podatke o čakalnem času za posamezne vrste obravnav objavljamo v skladu z zakonskimi zahtevami, ki so objavljeni na spletni strani bolnišnice.

Izvajanje procesov poteka po opredeljenih postopkih dela v internih standardih dela, navodilih, protokolih in pravilnikih. Ustreznost izvajanja procesov preverjamo z notranjim strokovnim nadzorom in notranjimi presojami oz. na način, ki je opredeljen v internih standardih dela, navodilih, protokolih in pravilnikih.

7.2 PROCESI POVEZANI Z ODJEMALCI

7.2.1 Določitev zahtev v zvezi s storitvijo

Bolniki pridejo v PBB na podlagi:

- napotnice,
- naročila na ambulantni pregled,
- urgentno.

Bolnike z napotnico za sprejem v bolnico pregleda zdravnik v sprejemni ambulanti in poda odločitev, ali je potrebna nastanitev v bolnišnici. Za bolnike, ki so sprejeti v bolnišnico, odgovorni zdravnik vodi postopek diagnostike in zdravljenja v skladu s strokovnimi smernicami. Osebe zdravstvene nege izvajajo ustrezne aktivnosti v skladu s standardi zdravstvene nege.

Bolnik v okviru možnosti sodeluje z zdravnikom pri odločitvah o postopku diagnostike in / ali zdravljenja.

Bolnik, ki je naročen na ambulantni pregled, mora upoštevati navodila o pripravi na obravnavo, ki mu jih ob naročilu po potrebi posreduje osebe bolnišnice oz. zdravnik (npr. jemanje zdravila v primeru kontrole koncentracije zdravila v krvi).

Poseben postopek določitve zahtev glede storitev poteka s plačnikom storitev, to je ZZSZ, ki ga izvaja vodja poslovnega področja skupaj z direktorjem.

7.2.2 Pregled zahtev v zvezi s storitvijo

Vsi bolniki, ki pridejo na obravnavo v PBB kot dogovorjeni, naročeni ali nenaročeni, se ob prihodu zglasijo v sprejemni pisarni. Izjema so bolniki, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč.

Če je plačnik storitev zavarovalnica, so za nadaljnjo obravnavo potrebni naslednji dokumenti:

- veljavna napotnica
- veljavna kartica zdravstvenega zavarovanja.

Če je plačnik storitve organizacija, s katero je PBB sklenila posebno pogodbo o sodelovanju:

- veljavna kartica zdravstvenega zavarovanja oz.
- dogovorjeni dokument.

Če bolnik nima urejenega zdravstvenega zavarovanja oz. možnosti plačila je samoplačnik, za opravljeno storitev izdamo račun.

7.2.3 Komuniciranje z odjemalci

Komunikacija z bolniki poteka:

- preko pisnih in ustnih navodil bolnikom,
- preko spletne strani PBB – »Informacije za paciente in svojce« ,
- e-pošte,
- preko informacijskih tabel (panojev),
- z anketiranjem bolnikov,
- z obravnavo pripomb, pohval, pritožb,
- z informacijami v brošurah, zloženkah.

Komuniciramo tudi s sorodniki, z zavarovalnico, ki je plačnik večine naših storitev, s strokovno javnostjo in s širšo družbeno skupnostjo.

Komunikacija s strokovno javnostjo poteka na področju znanstveno-raziskovalnega dela in izobraževanja v okviru »Strokovnih srečanj v Begunjah«.

Podrobneje je postopek ravnanja v primeru pritožb opredeljen v internem pravilniku Zahteva za prvo obravnavo kršitev pacientovih pravic.

7.3 SNOVANJE IN RAZVOJ

Točka 7.3 Snovanje in razvoj je iz Poslovnika kakovosti opuščena, ker ni povezana z našo dejavnostjo.

7.4 NABAVA

7.4.1 Proces nabave

Skrbnik procesa nabave je služba za JN in nabavo, ki jo vodi pomočnik direktorja za poslovno področje. Slednji pa je odgovoren direktorju. Pri izvedbi procesa sodelujejo:

- Naročniki,
- vodje oddelkov in enot, ki so odgovorni za odobritev naročil,
- vodja lekarne, ki v sodelovanje z osebo, odgovorno za javna naročila, izvaja postopke javnih naročil za zdravila, potrošni material ter izdelke za področje zdravstvene nege,
- vodja enote za tehnično službo za potrošni in tehnični material.

Postopek nabave oz. izbora dobavitelja izvajamo v skladu z zakonom o javnih naročilih in internimi navodili za naročanje.

7.4.2 Informacije za nabavo

Informacije za nabavo morajo opisovati storitve ali materiale na nedvoumen način. Strokovne karakteristike opredeljujejo predstavniki posamezne stroke. Za opis strokovnih zahtev in kriterijev izdelkov ter storitev, ki jih kupujemo, so odgovorni uporabniki (vodje notranjih organizacijskih enot). Informacije za nabavo posredujejo preko računalniškega programa Saop v skladu z internimi navodili.

7.4.3 Overjanje nabavljenih proizvodov

Količinski prevzem izvede referent za javna naročila oziroma zaposleni v enoti lekarne za zdravila. Kakovostni prevzem (vhodna kontrola) vedno izvede nabavna služba, ki pridobi tudi vso potrebno dokumentacijo o predmetu naročila.

Na podlagi posameznih dobav skrbniki pogodb oz. naročniki izvajajo spremljanje dobaviteljev. Letne rezultate posredujejo skrbniku procesa. Skrbnik procesa nabave rezultate smiselno upošteva pri določanju novih pogodb ali naročil. Naročniki pa ugotovitve upoštevajo pri določitvi strokovnih kriterijev za nabavo.

7.5 IZVEDBA STORITEV v PBB

7.5.1 Obvladovanje izvedbe storitev

Osnovne storitve v PBB izvajamo s temeljnimi procesi:

- bolnišnični obravnavi in celostni oskrbi bolnikov,
- ambulantni obravnavi bolnikov,
- dnevni bolnišnici
- urgentni ambulantni.

Posamezne aktivnosti v sklopu teh storitev so medsebojno zelo prepletene. Ključni dokumenti, ki opisujejo izvajanje procesov so diagrami procesov. Za posodobitve skrbijo skrbniki procesov in Služba za kakovost in razvoj.

7.5.2 Validacija procesov za izvedbo storitev

Navodila za izvedbo validacije so podana v navodilih za delo. V kuhinji so postopki validacije določeni s HACCP načrtom.

7.5.3 Identifikacija in sledljivost

S postopki identifikacije in sledljivosti omogočamo nedvoumno:

- identifikacijo bolnikov in spremne dokumentacije, vezane na postopke njihovega zdravljenja in diagnostike (BIRPIS),
- identifikacijo izvajalcev storitve (BIRPIS),
- identifikacijo vzorcev in njihove spremne dokumentacije ter ostale dokumentacije, vezane na rezultate vzorcev, poslanih v pogodbeni laboratorijih (BIRPIS),
- identifikacijo storitev in dokumentacije, vezane na izvedbo storitev (BIRPIS),
- identifikacijo materialov in storitev, ki se uporabljajo v temeljnih in podpornih procesih,
- sledljivost do vseh drugih dejavnikov, ki so lahko kakorkoli vplivali na izvedbo bolnišničnih storitev (BIRPIS),
- identifikacijo in sledljivost naročil in izvedenih storitev v procesu Celostne obravnave pacienta in procesu 24 – urno zagotavljanje zdravstvene nege.

7.5.4 Lastnina odjemalcev

S podatki o bolniku in njegovem zdravstvenem stanju, ki jih pridobimo v času zdravljenja oz. obravnave ravnamo v skladu z zakonom o varovanju osebnih podatkov.

Podatke o obravnavi in zdravljenju pacientov hranimo v skladu s postopki, opisanimi v Navodilu zaposlenim v zvezi s pravico pacienta do seznanitve z lastno zdravstveno dokumentacijo in v Navodilu zaposlenim v zvezi seznanitvijo z zdravstveno dokumentacijo umrlih pacientov.

Hospitalizirani bolniki, predajo v hrambo osebju zdravstvene nege osebno lastnino in dokumente. Ob tem osebje zdravstvene nege poskrbi za izpolnitev obrazca (Potrdilo) za shranjevanje denarja v času zdravljenja. Podrobneje so pravila določena v klinični poti Potek sprejema bolnika na oddelek bolnišnice po pregledu v sprejemni ambulanti ter v standardu zdravstvene nege Sprejem bolnika na oddelek.

7.5.5 Ohranitev proizvoda, varnost pacientov in informiranje o izvedbi storitev

Pomemben element v obravnavi pacienta je zagotavljanje postopkov varnosti. Na eni strani jih razumemo kot ustrezno informiranost pacienta, na drugi kot zagotavljanje pripomočkov za njegovo varnost in okolje (čakalnice, ambulanta idr.), v katerem ne bi prišlo do poslabšanja njegovega stanja.

V času obravnave pacienta zdravniki in drugi izvajalci storitev (služba za delovno terapijo, služba za socialno delo, služba za klinično psihologijo) zagotavljajo ustrezno informiranje pacientov o postopkih, ki bodo izvedeni.

V nekaterih primerih, ki jih določa zakonodaja, je bolnika mogoče napotiti in/ali zadržati v bolnišnici tudi brez njegove privolitve. Gre za takšna bolezenska stanja, ko je zdravljenje v bolnišnici nujno, pacientu pa duševna motnja onemogoča, da bi svojo bolezen in s tem nujnost zdravljenja pravilno prepoznal. Za takšne primere ukrepov brez privolitve pacienta imamo opredeljene postopke, ki so opisani v klinični poti Praktična izvedba nekaterih postopkov, ki jih predpisuje zakon o duševnem zdravju.

Z vidika zaščite in varnosti pacienta smo definirali in izvajamo vrste postopkov KOBO. Infrastrukturno pa prilagajamo rešitve dostopa in prostorov tako, da poskušamo zagotoviti vse varnostne vidike.

Kot proizvodi se v PBB pojavljajo tudi različni vzorci odvzeti za preiskave, zdravila, medicinski materiali, prehranski proizvodi ipd, ki zahtevajo ustrezno ravnanje (npr. hladna veriga) kot ga določa proizvajalec in ustrezen nadzor nad roki uporabnosti. To zagotavljamo z rokovanjem in upoštevanjem navodil proizvajalca, imamo pa tudi določene postopke ravnanja in transporta vzorcev.

Skladnost proizvodov (nabavljeni proizvodi) ohranjamo z ustreznim skladiščenjem, pravilno izdajo proizvodov iz skladišča (FIFO metoda) in občasnim nadzorom nad stanjem zalog in kakovostjo proizvodov (letne inventure).

7.6 OBVLADOVANJE NADZORNIH IN MERILNIH NAPRAV

Nadzorne in merilne naprave uporabljamo:

- v bolnišnični in ambulantni obravnavi za ugotavljanje in spremljanje zdravstvenega stanja bolnikov,
- v procesih zagotavljanja ustrezne oskrbe z vodo, procesih sterilizacije,
- pri hrambi zdravil, transportu vzorcev ipd.

Za vse nadzorne in merilne naprave zagotavljamo, da so ustrezno nadzorovane, imajo ustrezna navodila in so pod metrološkim nadzorom, kar je razvidno iz Seznamov merilne opreme, ki je vključen v Navodilo o upravljanju z merilno in medicinsko opremo. Pooblaščen oseb je odgovorna za pravočasno izvedbo postopkov (overitve, kalibracije, validacije, tehnične kontrole, preventivni pregledi) in vzdrževanje zapisov o izvedbah.

Oprema je prepoznavna po nedvoumni identifikacijski oznaki, ki je lahko:

- inventarna številka
- serijska številka
- tip opreme, tovarniška oznaka

Status ustreznosti opreme je razviden iz oznake in/ali informacijskega sistema (register osnovnih sredstev, register drobnega inventarja) in spremljajoče dokumentacije. Oprema, ki ni kalibrirana ali je v okvari in se zato ne sme uporabljati, je označena z oznako ali shranjena na mestu, določenem za opremo, ki ni v uporabi. Za označitev ali hrambo na ustreznem mestu je zadolžen skrbnik opreme. Opremo, ki ni več uporabna oziroma je zaradi okvare trajno neuporabna, odpisemo v skladu z internimi navodili.

V primeru dvoma v pravilno delovanje merilne in nadzorne opreme, mora skrbnik zagotoviti dodatno preverjanje ali kalibracijo oziroma preveriti pravilnost njenega delovanja o čemer mora voditi zapise.

8. MERJENJE, ANALIZE IN IZBOLJŠEVANJE

8.1 SPLOŠNO

Z namenom zagotoviti skladnost z zahtevami in pričakovanji odjemalcev naših storitev izvajamo reden nadzor nad izvajanjem naših storitev, periodično ugotavljamo zadovoljstvo hospitaliziranih in ambulantnih bolnikov bodisi neposredno ali skozi posredno določene kazalce. Izhodišče za vse aktivnosti predstavlja Pravilnik o internem strokovnem nadzoru.

8.2 NADZOROVANJE IN MERJENJE

8.2.1 Zadovoljstvo odjemalcev

Zadovoljstvo bolnikov ter njihovih spremljevalcev spremljamo z obdelavo podatkov o predlogih, pripombah in pritožbah, ki jih sporočijo v času prisotnosti v PBB in se zbirajo ter obdelujejo v Službi za kakovost. Pritožbe, ki se nanašajo na proces zdravljenja in diagnostike obravnavamo v skladu z internim navodilom.

Zadovoljstvo ugotavljamo tudi z anketiranjem bolnikov, ki so bili hospitalizirani. Za izvajanje ankete in obdelavo podatkov skrbi pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege.

Mnenja in pripombe na naše delo dobimo tudi iz ugotovitve zdravstvenega inšpektorja ali inšpekcijskega nadzora zavarovalnic.

8.2.2 Notranja presoja

Z izvajanjem notranjih presoj ugotavljamo učinkovitost izvajanja sistema vodenja kakovosti ter ustreznost politike in ciljev kakovosti. Notranje presoje planiramo in izvajamo glede na pomembnost in ugotovljeno stanje sistema kakovosti v danem področju.

Presojo izvedemo najmanj enkrat letno po vseh elementih sistema vodenja kakovosti. Presojo za določene elemente sistema kakovosti po potrebi načrtujemo tudi večkrat letno, glede na kritičnost in ugotovljene šibkosti v izvajanju sistema vodenja kakovosti.

Osnova za izvajanje presoje je program notranje presoje, ki ga pripravi skrbnik sistema vodenja kakovosti, odobri pa direktor. V presoje so imenovani kompetentni notranji presojevalci. Presojo lahko izvajajo le usposobljeni in s področja, v katerem se presoja izvaja, neodvisni presojevalci. Presojevalci morajo opraviti usposabljanje s področja vodenja in izvajanja notranjih presoj. V kadrovski službi se hranijo dokazila o usposobljenih notranjih presojevalcih.

Presojevalci so prejemniki odobrenega programa presoj. Na osnovi le-tega se dogovorijo z odgovorno osebo presojanega področja za datum in uro izvedbe notranje presoje.

Presojevalci izvajajo presojo s pomočjo opomnika notranje presoje, ki ga presojevalci pripravijo pred izvajanjem presoje in hkrati služi kot zapisnik notranje presoje

Po končani presoji presojevalci pripravijo Poročilo/zapisnik o notranji presoji za področje, kjer so presojo izvajali. Zapisnik, ki temelji na zapisanih priporočilih, neskladnostih in kjer je mogoče že o predlaganih in usklajenih ukrepih, posredujejo skrbniku sistema vodenja kakovosti. Poročilo je podlaga za pregled sistema vodenja kakovosti s strani vodstva. Predstavlja tudi osnovo za pripravo naslednje presoje in preverjanje učinkovitosti izvedenih korektivnih ali preventivnih ukrepov.

8.2.3 Nadzorovanje in merjenje procesov

Nadzorovanje in merjenje procesov spremljamo na osnovi:

- podatkov BIRPIS-a oz. poslovnega informacijskega sistema.
- ugotovitev strokovnih nadzorov
- izrednih internih strokovnih nadzorov
- notranje revizije.

Status kontroliranja je razviden skozi status v informacijskem sistemu BIRPIS in s podpisi odgovornih oseb na delovnih dokumentih in zapisih. Strokovni in izredni strokovni nadzori se izvajajo skladno s Pravilnikom o strokovnih nadzorih.

Rezultate procesov opredeljujejo kazalniki uspešnosti in učinkovitosti:

- Realizacija delovnega programa (ležalna doba, zasedenost postelj,...)
- Realizacija in analiza izplačanih plač (ure in zneski)
- Ekonomski rezultati poslovanja
- Finančni rezultati (bilanca stanja, izkaz prihodkov in odhodkov, likvidnost)
- Realizacija finančnih sredstev za nabavo oprave in ostalih osnovnih sredstev
- Kadrovske kazalci (stanje kadra, izobrazbena struktura zaposlenih, zadovoljstvo zaposlenih, izobraževanje, fluktuacija, absentizem,...)
- Kazalci o dobaviteljih (ocenjevanje sposobnosti in zadovoljstva dobaviteljev, reklamacije nabavljenih proizvodov,...)
- Kazalci o bolnikih (ocenjevanje zadovoljstva bolnikov, pritožbe in pohvale).

PBB poroča o kazalnikih uspešnosti in učinkovitosti (Letno poročilo in Poročilo strokovne učinkovitosti, kakovosti in varnosti. Na osnovi ugotovitev nadzorovanja in spremljanja procesov v primeru nedoseganja ciljev določamo popravne ali korektivne ukrepe, ki so zbrani v Planu strokovne učinkovitosti.

8.2.4 Nadzorovanje in merjenje storitev

Ustreznost izvajanja storitev preverjamo z oblikami notranjega strokovnega nadzora, kjer se usmerjamo tudi v preglede izidov obravnave pacientov in izdane napotnice. Ključne kazalnike o izvedenih storitvah in izidih obravnave bolnikov vključujemo v letno poročilo.

Storitve spremljamo z osnovnimi kazalniki. Na osnovi ugotovitev nadzorovanja in spremljanja storitev v primeru nedoseganja ciljev določamo korekcije ali korektivne ukrepe. Ti so razvidni iz zapisnikov sestankov, kjer so ugotovitve obravnavane.

8.3 OBVLADOVANJE NESKLADNIH PROIZVODOV (STORITEV)

V postopkih izvajanja različnih kontrol, nadzorov in spremljanj našega dela (interni strokovni nadzor, redno spremljanje dela, periodični pregledi rezultatov poslovanja, notranje revizije, notranje presoje) lahko ugotovimo določene neskladnosti. Te kažejo na odstopanje od opredeljenih postopkov dela. Neskladnosti so lahko izražene tudi kot pritožbe strank in ugotovitve različnih inšpekcij in nadzorov s strani ZZS.

Ravnanje v primeru ugotovljenega odstopanja v času izvajanja procesa, delovnih postopkov ali odpovedi opreme

Oseba, ki ugotovi odstopanje, o tem takoj obvesti svojega predpostavljenega. Ta glede na pomembnost in obseg odklona ustrezno odreagira. To pomeni, da odstopanje odpravi oziroma poda ustrezna navodila za odstranitev odstopanja. O takšnem odstopanju se Pripravi Poročilo o varnostnem dogodku.

Odgovorna oseba ovrednoti pomembnost odstopanja. Glede na oceno ali obstaja možnost škode za pacienta ali zaposlenega, ponavljanja nastalega odstopanja, materialne posledice ali druge možne neugodne posledice, določi korektivne ali preventivne ukrepe z namenom odpravljanja vzrokov odstopanja v skladu s točko 8.5.2 tega poslovnika. V primeru določitve korektivnih ali preventivnih ukrepov ravna po postopkih, določenih v nadaljevanju tega poslovnika.

Ravnanje v primeru ugotovljenih neskladnosti pri notranjih in zunanjih presojah sistema vodenja kakovosti

V organizacijskih enotah, kjer so ugotovljene neskladnosti, vodja vsake organizacijske enote odstopanje obravnava z odgovornimi izvajalci. Pri tem opredeli potrebne aktivnosti za odpravo ugotovljenih neskladnosti.

Ravnanje v primeru ugotovljenih neskladnosti na osnovi pritožb bolnikov ali svojcev

Odstopanja, ki jih ugotovimo na osnovi pritožb pacientov, obravnavamo v skladu z navodilom za prevzem pohval in pritožb iz nabiralnikov.

Ravnanje v primeru ugotovljenih neskladnosti v procesih diagnostike in zdravljenja

Odstopanja pri postopku diagnostike in zdravljenja obravnavamo po postopku izrednega internega strokovnega nadzora, ki ga določa Pravilnik o internem strokovnem nadzoru (2025).

Ravnanje v primeru ugotovljenih neskladnosti, ki so posledica neustreznega znanja in / ali obvladovanja veščin zaposlenih

Odstopanja, ki so posledica neustreznega znanja in/ali obvladovanja veščin, odpravljamo tako, da vodja zaposlene napoti na ustrezno usposabljanje ali pa načrtuje ustrezno usposabljanje na osnovi letnega plana.

8.4 ANALIZA PODATKOV

Z namenom ugotavljanja ustreznosti in učinkovitosti sistema vodenja kakovosti smo določili podatke, ki jim moramo posvetiti posebno pozornost. Analiza teh podatkov nam omogoča oblikovati korektivne ali preventivne aktivnosti bodisi zato, da preprečujemo odstopanja ali izboljšujemo naš način delovanja. Analiza mora vključevati najmanj podatke o:

- izvedenih notranjih in zunanjih presojah, ocenjevanjih ali pregledih,
- zadovoljstvu, pritožbah bolnikov in njihovih sorodnikov, spremljevalcev
- plačnikov, zaposlenih
- realizaciji FN, letnega programa dela (podatki o procesih in storitvah)
- dobaviteljih (ocenjevanje dobaviteljev, reklamacija dobaviteljev),

Podatke prikazujemo, kjer je le mogoče na način, da so razvidni trendi. Taki prikazi nam omogočajo preventivno ukrepanje.

Spremljamo tudi morebitne druge podatke, pomembne za uvajanje izboljšav kot so:

- Ekonomskih pogojih in rezultatih poslovanja
- Finančno poslovanje (bilanca stanja, izkaz prihodkov in odhodkov)
- Kadri (stanje kadra, izobrazbena struktura)
- Realizaciji delovnih ur in analiza odsotnosti
- Nabavi osnovnih in ostalih sredstev
- Vzdrževanje infrastrukture (preventivno, korektivno – odpovedi/defekti, investicijsko vzdrževanje).

8.5 IZBOLJŠEVANJE

8.5.1 Nenehno izboljševanje

Uspešnost našega delovanja izboljšujemo z določanjem ustrezne politike in ciljev kakovosti, z zagotavljanjem usposabljanj zaposlenih, na osnovi analize rezultatov notranjih presoj in notranjega strokovnega nadzora in revizije, z vodstvenimi pregledi, izvajanjem korektivnih in preventivnih ukrepov ter predlogi za izboljšave s strani zaposlenih.

8.5.2 Korektivni ukrepi

Postopke korektivnih ukrepov izvajamo z namenom, da odstranimo vzroke za odstopanja in tako preprečujemo ponavljanje odstopanj. Odgovoren za izvajanje korektivnih ukrepov na področju celotnega sistema kakovosti je direktor. Na nivoju oddelkov in enot pa njihovi vodje.

V primeru ugotovljenih neustreznih storitev ter na osnovi obravnavanj:

- poročil o pritožbah (mnenjih) bolnikov, njihovih sorodnikov, zaposlenih, plačnikov, napotnih zdravnikov,
- poročil o izvedenih kontrolah in nadzorih (vodstveni pregled, varnostne vizite, interni strokovni nadzor, zunanji strokovni nadzor, ...),
- idej zaposlenih,
- izvedenih notranjih in zunanjih presojah,

odgovorni vodje, po potrebi tudi ostali sodelavci analizirajo odstopanje in oblikujejo korektivne ukrepe.

Vodja določi nosilca in rok izvedbe korektivnega ukrepa in spremlja učinkovitost izvedenega korektivnega ukrepa. Korektivni ukrepi se zapisniško evidentirajo, v zapisniku o pregledu sistema vodenja kakovosti ali zapisov rednih sestankov.

8.5.3 Preventivni ukrepi

Z namenom preprečevanja potencialnih možnosti za nastanek odstopanj oz. neskladnosti izvajamo preventivne ukrepe. Preventivne ukrepe načrtujemo na osnovi prepoznanih možnosti za pojav odstopanj (tveganj).

Tveganja so ocenjena:

- a) na poslovnem področju, kar je opredeljeno v Samoocenitvenem vprašalniku notranjega nadzora javnih financ,
- b) na področju tveganj na delovnem mestu za zaposlene, kar je opredeljeno v Izjavi o varnosti z oceno tveganja,
- c) na področju koruptivnih dogodkov, kar je opredeljeno v Načrtu integritete,
- d) na področju procesa celostne obravnave pacientov in izhajajočih procesov pa je opredeljeno v Opisih procesov. V teh so določeni potrebni ukrepi za preprečevanje varnostnih ukrepov.

V primeru prepoznanih tveganj vodstvo določi potrebo po izdelavi načrta ukrepanj z namenom preprečevanja nastanka odstopanj ali ublažitev posledic v primeru neizogibnosti nastanka odstopanja. Določi oz. imenuje skupino ali posameznika ter rok v katerem je potrebno pripraviti načrt preventivnih ukrepov. Najmanj enkrat letno imenovani nosilec izdelava poročilo o uresničevanju načrta preventivnih ukrepov za potrebe vodstvenega pregleda.