

PROGRAM IN LETNO POROČILO KAKOVOST IN VARNOST za leto 2025



Splošna bolnišnica Celje

Predani življenju

Odgovorna oseba:

dr. DRAGAN KOVAČIČ, dr. med.,

direktor Splošne bolnišnice Celje



**PROGRAM IN LETNO POROČILO
KAKOVOST IN VARNOST
za leto 2025**

Celje, marec 2026

KAZALO VSEBINE

Osebna izkaznica izvajalca zdravstvene dejavnosti.....	1
1. Zakonske in druge pravne podlage za pripravo programa in letnega poročila	3
2. Struktura in odgovornosti.....	3
3. Strategija kakovosti in varnosti	4
4. Program in letni načrt za zagotovitev in izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov	5
4.1 Letni cilji namenjeni izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov	8
4.2 Ugotovitve ob spremljanju kazalnikov kakovosti (<i>trend, ukrepi za izboljšanje</i>)	9
4.2.1 Spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (različica 3, julij 2025)	9
4.2.2 Ostali kazalniki kakovosti (kazalniki izida, strukturni kazalniki, kazalniki procesov, ..., primerljivost, ukrepi).....	19
4.3 Razvoj in uporaba kliničnih smernic/ kliničnih poti, standardno operativnih postopkov, dobrih praks, kodeksov	19
4.4 Poročilo o izvedenih notranjih presojah zdravstvene dejavnosti (ukrepi na podlagi ugotovitev)	21
4.5 Poročilo o izvajanju aktivnosti za pridobitev/ ohranitev akreditacijske listine (ukrepi na podlagi ugotovitev)	25
4.6 Poročilo o morbiditetnih in mortalitetnih konferencah (ukrepi na podlagi ugotovitev)	28
4.7 Razvoj in izvajanje internega sistema upravljanja z varnostnimi incidenti.....	29
4.7.1 Poročilo o spremljanju, analizi in ukrepih v primeru varnostnih incidentov	29
4.8 Izvedba strokovnih nadzorov in glavne ugotovitve (prepoznana tveganja, ukrepi).31	
4.9 Aktivnosti namenjene obvladovanju bolnišničnih okužb in smotrne rabe protimikrobnih zdravil (prepoznana tveganja, ukrepi)	34
4.10 Povratne informacije uporabnikov – ankete, pohvale, pritožbe (ukrepi).....	38
4.11 Usposabljanje zaposlenih s področja kakovosti in varnosti	42
4.12 Načrt za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov	43

Osebna izkaznica izvajalca zdravstvene dejavnosti



Oblakova ulica 5, 3000 Celje

Telefon: +386 3 423 30 00

Telefaks: +386 3 423 36 66

Elektronska pošta: info@sb-celje.si

Spletna stran: www.sb-celje.si

Matična številka: 5064716

Davčna številka: 42119022

Datum ustanovitve: 12. 1. 1993

DEJAVNOSTI:

Splošna bolnišnica Celje opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni, in sicer:

- Q86.220 Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost,
- Q86.100 Bolnišnična zdravstvena dejavnost,
- Q86.909 Druge zdravstvene dejavnosti,
- G47.730 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s farmacevtskimi izdelki
- M72.110 Raziskovalna in razvojna dejavnost na področju biotehnologije,
- M72.190 Raziskovalna in razvojna dejavnost na drugih področjih naravoslovja in tehnologije,
- C21.200 Proizvodnja farmacevtskih preparatov,
- D35.119 Druga proizvodnja električne energije,
- D35.130 Distribucija električne energije,
- D35.300 Oskrba s paro in vročo vodo,
- G47.621 Trgovina na drobno s časopisi in revijami,
- G47.622 Trgovina na drobno s papirjem in pisalnimi potrebščinami,
- H49.391 Medkrajevni in drug cestni potniški promet,
- H49.410 Cestni tovorni promet,
- H52.100 Skladiščenje,
- H52.210 Spremljajoče storitvene dejavnosti v kopenskem prometu,
- I56.101 Restavracije in gostilne,
- I56.103 Slaščičarne in kavarne,
- I56.210 Priložnostna priprava in dostava jedi,
- I56.300 Strežba pijač,
- P85.590 Drugo nerazvrščeno izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje,

- R91.011 Dejavnost knjižnic,
- R91.012 Dejavnost arhivov,
- S96.010 Dejavnost pralnic in kemičnih čistilnic,
- S96.021 Frizerska dejavnost,
- S96.022 Kozmetična in pedikerska dejavnost

Temeljna dejavnost: medicinska dejavnost

Skupne dejavnosti: nemedicinska dejavnost

ORGANI SPLOŠNE BOLNIŠNICE CELJE:

- Svet zavoda
 - o 4 predstavniki ustanovitelja,
 - dr. Tomaž Subotič (do 13. 4. 2025),
 - Mojca Kert,
 - Milan Soršak,
 - Anton Zorko,
 - o 1 predstavnik delavcev,
 - Andreja Obrez Mernik (do 10. 9. 2025)
 - Denis Tržan (od 18. 9. 2025)
 - o 1 predstavnik zavarovancev,
 - mag. Melita Vratar,
 - o 1 predstavnik uporabnikov,
 - prim. Jana Govc Eržen (do 11. 9. 2025)
- Direktor
- Strokovni direktor
- Strokovni svet.

VODSTVO:

DIREKTOR

- direktor: dr. Dragan Kovačić, dr. med.

STROKOVNI DIREKTOR

- strokovni direktor: prof. dr. Radko Komadina, dr. med, višji svetnik

POMOČNIKI DIREKTORJA

- pomočnica direktorja za zdravstveno nego: Mateja Podergajs Fijavž, mag. zdr. nege
- pomočnica direktorja za ekonomske zadeve: Barbara Gradišnik, univ. dipl. ekon.
- pomočnica direktorja za pravno in kadrovsko področje: Andrejka Presker Borinc, univ. dipl. prav. (od 1. 2. 2025)
- pomočnik direktorja za tehnično področje: Simon Jevšinek, mag. ekon. in posl. ved (od 1. 2. 2025)

1. Zakonske in druge pravne podlage za pripravo programa in letnega poročila

- Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS , št. 102/2024, v nadaljnjem besedilu ZZZK)
- Pravilnik o zahtevah za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št.39/25 in 41/25 – popr, v nadaljnjem besedilu Pravilnik o kompetencah)
- Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025_(Uradni list RS, št. 13/25, 56/25 in 110/25, v nadaljnjem besedilu Uredba)
- Metodološka navodila za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (različica 3, julij 2025)
- Smernice za vzpostavitev modela kakovosti in varnosti obravnave pri izvajalcih socialno varstvenih storitev v pristojnosti Ministrstva za solidarno prihodnost in dolgotrajne oskrbe

2. Struktura in odgovornosti

Predstavnik vodstva za kakovost je:

- Damjana Medved Arbeiter, univ. dipl. prav.

Pooblaščen osebe za varnost pacientov so:

- Katja Kračun, dipl. med. s.,
- Matejka Štravs, dipl. med. s., univ. dipl. org. in
- Barbara Klančnik, d. med., specialistka ginekologije in porodništva.

Komisijo za kakovost in varnost pacientov sestavljajo:

- Damjana Medved Arbeiter, univ. dipl. prav., predsednica komisije,
- Janja Pajk, dr. med., članica,
- Iwona Ewa Kosi, dr. med., članica,
- Barbara Klančnik, dr. med., članica,
- Lucija Novak, dipl. m. s., članica,
- Mateja Podergajs Fijavž, mag. zdr. nege, članica,
- Andreja Slatinek, dipl. varn. inž., članica,
- Rok Sitar, inž. el., član,
- Jure Bračun, mag. farm., član.

3. Strategija kakovosti in varnosti

Strateški cilj kakovosti in varnosti je zagotoviti sistematično, načrtno in stalno izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Celje (v nadaljevanju: SB Celje), v skladu z:

- Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 102/24, 111/25 – ZDIUPZ, v nadaljevanju: ZZKZ),
- nacionalnimi strategijami kakovosti in varnosti,
- mednarodnimi strokovnimi smernicami in dobrimi praksami,
- poslanstvom in vizijo Splošne bolnišnice Celje.

Program temelji na kulturi varnosti, učenja iz napak, transparentnosti in osredotočenosti na pacienta in vključuje:

- učenje iz varnostnih incidentov brez kulture krivde,
- vključevanje zaposlenih v izboljšave,
- odločanje na podlagi podatkov in kazalnikov kakovosti,
- nenehno izboljševanje procesov (PDCA pristop)
- prepoznavanje in vzpodbujanje dobrih praks.

SB Celje zagotavlja kakovost in varnost na podlagi naslednjih temeljnih načel:

- Načelo učinkovitosti, s ciljem, da se doseže optimalno razmerje med učinki zdravstvene obravnave in z njo povezanimi postopki in stroški ob upoštevanju človeških, materialnih, organizacijskih in ekonomskih dejavnikov.
- Načelo uspešnosti, ki pomeni doseganje želenih in standardnih izidov zdravstvene obravnave na osnovi na dokazih temelječe zdravstvene obravnave, ki se jo doseže z dosledno uporabo raziskovalnih izsledkov, kompetenc zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ustreznih virov in vrednosti zdravstvene obravnave za paciente,
- Načelo osredotočenost na pacienta in njegove potrebe, ki vključuje spoštovanje pacientovih pravic, vrednost, stališč, mnenje, čustev in potreb ter njegovega soodločanja in sodelovanja v procesu zdravstvene obravnave
- Načelo pravočasnosti, ki pomeni dostopnost do potrebnih zdravstvenih storitev v primernem času in spoštovanje pacientovega časa.
- Načelo varnosti zdravstvene obravnave, ki vključuje proaktivno upravljanje s tveganji, ki bi lahko škodovala pacientu z namenom zagotavljanja varne zdravstvene obravnave pacienta in namenom preprečevanja nastanka škode
- Načelo enakopravnosti pri zdravstveni obravnavi, ki pomeni primerno zdravstveno obravnavo glede na potrebe pacienta brez diskriminacije za prebivalstvo pa univerzalni dostop do zdravstvenega varstva.
- Načelo integriranosti zdravstvenega varstva, ki se nanaša na usklajevanje različnih zdravstvenih storitev in izvajalcev.

4. Program in letni načrt za zagotovitev in izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov

V letu 2025 je Splošna bolnišnica Celje (SB Celje) nadaljevala z izvajanjem svoje temeljne zaveze – zagotavljati kakovostno, varno in strokovno utemeljeno zdravstveno obravnavo. Osredotočenost na pacienta, spoštovanje njegovih pravic ter zagotavljanje pravočasnih in učinkovitih zdravstvenih storitev so ostali temeljni vodili našega dela. Leto 2025 je ponovno potrdilo, da pacienti pričakujejo jasne informacije, spoštljivo komunikacijo, vključevanje v odločanje ter visoko stopnjo varnosti skozi celoten proces obravnave.

Pri tem smo dosledno sledili določbam Zakona o pacientovih pravicah, ki postavlja standarde kakovostne obravnave glede uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, kontinuitete, učinkovitosti, enakopravnosti in osredotočenosti na pacienta (tretji odstavek 11. člena ZPacP). Pomemben okvir za naše delo v letu 2025 je predstavljal tudi Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), ki od izvajalcev zahteva vzpostavitev, izvajanje in redno spremljanje sistemov za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti ter varnosti v zdravstvu. V skladu z določbami ZZKZ smo nadalje okrepili sistematično spremljanje kazalnikov kakovosti, notranje nadzorne mehanizme ter aktivnosti za stalno izboljševanje procesov.

Zaposleni so tudi v letu 2025 vlagali veliko energije v izboljšave in optimizacijo procesov na vseh ravneh delovanja bolnišnice. Krepitev kompetenc, prenos dobrih praks med oddelki ter širjenje kulture varnosti so ostali ključni elementi našega sistema vodenja kakovosti. Pri strateških usmeritvah sta nam bila v pomoč tako Strateško-razvojni program SB Celje 2019–2025 kot Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2023–2031, ki sta omogočila usklajeno načrtovanje aktivnosti in osredotočanje na dolgoročne cilje.

Leto 2025 je zaznamovala tudi okrepljena pozornost na obvladovanje tveganj ter nadzor nad kritičnimi točkami varnosti pacientov. Redne notranje in zunanje presoje, rezultati nadzornih pregledov ter analize varnostnih incidentov so pomembno prispevali k prepoznavanju področij, kjer so bile potrebne takojšnje izboljšave. Ugotovitve teh nadzornih mehanizmov so bile vključene v program ukrepov, ki je prispeval k boljši preglednosti, večji sledljivosti ter bolj usklajenemu izboljševanju procesov. V tem okviru smo izvajali tudi ključne aktivnosti za zagotavljanje informacijske varnosti, saj stabilno in varno delovanje informacijskih sistemov pomembno vpliva na obvladovanje tveganj ter varnost pacientov.

V letu 2025 je v Transfuzijskem centru potekala presoja s strani Ministrstva za zdravje po Pravilniku o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (Uradni list RS, št. 64/2004) za dejavnost Transfuzijske medicine.

Na presoji ni bilo ugotovljenih neskladnosti ali danih priporočil.

Transfuzijski center (v nadaljevanju TC) je v letu 2025 sodeloval v zunanjih kontrolah kakovosti, kot so:

- nacionalna shema kakovosti SNEQAS,
- nacionalna shema zunanje ocene kakovosti eritrocitnih imunohematoloških preiskav ZTM,

- mednarodna shema EDQM,
- mednarodna shema VQC – Viral Quality assesment program.

V vseh shemah smo bili sto odstotno uspešni.

V letu 2025 je bil s strani JAZMP izveden v septembru zgolj redni nadzor izvajanja dejavnosti preskrbe tkiv in celic v sklopu donorskega multiorganskega odvzema na OIIM. Ob tem ni bilo ugotovljenih kritičnih in velikih pomanjkljivosti. Poziv za odpravo pomanjkljivosti, ki je bil določen na datum 31.12.2025 je opisoval predvsem pomanjkljivosti vezane na nepravilno verzijo dokumentov kakovosti ob izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije in nedoslednosti pri zapisih. Postopek še ni zaključen.

11. in 12. 9. 2025 je bila izvedena zunanja presoja delovanja SB Celje v skladu z Mednarodnim akreditacijskim standardom za zdravstvene organizacije AACI V6.0 in s standardom ISO 9001:2015, ki je potrebna za ohranitev pridobljenih certifikatov.

Na osnovi uradnega poročila, ki vsebuje 16 manjših neskladij, smo pripravili in izvajali načrt korektivnih ukrepov, ki je bil sprejet s strani akreditacijske hiše AACI. Podrobno poročilo je podano v točki 5.3.4.5.

Decembra 2024 je bil sprejet Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Ur. list št. 102/2024), ki se je pričel uporabljati v letu 2025 in je prinesel novo izhodišče za načrtovanje dela v letu 2025.

V sklopu zagotavljanja kakovosti v predanalitski, analitski in poanalitski fazi laboratorijskega procesa Oddelek za laboratorijsko medicino izvaja vse aktivnosti, potrebne za hitro, učinkovito in kakovostno opravljeno laboratorijsko storitev. Vsi procesi in postopki so sledljivi in dokumentirani v skladu s Pravilnikom o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (Uradni list RS, št. 64/04, 1/16, 56/19, 131/20 in 152/20 – ZZUOOP).

Laboratorijsko delo je večstopenjski proces, pri katerem gre za zaporedje postopkov, od katerih vsak predstavlja možen vir napak. Z evidentiranjem odstopanj spremljamo postopke in letno izračunavamo različne kazalnike kakovosti za vse tri faze laboratorijskega procesa. Za preverjanje analitske faze delovnih procesov izvajamo meritve vzorcev z znanimi koncentracijami (notranja kontrola kakovosti) in se vključujemo v različne sheme zunanje ocene kakovosti, ki nam omogočajo medlaboratorijsko primerjavo.

Z notranjo kontrolo kakovosti vsakodnevno spremljamo laboratorijsko točnost in natančnost rezultatov s pomočjo različnih kontrolnih materialov. Vzorce pacientov analiziramo šele tedaj, ko so vse kontrolne vrednosti za posamezne preiskave v deklariranem območju.

Strokovno delo dodatno potrjujejo certifikati preiskav, ki jih Oddelek za laboratorijsko medicino obnavlja z vsakoletnim sodelovanjem v zunanjih ocenah kakovosti na mednarodni in državni ravni:

- nemške mednarodne neodvisne kontrole kakovosti Referenčnega inštituta za bioanalitiko (RfB) iz Bonna,
- nemške mednarodne neodvisne kontrole kakovosti Inštituta za standardizacijo in dokumentacijo v medicinskih laboratorijih (INSTAND) iz Dusseldorfa,
- mednarodne kontrole kakovosti VQC EQAS,
- nizozemske kontrole kakovosti ECAT,
- angleške kontrole kakovosti RIQAS,
- slovenske nacionalne sheme kakovosti SNEQAS.

Uspešnost sodelovanja v zgoraj navedenih zunanjih ocenah kakovosti v letu 2025 je bila 99,5 % (7 neskladnih rezultatov od 1348 vseh rezultatov).

Ginekološko porodniški oddelek Splošne bolnišnice Celje od leta 1998 ohranja naziv »Novorojenčku prijazna porodnišnica«, ki zavezuje ustanovo, da pri svojem delu spoštuje in udejanja principe »10 korakov do uspešnega dojenja« in »Kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka«.

V letu 2025 smo po načrtovanem planu nadaljevali z internimi izobraževanji. Za vse novo zaposlene smo pripravili individualna izobraževanja, ki so potrebna za delo z nosečnicami in doječimi materami. Prav tako so se zaposleni udeležili zunanjih izobraževanj o dojenju (spletni seminar: Najpogostejše težave pri dojenju: 1 DMS, 1 dipl. babica; Modularni tečaj o dojenju 2 DMS 2 SMS; Simpozij o dojenju v Laškem 1 dipl. babica, 1 SMS, 2 DMS; spletni seminar: Dojenje in vloga zdravstvenih delavcev pri trženju nadomestkov materinega mleka: 1 DMS, 1 dipl. babica). Zunanji izobraževanja se je torej udeležilo 12 zaposlenih.

V letu 2025 smo ob Dnevu varnosti pacientov (september) pripravili tudi predavanje za laično javnost: »Koristi dojenja za mater in otroka«.

Proti koncu leta 2027 je predvideno ponovno zunanje ocenjevanje Ginekološko porodniškega oddelka za ohranitev naziva Novorojenčkom prijazna porodnišnica. Do takrat se bomo trudili z ohranjanjem deleža izključno dojenih otrok in zagotavljanja izobraževanja s področja vodenja dojenja in laktacije za vse zaposlene.

Rezultat se vidi tudi v ohranjanju deleža izključno dojenih otrok.

Način hranjenja odpustu iz bolnišnice	2025
izključno dojenih	53%
delno dojenih	44.1%
Nedojeni*	2,9%

**mati ni želela dojit, nezdržljivost dojenja z materinim zdravstvenim stanjem oz. novorojenček je premeščen takoj po porodu*

V letu 2026 bomo nadaljevali z internimi izobraževanji, načrtujemo tudi krajše praktične delavnice, seveda pa želimo čim več novo zaposlenim zagotoviti udeležbo na 20 – urnem Modularnem tečaju, ki je osnova za delo v »Novorojenčku prijazni porodnišnici«.

Prehranski tim sestavlja skupina strokovnjakov s specialnimi znanji s področja klinične prehrane: zdravnik specialist, diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji iz klinične prehrane, prehranski svetovalec ter na oddelkih odgovorne medicinske sestre za prehrano.

Prehranski tim pri svojem delu sledi izpolnjevanju letnih zastavljenih ciljev.

V letu 2025 je bilo opravljenih **427** prehranskih aktivnosti od tega **152 prehranski obravnave** (17 kliničnih študij in 23 paliativnih prehranskih obravnave) ter **275 prehranskih navodil**.

Prehranske obravnave zajemajo oceno prehranskega stanja (zdravstveno, socialno in prehransko anamnezo, oceno tveganja za podhranjenost in sarkopenijo, oceno telesni meritev in spremljanje dnevnega hranilnega ter energijskega vnosa). Na osnovi ocene prehranskega stanja se sprejemajo odločitve o prehranskih ukrepih, ki lahko zajemajo hrano po navodilu oz. želji, hrano iz nabora standardnih diet ter prehranske dodatke, enteralno ali parenteralno prehrano oziroma zagotovitev vzpostavitve prehranske poti (sonde, PEG).

Opravljenе so bile tudi **prehranske kontrole**, ki služijo kot podlaga za evalvacijo ciljev ter korekcijo prehranskih ukrepov. Prehranska obravnava je pokazala, da lahko učinkovito pripomore k izboljšanju zdravstvenega stanja pacientov in izida bolezni. Pacienti, ki so bili deležni prehranske obravnave, se jim je stanje ob prehranski intervenciji, izboljšalo.

Prav tako je bila izvedena edukacija novo zaposlenih in usposabljanje vseh zaposlenih v zdravstveni negi glede prehranske obravnave pacientov ter s posameznimi specifičnimi temami kot so sarkopenija, prehrana pri kroničnih ranah in poznavanje prehranskih orodij. Opravljena je bila tudi edukacija za zdravniške time z naslovom Odpoved prebavil pri pacientu.

V letu 2025 so bile izvedene delavnice za usposabljanje zaposlenih v Službi za prehrano iz področja dietne prehrane.

Prehranski tim v letu 2025 sodeloval tudi v kliničnih študijah, ki potekajo v naši bolnišnici.

V letu 2025 se je DMS s specialnimi iz klinične prehrane vključila v delo paliativnega tima z znanji iz področja klinične prehrane.

Ambulanta za klinično prehrano še ne deluje, zaradi pomanjkanja kadra. Kljub temu so bili vsi ambulantni pacienti obravnavani v posameznih specialističnih ambulantah.

Vsaka prehranska obravnava oz. prehranska kontrola je bila zabeležena v obliki **prehranskega izvida**.

Zunanja kontrola kakovosti je v okviru sheme zagotavljanja kakovosti NEQAS, za področje splošne imunohistologije in imunocitologije ter področje ER/PR receptorjev pokazala naslednjo uspešnost laboratorijev:

- Za področje citologije: 81,25%
- Področje splošne patologije: 85%
- Hormonski receptorji ER/PR (estrogen/progesteron): 80/81 %

V Službi za preskrbo s perilom smo v letu 2025 imeli 6. 8. 2025, redno letno kontrolo po RAL GZ 992/1. Kontrola je bila, kot vsako leto, izvedena s strani Raziskovalnega inštituta Hohenstein. Zahteve, definirane po RAL GZ 992/1 kot predpostavke za strokovno nego objektnih in gospodinjskih tekstilij, so bile izpolnjene.

V teku leta 2025 smo zaključili označitev delovnih oblačil zaposlenih z RFID čipi in tako prvič izvedli inventuro bolniškega perila in delovnih oblačil z RFID čitalci čipov. Inventura s čitalci se je pokazala kot hitrejša, učinkovitejša in neobremenjujoča za zaposlene na oddelkih.

4.1 Letni cilji namenjeni izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov

V SB Celje smo načrtovali 44 letnih ciljev od katerih je bilo 17 ciljev usmerjenih v neposredno zagotavljanje kakovosti in varnosti pacientov.

V letu 2025 smo postopke dela uskladili z določili Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), ki se je pričel uporabljati 18. 3. 2025. ZZKZ celovito ureja temelje za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu in predstavlja nadgradnjo dosedanjega sistema kakovosti. Kot osnovno nalogo vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti določa vzpostavitev sistema upravljanja (ki je v SB Celje vzpostavljen že od leta 2011 dalje) in ravnanja s kakovostjo na podlagi načel kakovosti, izvajanje aktivnosti nenehnega izboljševanja kakovosti, vključno z varnostjo zdravstvene obravnave in zdravstvenih storitev, stalen razvoj in merjenje kulture varnosti,

stalno izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na paciente, vključno z izvajanjem razvojnih projektov za izboljševanje kakovosti, redno usposabljanje vseh zaposlenih s področja kakovosti, obveščanje ter druge naloge. Zdravstvene obravnave je potrebno izvajati v skladu s kliničnimi smernicami, za postopke zdravljenja pa oblikovati svoje klinične poti.

Že v letu 2024 smo z uvedbo modula kakovost BC, ki omogoča elektronsko izdelavo in potrjevanje dokumentov kakovosti, pomembno nadgradili sistem vodenja kakovosti, izboljšali zanesljivost, zmanjšali tveganja za napake in postavili temelje za učinkovitejše izvajanje ZZKZ. V letu 2025 pa smo pospešili proces digitalizacije dokumentov kakovosti. V sistem sta se aktivno vključila tudi Transfuziološki center in Oddelek za laboratorijsko medicino, ki sta imela pred uvedbo digitalnega sistema vodenja dokumentov kakovosti vsaka svoj ločen sistem. V letu 2025 je imela SB Celje 2530 objavljenih dokumentov kakovosti, od tega jih je bilo v letu 2025 v digitalni obliki na novo izdelanih, sprejetih in objavljenih 1057.

4.2 Ugotovitve ob spremljanju kazalnikov kakovosti (*trend, ukrepi za izboljšanje*)

4.2.1 Spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (različica 3, julij 2025)

V letu 2025 smo na podlagi Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje in obsegu sredstev za leto 2025 (Uradni list RS, št. 13/2025), priloga devet, vključili na novo določene kazalnike kakovosti za spremljanje kakovosti in varnosti, in sicer naslednje:

1. Učinkovitost dela v operacijskem bloku
2. Kolonizacija z MRSO
3. Razjede zaradi pritiska
4. Padci
5. Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)
6. Kultura varnosti
7. Okužba kirurške rane
8. Higiena rok
9. Z zdravjem povezana kakovost življenja bolnika (EQ-5D-5L)
10. Oxford Hip Score
11. Oxford Knee Score

Spremljali smo, analizirali in na tri mesece poročali o kazalnikih kakovosti v skladu z metodološkimi navodila za kazalnike kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto objavljenim februarja 2025.

Kazalnik kakovosti 1. Učinkovitost dela v operacijskem bloku

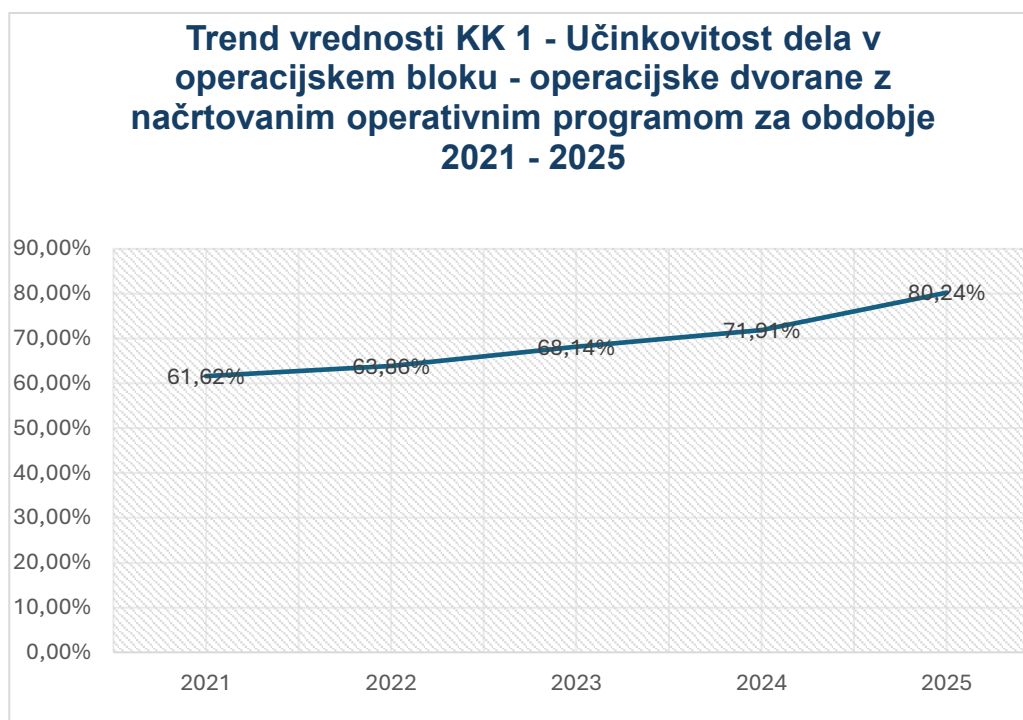
Ministrstvo za zdravje je v letu 2024 objavilo nova metodološka navodila za kazalnike kakovosti v zdravstvu, v katerih so opredelili učinkovitost dela v operacijskem bloku kot kazalnik kakovosti 1. V novih navodilih so tudi opredelili, da po novem spremljamo v tem kazalniku kakovosti pod zasedenost operacijske dvorane vsoto minut prisotnosti pacienta v operacijski dvorani v opazovalnem obdobju – torej po novem spremljamo čas pacientovega prihoda in čas pacientovega odhoda iz operacijske dvorane. Posledično smo morali v bolnišnični informacijski sistem Birpis21 pričeti z vnašanjem dveh novih časov pri operacijah, in sicer pričeli smo z beleženjem časa prihoda pacienta v in odhoda pacienta iz operacijske dvorane, ki pa je po našem mnenju vsekakor bolj objektiven pokazatelj izkoriščenosti operacijskih dvoran.

Kot obratovalni čas smo po stari metodologiji upoštevali 390 minut za posamezno operacijsko dvorano, po novem pa upoštevamo obratovalni čas 420 minut v dopoldanskem času.

	2021	2022	2023	2024	2025
Vsota minut prisotnosti pacientov v operacijski dvorani v opazovanem obdobju (Čas pacientovega odhoda iz OP dvorane: čas 11 – čas pacientovega prihoda v OP dvorano: čas 3)	439.890	521.914	574.507	655.657	794.622
običajni obratovalni čas OP dvorane v opazovanem obdobju (izraženo v minutah)	713.895	817.245	843.180	911.745	990.360
število načrtovanih (elektivnih) kirurških posegov v opazovanem obdobju	7.038	8.514	9.365	8.452	9.403
število izvedenih načrtovanih kirurških posegov v opazovanem obdobju	6.694	7.995	8.958	8.094	9.022
število odpadlih načrtovanih operacij	344	519	407	358	381
število izvedenih urgentnih kirurških posegov (spremljamo v t.i. mešanih OP)	436	399	399	147	135

Kazalnik	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika
1.1 Zasedenost operacijske dvorane	61,62%	63,86%	68,14%	71,91%	80,24%
1.2 Delež odpadlih načrtovanih posegov	4,89%	6,10%	4,35%	4,24%	4,05%
1.3 Delež urgentnih operacij glede na izvedene načrtovane posege	6,51%	4,99%	4,45%	1,82%	1,50%

KK1 – Učinkovitost dela v operacijskem bloku spremljamo za 15,5 operacijskih dvoran (OP009 deluje le polovični delovni čas), od tega jih deluje 11,5 v sklopu anestezije. V okviru tega kazalnika spremljamo ČAS prihod in odhod pacienta iz operacijske dvorane za operacije izvedene v rednem delovnem času med 7. in 15. uro od ponedeljka do petka.



Še vedno dajemo poudarek analiziranju izkoriščenosti operacijskih dvoran na vsakodnevni koordinaciji. Kot dober rezultat dnevnega poročanja in ustreznega ukrepanja se kaže izboljšanje samega načrtovanja operativnega programa. Podrobno analiziranje odpadlih operacij je pokazalo, da načrtovane operacije odpadajo večinoma sled urgentnih operacij. Poglavitna težava je v tem, da urgentne operacije izvajamo še vedno v istih prostorih kot elektivne operacije. V letu 2025 smo prav tako posvečali veliko pozornosti v smislu boljšega planiranja načrtovanih operacij in na ta način nekoliko zmanjšali delež odpadlih načrtovanih operacij, natančneje za 0,19% v primerjavi z letom poprej.

Tudi za leto 2025 še vedno prikazujemo podatke za ambulantne kirurške posege ločeno, čeprav po novi metodologiji poročamo ministrstvu za vse operativne posege skupaj.

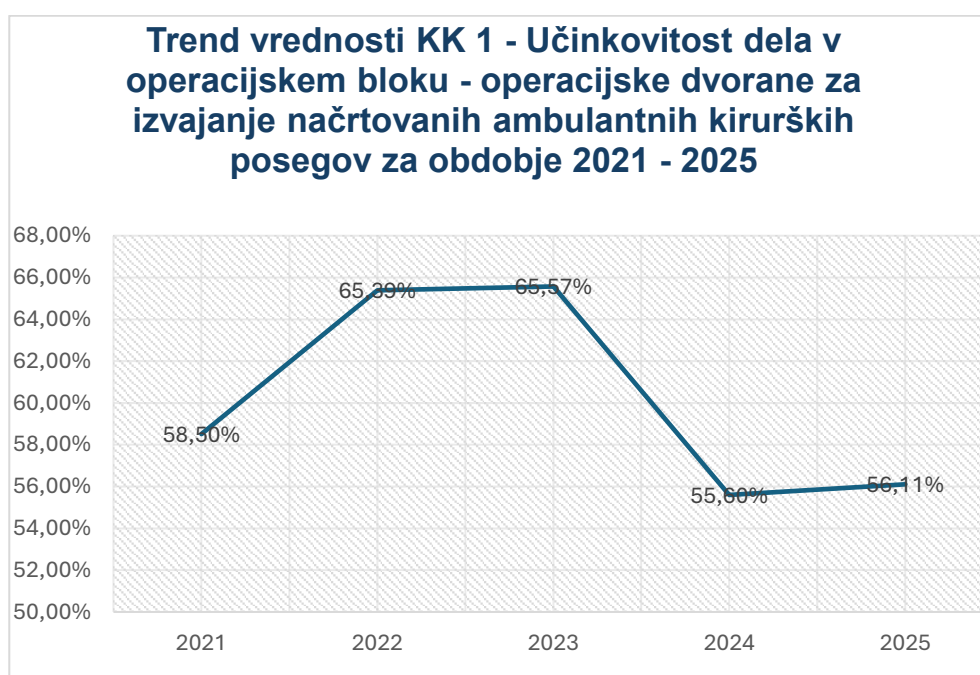
AMBULANTNI POSEGI

1. Učinkovitost dela v operacijskem bloku (OP)	2021	2022	2023	2024	2025
Vsota minut prisotnosti pacientov v operacijski dvorani v opazovanem obdobju (Čas pacientovega odhoda iz OP dvorane: čas 11 – čas pacientovega prihoda v OP dvorano: čas 3)	146.711	177.632	184.378	180.473	155.114
običajni obratovalni čas OP dvorane v opazovanem obdobju (izraženo v minutah)	250.770	271.635	281.190	324.600	276.465
število načrtovanih (elektivnih) kirurških posegov v opazovanem obdobju	7.965	8.322	9.321	10.627	8.551
število izvedenih načrtovanih kirurških posegov v opazovanem obdobju	7.953	8.299	9.298	10.546	8.407

število odpadlih načrtovanih operacij	12	23	23	81	144
število izvedenih urgentnih kirurških posegov (spremljamo v t.i. mešanih OP)	14	14	15	19	11

Kazalnik	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika	Vrednost kazalnika
1.1 Zasedenost operacijske dvorane	58,50%	65,39%	65,57%	55,60%	56,11%
1.2 Delež odpadlih načrtovanih posegov	0,15%	0,28%	0,25%	0,76%	1,68%
1.3 Delež urgentnih operacij glede na izvedene načrtovane posege	0,18%	0,17%	0,16%	0,18%	0,13%

Podrobno analiziranje ambulantnih operacijskih posegov je pokazalo, da načrtovani posegi pogosto odpadajo zato, ker bolniki ne pridejo na naročen poseg. V letu 2025 nam je porasel delež načrtovanih odpadlih operacij za nekaj manj kot 1%.

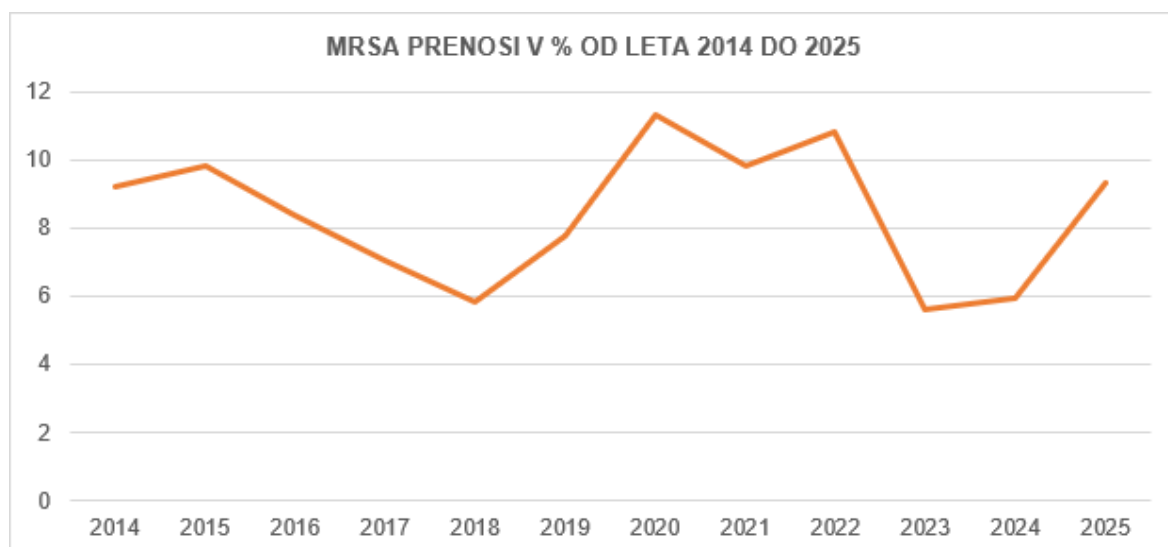


Ta kazalnik prikazujemo tudi skupaj za vse operacijske dvorane z načrtovanimi operativnimi posegi – torej za leto 2025 je vključenih v poročanje 16 operacijskih dvoran.

V spodnjem grafu prikazujemo kazalnik kot celoto – torej skupaj prikazujemo izkoriščenost operacijskih dvoran za vseh 16 operacijskih dvoran in ugotavljamo porast kazalnika za nekaj več kot 7% v primerjavi z letom poprej.

Kazalnik kakovosti 2. Kolonizacija z MRSA

Tudi v letu 2025 smo izvajali merjenje kazalnika kakovosti Kolonizacija z MRSA s ciljem zmanjšanja števila evidentiranih prenosov multirezistentnih bakterij v času hospitalizacije.



Iz podatkov o spremljanju KK MRSA je razvidno, da so se kolonizacije tekom hospitalizacije leta 2025 v primerjavi z letom 2024 povečale za 3,35 %. Večji delež prenosa pripisujemo vse večjemu razkoraku med izolacijskimi kapacitetami in številom pacientov, pri katerih smo ugotovili prisotnost večkratno odpornih bakterij (MRSA, ESBL+, VRE, CRE, CARb in CRPs).

Kazalnik kakovosti 3. Razjede zaradi pritiska (RZP/PZP)

V letu 2025 je bilo na oddelkih obravnavanih 594 pacientov s poškodbo zaradi pritiska, v letu 2024 pa 603. V 206 primerih (leta 2024:222) je razjeda nastala v bolnišnici. Incidenca kazalnika v bolnišnici pridobljenih RZP/PZP v primerjavi z letom 2024, ko je znašala 0,685, je bila v letu 2025 nižja in je znašala 0,67.

Pri 388 pacientih je bila razjeda prisotna že ob sprejemu (v letu 2024 je bilo 381). Incidenca kazalnika RZP/PZP prisotnih ob sprejemu v letu 2025 znaša 1,15, kar je nekoliko nižje v primerjavi z letom 2024, ko je znašala 1,175.

Kazalnik prevalence skupnega števila vseh RZP/PZP ima vrednost 1,937 in se je nekoliko poslabšal v primerjavi z lanskoletnim, ko je bil 1,86.

Opazovalno obdobje	Leto								
Leto	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
skupno število pacientov, ki so bili sprejeti s RZP/PZP in število pacientov, ki so RZP/PZP pridobili v bolnišnici	149	547	536	526	406	432	526	603	594
vsi sprejeti pacienti z izključitvenimi kriterij, kot izhaja iz metodologije	24.026	24.691	27.845	23.913	23.425	24.839	30.288	32.417	30.665
1. kazalnik - Prevalenca RZP/PZP v bolnišnici	0,62	2,215	1,925	2,2	1,733	1,739	1,737	1,86	1,937

število pacientov, ki so RZP/PZP pridobili v bolnišnici	49	205	174	160	140	157	151	222	206
vsi sprejeti pacienti z izključitvenimi kriterij, kot izhaja iz metodologije	24.026	24.691	27.845	23.913	23.425	24.839	30.288	32.417	30.665
2. kazalnik - Incidenca v bolnišnici pridobljenih RZP/PZP	0,204	0,83	0,625	0,669	0,598	0,632	0,499	0,685	0,67
število pacientov, ki so imeli RZP/PZP že ob sprejemu v bolnišnico	100	342	362	366	266	275	375	381	388
vsi sprejeti pacienti z izključitvenimi kriterij, kot izhaja iz metodologije	24.026	24.691	27.845	23.913	23.425	24.839	30.288	32.417	30.665
3. kazalnik - Incidenca RZP/PZP ob sprejemu v bolnišnico	0,416	1,385	1,3	1,531	1,136	1,107	1,238	1,175	1,15

Raziskave po svetu in podatki iz SB Celje kažejo, da se največ novonastalih poškodb zaradi pritiska pojavi na oddelkih intenzivne medicine. Na njihov nastanek vplivajo vazoaktivna zdravila, kritično zdravstveno stanje pacientov ter neustrezna prehranjenost. Ker se v bolnišnici zdravi veliko število starostnikov, ki so težje pokretni, smo v letu 2024 zagotovili tudi blazine, ki so nam v pomoč za pravilno nameščanje pacientov in preprečujejo nastanek PZP. V letu 2025 smo izvajali ciljno usmerjene ukrepe (oceno ogroženosti ob sprejemu/ premestitvi, prehranski screening, razbremenitev ogroženih delov telesa, uporaba preventivnih oblog). Pri pacientih, ki imajo po oceni Norton 14 točk in manj izvajamo ocena kože 1x dnevno v sklopu jutranje nege, pri oceni 9 in manj pa 3x/dan. Nadzor nad izvajanjem ukrepov ocenjujemo v okviru negovalnih vizit. V letu 2025 so oddelki izvajali analize ukrepov pri novonastalih RZP/PZP. Izvedenih je bilo 75 analiz novonastalih PZP, kjer so sprejeli dodatne korektivne ukrepe. Odstotek opravljenih analiz na število novonastalih PZP je bil 36 %, v letu 2026 smo sprejeli cilj, da jih izvedemo nad 40 % in pozovemo k izvajanju analiz tudi oddelke, ki tega ukrepa še niso začeli izvajati.

Z analizo strokovnih nadzorov ugotavljamo, da se I. stopnja PZP, kjer še ni poškodovana koža in pogosto tudi ne preide v II. stopnjo, ne zabeleži dosledno. Kar lahko *umetno* znižuje pojavnost zgodnjih PZP in otežuje dokazovanje učinkovitosti preventive.

Da bi dokazali učinkovitost preventivnih ukrepov in prikazali število pozdravljenih PZP je potrebno nadgraditi informacijski sistem beleženja PZP. Trenutni bolnišnični informacijski sistem, poleg drugih omejitev (omogoča beleženje le RZP/PZP 1-4 stopnje ne pa 5 in 6). Zato smo pristopili k predlogu za nadgradnjo trenutnega informacijskega sistema, ki bo realiziran v prvi polovici leta 2026.

Ugotavljamo, da **prihaja več pacientov že s prisotnimi RZP/PZP**, kar dviguje skupno prevalenco in kaže na breme iz okolja/DSO/doma ter na kompleksnost starostnikov in nepokretnih. V letu 2025 smo v SB Celje posodobili navodila za svojce preprečevanje poškodb zaradi pritiska. Prav tako smo v letu 2025 pripravili dokument predaja poročilo ZN za patronažno medicinsko sestro, DSO ali druga zdravstvena ustanova, kamor je pacient

premeščen pa podatke o pacientu in RZP/PZP ter oceni kože dobi na strukturiranem dokumentu Obvestilo ZN ob premestitvi ali odpustu. Tako so dobijo vse potrebne informacije za nadaljnjo oskrbo RZP/PZP (status kože, stopnja RZP/PZP, način zdravljenja, pripomočki, prehrana,...) in kontaktno tel. številko oddelka, kjer je bil pacient hospitaliziran, da lahko v primeru dodatnih nejasnosti kontaktirajo MS.

Prav tako smo na področju usposabljanja zaposlenih v ZN v letu 2025 izvedli interno strokovno izobraževanje Preprečevanje poškodbe zaradi pritiska, ki je bilo izvedeno 4x in interno strokovno izobraževanje Oskrba poškodbe zaradi pritiska 1. Skupno število udeležencev je bilo 100.

Kazalnik kakovosti 4. Padci pacientov

V letu 2025 je bilo zabeleženih 252 padcev na 153.955 bolnišnično oskrbnih dni tako, da se je prevalenca vseh padcev zmanjšala na **1,637**, v primerjavi z letom 2024, ko je bilo zabeleženo 257 padcev na 143.443 bolnišnično oskrbnih dni in je prevalenca znašala 1,792. Padec prevalence padcev v 2025 pripisujemo predvsem stalnemu izboljševanju kulture varnosti.

Incidenca padcev hospitaliziranih pacientov s postelje se je v primerjavi z letom 2024, ko je znašala 0,293 (42 padcev), zvišala na 0,344 (53 padcev). Kar gre pripisati verjetno dejstvu, da se je zmanjšalo število ur oviranja pacientov (PVU) kar za 1.95 dneva v primerjavi z letom 2024.

Zabeležili smo 60 padcev s poškodbami, kjer se kot vrste poškodb štejejo manjše posledice za pacienta – odrgnine, modrice, rane, ki jih ni treba šivati, bolečine ob udarcu brez zloma itd. ter hujše posledice za pacienta – rane, ki jih je treba šivati, zlomi kosti, notranje krvavitve, smrt pacienta itd. V primerjavi z letom 2024, ko smo zabeležili 68 padcev s poškodbami, je bilo njihovo število v letu 2025 manjše.

Inciencia padcev pacientov v ambulantni obravnavi – skupaj redna ambulantna obravnava in urgentna ambulantna obravnava na 1000 obravnav, ki je v letu 2024 znašala 0,02 (8 padcev), se je v letu 2025 povišala na 0,03 (12 padcev).

Vrednostni štirih kazalnikov kakovosti, ki jih merimo, so prikazane v spodnji tabeli:

KK 4 Padci pacientov							
Leto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Št. vseh padcev hospitaliziranih pacientov	270	250	226	215	217	257	252
Število bolnišnično oskrbnih dni (BOD) - brez dnevne bolnišnice (EDH/DH)	155.548	137.484	141.436	139.910	145.989	143.443	153.955
4.1 Prevalenca vseh padcev hospitaliziranih pacientov v bolnišnici	1,736	1,818	1,598	1,537	1,486	1,792	1,637
Št. padcev s postelje hospitaliziranih pacientov	38	47	40	45	37	42	53
Število bolnišnično oskrbnih dni (BOD) - brez dnevne bolnišnice (EDH/DH)	155.548	137.484	141.436	139.910	145.989	143.443	153.955

4.2 Incidenca padcev s postelje	0,244	0,342	0,283	0,322	0,253	0,293	0,344
Št. padcev hospitaliziranih pacientov s poškodbami (skupaj*)	1	0	4	0	5	68	60
Št. vseh padcev hospitaliziranih pacientov	270	250	226	215	217	257	252
4.3 Poškodbe pri padcih	0,37	0	1,77	0	2,304	26,459	23,8
Št. padcev pacientov v ambulantni obravnavi					9	8	12
število ambulantnih obravnav (prvi in kontrolni pregledi in obravnave v urgentnih ambulantah) + število diagnostično-terapevtskih posegov v ambulantni obravnavi					400.775	395.208	420.596
4.4. Incidenca padcev v ambulantni					0,022	0,02	0,03

Več kot polovica padcev (57 %) je bila brez posledic. Od 60 padcev hospitaliziranih pacientov s poškodbami, je pri 5 padcih prišlo do hujših poškodb, ki so potrebovale šivanje. Zaposlene smo dodatno opozarjali na potrebo/pomen znižanja višine bolniške postelje na minimum pri vseh pacientih, ki so prepoznani kot rizični, za nastanek padca. Saj s tem preprostim ukrepom padce lahko omilimo in preprečujemo tudi hujše poškodbe pacientov.

Največ padcev se je kot tudi prejšnja leta zgodilo v nočnem času (52 %). Pacienti, ki so padli, so kljub opozorilom medicinskih sester ponoči vstali in se želeli odpraviti sami, brez pomoči na stranišče. Pri dvigu se jim je največkrat, zaradi nenadnega znižanja telesnega pritiska zvrtilo in posledično so zdrsnili ob postelji oziroma padli. Zato smo tudi v letu 2025 pozivali vse medicinske sestre, naj paciente naučijo in opozarjajo na prepotrebno nekaj minutno posedanje, preden vstanejo s postelje, vendar se še vedno pogosto dogaja, da pacienti teh navodil ne upoštevajo.

Tudi v letu 2025 smo opažali, da se ob spremembi pacientovega zdravstvenega stanja ali celo po nastanku padca, v pravilu ne izvede ocena Morse (v rač. programu Birpis) skoraj pri večini pacientov, na kar smo zaposlene v zdravstveni negi dodatno opozarjali na internih, strokovnih predavanjih o preprečevanju padcev kot tudi na sestankih z glavnimi sestrami.

V letu 2025 smo nadaljevali z izobraževanjem zaposlenih in na to temo izvedli 9 predavanj, ki se jih je udeležilo 231 zaposlenih iz področja zdravstvene nege.

Kazalnik kakovosti 5. Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)

V letu 2025 je bilo skupno prijavljenih 19 poškodb z ostrimi predmeti, kar predstavlja znižanje v primerjavi z letom 2024, ko je bilo zabeleženih 21 poškodb, ter povečanje glede na leto 2023, ko je bilo evidentiranih 13 poškodb. Gibanje absolutnega števila prijavljenih dogodkov je treba presojati v povezavi s spremembami v obsegu in strukturi zaposlenih ter z metodološkimi prilagoditvami izračuna kazalnikov.

Vsi ukrepi po poškodbi z ostrimi predmeti so bili izvedeni skladno z veljavnim protokolom, opredeljenim v dokumentu SMP OP-5 ND-4 Ravnanje ob poškodbi z ostrim predmetom/politju

s krvjo/telesnimi tekočinami, kar zagotavlja standardizirano, hitro in varno obravnavo zaposlenih ter zmanjševanje tveganja za posledice poškodb.

Vrednost kazalnika poškodb z ostrimi predmeti je v letu 2025 znašala 0,897, kar pomeni znižanje v primerjavi z letom 2024 (1,012) ter hkrati zvišanje glede na leto 2023 (0,623). Od leta 2023 dalje se skladno s spremenjeno metodologijo spremljanja kakovosti število zaposlenih zdravstvenih delavcev s polnim delovnim časom izračunava kot seštevek zaposlitev po deležih (npr. 100 % zaposlitev = 1, 50 % zaposlitev = 0,5, zaposlitev za 6 ur = 0,75 ipd.), zato je primerjavo vrednosti kazalnika smiselno delati od leta spremembe metodologije naprej.

KK 5 Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)	Leto		
	2023	2024	2025
Število poškodb z ostrimi predmeti na 100 zaposlenih s polnim delovnim časom	0,623	1,012	0,897

Bolnišnica sistematično izvaja preventivne ukrepe na področju varnosti zaposlenih. V okviru uvalnega seminarja za novo zaposlene se redno izvajajo izobraževanja s področja preprečevanja poškodb z ostrimi predmeti, pravilnega rokovanja z medicinskimi pripomočki ter ustreznega ukrepanja ob morebitni poškodbi. Zaposleni so seznanjeni tako z organizacijskimi kot tudi z osebnimi varovalnimi ukrepi, kar prispeva k večji kulturi varnosti v delovnem okolju.

Poleg izobraževanja bolnišnica pretežno uporablja in nabavlja varne igle ter druge varnostno izboljšane medicinske pripomočke, s čimer dodatno zmanjšuje tveganje za nastanek poškodb z ostrimi predmeti.

Kazalnik kakovosti 6 Kultura varnosti

Kazalnik kakovosti – Kultura varnosti je rezultat varne zdravstvene obravnave pacienta, ki odraža raven kulture varnosti zaposlenih in varnost procesov ter učinkovitost izboljševanja klinične prakse. Je odraz kakovostno in varno izvedenih temeljnih procesov ter varnosti vseh podpornih procesov in okoliščin, ki vplivajo na kakovost in varnost zdravstvene dejavnosti.

Kazalnik je bil uveden v letu 2023 in se od takrat spremlja na podlagi sklopov varnostnih incidentov (prej: odklon), opredeljenih v metodološkem navodilu za kazalnike kakovosti v zdravstvu, določenem z Uredbo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev. V letih 2023 in 2024 se je kazalnik izračunaval kot število vseh sporočenih varnostnih incidentov pri zdravstveni obravi pacientov na 1.000 obravnavanih pacientov (ambulantni pregledi, bolnišnična zdravljenja in diagnostični postopki).

V letu 2025 se kazalnik spremlja in poroča ločeno za bolnišnično in ločeno za zunajbolnišnično zdravstveno obravnavo. Podatki se zbirajo iz informacijskega sistema za sporočanje varnostnih incidentov, ki je dostopen vsem zaposlenim.

KK 6 Varnostna kultura	Leto
	2025
Kultura varnosti v zunajbolnišnični obravnavi - Število sporočenih varnostnih incidentov pri zunajbolnišnični zdravstveni obravnavi pacientov na 1.000 obravnavanih pacientov.	0,26
Kultura varnosti v bolnišnični obravnavi - Število sporočenih varnostnih incidentov pri bolnišnični zdravstveni obravnavi pacientov na 1.000 obravnavanih pacientov.	3,55

Kazalnik kakovosti 7 Okužba kirurške rane

Podatki za ESOKR na NIJZ in kazalnike kakovosti o (kirurških) okužbah za leto 2025 bodo znani, ko bo vzpostavljena ustrezna tehnična informacijska podpora za direktno zbiranje in izvoz podatkov iz Birpisa.

Kazalnik kakovosti 8. Higiena rok

V letu 2025 smo izvajali merjenje kazalnika kakovosti higiena rok v obdobju spomladanskem in jesenskem obdobju. Vrednosti kazalnika kakovosti redno spremljamo. Z rezultati vsakega obdobja seznanimo vse zaposlenim.

KK 8 Higiena rok		Leto					
	Opis kazalnika	2020	2021	2022	2023	2024	2025
8.1. Doslednost higiene rok v enotah intenzivne terapije	Odstotek priložnosti za higieno rok, pri katerih je bilo dejanje tudi izvedeno	*93,2 %	86,7 %	88,5 %	90,4 %	89,5 %	88,1%
8.2. Doslednost higiene rok v vseh ostalih oddelkih		*86,9 %	84,5 %	82,8 %	83,2 %	81 %	82,3%
*Spremljanje higiene rok je zaradi epidemije COVID19 potekalo le v prvem polletju leta 2020 in 2021							

Rezultati merjenja skladnosti higiene rok tako v intenzivnih enotah kot na oddelkih so primerljivi z letom 2024. S spremljanjem kazalnika kakovosti bomo nadaljevali tudi v letu 2026.

Kazalniki kakovosti:

9. Z zdravjem povezana kakovost življenja bolnika (EQ-5D-5L)

10. Oxford Hip Score

11. Oxford Knee Score

so se v letu 2025 uporabljajo samo na področju endoprotetike.

Kazalnike zbira Register endoprotetike Slovenije (RES). Podatki iz registra za leto 2025 v času priprave letnega poročila še niso bili na voljo, zato realizacije tega kazalnika ni bilo mogoče ovrednotiti.

KK Čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka (+65)

V bolnišnico je bilo leta 2025 sprejetih 319 bolnikov zaradi zloma kolka, od tega je bilo znotraj 48 ur po sprejemu operiranih 184 bolnikov. Vrednost kazalnika v letu 2025 ni dosegla ciljne vrednosti 0,59.

KK ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA	Opis kazalnika	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka (65+)	Delež pacientov, sprejetih v bolnišnico zaradi zloma kolka, operiranih znotraj 48-ih ur po sprejemu	0,560	0,591	0,604	0,647	0,571	0,591	0,603	0,571	0,577

Doseganje želene ravni bo mogoče le z uvedbo celovitega ortogeriatričnega modela zdravljenja, ki dokazano izboljšuje izide zdravljenja starostnikov z zlomi kolkov.

4.2.2 Ostali kazalniki kakovosti (kazalniki izida, strukturni kazalniki, kazalniki procesov, ..., primerljivost, ukrepi)

V letu 2025 spremljanje ostalih kazalnikov kakovosti, ki presegajo obveznosti iz veljavne uredbe, ni bilo načrtovano, zato ti kazalniki niso bili sistematično spremljani.

4.3 Razvoj in uporaba kliničnih smernic/ kliničnih poti, standardno operativnih postopkov, dobrih praks, kodeksov

V letu 2025 smo pripravili 3 nove klinične poti (prva verzija), in sicer:

- NEO KP-11 Diagnostika in zdravljenje pljučnic, ki jih povzročata *Mycoplasma pneumoniae* ali *Chlamydia pneumophila*
- NEO KP-12 Obravnava otroka z vročinskimi krči
- NEO KP-15 Scabies

Poleg tega smo aktivno posodabljali dokumente kakovosti in pripravljali nove. Skupno smo jih sprejeli in objavili **1030**. Z uvedbo elektronskega dokumentnega sistema BusinessConnect smo v sistemu vodenja dokumentov kakovosti prešli na brezpapirno poslovanje, ki omogoča hitro in kakovostno pripravo ter sprejemanje dokumentov kakovosti.

Področje	Pravilnik	Organizacij ski predpis	Klinična pot	Standardni operativni postopek	Negovalni/ operativni standard	Navodilo za delo	Obrazec	Priloga	Protokol	Zunanji dokument	Skupno
	PR	OP	KP	SOP	NS/OS	ND	OB	P	PT	ZUN	
FRS - Ekonomsko področje							1				1
GIN - Ginekološko porodniško medicinsko področje						1	1				2
IKT - Informacijsko komunikacijska tehnologija							2				2
LAB - Oddelek za laboratorijsko medicino		1		7			1	2			11
LEK - Lekarniška dejavnost		5				3	16	7			31
NEO - Neoperativno medicinsko področje			3				2				5
NUK - Nuklearno medicinska diagnostika						3	3				6
OPE - Operativno medicinsko področje		2		1			4	2			9
PAT - Dejavnosti patologije in citologija		1		4		36	30	3			74
RTG - Radiološka dejavnost											0
SIPV - Dejavnost vzdrževanja, preskrbe in investicij		1				1	4				6
SKP - Kadrovsko področje z izobraževanjem	15					9	34	5			63
SMP - Skupno medicinsko področje		4		3		29	78	10	4		128
SPL - Splošno področje		4				22	10	18			54
TC - Transfuzijska dejavnost		2		180			250	139			571
ZN - Področje zdravstvene nege					15		1	2			18
ZUN - Zunanji dokumenti										30	30
OMR - Medicinska rehabilitacija											
URG - Urgentni center											
ZDA - Zdravstvena administracija											
Informacije za paciente							19				19
	15	20	3	195	15	104	456	188	4	30	1030

Krovni dokumenti, ki so bili posodobljeni in/ali sprejeti na novo, so:

Pravilniki:

- SKP PR-47 Pravilnik o notranji poti za prijavo in zaščiti prijaviteljev
- SKP PR-41 Pravilnik o opravljanju dela na domu
- SKP PR-24 Pravilnik o prepovedi kajenja v Splošni bolnišnici Celje
- SKP PR-6 Pravilnik o organiziranosti in organizaciji dela v Splošni bolnišnici Celje
- SKP PR-2 Pravilnik o obvladovanju tveganj
- SKP PR-28 Pravilnik o izvajanju tržne dejavnosti
- SKP PR-27 Pravilnik o delu prostovoljcev v Splošni bolnišnici Celje
- SKP PR-42 Pravilnik o preprečevanju nasilja in trpinčenja na delovnem mestu
- SKP PR-8 Pravilnik o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, kliničnih postopkov in diagnoz
- SKP PR-9 Pravilnik o ravnanju z darili
- SKP PR-51 Pravilnik o poslovanju z zdravstveno dokumentacijo
- SKP PR-44 Pravilnik o izvajanju notranje kontrole in ugotavljanju prisotnosti alkohola, drog ali drugih nedovoljenih substanc ter zdravil, ki lahko vplivajo na psihofizične sposobnosti delavcev v SBC
- SKP PR-40 Pravilnik o nabavnih procesih
- SKP PR-35 Pravilnik o varovanju tajnih podatkov
- SKP PR-50 Pravilnik o sistemizaciji delovnih mest v Splošni bolnišnici Celje

Organizacijski predpis:

- SMP OP-23 Klinična pooblastila
- OPE OP-1 Dejavnost preskrbe s človeškimi tkivi in celicami, namenjenimi za zdravljenje
- SPL OP-6 Urejenost na delovnem mestu
- SPL OP-1 Obvladovanje dokumentiranih informacij
- PAT OP-1 Obvladovanje procesa patološke in citološke dejavnosti
- SMP OP-8 Identifikacija pacienta
- SMP OP-18 Operacijska dejavnost v Splošni bolnišnici Celje
- SPV OP-4 Obvladovanje medicinske opreme

LAB OP-1	Obvladovanje procesa laboratorijske dejavnosti
SPL OP-3	Voditeljstvo
LEK OP-1	Proces oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki
LEK OP-4	Upravljanje z zdravili, ki vsebujejo narkotične in psihotropne snovi
LEK OP-3	Naročanje, transport in prevzem zdravil in medicinskih pripomočkov na oddelku
LEK OP-2	Rokovanje z zdravili in med. pripomočki na med. oddelkih
LEK OP-5	Upravljanje s cepivi
SMP OP-4	Obvladovanje procesa sterilizacije
SMP OP-9	Obvladovanje varnostnih incidentov v zdravstveni obravnavi
TC OP-6	Proces izvajanja transfuzijskih preiskav
TC OP-5	Proces testiranja odvzete krvi
SPL OP-7	Zaščitni ukrepi ter naloge zaščite, reševanja in pomoči v SB Celje

4.4 Poročilo o izvedenih notranjih presojah zdravstvene dejavnosti (ukrepi na podlagi ugotovitev)

Skladno s sprejetim načrtom notranjih presoj smo v letu 2025 izvedli 40 notranjih presoj, na katerih smo pregledali 58 dokumentov vključno s pripadajočimi podrejenimi dokumenti in procesov iz treh skupin procesov – iz skupine poslovnih procesov 20, iz skupine tehničnih procesov 4 in iz skupine medicinskih procesov 32 notranjih presoj. Notranje presoje so bile izvedene v spomladanskem času od 1. 4. do 26. 5. 2025 in v jesensko- zimskem času od 10. 10. do 18. 12. 2025.

Tudi tokrat so notranji presojevalci v okviru ene notranje presoje pregledali ustreznost dokumentiranih informacij (organizacijski predpisi, pravilniki, obrazci, navodila za delo,...) in med najpogostejšimi neskladji so se pojavila slednja:

- neskladja iz predhodnih notranjih presoj niso bila odpravljena v dogovorjenih rokih;
- dokumenti niso bili letno pregledani, posodobljeni ali izdani v veljavnih predlogah;
- objavljeni dokumenti na intranetu niso skladni z dokumentom Obvladovanje dokumentiranih informacij (SPL OP-1) ali nimajo ustreznih oznak in podpisov;
- zaposleni ne ravna vedno v skladu z zapisi v dokumentih, kar se kaže pri izvedbi postopkov (npr. identifikacija pacienta, izvedba negovalnih intervencij, beleženje zdravstvenih storitev);
- podrejeni dokumenti so pomanjkljivi, niso objavljeni ali nimajo aktivnih povezav;
- kazalniki kakovosti procesov so sicer opredeljeni, vendar se ne merijo, ne analizirajo ali uporabljajo za odločanje in izboljšave, kar predstavlja neskladje s sistemom kakovosti;
- register tveganj za posamezne procese ni bil izdelan, posodobljen ali objavljen, kar otežuje sistematično obvladovanje tveganj;
- nekatere proceduralne in organizacijske določbe niso skladne z internimi predpisi;

Omeniti je potrebno tudi dobre prakse in izboljševanje procesov, med katere so notranji presojevalci v letu 2025 umestili slednje:

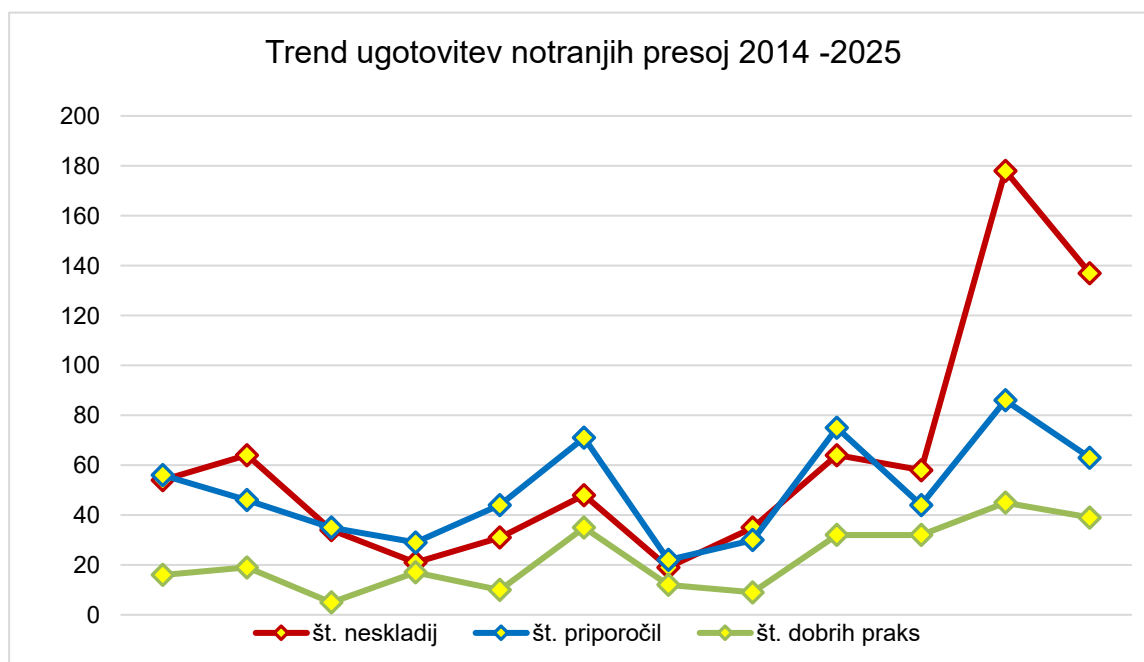
- Dokumentacija s področja obravnave varnostnih odklonov je usklajena med originalnim dokumentom in objavo na intranetu, identična po vsebini in redno revidirana. Sistem evidentiranja skorajšnjih varnostnih odklonov je vzorno urejen in sistematično voden v Registru tveganj.

- Zbiranje, evidentiranje in analiza podatkov o varnostnih odklonih po oddelkih in sektorjih je urejeno pregledno in dosledno, kar omogoča spremljanje trendov posameznih kazalnikov skozi večletno obdobje.
- Uvajanje storitev, kot so osebna kartica zdravil, farmakoterapijski pregled, pregled uporabe zdravil in brezšivna skrb, predstavlja primer dobre prakse pri zagotavljanju optimizacije in racionalizacije uporabe zdravil in pomembno prispevajo k kakovostnemu in varnemu zdravljenju pacientov.
- V zvezi procesa prehranske obravnave pacienta je zelo dobro pripravljen nov standard, v katerem so bili v celoti upoštevani predlogi ukrepov preteklih notranjih presoj, vključno s posodobitvijo dokumentacije, vzpostavitvijo rednega izobraževanja, sistematičnim vodenjem in posodabljanjem registra tveganj ter uporabo posodobljene strokovne terminologije.
- Poročanje oz. poročilo o rezultatih negovalnih vizit, ki vključuje primerjalne podatke negovalnih vizit vodij oddelkov in nadzornih negovalnih vizit, ugotovitve in ukrepe, predstavlja zgled dobre prakse sistematične analize in nadzora kakovosti.
- Dokumenti s področja ocenjevanja poklicnih kompetenc in usposabljanja zaposlenih in novozaposlenih v zdravstveni negi so redno letno pregledani in ocenjeni kot ustrezni.
- Posodobljen kirurški varnostni kontrolni seznam za operativne posege prispeva k večji varnosti pacientov in standardizaciji postopkov.
- Evidentiranje, analiza napak in incidentov v patološki in citološki dejavnosti poteka dosledno, z opredeljenimi ukrepi in sledljivostjo.
- Evidenca medicinske opreme (približno 3.000 aparatov) je pregledno in celovito vodena, z jasno opredeljenimi roki pregledov, validacij in izvedenimi ukrepi.
- V zvezi dokumenta, ki se nanaša na nadomestno napajanje se redno vodijo evidence dnevni, tedenskih, mesečnih in letnih pregledov ter preizkusi delovanja kritične infrastrukture, pri čemer so sprejeti ukrepi potrjeni s strani odgovornih oseb.
- Zdravstvena dokumentacija pacientov je označena z matičnimi indeksi, kar prispeva k varovanju zaupnosti osebnih in zdravstvenih podatkov pacientov.
- Arhiviranje zdravstvene dokumentacije v notranjih in zunanjih arhivih je urejeno skladno z varnostnimi in zakonskimi zahtevami, z nadzorovanim dostopom in jasno določenimi odgovornostmi.
- Obveščanje glede prepovedi kajenja za paciente in obiskovalce sta urejena skladno s hišnim in požarnim redom, ki sta dostopna na vidnih mestih.
- Dokumentacija vezana na področje dela etične komisije je vzorno urejena in pregledna. Poleg tega so pripravljeni registri tveganj, ki bodo objavljeni na intranetu, kar prispeva k večji preglednosti in obvladovanju tveganj.
- Standardni ukrepi preprečevanja poškodb zaradi pritiska so jasno opredeljeni, dosledno izvajani ter podprti z rednimi analizami, izobraževanji, nadzorom nad izvajanjem standardnih ukrepov za preprečevanje poškodb zaradi pritiska in poročanjem na strokovnih kolegijih.
- Pacientom in svojem so na voljo razumljiva in sistematično pripravljena pisna navodila za preprečevanje poškodb zaradi pritiska v domačem okolju.
- Osebjem zdravstvene nege je na voljo barvna tabela za oceno tveganja za nastanek poškodb zaradi pritiska z lestvico Norton (priloga Protokola standardnih ukrepov preprečevanja poškodbe kože zaradi pritiska).
- Na področju obvladovanja procesa intenzivne interne terapije so vzpostavljena jasna in uporabna navodila za delo zdravstvene nege na OIIM, ki se učinkovito uporabljajo v praksi ter zagotavljajo celovite in ustrezne podatke za letno ocenjevanje zunanjih izvajalcev.

- Na področju obvladovanje procesov nuklearne medicine (diagnostika, zdravljenje in ambulantna obravnava bolezni ščitnice) so zagotovljena sistematične pisne informacije za paciente z razumljivimi navodili in pojasnili, hkrati pa so kritična tveganja jasno opredeljena in sistematično obvladovana v registru tveganj.
- Med presojami postopkov ob transfuziji krvi in komponent krvi je bilo zaznано dobro poznavanje dokumentacije in sodelovanje med pripravljavci in ostalimi zaposlenimi prisotnimi na presoji.
- Pravilnik o obvladovanju tveganj jasno in sistematično opredeljuje sistem in metodologijo procesa obvladovanja tveganj v bolnišnici ter odgovorne osebe. Proces obvladovanja tveganj je vzpostavljen in nadzorovan, kar so v več presojah sistema kakovosti ugotovili in pohvalili tudi zunanji presojevalci.
- Na področju finančnega poslovanja je bilo med notranjo presojo ugotovljeno dobro poznavanje pravilnika in z njim povezanih aktivnosti, kar prispeva k doslednemu in preglednemu izvajanju finančnih procesov.
- Na področju ambulantne in bolnišnične medicinske rehabilitacije je bilo ugotovljeno izboljšanje sistema spremljanja kakovosti, saj se kazalniki kakovosti redno merijo in evidentirajo v letnem poročilu, pripravljeni pa so tudi protokoli in klinična pot za obravnavo pacientov po amputacijah, kar zagotavlja standardizirano in kakovostno oskrbo.
- V laboratorijski dejavnosti so vzpostavljeni sistematični postopki upravljanja dokumentacije, od odvzema in transporta vzorcev do notranjih in zunanjih kontrol kakovosti. Laboratorij sodeluje v mednarodnih shemah kakovosti, kazalniki kakovosti se redno spremljajo, beležijo in analizirajo po letih, kar omogoča preglednost trendov in zagotavlja sledljivost ter kakovost laboratorijskih procesov.
- Obrazci za ravnanje z osebnimi stvarmi in dragocenostmi pacientov so izpolnjeni pregledno in omogočajo učinkovito komunikacijo med oddelki bolnišnice.
- Področje obračuna plač je podprto z rednim pridobivanjem ažurnih podatkov in informacij, kar prispeva k pravilnosti in pravočasnosti obračunov.

Iz sheme notranjih presoj za leto 2025 je razvidno število ugotovljenih neskladij, podanih priporočil ter prepoznanih dobrih praks v presojanih procesih.





Trend ugotovitev notranjih presoj se med leti razlikuje in je med drugim odvisen tudi od števila izvedenih notranjih presoj procesov in skladnosti njihove izvedbe s strani notranjih presojevalcev.

Trend ugotovitev notranjih presoj v letu 2025 odraža stabilizacijo rezultatov ob enakem številu izvedenih notranjih presoj procesov kot v letu 2024 ter dosledni in metodološko poenoteni izvedbi presoj s strani notranjih presojevalcev. V primerjavi s predhodnim obdobjem je bil v letu 2025 zaznan nižji delež ugotovljenih neskladij ter ohranjen poudarek na prepoznavanju dobrih praks in podajanju priporočil za izboljšave.

Ugotovitve notranjih presoj v letu 2025 potrjujejo pozitiven učinek usposabljanja notranjih presojevalcev, izvedenega v letu 2023, ki je prispevalo k večji strokovnosti, doslednosti presojevalskih pristopov ter k bolj enotni interpretaciji zahtev sistema vodenja kakovosti.

V letu 2025 je bila večina ugotovljenih neskladij še vedno povezana z neustrezno urejeno dokumentacijo v skladu z zahtevami sistema vodenja kakovosti. Z uvedbo elektronskega sistema za kreiranje, upravljanje in sledenje dokumentacije v programu BusinessConnect se pričakuje odprava ugotovljenih pomanjkljivosti ter dodatna krepitev skladnosti in sledljivosti dokumentacije v prihodnjem obdobju.



Realizacija ukrepov za odpravo neskladij, ugotovljenih v okviru notranjih presoj, izvedenih v letu 2025, z rokom izvedbe v letu 2025 znaša 76 %. Preostali ukrepi so večinoma v postopku realizacije.

4.5 Poročilo o izvajanju aktivnosti za pridobitev/ ohranitev akreditacijske listine (ukrepi na podlagi ugotovitev)

Dne 11. in 12. 9. 2025 je bila izvedena zunanja presoja delovanja SB Celje v skladu z Mednarodnim akreditacijskim standardom za zdravstvene organizacije AACI V6.0 in s standardom ISO 9001:2015. Presoja je bila izvedena z namenom preveritve skladnosti delovanja zavoda z zahtevami navedenih standardov in je pogoj za ohranitev že pridobljenih certifikatov.

Ekipo presojevalcev je sistematično po standardih pregledala vsa področja delovanja SB Celje in o svojih ugotovitvah izdala pisno poročilo, ki smo ga prejeli 22. 9. 2025. Posamične ugotovitve presojevalcev izhajajo iz konkretnih primerov dela v SB Celje in okoliščin, s katerimi so se presojevalci neposredno seznanili ali so jih sami zaznali v delovnem okolju in procesih ali ob pregledu dokumentacije. Za standarde, kjer ni bilo ugotovljenih neskladij, je bilo potrjeno skladno delovanje.

Presojevalci so v procesu presoje skladnosti delovanja s standardoma AACI in ISO ugotovili naslednjih 16 manjših neskladij:

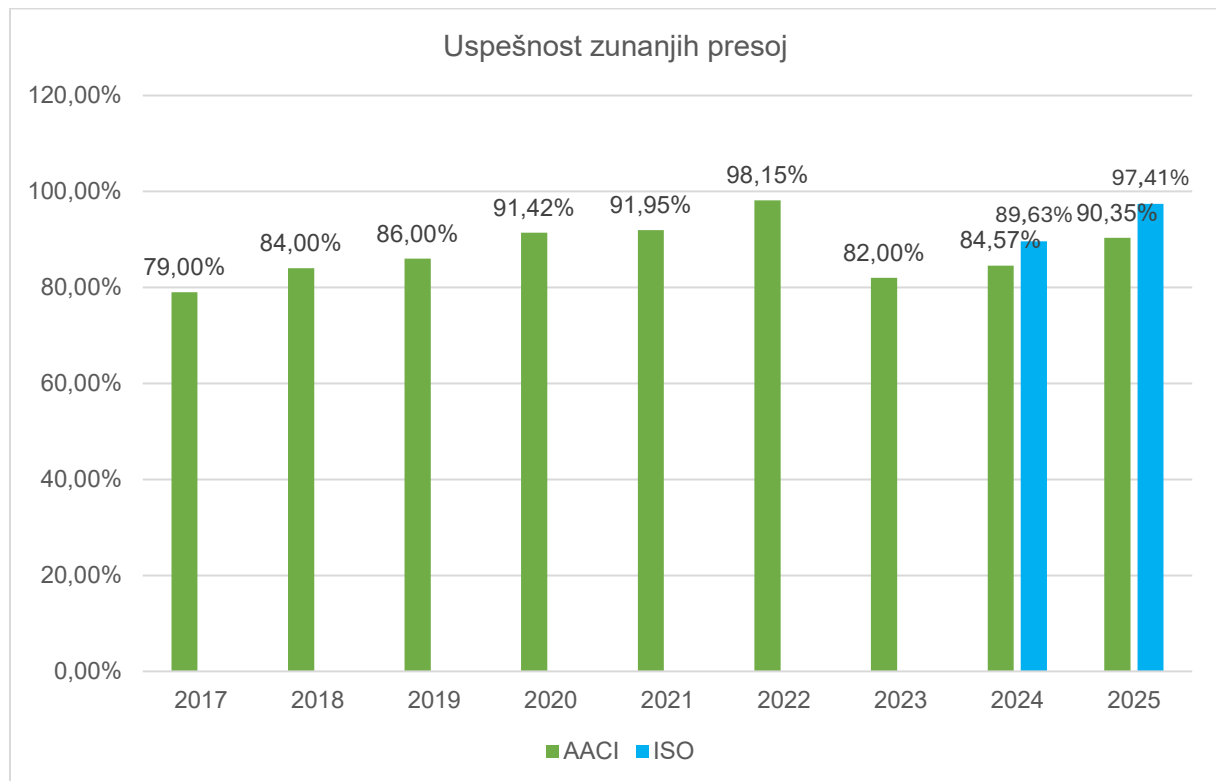
- Objavljenih je več dokumentov, ki niso bili pregledani skladno z navodili: (Klinična pooblastila, SMP ON 004, 26.5.2014, Klinična pot za Angiografijo. OPE KP 01, 7.10.2011).
- Ni bilo podanih dokazil o spremljanju in analiziranju podatkov o učinkovitosti protibolečinske terapije in kršitev pri popisih bolezni.
- Pri pregledu dokumenta Voditeljstvo, SPL OP 003, V:4.0, 1. 9. 2025 so bil predstavljeni kazalniki kakovosti, niso pa opredeljene ciljne vrednosti kazalnikov.

- Ni vzpostavljenega sistema sledljivosti uporabe ventilatorjev, tako da ni mogoče natančno ugotoviti, kateri ventilator je bil uporabljen za točno določenega pacienta.
- Pri pregledu dokumenta Ocenjevanje izvajalcev zdravstvenih storitev, SKP OP 001 OB 01, 24. 8. 2022, je bilo ugotovljeno, da v oceno ni vključeno ravnanje z zdravili: vzorci predpisovanja, trendi, napake in ustreznost.
- Ni dokazil o revidiranju dodeljenih kliničnih pooblastil zdravnikoma, specialistoma pediatrije, za izvajanje ultrazvočne diagnostike srca pri otroku in plodu, ni mogoče razbrati, kdaj so bila klinična pooblastila dodeljena.
- Ni opredeljenih bolnikov z visokim tveganjem niti dokazil za reocenjevanje le teh.
- Na Urološkem oddelku po odhodu 2 zdravnikov in 2 bolniških odsotnosti delo opravlja le 5 specialistov in 1 specializant. Vsakodnevno opravljajo dežurno službo, skrbijo za 3 ambulate, operativo z robotom in urgenco, kar zmorejo le z maksimalno angažiranostjo. Vsak nadaljnji izpad bi ogrozil dejavnost.
- Ni bilo predstavljenih spremenjenih kliničnih pooblastil urologov po odhodu 2 urologov.
- Zaradi pomanjkanja radiologov je okrnjeno izvajanje interventnih radioloških posegov v urologiji. Kadar je postavljena indikacija za interventni radiološki poseg, je potrebno premestiti pacienta v drugo ustanovo.
- Po uvedbi anesteziranja pacientov za kardiokirurške posege klinična pooblastila anesteziologov niso posodobljena.
- Zaradi pomanjkanja zdravnikov radiologov ni možno redno zagotavljati ultrazvočnih preiskav, ustanova pa nima opredeljenih zahtev za učinkovito povezovanje s kliničnimi dejavnostmi.
- Radiološki inženirji nimajo stalno zagotovljene možnost posveta z radiologom ob potrebi usmerjanja radioloških preiskav.
- Med presojo lekarniške dejavnosti so bili narkotiki iz lekarne na oddelke preneseni v prozorni polivinilni vrečki. To je tudi v nasprotju z internimi navodili, ki zahtevajo neopazen in ustrezno zavarovan prenos.
- SB Celje ima v določenih oddelkih pregledane in testirane nizkonapetostne napeljave, na oddelkih, ki niso bili prenovljeni, napeljava ni pregledana. Na oddelku angiologija je nizkonapetostna napeljava starejše izdelave, med tem, ko so bili določeni segmenti napeljave zamenjani oz. je bila napeljava nadgrajena. Med presojo ni bilo pridobljenih dokazil, da je nizkonapetostna napeljava na oddelku angiologija pregledana oz. ustreznih internih dokumentov, z ocenitvijo tveganja, ki bi opredeljevali preglede in teste nizkonapetostnih napeljav ter oddelka angiologija ter podobnih oddelkov, kjer napeljava ni pregledana.
- SB Celje ima sistem vzdrževanja na določenih bolj pomembnih hladilnikih za zdravila (dokazila niso bila pridobljena), merjenje temperature se izvaja preko elektronskega centralnega sistema LabGuard (letna kalibracija), nima pa vzpostavljenega sistema vzdrževanja vseh medicinskih hladilnikov, ki bi zajemal vse medicinske hladilnike, testiranje, vzdrževanje, intervale ter obseg.
- Stenski pretočni ventili za kisik so periodično pregledani in vzdrževani. Pretočni ventili za kisik na tlačnih posodah niso nadzorovani, pregledani in vzdrževani.
- Zaradi nečiste pare se pojavljajo težave s sterilizatorji. Odgovorne osebe sicer pogosteje izbirajo plazma sterilizacijo, kar pa vpliva na stroške in potek sterilizacije.
- Po izlivi vode pred 3 meseci tla v sterilizaciji še zmeraj niso sanirana. Možnost izlitja vode ni opredeljena kot tveganje, čeprav se je to v letu 2025 že dvakrat zgodilo.

Po prejemu ugotovitev smo pripravili odzivni poročili, v katerih smo načrtovali ukrepe za odpravo ugotovljenih neskladij ter rok za njihovo realizacijo. Ukrepi za odpravo manjših

neskladij se bodo izvedli postopno do naslednje zunanje presoje v letu 2026. Odzivni poročili sta bili potrjeni s strani akreditacijske hiše 20. 10. 2025.

Primerjava doseženih rezultatov skladnosti delovanja s standardom AACI pokaže, da smo v letu 2025 z rezultatom 90,35% izboljšali rezultat izpolnjevanja zahtev standarda iz preteklega leta, še vedno pa imamo priložnosti za dodatno izboljšanje. Izboljšan je tudi rezultat po ISO standardu, ki je znašal 97,41 %.

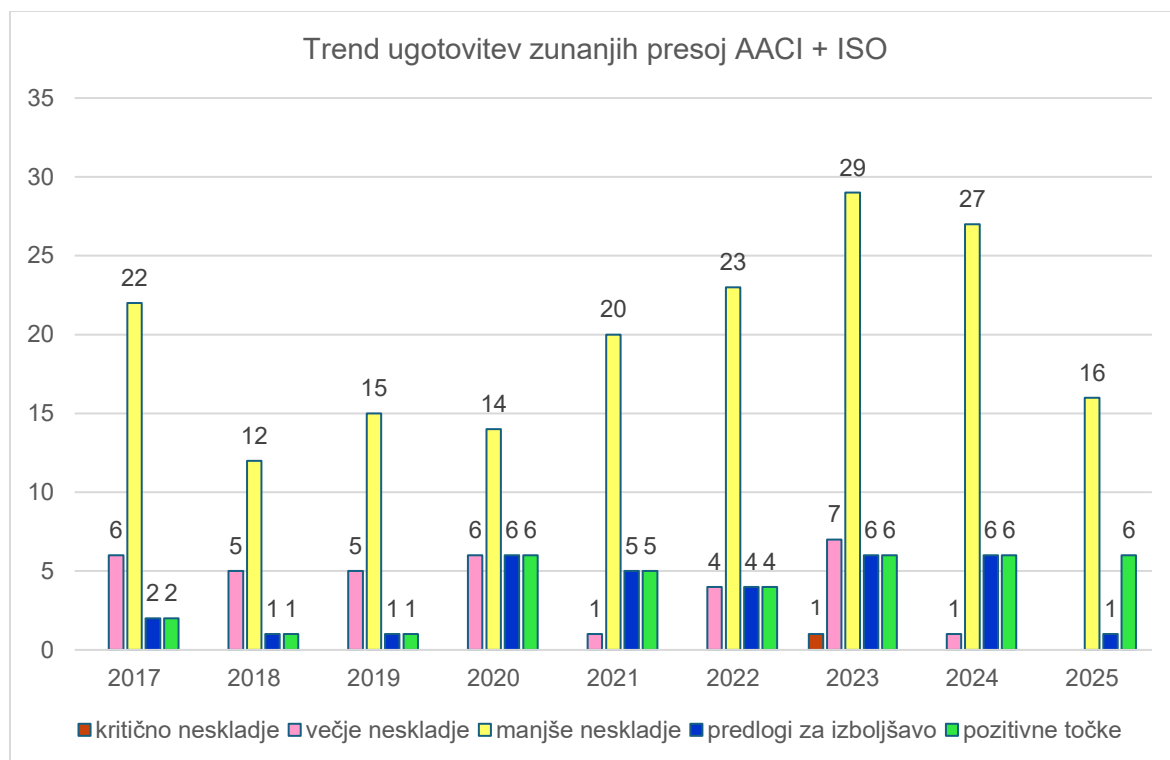


Presojevalci so v svojih komentarjih izpostavili tudi naslednje pozitivne točke:

- Visoko motivirano osebje na njihovem strokovnem področju kot tudi pri razvijanju, izvajanju in vzdrževanju učinkovitega in trajnega sistema vodenja kakovosti.
- Ortopedska šola za paciente pred predvidenim operativnim posegom.
- Matrika za ocenjevanje poklicnih kompetenc in usposobljenosti v zdravstveni negi.
- Barvno kodiranje iv zdravil glede na učinkovino.
- Ohranjanje robotske kirurgije v urologiji.
- Analiza podatkov o uporabi posebnih varovalnih ukrepov in doseženo skrajšanje osamitve pacientov.

Presojevalci pa so podali tudi predlog za izboljšavo in sicer so predlagali digitalizacijo naročilnic za storitve sterilizacije.

V postopku zunanje presoje je bilo ugotovljeno, da sistemi izpolnjujejo potrebne pogoje za potrditev oziroma podaljšanje veljavnosti certifikata sistema vodenja po ISO 9001:2025 in certifikata AACI V6.0 iz leta 2023.



4.6 Poročilo o morbiditetnih in mortalitetnih konferencah (ukrepi na podlagi ugotovitev)

Morbiditetne/mortalitetne (MM) konference izvajamo praviloma vsaj dvakrat mesečno, v letu 2025 jih je bilo organiziranih 18, in sicer smo izvedli 77,78% konferenc, na katerih smo analizirali primere in 22,22% konferenc smo namenili izboljšanju kakovosti samega dela. V sklopu izboljšanja kakovosti samega dela smo namenili kar štiri konference, ki so se nanašale na etiko, komunikacijo in varnost pri delu ter s tem zagotovili udeležencem 6 kreditnih točk na tem področju.

MM konferenc, ki smo jih organizirali na operativnem področju so se udeleževali zdravniki specialisti, kakor tudi specializantje različnih specialnosti, ki so zaposleni v SB Celje, zdravniki pripravniki, študentje in ostali zdravniki, ki delujejo na področju družinske medicine izven bolnišnice. Statistično gledano se je naših konferenc udeleževalo 94,66% zaposlenih v naši ustanovi, medtem ko je ostalih 5,34% udeležencev bilo zaposlenih izven ustanove.

4.7 Razvoj in izvajanje internega sistema upravljanja z varnostnimi incidenti

4.7.1 Poročilo o spremljanju, analizi in ukrepih v primeru varnostnih incidentov

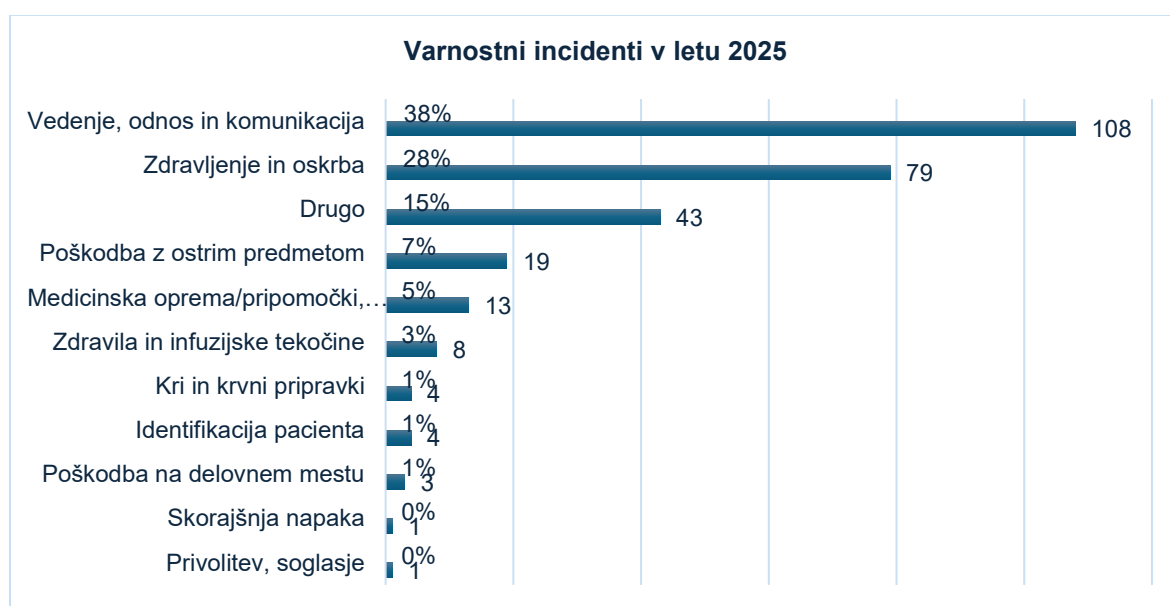
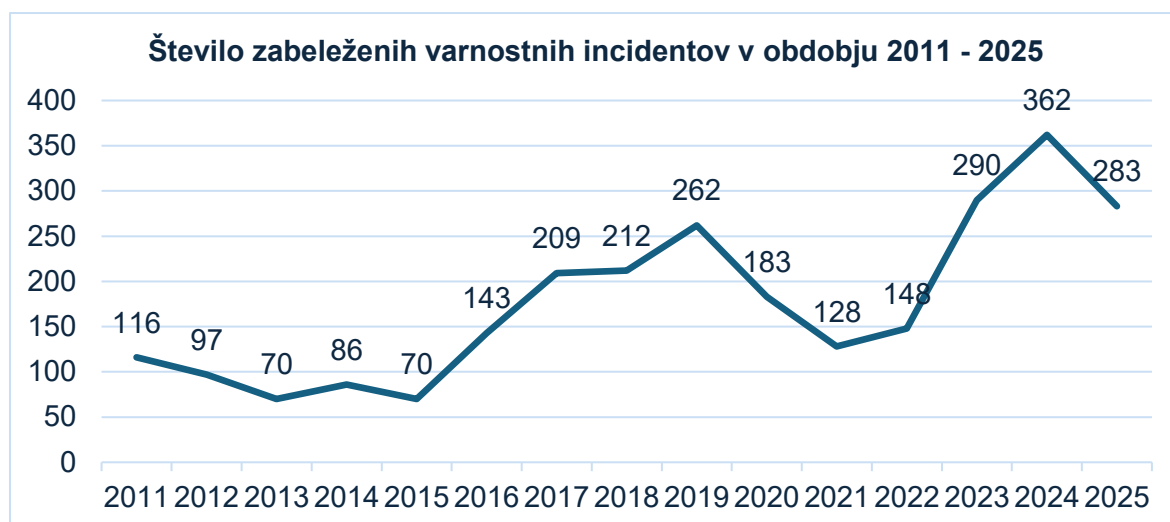
Pomemben del sistema zagotavljanja kakovosti se nanaša na obravnavo varnostnih incidentov. SB Celje ima od leta 2023 vzpostavljen elektronski sistem sporočanja in beleženja varnostnih odklonov (za katere se od uveljavitve ZZKZ uporablja izraz: varnostni incidenti), ki je bil v letu 2025 dopolnjen, tako da ustreza zakonskim zahtevam za obravnavo varnostnih incidentov in vključuje poročanje, analizo, ukrepe ter omogoča sledenje učinkovitosti ukrepov. Pri tem smo izhajali iz zakonske opredelitve varnostnega incidenta, po kateri je to nenameren nepričakovan dogodek pri obravnavi pacienta, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene obravnave, in ne nastane zaradi pacientove bolezni ter bi se ga dalo preprečiti. Lahko nastane zaradi izvedbe ali opustitve izvedbe postopka izvajalca zdravstvene dejavnosti. Kvalificirana oblika varnostnega incidenta je preprečljiv škodljivi dogodek, ki je varnostni incident, ki je nastal zaradi odsotnosti ali pomanjkljive uvedbe sistemskih varnostnih ukrepov pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti in opozorilni nevarni dogodek, ki je resen varnostni incident pri pacientu pri zdravstveni obravnavi, ki privede ali bi lahko privedel do smrti ali resne fizične ali psihične škode za zdravje pacienta.

Uvedba elektronskega načina sporočanja varnostnih odklonov v letu 2023 je prispevala k povečevanju rasti števila prijav, trend se je nadaljeval tudi v letu 2024, v letu 2025 pa beležimo manjše število prijav, kar je tudi rezultat opozorila zaposlenim, da sporočajo samo dogodke, ki imajo elemente varnostnega incidenta in izvedenih ukrepov. Možnost prijave varnostnega incidenta ima vsak zaposleni z vstopom v aplikacijo za prijavo varnostnih incidentov, tako da lahko odda prijavo bodisi anonimno ali s svojim elektronski naslovom iz katerega koli računalnika v računalniškem omrežju SB Celje. Zlorabe prijav tudi v letu 2025 nismo zabeležili. Zaposleni so pozorni pri delu, prepoznajo varnostne incidente in so pripravljeni na njihovo reševanje, k temu pa jih spodbuja tudi vodstvo. Za zmanjšanje tveganj ter izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov smo v letu 2025 sprejeli korektivne in preventivne ukrepe na nivoju organizacijskih enot ali na nivoju bolnišnice. Sprejeti ukrepi se izvajajo na vseh oddelkih ali enotah, kjer bi se podoben dogodek lahko zgodil in ga z izvajanjem sprejetih ukrepov lahko preprečimo.

Za obravnavo varnostnega incidenta so bile v letu 2025 v skladu z določili ZZKZ imenovane pooblaščenke za varnost pacientov. Njihova imena in kontaktni naslov so objavljeni na spletni strani SB Celje in vsak pacient se lahko v primeru varnostnega incidenta sam neposredno obrne nanje. Pooblaščenke za varnost pacientov so preko sistema za sporočanje varnostnih incidentov takoj obveščene o vsakem sporočenem varnostnem incidentu, sodelujejo pri njihovi obravnavi, v primeru opozorilnega nevarnega dogodka pa je pooblaščenka tudi članica komisije za analizo varnostnega incidenta.

Vzpostavili smo evidenco preprečljivih škodljivih dogodkov in opozorilnih nevarnih dogodkov.

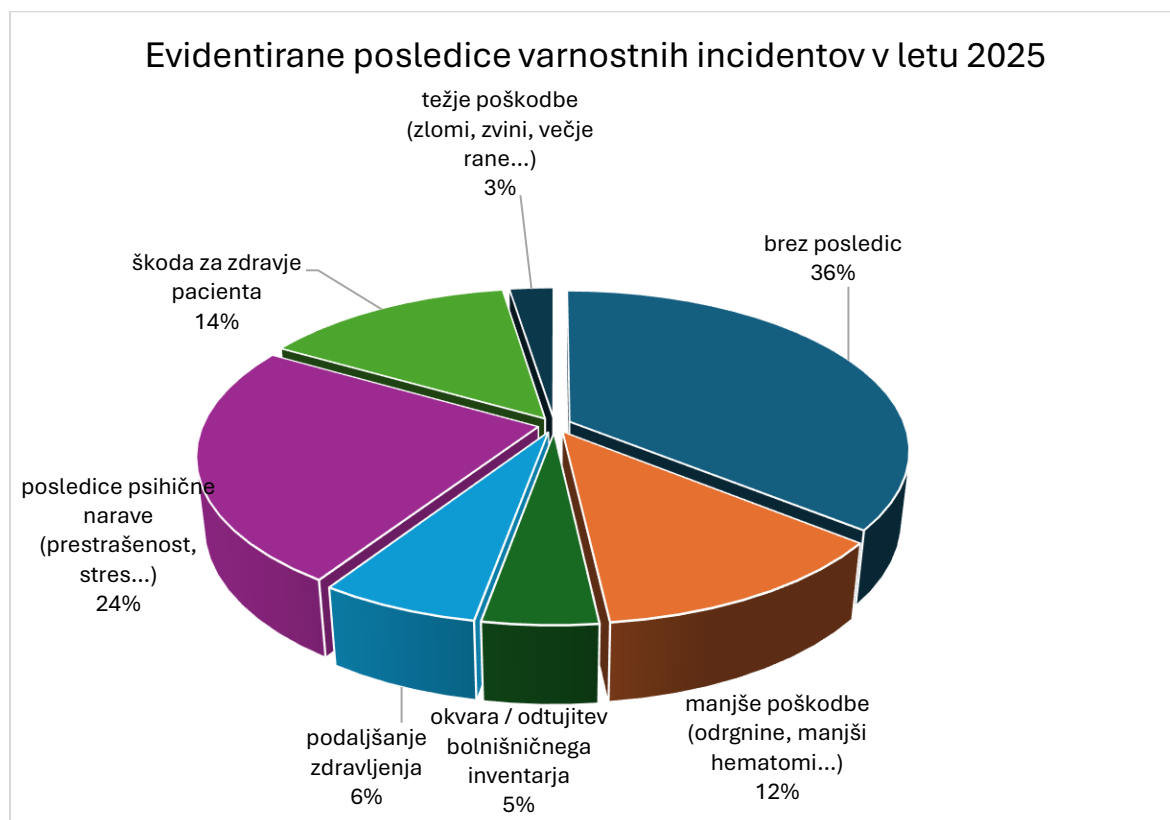
Število prijavljenih varnostnih incidentov se je v letu 2025 zmanjšalo, kar je posledica opozoril, da se prijavljajo samo dogodki, ki imajo elemente varnostnega incidenta pa tudi izvedenih ukrepov.



Med varnostnimi incidenti je bilo tudi v letu 2025 največ prijav v zvezi z vedenjem, odnosom in komunikacijo, tako med pacienti in zdravstvenimi delavci, med svojci pacientov in zdravstvenimi delavci ter kot tudi med samimi zdravstvenimi delavci, zato smo tudi v letu 2025 za zaposlene z namenom dviga kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev, preprečevanja varnostnih incidentov ter izboljšanja počutja na delovnem mestu izvedeli več različnih oblik strokovnega izpopolnjevanja iz področja komunikacije in reševanja konfliktov (Konflikti in nesoglasja kot priložnost za rast – 18 ur, Kvalitetna komunikacija – veščina, ki se je lahko nauči vsak – 8 ur, Jasna in konstruktivna komunikacija z različnimi pacienti – 2 uri).

Zaposleni imajo jasna navodila, da se v primerih, ko sami ne zmorejo umiriti situacije z verbalno ali drugače nasilnim pacientom, svojcem ali obiskovalcem ali se čutijo ogrožene, obrnejo za pomoč na varnostno službo ali policijo. Na najbolj izpostavljenih deloviščih, kot so UC, ambulate, ETN - vpis pacientov, smo namestili tudi panik tipke, ki omogočajo zelo hiter prihod varnostne službe. Na ta način poskušamo čimbolj zavarovati svoje zaposlene. Prav tako na deloviščih v čakalnicah, kjer zaznavamo več predvsem verbalnega nasilja, predvajamo na ekranih vsebine o nenasilnem vedenju, ki so dostopne tudi na spletni strani

SB Celje. Večina tovrstnih varnostnih incidentov za udeležence nima posledic v obliki telesnih poškodb ali materialne škode.



Služba za kakovost o vsakem sporočenem varnostnem incidentu obvesti glavno medicinsko sestro/ glavnega tehnika oddelka, predstojnika oddelka, nadzornega ali dežurnega zdravnika, pomočnico direktorja za zdravstveno nego ali druge odgovorne osebe za področje, na katerem je prišlo do varnostnega incidenta, po potrebi pa tudi direktorja in strokovnega direktorja. Sprejeti korektivni ukrepi se nanašajo na posamezen oddelek, kadar pa bi se podoben varnostni incident lahko zgodil tudi na drugem oddelku, veljajo tudi širše in generalno za celo SB Celje.

Varnostne incidente redno obravnava Komisija za kakovost in varnost pacientov in s sprejetimi sklepi seznani odgovorne osebe.

4.8 Izvedba strokovnih nadzorov in glavne ugotovitve (prepoznana tveganja, ukrepi)

V letu 2025 je bilo izvedenih **30 rednih internih strokovnih nadzorov**, ki so bili izvedeni vzporedno za medicinsko področje in področje zdravstvene nege ter v sodelovanju s Službo za kakovost. Redni interni strokovni nadzori so bili izvedeni na vseh kliničnih in podpornih oddelkih bolnišnice, pri čemer na posameznih oddelkih v letu 2024 nadzor ni bil izveden, zato je bil v letu 2025 izveden prioriteto. Redni interni strokovni nadzori so bili na posameznih

oddelkih izvedeni s pomočjo vnaprej pripravljenih obrazcev *Redni interni strokovni nadzor – Medicinsko področje (SKP PR 043 OB01)* in *Redni interni strokovni nadzor – Področje zdravstvene nege (SKP PR 043 OB02)*. Obsegali so celovit pregled organizacije in izvajanja dela na oddelku, zagotavljanja kakovosti, izvajanja izobraževanja zaposlenih, ustreznosti medicinske opreme in analizo posamičnih obravnav pacientov.

V letu **2025** je bilo na podlagi sklepa strokovnega direktorja izvedenih oziroma uvedenih **šest izrednih internih strokovnih nadzorov zdravstvene obravnave**, od tega so bili štirje zaključeni, dva pa sta bila ob koncu leta še v izvedbi oziroma v fazi priprave poročila. Obravnavani primeri so se nanašali na hude zaplete, smrti pacientov ter odstopanja v zdravstveni obravnavi, pri večini primerov pa je bila podana tudi prijava OND na Ministrstvo za zdravje.

Komisijo za izredni interni strokovni nadzor (v nadaljevanju: komisija) so v večini primerov sestavljali zdravniki različnih specialnosti, v posameznih primerih pa so bili v komisijo vključeni tudi zaposleni s področja zdravstvene nege, kadar je to zahtevala narava primera. Pri vseh izrednih nadzorih je bila pregledana obstoječa medicinska in negovalna dokumentacija v papirni in elektronski obliki (Birpis21, e-hrbtenica), dodatna pojasnila pa so podali zaposleni, ki so bili neposredno vključeni v zdravstveno obravnavo pacientov.

Na podlagi ugotovitev izrednih internih strokovnih nadzorov so komisije v posameznih primerih podale strokovna priporočila ter predlagale korektivne in preventivne ukrepe, usmerjene predvsem v izboljšanje varnosti pacientov in zmanjševanje tveganj za nepredvidene zaplete, in sicer:

- izboljšanje nadzora nad pacienti z večjim tveganjem za samopoškodbe ter doslednejše izvajanje postopkov ob sprejemu in hospitalizaciji;
- doslednejše spremljanje pacientov z medicinsko-tehničnimi pripomočki, redno preverjanje delovanja alarmnih sistemov ter jasno opredelitev intervalov beleženja vitalnih funkcij;
- dodatno izobraževanje zaposlenih na področju prepoznavanja in obravnave življenjsko ogrožajočih stanj in atipičnih kliničnih slik;
- obravnavo posameznih primerov na strokovnih kolegijih in multidisciplinarnih konferencah z namenom izboljševanja klinične prakse.

Na področju zdravstvene nege je bilo v letu 2025 izvedenih **27 rednih strokovnih nadzorov**. Ugotovitve nadzora kažejo:

- da, so vsi oddelki prenovili matrike znanj, na katerih so razvidna znanja in aktivnosti, spretnosti in kompetence, potrebne za posamezne aktivnosti. Matrike so bile uspešno posodobljene na nivoju celotne bolnišnice. Dokument vsebuje tudi podatek vpisa v register izvajalcev ZN ter čas veljavnosti licenc za vse dipl. m. s. Vendar smo ugotovili, da matrika ne vsebujejo rubrike, kjer bi bilo razvidno, da se delavec še usposablja za določeno aktivnost. Zato smo v mesecu septembru dokument revidirali in dodali rubriko se uvaja, tako je z matrike znanj razvidno, da določene aktivnosti zaposleni še ne izvaja samostojno.

- vsi oddelki so v letu 2025 pripravljali razpored dela v elektronski obliki. 5 oddelkov pa je v začetku leta 2025 začelo projektno uvajati razporede dela s pomočjo umetne inteligence. Ker je projekt prinesel pozitivne rezultate, so se le tem priključili še 4 novi oddelki in Služba za prehrano. Zaradi večjega kadrovskega primanjkljaja pa smo na enem oddelku začasno prenehali z projektom.
- glede na ugotovitve preteklih strokovnih nadzorov in zaznane potrebe po prenovi in poenotenju reanimacijskih vozičkov na različnih deloviščih smo sprejeli organizacijske predpise o potrebni opremi in zdravilih, ki jih mora vsebovati vsak reanimacijski voziček. V bolnišnici smo na področju ZN ustanovili komisijo za nadzor reanimacijskih vozičkov in obvezne opreme za reanimacijo. Le ta je v letu 2025 izvedla dva nadzora na vseh deloviščih. Pregledali so reanimacijske vozičke, ustreznost zdravil, ugotavljali so, kako se izvajajo redni tedenski pregledi reanimacijskih vozičkov s strani oddelkov in podali priporočila za spremembe. Na podlagi ugotovitev komisije smo konec leta 2025 pripravili posodobljene sezname reanimacijskih vozičkov z nujno opremo.
- ugotovili smo, da imajo vsi oddelki določeno MS za kakovost. Vendar se na določenih oddelkih še vedno ne vodijo dosledno kazalnikov kakovosti za ZN (RZP, PVU,...). Predvsem ugotavljamo, da se še ne izvajajo mesečne analize in razprave o sprejetih preventivnih ali korektivnih ukrepih na rednih oddelčnih mesečnih sestankih.
- ugotavljamo, da je večje število oddelkov vzorno pristopilo k izvajanju analize novo nastalih PZP, nekateri oddelki pa le te izvajajo le občasno in imajo še možnost za izboljšavo.
- da se plan izobraževanja ob koncu leta na vseh oddelkih še ne primerja z realizacijo.
- plan izobraževanj (strokovnih vsebin) za naslednje leto se običajno planira glede na strokovne potrebe dela na oddelku.
- večina oddelkov redno pošilja zaposlene na interna in eksterna izobraževanja ter skrbijo, da se zaposleni kontinuirano izobražujejo in pridobivajo nova strokovna znanja;
- na oddelčnih sestankih se predstavljajo novo sprejeti standardi, navodila za delo. Zaposleni, ki se udeležijo eksternih izobraževanj predstavijo na oddelčnem sestanku novosti in zanimivosti, ki so bile predstavljene na izobraževanju
- večina oddelkov je aktivno pristopila k izvajanju izpitov za novozaposlene. Na ta način se novozaposlene spodbudi, da se hitreje uvedejo in postanejo samostojni pri svojem delu.
- ugotovljeno je bilo, da je na določenih oddelkih potrebna menjava opreme, ki pa jo oddelki zaradi finančnega stanja ne morejo nadomeščati kot bi jo želeli. Na oddelkih so izpostavili predvsem potrebo po novih električnih posteljah, kar bi negovalni kader razbremenilo težkega fizičnega bremena, ko morajo pogosto še ročno dvigovati vzglavja postelj na katerih ležijo težki pacienti.

Sicer pa večjih nepravilnosti pri izvajanju in dokumentiranju zdravstvene nege ni bilo zaznati.

Podrobnosti rednih in izrednih internih strokovnih nadzorov so dostopne v Tajništvu strokovnega direktorja in v Tajništvu pomočnice direktorja za zdravstveno nego.

Strokovni direktor s poročili o izvedenih rednih in izrednih internih strokovnih nadzorov enkrat letno seznani Strokovni svet. Strokovni svet in Svet zavoda se seznani z izvedenimi internimi strokovnimi nadzori ter podata svoje mnenje in priporočila. V kolikor so pri izrednem strokovnem nadzoru ugotovljene nepravilnosti, komisija predlaga ukrepe, o njihovi izvedbi pa odločata direktor in strokovni direktor.

4.9 Aktivnosti namenjene obvladovanju bolnišničnih okužb in smotrne rabe protimikrobnih zdravil (prepoznana tveganja, ukrepi)

V Službi za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb so zaposlene tri osebe in sicer: zdravnik za obvladovanje bolnišničnih okužb v obsegu 20% delovnega časa, ki je tudi v.d. vodje službe, ena diplomirana medicinska sestra in en diplomirani sanitarni inženir za obvladovanje bolnišničnih okužb za polni delovni čas. Do meseca julija je delo medicinske sestre za to področje opravljala Majda Hrastnik, z njeno upokojitvijo je delo nastopila Matejka Štravs.

V nadaljevanju so opisane aktivnosti delovanja Službe za preprečevanje in obvladovanje okužb (v nadaljnjem besedilu: SPOBO) v letu 2025.

- **Higienski in zdravstveno - tehnični pregledi oddelkov**

V letu 2025 smo opravili 92 rednih pregledov bolnišničnih oddelkov. Za vsak pregled je bil napisan zapisnik s predlaganimi ukrepi za izboljšanje stanja oz. ustni dogovor z glavno medicinsko sestro (GMS) oddelka in roki za izvedbo. Pregledi so potekali po vnaprej določenem načrtu pregledov (glede na zahtevnost oddelka). Opravili smo 28 pregledov manj od leta 2024.

Prednost pri obiskih so imeli oddelki, kjer se je pojavila epidemiološka indikacija (npr. širjenje večkratno odpornih bakterij, pojav nalezljivih bolezni itd.). Sodelovali in svetovali smo pri nameščanju pacientov, ki so potrebovali izolacijo in pri ostalih ukrepih za preprečevanje širjenja okužb.

- **Nadzor nad kvaliteto dela zunanjega izvajalca čiščenja in mikrobiološki nadzor učinkovitosti čiščenja**

- kontrolo opravljamo v okviru higienskih in zdravstveno-tehničnih pregledov oddelkov in po potrebi;
- zaradi problema mikrobiološko oporečnih krp za čiščenje, smo v mesecu februarju vzorčili pripravljene delovne raztopine čistil in razkužil za čiščenje (trije vzorci, vsi ustrezni), v mesecu juliju pa ponovno vzorčili pripravljene krpe za čiščenje, od katerih so bile vse krpe razen ene ustrezne (skupaj pet vzorcev); pri neustreznosti je šlo za povečano število bakterij;
- pomanjkljivosti, ki jih ugotavljamo vsakodnevno, obravnavamo na rednih tedenskih sestankih;
- v juniju in decembru smo opravili pogodbeno obveznost - mikrobiološki nadzor čiščenja z odvzemom 70 brisov na snažnost; sedem odvzetih brisov na snažnost je bilo mikrobiološko neustreznih; v čistilnem servisu so izpeljali korektivne ukrepe – preverjanje uporabe čistilnih pripomočkov, spremljanje dela na deloviščih, kontrola z uporabo markiranja in dodatna usposabljanja osebja;

- z ugotovitvami smo sproti seznanjali skrbnico pogodbe (pomočnica direktorja za področje ZN), vodjo in odgovorno osebo za kakovost čistilnega servisa (preverjanje tehnologije čiščenja in priprave krp za čiščenje, izvajanje usposabljanja in kontrola dela na posameznih deloviščih), GMS posameznih oddelkov in skrbnika pogodbe s čistilnim servisom;
- z uporabo gel markerjev smo preverili 185 površin, od katerih je bilo očiščenih 116 površin, kar predstavlja 62,7 %; delež predstavlja slabše opravljeno čiščenje; z ugotovitvami smo sproti seznanjali vodjo servisa in delavca na delovišču.

Vodja čistilnega servisa nadaljuje z usposabljanjem zaposlenih o pravilnem čiščenju. Nekaj del iz pogodbenih obveznosti ni bilo realiziran, voda servisa je pripravila povzetek neopravljenih del.

V letu 2025 smo začeli pripravljati nov javni razpis za čiščenje prostorov bolnišnice, ki je bil zaključen v začetku 2026. Za čiščenje hodnikov v nekaterih delih bolnišnice je ta najela dva robota za čiščenje.

- **Epidemiološka kontrola stanja prostorov in opreme**

Kontrola priprave tehnološke vode

- a) **Dializna voda** – odvzeli smo 12 vzorcev vode – priprava z reverzno osmozo - vsi vzorci so bili ustrezni.
- b) **Priprava vode s pomočjo reverzne osmoze v kleti pod glavno avlo** – odvzeli smo 36 vzorcev, dva nista bila ustrezna zaradi prekoračenega skupnega števila bakterij. Izvajali smo ukrep dodatne dezinfekcije sistema ter kontrolno vzorčenje, ki je bilo ustrezno.
- c) **Dializni priklopi na oddelkih intenzivne terapije** – odvzeli smo 7 vzorcev, od katerih trije niso ustrezali zaradi preseženega števila bakterij. Omrežje smo dodatno razkuževali in izpirali.

Nadzor higienskega vzdrževanja endoskopov

✓ Odvzeli smo 60 izpirkov endoskopov na **Oddelku za bolezni prebavil, Oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo in Pulmološkem oddelku**. Trije vzorci niso bili ustrezni zaradi prekoračenega števila CFU/ml ter izolacije *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* in *Escherichia coli*. Te aparate smo do izvedbe korektivnih ukrepov ponovne termodezinfekcije in prejema kontrolnih rezultatov vzorčenja izločili iz uporabe. Po ponovni termodezinfekciji endoskopov so bili kontrolni vzorci ustrezni. Vsi omenjeni endoskopi se hranijo v Endoskopskem centru.

Odvzeli smo tudi pet vzorcev zadnje vode za izpiranje iz aparatov za termodezinfekcijo ETD, ki so bili ustrezni.

Nadzor okolja

- ✓ **OIIM** – zaradi prenove prostorov smo opravili kontrolo čiščenja in dezinfekcije prostorov in opreme z odvzemom štirih brisov na snažnost; vsi so bili ustrezni.
- ✓ **Oddelek za kardiokirurgijo** – odvzeli smo tri brise na snažnost površin po izvedenem temeljitem čiščenju oddelka pred predvidenim ponovnim začetkom dela.
- ✓ **Oddelek za nuklearno medicino** – mesečno smo vzorčili obe komori s kontroliranim odvodom zraka; izvidov ne vrednotimo, temveč na njihovo zahtevo samo opravimo vzorčenje.
- ✓ **Odsek za novorojenčke in nedonošenčke** – po temeljitem čiščenju oddelka po opravljeni prenovi prostorov smo odvzeli štiri brise na snažnost, ki so bili ustrezni. V decembru 2025 smo preverili ustreznost čiščenja aparata za vodno kopel mlečnih pripravkov. Odvzet bris na snažnost po čiščenju je bil ustrezen.
- ✓ **Centralni operacijski blok** – po izlivu vode iz stropa v predprostoru 5. op. sobe, smo opravili kontrolo po čiščenju. Odvzeti brisi so bili ustrezni (4).

- ✓ **Oddelek za žilno kirurgijo** – z odvzemom 25-ih brisov na snažnost smo preverjali mikrobiološko kontaminacijo okolja zaradi večjega števila pacientov z večkratno odpornimi bakterijami.
- ✓ **Enota intenzivne medicine operativnih strok** - zaradi prenove prostorov smo opravili kontrolo čiščenja in dezinfekcije prostorov in opreme z odvzemom štirih brisov na snažnost; vsi so bili ustrezni.
- ✓ **Odtoki umivalnikov in tušev** – zaradi znane problematike povezanosti kontaminacije odtokov umivalnikov in tušev ter prenosom večkratno odpornih bakterij, smo v bolnišnici te vzorčili. Preverili smo stanje 25-ih odtokov in ugotovili, da je večina naseljenih s temi bakterijami. Izvajali smo ukrep dodatnega mehanskega čiščenja in razkuževanja odtokov. Z aktivnostmi na tem področju bomo nadaljevali tudi v letu 2026.
- ✓ **Centralni operacijski blok – vzorčenje v okviru kostne banke** smo opravili osemkrat. Skupaj smo odvzeli 34 vzorcev zraka pred delom (pet neustreznih) in 26 vzorcev med delom (13 neustreznih). Ukrepi, ki smo jih izvajali: med posegom v op. prostoru naj bo prisotno minimalno število zaposlenih, vrata se čim manj odpirajo in zapirajo, in da se zaposleni minimalno gibajo v in iz op. prostora. Priporočali smo dodatno dnevno razkuževanje prostorov op bloka tudi z UVC oz. aerosolizacijo po končanem delu in opravljenem čiščenju.
V mesecu septembru in oktobru 2025 smo vzorčenje zraka v mirovanju op sobe opravili z aktivno metodo vzorčenja (presesavanje določene količin zraka skozi gojišče s pomočjo naprave), ki je tudi boljša metoda za nadzor kvalitete zraka v operacijskih prostorih. V Nabavno službo smo prošnjo za nabavo že naslovili, a nabava še ni realizirana. Odvzeli smo tudi pet brisov zamrzovalnikov in 11 brisov rok op. ekipe, vsi brisi so bili ustrezni. Enkrat smo vzorčili tudi mlin za mletje kosti, vzorec je bil ustrezen. Pogostost vzorčenje mlina sicer narekuje pogostost dejanske uporabe.

- **Nadzor nad gibanjem večkratno odpornih mikroorganizmov (VOM)**

V bolnišnici spremljamo podatke o gibanju VOM tako, da pacientom z dejavniki tveganja odvezamemo nadzorne kužnine v skladu z navodili bolnišnice. Oddelke dnevno obveščamo o novih primerih pacientov z VOM (pisno in ustno). Ukrepamo v skladu z epidemiološko situacijo.

- **Nadzor nad delom Službe za prehrano**

Sodelovali smo v HACCP timu in opravljali redne sanitarno - tehnične in higienske preglede prostorov Službe za prehrano (podrobnosti so pojasnjene v zapisnikih). Štirikrat smo imeli zunanji nadzor s strani NLZOH, v avgustu smo imeli tudi notranjo presojo HACCP. V mesecu februarju in decembru smo imeli nadzor s strani Urada za varno hrano.

- **Aktivnosti na področju obvladovanja bolnišničnih okužb**

- v sklopu higienskih pregledov in ob pripravi poročil smo spremljali izvajanje navodil za odkrivanje nosilcev večkratno odpornih bakterij na bolnišničnih oddelkih;
- dnevno smo sodelovali z Oddelkom za medicinsko mikrobiologijo Celje NLZOH zaradi spremljanja števila večkratno odpornih mikroorganizmov;
- pripravili smo letno poročilo za 2024 in polletno poročilo za 2025;
- pripravili smo plan dela in vzorčenja ter pregledov oddelkov za 2025;
- izvajali smo nadzor nad odpadki v bolnišnici in predlagali ukrepe za izboljšanje stanja;
- za MZ smo pripravili kazalnik kakovosti za MRSA in skladnost higiene rok (merjeno v mesecu aprilu in maju ter novembru, natančno poročilo o rezultatih je bilo poslano strokovnemu direktorju in predstavljeno na kolegiju GMS); delež odvzema nadzornih kužnin, delež prenosov ESBL;
- pripravljali smo četrletne, polletne podatke o prenosih ESBL+, CR in VRE – lastni KK;
- v SPOBO smo pripravili prioriteto listo nameščenja pacientov v izolacijske sobe;

- opravili smo 25 nadzorov izvajanja kontaktnih izolacij, skladnih je bilo 80%;
- za zaposlene na Otroškem oddelku in Odseku za novorojenčke in nedonošenčke, ki delajo tudi v mlečnih kuhinjah, smo skrbeli za zdravstvene (živilske) preglede;
- po potrebi smo organizirali dezinsekcijo in deratizacijo v sodelovanju z NLZOH;
- skrbeli smo za reden izbris kritičnih podatkov pri pacientih, ki so se spontano dekolonizirali;
- posodobili smo nekaj dokumentov SPOBO in intranetno stran SPOBO;
- imeli smo štiri sestanke KOBO;
- s kontaktnimi medicinskimi sestrami za higieno smo imeli en sestanek;
- pripravili smo priporočila za ukrepe v času večjega pojava respiratornih obolenj in gripe;
- za SIPV smo pripravili pregled stanja kletnih prostorov bolnišnice z vidika dotrajanosti/neustreznosti;
- po potrebi smo se vključevali v reševanje epidemiološke problematike;
- sodelovali smo pri pripravi JN za detergente in razkužila ter JN čiščenje prostorov bolnišnice;
- organizirali smo cepljenje proti gripi v treh posebnih terminih in dodatno še individualna cepljenja; cepili smo 333 oseb;
- ob 5. maju, dnevu higiene rok smo pripravili stojnico o higieni rok, kjer smo promovirali higieno rok, delili razkužila za roke in preverjali uspešnost izvedenega razkuževanja rok;
- ponovno smo formirali skupino za pitno vodo, v novembru smo imeli sestanek;
- v sodelovanju z GMS Sterilizacije smo opravili ogled substerilizacij;
- sodelovali smo pri izvedbi zunanje presoje po AACI standardu.

- **Pitna voda**

Skladno z letnim načrtom smo nadzorovali mikrobiološko kvaliteto pitne vode, točilnikov – pitnikov vode in vzorčili vodo na prisotnost legionele. Izvajali smo meritve temperature pitne vode.

Na podlagi rezultatov smo izvajali korektivne ukrepe in kontrolna vzorčenja.

- **Izvajanje izobraževanja zaposlenih**

Zaposleni v SPOBO so za zaposlene v bolnišnici v letu 2025 izvedli naslednja usposabljanja:

- SBC – Standardni ukrepi za preprečevanje bolnišničnih okužb in higiena rok (v okviru varnosti in zdravja pri delu – podporno osebje);
- SBC – Uvajalni seminar za novo sprejete delavce in sodelavce;
- SBC – Vzdrževanje zasedene posteljne enote;
- SBC – Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb – 2-urno usposabljanje;
- SBC – Usposabljanje za novo zaposlene (štiri teme);
- SBC – Odvzem krvi za hemokulturo;
- SBC – Venski odvzem krvi;
- SBC – Odvzem krvi iz arterije za plinsko analizo;
- SBC – Poškodbe z ostrimi predmeti;
- SBC – Higiena rok;
- SBC – Kakovost in varnost v zdravstvu;
- SBC – Zastrupitve s hrano;
- SBC – Higiena v bolnišničnem okolju;
- SBC – Zdravila – naš vsakdan;
- SBC - Predstavitev epidemiološke situacije strokovnemu svetu, internističnemu in kirurškemu kolegiju;
- SBC - Predavanje Obvladovanje okužb kirurške rane za Službo za skupne potrebe kirurgije

- SBC – Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja - redne obravnave stanja zdravniških sestankih;
- Ljubljana – Infektološki simpozij.

- **Realizacija letnih ciljev**

VRSTA KAZALNIKA KAKOVOSTI	VREDNOST – DELEŽ PRENOSA V %	SKLADNOST V %
Skladnost higiene rok intenzivne enote (nacionalni KK)		91,1 (1. polletje) 85,7 (2. polletje)
Skladnost higiene rok ostali oddelki (nacionalni KK)		82,1 (1. polletje) 82,4 (2. polletje)
Delež odvzetih nadzornih kužnin od vseh sprejetih pacientov (priporočilo MZ)		13,3 %
Delež prenosa MRSA (nacionalni KK)	9,3	
Delež prenosa vseh esbl+ (lastni KK)	10,8	
Delež prenosa kp-esbl+ (nacionalni KK)	15	
Delež prenosa drugih enterobakterij esbl+ brez ec-esbl+ (lastni KK)	39	
Delež prenosa ec-esbl+ (lastni KK)	7,4	
Delež prenosa crab (lastni KK)	9,1	
Delež prenosa cre (lastni KK)	42,1	
Delež prenosa crps (lastni KK)	29,4	
Delež prenosa vre (lastni KK)	21,1	

4.10 Povratne informacije uporabnikov – ankete, pohvale, pritožbe (ukrepi)

Mnenja o zadovoljstvu z zdravstveno obravnavo so zapisana v oddelčnih knjigah pripomb in pohval, prihajajo pa tudi na e-naslov pohvale@sb-celje.si.

V letu 2025 smo zabeležili 464 zapisov v oddelčnih knjigah pripomb in pohval. Od tega je bilo 444 pohval, 14 pritožb in 6 zapisov je bilo drugačne narave. Vsi oddelki imajo knjigo na takšnih mestih, da je pacientom vidna, zato se je tudi število zapisov zvišalo. Zapisi so polni iskrenih zahval za skrb, podporo, predanost in srčnost – tako zdravnikov kot sester. Uporabniki se zahvaljujejo za izkazan občutek za sočloveka in za občutek varnosti in zaupanja, ki ga pacientom vzbujajo naši zaposleni. Pohvale in zahvale niso zapisane samo ob odhodu po končanem zdravljenju, kar nekaj zahval so zapisali tudi svojci pacientov, ki so pri nas preminili.

Na elektronski naslov pohvale@sb-celje.si smo v letu 2025 prejeli 192 pohval. Pohvale prihajajo za različne oddelke in jih je bilo največ namenjenih Ginekološko-porodniškemu oddelku in osebju, ki dela v njem. Sledijo pohvale Urgentnemu centru ter Urološkemu oddelku. Pošiljatelji v njih največkrat pohvalijo prijazen, spoštljiv in profesionalen odnos zaposlenih do njih in drugih pacientov, ki so ga opazili v času obravnave v bolnišnici, visoko stopnjo

strokovnosti in profesionalnosti, občutek varnosti in zaupanja med obravnavo, dobro timsko delo na oddelkih.. Večina pohval se nanaša na celotne time bolnišničnih oddelkov in služb, velikokrat pa so v pohvalah poimenovani tudi posamezniki, tako zdravniki kot medicinske sestre, ki se jim želijo pacienti ali njihovi svojci posebej zahvaliti oz. jih posebej pohvaliti.

Povratne informacije uporabnikov dobimo tudi iz izpolnjenih vprašalnikov o zadovoljstvu pacientov z zdravstveno obravnavo v elektronski obliki preko portala zVem. Podatke iz izpolnjenih vprašalnikov Ministrstvo za zdravje vsak mesec pošlje vsem izvajalcem v obliki Excel tabele, ki vsebuje podatke vseh izvajalcev. V letu 2025 so pacienti za SB Celje izpolnili skupno 259 vprašalnikov, kar predstavlja 0,055 % vseh v SB Celje obravnavanih pacientov. Povprečna splošna ocena SB Celje je bila 4,36 in na splošno so uporabniki svojo obravnavo pri nas ocenili z 4,39, na lestvici od 1 do 5. Celotno letno poročilo o rezultatih predmetne ankete vsako leto objavljamo na intranet strani bolnišnice.

V letu 2025 smo med 7. aprilom in 2. junijem, pod okriljem NIJZ-ja, izvedli 6. val nacionalne raziskave o izkušnjah pacientov z obravnavo v bolnišnici. Na vprašalnike se je odzvalo 402 pacientov, ki so bili hospitalizirani vsaj eno noč. Vprašalniki, ki so jih prejeli ob odpustu, so bili prilagojeni posameznim vrstam zdravstvene dejavnosti (kirurgija, interna medicina, ortopedija, ginekologija in porodništvo).

Splošna ocena bolnišnične obravnave je bila 9,01, kar je za 0,03 % več kot v letu 2024. Povprečna ocena zadovoljstva pacientov z bolnišnično obravnavo v slovenskem povprečju je bila 9,17.

Napredek z zadovoljstvom pacientov v primerjavi z letom 2024 smo dosegli pri vprašanjih:

	2024	2025	POVPREČJE 2025
Čas od mojega prihoda v bolnišnico do pridobitve postelje na oddelku je trajal manj kot 1 uro	62,8	74,2	73,8
Menim, da sem čakal dolgo časa, da sem dobil svojo posteljo na oddelku	9,2	11,4	10,7
Zdravniki so se mi predstavili ob prvem stiku	84,6	87,7	92,6
Na vprašanja, ki sem jih zastavil/-a, sem dobil/-a razumljive odgovore	77,4	81,4	85,2
Če me je kaj skrbelo ali če sem se česa bal/-a, sem se lahko pogovoril/-a z zdravnikom	72	74,5	76,5
V bolnišnici so mi predstavili načrt zdravljenja	71,2	74,1	77,7
Zdravnik mi je pred posegom ali preiskavo razložil, kaj me čaka	75,8	76,1	80,2
Zdravnik mi je po posegu ali preiskavi pojasnil potek	68,4	69,5	74,4
Bil/-a sem vključen/-a v odločitve glede mojega zdravljenja, kolikor sem si želel/-a	72,9	77,3	79,1
Zdravniki so kdaj pred mano govorili o meni, kot da me ni zraven	7,3	8,3	5,6
Med. sestre so me obravnavale vljudno	92,3	92,5	91,3
Na vprašanja, ki sem jih zastavil/-a med. sestram, sem dobil/-a razumljive odgovore	89,6	91,2	88,3

Če me je kaj skrbelo ali če sem se česa bal/-a, sem se lahko pogovoril/-a z med. sestro	79,9	84,5	80,2
Zgodilo se mi je, da je nek zdravnik ali med. sestra ravnala drugače, kot sem pričakoval/-a	4,6	5	4,7
Dobil/-a sem pomoč med. sester ali drugega osebja, ko sem jo potreboval/-a	88	94,2	89,1
Pojasnili so mi razloge za jemanje zdravil	92,8	95,3	94,9
Pojasnili so mi možne neželene učinke zdravil	64,2	67,6	69,8
Zdravstveno osebje je skrbelo, da so bila zdravila pravilno dana	89,4	92,6	89,7
V bolnišnici so mi zagotovili dovolj zasebnosti	72,8	78	75,6
Bolnišnično prehrano bi ocenil/-a kot dobro	81,7	84,4	80,6
Pomoč me motil hrup, ki ga je povzročalo zdravstveno osebje	16,7	17,8	12,7
Ponoči me je motil hrup, ki so ga povzročali drugi pacienti	26,8	29,8	29,2
Ob odpustu sem prejel/-a potrebne informacije o tem, kako se bo nadaljevalo moje zdravljenje oz. oskrba	79	82,4	81,7
Ob odpustu sem dobil/-a informacije o tem, katera zdravila moram jemati in kako	97,7	97,7	97,6
Razumel/-a sem, kam jemati zdravila po odpustu iz bolnišnice	98,2	98,8	98,5
Zdravstveno osebje mi je povedalo, na katere opozorilne znake moram biti pozoren/-a v zvezi z mojo boleznijo	92,5	94,3	92,1
V bolnišnici sem bil/-a seznanjen/-a z možnostjo pritožbe in pohvale	77,6	84,7	77,1

Dodatno, predvsem v primerjavi s slovenskim povprečjem, so se pokazale možnosti za izboljšave pri:

	2024	2025	POVPREČJE 2025
V bolnišnici so spremenili datum sprejema na kasnejši čas	21,2	12	16,2
Zdravniki so se mi predstavili ob prvem stiku	84,6	87,7	92,6
Zdravniki so me obravnavali vljudno	87,7	85,9	91,3
Na vprašanja, ki sem jih zastavil/-a, sem dobil/-a razumljive odgovore	77,4	81,4	85,2
Če me je kaj skrbelo ali če sem se česa bal/-a, sem se lahko pogovoril/-a z zdravnikom	72	74,5	76,5
V bolnišnici so mi predstavili načrt zdravljenja	71,2	74,1	77,7
Zdravnik mi je pred posegom ali preiskavo razložil, kaj me čaka	75,8	76,1	80,2
Zdravnik mi je po posegu ali preiskavi pojasnil potek	68,4	69,5	74,4
Bil/-a sem vključen/-a v odločitve glede mojega zdravljenja, kolikor sem si želel/-a	72,9	77,3	79,1
Če je želel/-a član moje družine ali oseba po moji izbiri, je dobil/-a dovolj informacij o mojem zdravljenju	74,5	71,2	76,1
Pojasnili so mi možne neželene učinke zdravil	64,2	67,6	69,8

Bolnišnično osebje je pri izvedbi moje oskrbe dobro sodelovalo med seboj	88,7	88,4	89,3
Bolniška soba oz. oddelek, na katerem sem bil/-a nameščen/-a, je bil/-a čista	73,4	72,8	81,3
Stranišča in kopalnice, ki sem jih uporabljal/-a v bolnišnici, so bile čiste	61,6	56,1	71,6
Menim, da je bila bolnišnična oprema (postelje, vzmetnice, omarice itd.) v dobrem stanju	65,4	64,8	76,7

V letu 2025 je Pravna služba obravnavala skupaj 70 pritožb, ki so jih posredovali naši pacienti. Od teh pritožb je bilo 37 neformalnih pritožb ter 33 formalnih pritožb.

Razloge pritožb v glavnini predstavljajo:

- neustrezen odnos zdravstvenih delavcev do pacientov (večina zahtev),
- neustrezno ravnanje oz. zdravstvena obravnava zdr. delavcev, večkrat zatrjevana pretežno s strani svojcev
- podaljšanje okvirnih terminov po naročanju na zdravstvene storitve,
- nekaj primerov zavrnitve obravnave, napačnega/pomanjkljivega podajanja informacij pacientom in svojcem s strani zdravstvenih delavcev.

V letu 2025 je delo večinoma potekalo na ustaljen način, ni bilo več opaznega problema čakanja na zdravstvene storitve, kateremu je v predhodnem letu, to je 2024 botrovala stavka zdravnikov. Glavni pritožbeni razlog skozi vse leto je bil predvsem neustrezen odnos zdravstvenih delavcev do pacientov oz. svojcev.

V letu 2025 beležimo zelo malo pritožb iz naslova zamujenega roka za posredovanje izvida (7 dni), če pa je kakšna pritožba iz tega razloga, pa je navedena problematika najbolj izpostavljena zopet pri odčitavanju izvidov Radiološkega oddelka. Glede na predhodno leto je tako na navedenem področju pravočasne izdaje izvidov, opaziti najboljše izboljšanje procesa dela.

Zaradi prenovljenega notranjega pravilnika o načinu reševanju pritožb se je nadaljeval trend zmanjševanja števila pavšalnih in nedoločnih pritožb s katerimi smo se srečevali v prejšnjih letih.

Informacije, ki smo jih prejeli od zdravstvenih delavcev na oddelkih SB Celje, nakazujejo da gre upad števila podanih pritožb pripisati dejstvu, da se več nesoglasij, težav ali pomanjkljivosti reši v samih ambulantah in na oddelkih, torej tam kjer nastane težava pri konkretni zdravstveni obravnavi.

Ob številnih poizvedbah pacientov in njihovih svojcev telefonsko ali po elektronski pošti Pravna služba v sodelovanju z zdravstveno nego in zdravniki že prej reši marsikatero pripombo/pritožbo oz. nezadovoljstvo, še preden pride do vložitve formalne prve zahteve za domnevno kršitev pacientovih pravic po Zakonu o pacientovih pravicah, saj jim njihove pravice in postopke po ZPacP pojasnimo v neposrednem stiku na način, ki ga razumejo.

Od leta 2024 naprej še bolj sledimo zapovedani obličnosti podajanja formalnih pritožb v skladu z zakonom ter rešimo marsikatero pripombo glede zdravstvene obravnave in morda občasnega neustreznega ravnanja delavcev na neformalen način.

V skladu z zakonodajo se posredujejo v primerih formalnih prvih zahtev anonimizirani zapisniki zastopnicam pacientovih pravic, prav tako poteka redno obveščanje z zastopnicami pacientovih pravic o vseh perečih problematikah na področju pacientovih pravic. Zelo dobro sodelujemo in večkrat odgovarjamo na težave pacientov neposredno v komunikaciji z zastopnicami pacientovih pravic.

Vsi postopki so bili vodeni neposredno v bolnišnici kot izvajalcu zdravstvenih storitev.

V letu 2025 je Pravna služba prejela 33 formalnih pritožb in od teh pritožb je izvedla devet ustnih obravnav, ostale pritožbe, ki so štele glede na ZPacP za neformalne pritožbe, smo reševali s pisnimi pojasnili pacientom, pri čemer je le-teh (torej neformalnih pritožb) bilo 37, v letu 2025 .

Tabela 37: Trend prejetih pritožb v Pravno službo

Leto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Število pritožb	51	24	49	48	61	65	95	160	109	152	188	149	100	70

Število dni reševanja pritožb se je v letošnjem letu zvišalo, vendar še vedno vse pritožbe rešimo v okviru zapovedanih rokov, razen v primerih, ko odgovora zdravstvenih delavcev ne moremo pridobiti zaradi njihove odsotnosti.

K upadu trenda vloženih izvršb so najbolj prispevali: dostopnost v komunikaciji tako z zdravstvenim osebjem, kot strokovnimi delavci bolnišnice, izboljšanje procesov dela ter izobraževanje zaposlenih na področju pacientovih pravic.

Notranja izobraževanja zaposlenih so bila spomladi izvedena tako s področja varstva osebnih podatkov v povezavi s poslovanjem z zdravstveno dokumentacijo, kot tudi izobraževanja iz naslova zdravljenja proti volji pacienta, pravnih dilem dolgotrajno hospitaliziranih pacientov ter zavračanja transfuzij krvi.

Pravna služba se glede na aktualne problematike zdravljenja, ki so ji sporočene s strani posameznih oddelkov, ažurno odziva z izdajo mnenj, priporočil in reševanja spornih situacij.

4.11 Usposabljanje zaposlenih s področja kakovosti in varnosti

Usposabljanje in strokovno izpopolnjevanje zaposlenih je v bolnišnici potekalo kontinuirano skozi vse leto 2025 in je bilo organizirano tako v obliki notranjih izobraževanj kot tudi z udeležbo zaposlenih na zunanjih strokovnih dogodkih.

Podrobnejši prikazi posameznih izobraževanj in usposabljanj so že predstavljeni v predhodnih poglavjih letnega poročila, kjer so v okviru poročil posameznih strokovnih služb in

organizacijskih enot opisane aktivnosti, ki so jih te enote izvajale za dvig strokovnih kompetenc zaposlenih. Med njimi so zlasti izobraževanja s področij varstva osebnih podatkov pri ravnanju z zdravstveno dokumentacijo, pravnih in etičnih vidikov zdravstvene obravnave, preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, prehranske obravnave pacientov, kakovosti in varnosti v zdravstvu ter druga strokovna usposabljanja, namenjena različnim poklicnim skupinam zaposlenih.

Notranja izobraževanja so pogosto potekala v obliki predavanj, delavnic in praktičnih usposabljanj, ki so jih izvajali strokovnjaki posameznih služb za zaposlene v drugih organizacijskih enotah. Pomemben del usposabljanja je bil namenjen tudi uvajanju novo zaposlenih ter ohranjanju in nadgrajevanju strokovnih kompetenc zaposlenih na področjih, ki so ključna za varno in kakovostno obravnavo pacientov.

V SB Celje se tako večkrat letno izvajajo uvajalni seminarji za novo zaposlene. V okviru programa so poleg drugih vsebin obravnavane naslednje teme: kakovost in varnost pacientov, varnost in zdravje pri delu ter požarna varnost, vloga zdravstvenih delavcev pri preprečevanju bolnišničnih okužb, razkuževanje rok z učnim pripomočkom Didaktabox, varstvo pred ionizirajočimi sevanji, skrb za lastno zdravje, posebni varovalni ukrepi ter korporativna varnost. Poleg tega je bilo organizirano strokovno srečanje z naslovom »Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu«.

Usposabljanje za notranje presojevalce sistema vodenja kakovosti po standardu ISO 9001:2015 je v letu 2025 opravilo pet zaposlenih.

4.12 Načrt za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov

Letni načrt predstavlja zavezo bolnišnice k stalnemu izboljševanju kakovosti, večji varnosti pacientov ter krepitvi zaupanja javnosti v delo SB Celje v skladu z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu.

1. Cilji za tekoče leto so:

- Izboljšati varnost pacientov na prioritetenih področjih.
- Okrepiti kulturo poročanja o varnostnih incidentih.
- Ob varnostnih incidentih okrepiti kulturo obravnave in poročanja o sprejetih in izvedenih ukrepih
- Izboljšati klinične in organizacijske procese.
- Povečati zadovoljstvo pacientov in zaposlenih.
- Zagotoviti skladnost sistema vodenja kakovosti z ZZKZ in internimi dokumenti.

2. Načrtovane aktivnosti:

2.1. Varnost pacientov

- analiza vseh prijavljenih neželenih dogodkov,
- vsaj 2 poglobljeni analizi resnih dogodkov,
- uvedba dodatnih preventivnih ukrepov (npr. pri padcih),
- redna obravnava varnosti na Strokovnem svetu SB Celje.

2.2. Kazalniki kakovosti

- redno zbiranje in analiza kazalnikov kakovosti,
- primerjava z nacionalnimi povprečji,
- priprava letnega poročila o kakovosti.

2.3. Izobraževanje zaposlenih

- uvajanje novo zaposlenih v sistem kakovosti
- strokovno usposabljanje zaposlenih za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc s področja kakovosti,
- izobraževanja o kulturi kakovosti

2.4. Vključevanje pacientov

- Izvajanje ankete o zadovoljstvu pacientov,
- obravnava pritožb in pohval,
- izboljšave na podlagi povratnih informacij.

2.5. Spremljanje in poročanje

- četrtno poročanje Komisiji za kakovost in varnost pacientov,
- letno poročilo vodstvu bolnišnice,
- obravnava ugotovitev in izboljšav.