



**ZDRAVSTVENI DOM
SLOVENJ GRADEC**

POSLOVNIK KAKOVOSTI ZDRAVSTVENEGA DOMA SLOVENJ GRADEC

PK-06



Ime in priimek

Datum

Podpis

Izdelal: Anita Smagej, dipl. med. sestra

24.09.2025

Odobril: Marjeta Vaupot, mag. poslovnih ved

24.09.2025



Izvirna in zadnja veljavna različica PK je dosegljiva na intranetu zavoda. Uporabnik je odgovoren, da preveri skladnost te kopije z zadnjo veljavno različico.

KAZALO

1. SPLOŠNO	3
1.1 Predstavitev zdravstvenega doma	3
1.2 Poslanstvo, vizija in vrednote	3
1.3 Namen poslovnika	3
2. POVEZAVE Z DRUGIMI STANDARDI IN DOKUMENTI	4
3. IZRAZI, DEFINICIJE IN KRATICE	4
4. KONTEKST ORGANIZACIJE	5
4.1 Razumevanje organizacije in njenega konteksta	5
4.2 Razumevanje potreb in pričakovanj zainteresiranih strani	6
4.3 Opredelitev področja uporabe in obseg sistema vodenja kakovosti	6
4.4 Proces v sistemu vodenja kakovosti	6
5. VODITELJSTVO	8
5.1 Voditeljstvo in zavezanost	8
5.2 Osredotočenost na odjemalce	9
5.3 Politika kakovosti	9
5.4 Vloge v organizaciji, odgovornosti in pooblastila	9
6. PLANIRANJE	10
6.1 Planiranje sistema vodenja kakovosti	10
6.2 Obravnava tveganj in priložnosti	11
6.3 Cilji kakovosti	11
6.4 Planiranje sprememb	11
7. PODPORA	12
7.1 Viri	12
7.2 Kompetentnost	14
7.3 Ozaveščenost	14
7.4 Komuniciranje	15
7.5 Dokumentirane informacije	15
8. DELOVANJE	17
8.1 Planiranje in obvladovanje delovanja	17
8.2 Zahteve za izdelke in storitve	17
8.3 Snovanje in razvoj izdelkov in storitev	18
8.4 Obvladovanje procesov, izdelkov in storitev zunanjih ponudnikov	18
8.5 Proizvodnja in izvedba storitev	19
8.6 Sprostitev izdelkov in storitev	21
8.7 Obvladovanje neskladnih proizvodov	21
9. VREDNOTENJE IZVEDBE	21
9.1 Nadzorovanje, merjenje, analiziranje in vrednotenje	21
9.2 Notranja presoja	22
9.3 Vodstveni pregled	22
10. IZBOLJŠEVANJE	23
10.1 Splošno	23
10.2 Neskladnosti in korektivni ukrepi	23
10.3 Nenehno izboljševanje	23

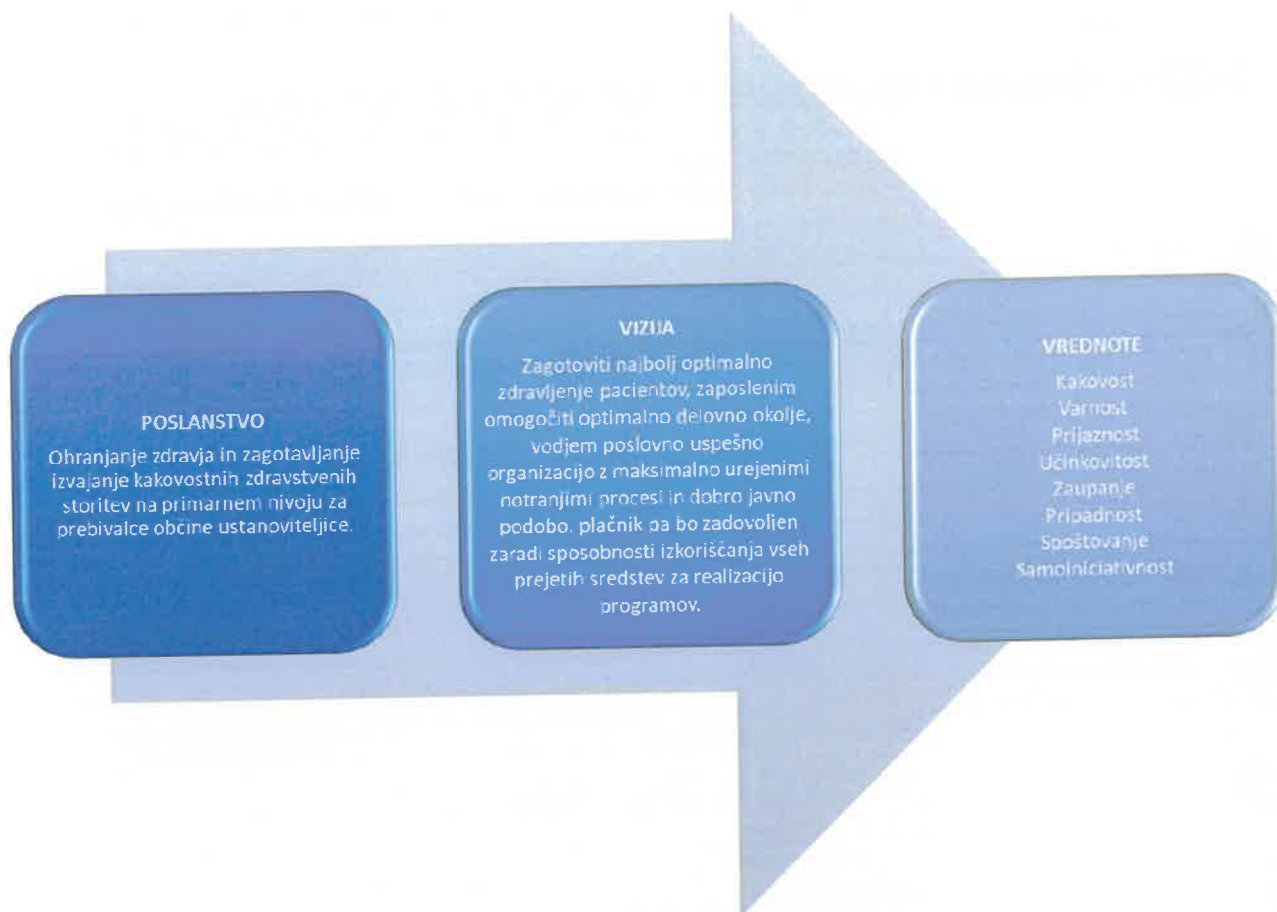
1. SPLOŠNO

1.1 Predstavitev zdravstvenega doma

Javni zavod Zdravstveni dom Slovenj Gradec je organiziran kot javni zavod za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti na podlagi Odloka o ustanovitvi Zdravstvenega doma, ki sta ga sprejeli ustanoviteljici Mestna Občina Slovenj Gradec in Občina Mislinja. Sedež zavoda je v Slovenj Gradcu, Partizanska pot 16.

ZD Slovenj Gradec zagotavlja osnovno zdravstveno varstvo na primarni ravni vsem prebivalcem občin Slovenj Gradec in Mislinje, skupaj 21.655 občanom (2023). ZD želi svoje delo čim bolj približati bolnikom, zato ima svoje prostore na treh lokacijah: Zdravstveni dom Slovenj Gradec, zdravstvena postaja Mislinje in bazen Slovenj Gradec.

1.2 Poslanstvo, vizija in vrednote



1.3 Namen poslovnika

Namen poslovnika je celovit prikaz delovanja zavoda iz vidika zahtev sistema vodenja po standardu SIST EN ISO 9001:2015. Poslovnik kakovosti je temeljni akt, na podlagi katerega izvajamo, vzdržujemo in izboljšujemo sistem vodenja kakovosti ter tako dokazujemo, da izpolnjujemo zahteve odjemalcev, da iščemo priložnosti za povečanje njihovega zadovoljstva, da obvladujemo procese in tveganja na vseh ravneh ter izpolnjujemo zahteve zakonodaje in regulative. V poslovniku so tako konkretizirane zahteve mednarodnega standarda ISO 9001, podrobneje pa so opisane v dokumentih, na katere se poslovnik sklicuje.

Reference:

Priloga 1 PK – Organigram poslovanja

Priloga 2 PK – Organigram dejavnosti

2. POVEZAVE Z DRUGIMI STANDARDI IN DOKUMENTI

Pri izvajanju sistema vodenja kakovosti upoštevamo deloma ali v celoti tudi:

- SIST EN ISO 9000:2015 - Sistemi vodenja kakovosti - Osnove in slovar,
- SIST EN ISO 9004:2018 – Kakovost organizacije – Napotki za doseganje trajne uspešnosti
- SIST EN ISO 15189:2023 - Medicinski laboratoriji – Zahteve za kakovost in kompetentnost,
- SIST EN 15224:2012 - Zdravstvene storitve - Sistemi vodenja kakovosti - Zahteve na osnovi EN ISO 9001:2015 (se upošteva v celoti),
- Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023 - 2030).

3. IZRAZI, DEFINICIJE IN KRATICE

V dokumentih sistema kakovosti praviloma uporabljamo terminologijo, ki jo določa standard SIST ISO 9001:2015 Sistemi vodenja kakovosti – Osnove in slovar. Nekateri uporabljeni izrazi, ki jih standard ne določa ali drugi izrazi, so navedeni spodaj.

Uporabljen izraz / kratica	Razlaga
CPZOPD	Center za preprečevanje, obvladovanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog
DMS	diplomirana medicinska sestra / dipl. zdravstvenik ali višja medicinska sestra
DN	Delovno navodilo
EKG	Elektrokardiogram
IS	Informacijski sistem
KPU	Korektivno preventivni ukrepi
KR	Kriteriji
KU	Korektivni ukrepi
MRSA	Meticilin rezistenten <i>Staphylococcus Aureus</i>
MZ	Ministrstvo za zdravje
NAV	Navodila
NMO	Nadzorna in merilna oprema
NP	Notranje presoje
NSP	Neskladni proizvodi
OE	Organizacijska enota
DE	Delovna enota
OBR	Obrazec
PR	Organizacijski predpis
PK	Poslovník kakovosti
POBO	Program preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb
OP	Opis procesa
PU	Preventivni ukrepi
RTG	Rentgen
MS/ZT	Medicinska sestra/zdravstveni tehnik
SDN	Splošno delovno navodilo
SN	Strokovni nadzor
SS	Strokovni svet
SVK	Sistem vodenja kakovosti
TAB	Tabela, na katero se sklicujemo v dokumentih sistema vodenja.
TVS	Tehnično vzdrževalne službe
UKC	Univerzitetni klinični center
Vodstvo zavoda	Direktorica ZD Slovenj Gradec, strokovni vodja, pomočnica direktorice za ZN, vodja programa nemedicinske dejavnosti, strokovni vodja, vodje organizacijskih enot, vodje delovnih enot, odgovorne medicinske sestre – zdravstveniki.
ZN	Zdravstvena nega
ZD	Zdravstveni dom
ZIS	Zdravstveno informacijski sistem
Kakovost	Stopnja, na kateri skupek svojstvenih karakteristik izpolnjuje zahteve.
Sistem vodenja kakovosti	Usmerjanje organizacije glede kakovosti.

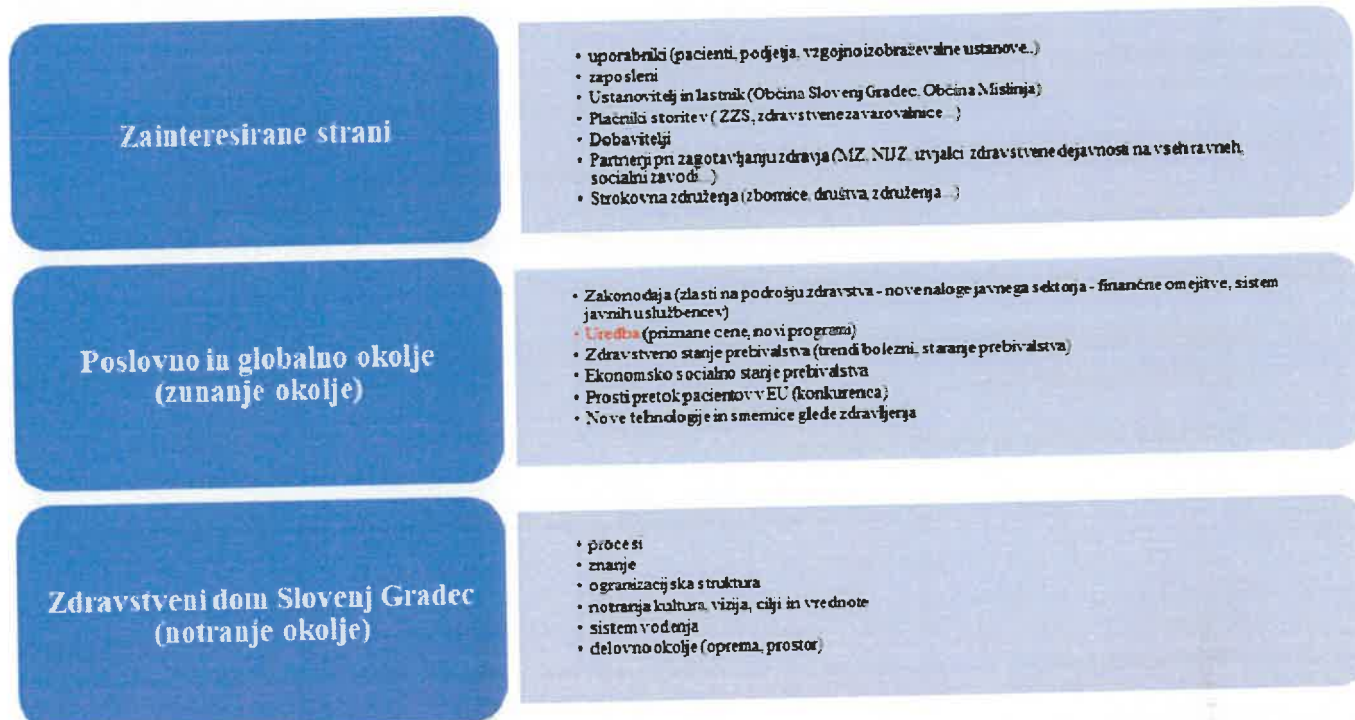
Vodenje kakovosti	Koordinirane aktivnosti za usmerjanje in obvladovanje organizacije v zvezi s kakovostjo.
Zagotavljanje kakovosti	Del vodenja kakovosti, osredotočen na vzpostavljanje zaupanja, da bodo zahteve za kakovost izpolnjene.
Odjemalec	Pacient, uporabnik storitev zdravstvenega varstva
Proizvod	Rezultat procesa – izdelek ali storitev
Presoja	Sistematičen, neodvisen in dokumentiran proces pridobivanja dokazov presoje in njihovo objektivno vrednotenje, da ugotovimo, v kakšnem obsegu so kriteriji presoje izpolnjeni.
Neskladnost	Neizpolnjena zahteva
Proces	Skupek med seboj povezanih ali medsebojno vplivajočih aktivnosti, ki pretvarja vhode v izhode.
Postopek	Specificiran način za izvedbo aktivnosti ali procesa.
Zdravstveno varstvo	Celostna zdravstvena oskrba, ki obsega preventivno varstvo, odkrivanje in zdravljenje ter vodenje okrevanja po bolezni ali poškodbi.
Zdravstvena oskrba	Izvajanje zdravstvenega varstva na področju zdravstvenih dejavnosti.

4. KONTEKST ORGANIZACIJE

4.1 Razumevanje organizacije in njenega konteksta

Temeljni namen delovanja ZD Slovenj Gradec je izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti, kot je opredeljena v Zakonu o zdravstveni dejavnosti ter v Odloku o ustanovitvi ZD Slovenj Gradec, statusne okvire za delovanje zavoda pa opredeljuje Zakon o zavodih.

ZD Slovenj Gradec tako glede na svoj namen delovanja in svoj status kot javni zavod prepoznava naslednje dejavnike svojega zunanjega in notranjega okolja, ki pomembno vplivajo na njegov razvoj in zmožnosti doseganja zastavljenih ciljev:



Naloga najožjega vodstva je spremljanje zunanjega okolja ter ustrezno prilagajanje in spreminjanje notranjega okolja, tako da bo ZD Slovenj Gradec uspešno uresničeval svoj namen.

4.2 Razumevanje potreb in pričakovanj zainteresiranih strani

V okviru sistema vodenja kakovosti prepoznavamo in se osredotočamo na izpolnjevanje naslednjih ključnih zahtev zainteresiranih strani:

ZAINTERESIRANE STRANI	POTREBE IN PRIČAKOVANJA
uporabniki (pacienti, podjetja, vzgojno izobraževalne ustanove..)	Varno, uspešno, dostopno, strokovno, pravočasno, prijazno in cenovno sprejemljivo opravljeno zdravstveno storitev.
Zaposleni	Prijetno delovno okolje, varnost zaposlitve, dobri odnosi, možnost kariernega razvoja, enakopravna obravnava in stimulativno plačilo.
Ustanovitelj in lastnik (MO Slovenj Gradec, občina Mislinje)	Kakovostno izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti, razvoj dejavnosti, skrb za zdravje občanov, stabilno poslovanje.
Plačniki storitev (ZZZS, zdravstvene zavarovalnice...)	Izveden zdravstveni program v skladu s pogodbo.
Partnerji pri zagotavljanju zdravja (MZ, NIJZ, izvajalci zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh, socialni zavodi...)	Sodelovanje v skupnih dejavnostih, spoštovanje zakonodaje, pravočasna in natančna poročila.
Strokovna združenja (zbornice, društva, združenja...)	Spremljanje in upoštevanje novosti stroke, aktivno sodelovanje.

ZD najmanj enkrat letno pregleda informacije o zainteresiranih straneh ter njihovih pričakovanjih ter jih po potrebi spremeni. Enkrat letno preveriti njihova pričakovanja z anketo ali pogovorom.

Pričakovanja deležnikov predstavljajo izhodišča za oblikovanje strateških ciljev, skupaj z dejavniki notranjega in zunanjega okolja pa tudi izhodišča za opredelitev tveganj in priložnosti glede doseganja želenih rezultatov.

4.3 Opredelitev področja uporabe in obseg sistema vodenja kakovosti

ZD Slovenj Gradec pri izvajanju svojih storitev uporablja vse zahteve standarda ISO 9001:2015 in nima opredeljenih opustitev.

Sistem vodenja kakovosti v ZD Slovenj Gradec vsebinsko obsega:

- izvajanje zdravstvenega varstva prebivalstva na primarnem nivoju skupaj z EHP, in drugimi specialističnimi zdravstvenimi storitvami.

4.4 Proces v sistemu vodenja kakovosti

ZD Slovenj Gradec ima za doseganje svojih ciljev in delovanje sistema vodenja kakovosti opredeljene naslednje tipe procesov:

- vodstvene,
- temeljne in
- podporne procese.

V naslednji preglednici so navedena delovna področja, v okviru katerih se odvijajo procesi ter odgovornosti skrbnikov ter drugi sodelujoči v procesih.

Legenda: P - skrbnik procesa (vodi, sklicuje sestanke, sprejema odločitve) S - delujoči v procesu (sodeluje pri delu, izvaja dogovorjene aktivnosti) P ₁ – področje zdravstvene dejavnosti P ₂ – področje nemedicinskih dejavnosti P ₃ - področje dejavnosti laboratorijske medicine		Direktor ZD Slovenj Gradec	Strokovni vodja	Pomočnica direktorice za ZN	Vodja programa nemedicinske dej.	Vodja DE	Zdravniki	Odgovorne medicinske sestre DE	Medicinske sestre (DMS, VMS, SMS, ZT)	Ostali zdravstveni delavci in sodelavci v zdr.	Ostali delavci v zdravstvu	Zunanji procesi	Tip pro-cesa
Procesi	Aktivnosti v procesih												
Proces vodenja ZD Slovenj Gradec	Vodenje ZD	P	S	S	S	S							Vodstveni procesi
	Ekonomika, finance, analitika	S		S	P						S	S	
	Računovodstvo				P						S	S	
	Zagotavljanje človeških virov	P	S	S	S						S	S	
	Nabavljanje	P		S	S								
	Nemedicinske dejavnosti				P					S			
Vodenje kakovosti		S	S	P ₁	P ₂	S	S	S	S	S	S		
Osnovne zdravstvene dejavnosti (OP-01, OP-02, OP-03, OP-07, OP-08, OP-09, OP-10, OP-11, OP-12, OP-13, OP-14, OP-15, OP-16, OP-17, OP-18, OP-19, OP-20)		S	S	S		S	S	S				S	Temeljni procesi
Specialistične zdravstvene dejavnosti (OP-09,OP-01)		S	S	S		S	S	S					
Zobozdravstvena dejavnosti (OP-02)		S	S	S		S	S	S				S	
Laboratorij (OP-15)		S	S	S		P	S					S	
Trženje storitev in produktov (MDPŠ – OP 07)		S	S	S		P							
Čistilke in pralnica (OP-11)			S	P				S			S		
Vzdrževanje objektov in opreme		S		S	S	S		S	S			P	
Informatiki		S		S	S	S		S	S			P	

Preglednica: Določitev procesov in njihova uporaba v celotni organizaciji

Posamezni procesi so dokumentirani v opisih procesov (OP), kjer so podrobneje opredeljene odgovornosti, pooblastila, komuniciranje, merila uspešnosti in učinkovitosti ter postopki v procesu. Tveganja na izvajalskem nivoju posameznega procesa so opredeljena v poročilih HFMEA (analizah možnih načinov odpovedi), priložnosti za izboljšave pa opredeli srednje vodstvo na letni ravni v okviru planiranja in poročanja na nivoju organizacijske enote.

Procesi, ki jih izvajajo zunanji izvajalci se nanašajo na:

- kadrovske zadeve - opravlja za nas Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti (SZOZD). Kakovost njihovega dela spremlja naročnik storitev tako, da pregleduje storitve, njihovo pravočasno in kvalitetno izvedbo.
- pravne zadeve - opravlja za nas Polona Kramer, s.p. Kakovost njenega dela spremlja naročnik storitev tako, da pregleduje storitve, njihovo pravočasno in kvalitetno izvedbo.
- prevoze – ne nujni sanitetni in dializni prevozi, ki jih za ZD izvajajo pogodbene pravne osebe, kakovost njihovega dela pa opredeljuje pogodba o sodelovanju ter pravila ZZZS. Kakovost izvedbe storitev prevozov spremljamo z letno anketo na ustreznem vzorcu uporabnikov.
- preiskave v zunanjih laboratorijih - opravljajo jih pogodbeni laboratoriji z dovoljenjem za delo MZ. Kakovost njihovega dela nadzira naročnik storitev s tem, da pregleduje izvide in spremlja pravočasnost opravljenih preiskav.
- zobotehnične storitve (dodatno do izvedbe polne realizacije) – pogodbeni pravna oseba, ki so registrirane za dejavnost. Kakovost izvedbe nadzorujemo s spremljanjem zastojev, predčasnih popravil, pritožb ter pripomb pacientov ali zobozdravnikov.
- kalibracijo in overitev nekatere nadzorne in merilne opreme - opravlja akreditiran/imenovan pogodbeni servis ali proizvajalec opreme. Kakovost njihovega dela nadzira naročnik storitev s tem, da pregleduje poročila in spremlja pravočasnost opravljenih servisnih in kalibracijskih storitev.
- Zunanji izvajalci izvajajo tudi elektro vzdrževalna dela, servisiranje dvigal in drugih naprav.
- Anketiranje z izvedbo analiz o zadovoljstvu naših uporabnikov in zaposlenih izvaja podjetje Revolver d.o.o. Kakovost njenega dela spremlja naročnik storitev tako, da pregleduje storitve, njihovo pravočasno in kvalitetno izvedbo.
- Vzdrževanje IT sistema, izvaja za nas podjetje Stebri d.o.o. Kakovost njihovega dela spremlja naročnik storitev tako, da pregleduje storitve, njihovo pravočasno in kvalitetno izvedbo.
- Vzdrževanje (razen manjših opravil) in servis vozil izvaja podjetje Breznik d.o.o. Kakovost njihovega dela spremlja naročnik storitev tako, da pregleduje storitve, njihovo pravočasno in kvalitetno izvedbo.
- Izvedbo javnih naročil za nas opravlja Rosanda Janež, s.p. Kakovost njenega dela spremlja naročnik storitev tako, da pregleduje storitve, njihovo pravočasno in kvalitetno izvedbo.

Referenčni dokumenti:

- ZDSG-SDN 001 - Obvladovanje procesov
- Opisi procesov
- Poročila HFMEA (analiza možnih načinov odpovedi)

5. VODITELJSTVO

5.1 Voditeljstvo in zavezanost

Ožje vodstvo zdravstvenega doma predstavlja direktorica zavoda, ki predstavlja in zastopa ZD s polnimi pooblastili, organizira in vodi delo ter odgovarja za zakonitost poslovanja. Najvišji organ upravljanja je Svet zavoda.

Širše vodstvo zavoda predstavljajo:

- strokovni vodja,
- pomočnica direktorice za zdravstveno nego
- vodje programov dejavnosti,
- vodje organizacijskih enot,
- vodje delovnih enot,
- odgovorne medicinske sestre – zdravstveniki.

Vodstvo (ožje in širše) dokazuje svoje voditeljstvo in za zavezanost sistemu vodenja s tem da:

- prevzema odgovornost za uspešnost zavoda,
- zagotavlja vzpostavljenost ustrezne politike kakovosti,
- zagotavlja vključenost zahtev sistema vodenja v poslovne procese, spodbuja procesni pristop in razmišljanja na podlagi tveganj,
- zagotavlja razpoložljivost potrebnih virov,
- komunicira o pomembnosti sistema vodenja za doseganje rezultatov ter pri tem spodbuja in usmerja osebje,
- spodbuja izboljšave,
- spodbuja in podpira vodstvene kadre, da se dokazujejo v voditeljstvu na svojih področjih.

5.2 Osredotočenost na odjemalce

Svojo osredotočenost na odjemalce vodstvo izkazuje z opredelitvijo in zagotavljanjem izvajanja procesov in navodil v skladu z zakonodajo, regulativo, doktrino, direktivami in drugimi zahtevami, ki se nanašajo na zdravstvo in podporne storitve, prav tako nenehnim preverjanjem zahtev in pričakovanja pacientov. Vodstvo si prizadeva, da so pri izvajanju storitev ustrezno prepoznana tudi tveganja in priložnosti, ki lahko vplivajo na povečanje zadovoljstva odjemalcev. Skupni cilj zaposlenih je izvajanje storitev, ki izpolnjujejo vse strokovne zahteve ter so opravljene na način, ki pri pacientih vzbuja zaupanje. V želji, da so odjemalci trajno zadovoljni s storitvami ZD Slovenj Gradec, si zaposleni prizadevajo pričakovanja pacientov mestoma tudi preseči, vodstvo pa v ta namen zagotavlja razmere, v katerih:

- zaposleni komunicirajo z odjemalci profesionalno in prijazno,
- pri odločitvah se zmeraj upošteva vidik koristi za odjemalca ter skrbijo za njegovo dostojanstvo, integriteta, informiranost in sodelovanje,
- v procesih se natančno definirajo in nedvoumno določijo zahteve stroke in odjemalcev,
- se za nemoten potek procesov pravočasno zagotovijo potrebni viri,
- se spremlja zadovoljstvo odjemalcev in zagotovijo ustrezni preventivni in korektivni ukrepi za povečevanje njihovega zadovoljstva.

Pri negovanju osredotočenosti na odjemalce se v ZD Slovenj Gradec glede na specifiko zdravstvenih storitev zaposleni zavedajo, da je ZD Slovenj Gradec tisti, ki je tudi odgovoren za uravnoteženost zahtev in pričakovanj odjemalcev s strokovno ocenjenimi potrebnimi zdravstvenimi storitvami.

Vodstvo in zaposleni se zavedajo tudi pomena notranjih odjemalcev, ki sodelujejo pri izvajanju procesov, zato potekajo stalna prizadevanja za krepitev zavedanja o pomenu procesnega pogleda na delo, motiviranosti za dosledno izvajanje sprejetih vrednot ter zavedanja potrebe po nenehnem izboljševanju opredeljenega sistema kakovosti.

5.3 Politika kakovosti

Politiko kakovosti določa vodstvo zdravstvenega doma po posvetu z ožjimi sodelavci, pri tem pa upošteva kontekst zdravstvenega doma in njegove strateške usmeritve. Politika kakovosti mora opredeljevati okvir za določitev ciljev kakovosti, zavezanost zaposlenih k izpolnjevanju veljavnih zahtev ter zavezanost nenehnemu izboljševanju sistema kakovosti.

Primernost politike kakovosti se vsaj enkrat letno pregleduje na vodstvenem pregledu ter o njeni vsebini oz. spremembah seznanijo vse zaposlene. Vodstvo je tudi odgovorno za razlago politike kakovosti in njeno dostopnost za vse zainteresirane deležnike, kar zagotavlja s tem, da je politika kakovosti natisnjena in izobešena v prostorih ZD Slovenj Gradec in objavljena na internetnih straneh. Politika kakovosti je opredeljena v Prilogi 3 tega PK.

5.4 Vloge v organizaciji, odgovornosti in pooblastila

Vodstvo ZD Slovenj Gradec zagotavlja, da so odgovornosti in pooblastila glede planiranja, izvedbe, nadzora in korektivnega ukrepanja v okviru sistema vodenja opredeljene ter da je osebje o tem seznanjeno. Tako so opredeljene naslednje odgovornosti glede:

Skladnosti sistema vodenja s standardom ISO 9001	Vodja za kakovost
Učinkovitosti procesov	Odgovorni delavci delovnih in OE
Poročanja vodstvu o izvajanju sistema kakovosti in izvajanju izboljšav	Pomočnica direktorice za področje zdravstvene nege
Spodbujanja osredotočenosti na odjemalce	Odgovorni delavci delovnih in OE
Zagotavljanja in ohranjanja celovitosti sistema vodenja ob spremembah	Pomočnica direktorice za področje zdravstvene nege

Podrobnejša opredelitev odgovornosti posameznih vodstvenih ravni je razvidna iz SDN 03 Odgovornosti in pooblastila. Odgovornosti posameznih zaposlenih pa so razvidne iz opisov procesov, Pravilnika o organizaciji in sistemizaciji delovnih mest ter pogodb o zaposlitvah.

Referenčni dokumenti:

- Priloga 3 PK - Izjava o Politiki kakovosti
- SDN 03 Odgovornosti in pooblastila
- Opisi procesov
- Pravilnik o organizaciji in sistemizaciji delovnih mest

6. PLANIRANJE

6.1 Planiranje sistema vodenja kakovosti

Nenehno izboljševanje sistema vodenja kakovosti dosegamo s sistematičnim planiranjem posameznih aktivnosti, izvajanjem teh aktivnosti, preverjanjem uspešnosti in učinkovitosti, izvajanjem korektivnih in preventivnih ukrepov ter z vpeljevanjem izboljšav.

S planiranjem sistema vodenja kakovosti zagotavljamo, da bodo vse zahteve in pričakovanja odjemalcev, zahteve zakonov, predpisov in standardov, kakor tudi naše interne zahteve izpolnjene ter bodo tako tudi naše storitve ustrezale postavljenim zahtevam. Na enak način izpolnjujemo tudi cilje kakovosti in to tako, da se ob spremembah ohrani celovitost sistema vodenja kakovosti.

Planiranje sistema vodenja kakovosti	Dokumenti	Opis aktivnosti
<pre> graph TD A[MZ RS, ZZZS] <--> B[Vodstvo ZD Slovenj Gradec] C[Svet zavoda] <--> B B --> D[Strokovni kolegij] D --> B D --> E[Vodje delovne enote in odgovorne sestre] E --> F[DMS/SMS/ZT in strokovno osebje] F --> E </pre>	Usmeritve MZ Poslovni načrt Poročilo o strokovnem delu in doseganju ciljev Zapisnik vodstvenega pregleda	Vodstvo ZD Slovenj Gradec opravlja vodstveni pregled in obravnava usmeritve s področja kakovosti in zahteve ter priporočila MZ. Oblikuje in potrjuje politiko in cilje kakovosti.
	Poročila za obravnavo na vodstvenem pregledu	Vodstvo izdelava predloge za politiko in cilje kakovosti in sprejema odločitve za izdelavo strokovnih podlag za dokumente sistema vodenja kakovosti.
	Za vsak proces so dokumenti navedeni v OP nn-mm	Osebe na oddelkih dosledno opravlja postopke in zagotavlja informacije o doseganju ciljev kakovosti ter predlaga izboljšave.

Slika: Strukture za planiranje kakovosti in spremljanje rezultatov

Planiramo vse stopnje načrtovanja in opravljanja storitev, vključno s podpornimi storitvami, viri in merili uspešnosti ter načrtujemo izboljšave za ključna pričakovanja odjemalcev.

6.2 Obravnava tveganj in priložnosti

Da bo ZD Slovenj Gradec s pomočjo sistema vodenja dosegal predvidene rezultate, preprečeval neželene učinke in njihove posledice ter prepoznava priložnosti za izboljšanje se opredeljujejo in upoštevajo tveganja in priložnosti na treh ravneh:

- | | |
|-----------------|--|
| Ožje vodstvo | ➤ Vsaj enkrat letno obravnava tveganja in priložnosti vezane na opredeljeni kontekst ZD in njegove cilje glede izpolnjevanja pričakovanih deležnikov. Učinkovitost in uspešnost ukrepov se ovrednoti v posebnem poglavju Poslovnega poročila za preteklo leto. |
| Širše vodstvo | ➤ Presojajo tveganja in priložnosti v okviru procesov, v katerih sodelujejo kot skrbniki procesa ali odgovorni za posamezne faze procesa. Posebej se osredotočajo na tveganja povezana z varnostjo, učinkovitostjo, merjenjem ter doseganjem ciljev procesa. Ključna tveganja in priložnosti za izboljšave širše vodstvo opredeli v Letnem poročilu o delovanju posameznih programov in OE, kjer se opredelijo tudi ukrepi za njihovo obravnavo ter oceni učinkovitost teh ukrepov za preteklo leto. |
| Izvajalski nivo | ➤ V okviru svojega vplivnega območja prepoznavajo priložnosti in tveganja pri aktivnostih, ki jih izvajajo, o njih pravočasno seznanijo sodelavce in nadrejene. Tveganja na izvajalskem nivoju so opredeljena v poročilih HFMEA oz. analizi možnih odpovedi posameznih procesov. Zaposleni so se dolžni o teh tveganjih seznaniti in upoštevati predvidene ukrepe. Enkrat letno se pregleda aktualnost opredeljenih tveganj in primernost ukrepov za njihovo obravnavo v poročilih HFMEA. |

6.3 Cilji kakovosti

Na podlagi politike kakovosti smo si zastavili konkretne cilje, ki so merljivi, uresničljivi in usklajeni s sprejeto politiko kakovosti.

Cilje kakovosti na ravni organizacije določa vodstvo na letni ravni v Programu dela in finančnem načrtu, pri tem pa upošteva usklajenost, hierarhijo in vsebinsko pokritost s Strateškimi cilji ZD Slovenj Gradec, ki so opredeljeni v Prilogi 4 tega PK. Pri planiranju si določamo ciljne vrednosti, ki so praviloma višje, kot so bile dosežene v zadnjem spremljanem obdobju.

6.4 Planiranje sprememb

Spremembe sistema vodenja razumemo kot stalno nalogo oz. aktivnosti, ki so lahko npr. posledica izboljšav, korektivnega ukrepanja ali sprememb zakonodaje. Vsako spremembo dokumentiranih informacij, vključno s spremembo PK, izvedemo obvladovano, kjer proučimo možne posledice spremembe iz čim več vidikov, preverimo razpoložljivost potrebnih virov, vpliv spremembe na odgovornosti in pooblastila ter proučimo njen vpliv na celovitost sistema vodenja.

Podrobneje je izboljševanje in obvladovanje sistema vodenja kakovosti, vključno s planiranjem njegovih sprememb, opredeljeno v Prilogi 5 PK - Shema SVK in tok informacij.

Referenčni dokumenti:

- Priloga 4 PK - Strateške usmeritve
- Priloga 5 PK - Shema sistema vodenja kakovosti in tok informacij

7. PODPORA

7.1 Viri

Preskrba virov

Vodstvo ZD Slovenj Gradec ima opredeljene in zagotovljene potrebne vire za izvajanje, vzdrževanje in izboljševanje sistema kakovosti vključno z viri potrebnimi za izvajanje procesov. Tako so zlasti opredeljeni in zagotovljeni naslednji viri:

- ljudje,
- infrastruktura,
- okolje za delovanje procesov,
- viri nadzorovanja in merjenja,
- organizacijsko znanje.

Ljudje in zagotavljanje njihove kompetentnosti

Potrebno osebje za izvajanje vseh procesov ZD Slovenj Gradec je, vključno z zahtevano kompetentnostjo, opredeljeno v Pravilniku o sistemizaciji delovnih mest v ZD Slovenj Gradec. Pri določanju kompetentnosti se upošteva ustrezna izobrazba, usposobljenost, veščine in izkušnje.

V ZD Slovenj Gradec smo zagotovili, da je naše osebje verodostojno (certifikati, licence, profesionalne kvalifikacije), kjer je to potrebno. Skrbimo tudi za potrebno kompetentnost na področju vodenja kakovosti (vodje kakovosti in notranjih presojevalcev).

Zaposleni vzdržujejo in razvijajo svojo kompetentnost z notranjimi in zunanjimi izobraževanji ter medsebojno izmenjavo delovnih izkušenj in dobrih praks. Tako se na letni ravni pripravi plan izobraževanja za posamezno delovno enoto, ki zajema predvidene vsebine in število udeležencev. Vsak zaposleni se na dvoletni ravni udeleži vsaj enega izobraževanja na področju strokovnega in enega na področju osebnostno-socialnega razvoja. Na temo obvladovanja družbenih in psiholoških dejavnikov enkrat letno organiziramo usposabljanje.

Za osebje, ki ne izpolnjuje zahtev glede kompetentnosti, zagotovimo dodatno usposabljanje (izobraževanje znotraj in izven zavoda, specializacija, mentorstvo,...), premestitev na drugo ustrezno delovno mesto. V tem primeru se zagotovi nadomestna kompetentna oseba, bodisi s sklenitvijo delovnega razmerja bodisi s sklenitvijo podjemne pogodbe.

Vodja enote je odgovoren za ocenjevanje učinkovitosti izvedenih ukrepov za pridobitev ustreznih kompetenc.

Zahteve glede kompetentnosti se nanašajo tudi na pogodbene delavce (na primer na upokojene delavce, ki sodelujejo pri premostitvi kadrovskih problemov).

Zapise o izobrazbi, usposobljenosti, veščinah in izkušnjah vodimo v osebnih mapah zaposlenih.

Referenčni dokumenti:

- Pravilniku o sistemizaciji delovnih mest
- Načrti kadrov
- Plan izobraževanj enote
- Osebne mape zaposlenih

Infrastruktura

Vodstvo zagotavlja in vzdržuje infrastrukturo, ki obsega:

- objekte,
- opremo,
- programsko opremo,
- komunikacijska sredstva.

Predlog za nabavo opreme podajo zaposleni vodjem enot. Predloge obravnavamo na strokovnem svetu. Direktor v skladu z možnostmi in razpoložljivimi finančnimi sredstvi s strokovnim svetom oblikuje dokončni predlog nabave opreme, ki ga v okviru finančnega načrta potrdi svet zavoda.

Vzdrževanje infrastrukture je podrobneje opredeljeno v opisih procesov. Osnova za vzdrževanje je Letni načrt investicijskih vlaganj.

Referenčni dokumenti:

- OP 12 Tehnično vzdrževalne in oskrbovalne storitve
- Letni načrt investicijskih vlaganj

Okolje za delovanje procesov

Vodstvo zagotavlja in vzdržuje delovno okolje, ki omogoča varno opravljanje kakovostnih storitev z obvladovanjem:

- **fizičnih dejavnikov** s periodičnim opravljanjem meritev delovnih pogojev, ki jih opravlja zunanja pogodbeni organizacija (osvetlitev, klima, hrupnost, ionizirajoče sevanje) z zagotavljanjem varnosti pri delu, požarne varnosti in varstva okolja. Skrb nad fizično varnostjo pacientov in zaposlenih, vključno z varovanjem objektov, se izvaja prav tako preko pogodbenega partnerja. Čiščenje prostorov, pranje perila in preprečevanje hišnih okužb se zagotavlja z lastnimi zaposlenimi. Poročila o meritvah in dokazila o usposobljenosti osebja za varno delo hrani uprava ZD.
- **družbenih dejavnikov**, kar udeležujemo s spoštovanjem načela nediskriminatornosti kot npr. glede spola, starosti in socialnega statusa, tako v odnosu med zaposlenimi, kakor v odnosu do pacientov. Prav tako udeležujemo druga načela opredeljena v Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi, Kodeksu zdravniške etike, in Kodeks deontologije laboratorijske medicine, ki so dostopna na intranetu.
- **psiholoških dejavnikov**, kjer z osveščanjem zaposlenih obvladujemo stres, preprečujemo izgorelost, preprečujemo mobbing in morebitne izredne (nasilne) dogodke nad zaposlenimi ali pacienti. V ta namen najmanj enkrat letno organiziramo izobraževanje, kjer se periodno obravnava eden izmed navedenih dejavnikov, povzetek pa objavimo na intranetu.

Reference:

- OP 11 Čiščenje in pralnica
- Ocena tveganja varstva pri delu
- Program preprečevanja in obvladovanja hišnih okužb – POBO
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi
- Kodeks zdravniške etike
- Kodeks deontologije laboratorijske medicine
- Zakon o varstvu pacientovih pravic
- **OBR-ZDSG082 POROČILO O VARNOSTNEM INCIDENTU**

Viri nadzorovanja in merjenja

Pri izvajanju zdravstvenih storitev uporabljamo različno merilno opremo, prav tako zagotavljamo ustrezne vire, ki so potrebni za zagotavljanje veljavnih in zanesljivih rezultatov meritev. Oprema, za katero zagotavljamo merilno sledljivost in jo v določenih presledkih ali pred uporabo overjamo ali kalibriramo, je navedena v seznamu »Evidenca merilnih naprav«.

Kalibracijo izvajajo zunanji pooblaščen izvajalci, ki izdajo zapis o rezultatih kalibriranja. Iz spremnega lista merilne naprave ali označbe na napravi je razviden status naprave glede kalibriranja. Zapisi kalibriranja se hranijo v delovnih/organizacijskih enotah, kjer se naprave uporabljajo. Postopek obvladovanja merilne opreme, vključno z dobavo, je opredeljen v delovnem navodilo »Obvladovanje merilne opreme«, za izvajanje katerega je odgovoren vodja enote, kjer se merilna oprema uporablja.

Viri, metode in zagotavljanje objektivnosti meritev ugotavljanja izpolnjevanja zahtev uporabnikov so opredeljeni v tč. 9.1 PK.

Reference:

- - Obvladovanje merilne opreme
- Evidenca merilnih naprav

Organizacijsko znanje

V ZD Slovenj Gradec imamo prepoznano potrebno znanje za uspešno delovanje in doseganje ciljev. Tako ugotavljamo obstoječe, manjkajoče in tudi tisto znanje, ki ga bomo potrebovali v prihodnosti glede na spreminjajoče se okoliščine in naše razvojne cilje. Cilj je ustvarjanje delovnega okolja, v katerem se znanje lahko pretaka, se razvija, napreduje in se uporablja.

Odgovornosti in aktivnosti v zvezi z negovanjem organizacijskega znanja izvajamo na treh ravneh, kar je razvidno iz naslednje preglednice.

	Odgovornost za prepoznavanje potreb po znanju zaradi	Aktivnosti zagotavljanja znanja
Ožje vodstvo	- uresničevanja vizije - odhodov ključnih kadrov - novih dejavnosti	- opredelitev posebnih znanj v letnih ciljih, ki so potrebna za nove predvidene dejavnosti - v letnem načrtu opredeliti znanje, ki ga sami ne moremo razviti ali pridobiti in ga bo potrebno najeti ali zakupiti - polletno spremljanje stanja zaposlenih na področju ključnih kadrov - določitve aktivnosti za zagotovitev ohranitve znanj ob vsakem odhodu ključnih kadrov (razpis specializacij, mentorstvo)
Širše vodstvo	-učenja na napakah in širjenju tega znanja -širjenja dobrih praks, izkušenj in novih pristopov -novih trendov v panogi	- četrletna obravnava korektivnih ukrepov in zagotovitev njihovega razumevanja
Izvajalci	-uspešnega izvajanja procesov -obvladovanja prepoznanih tveganj	- zagotovitev dostopa, spremljanje in poznavanje predmetne zakonodaje, standardov, smernic in dokumentov SVK - prenos znanja med zaposlenimi (npr. usposobljenost za vsaj dve delovni mesti, usposabljanje za ugotovljena želeno znanja)

7.2 Kompetentnost

Pristopi zagotavljanja kompetentnosti osebja so opredeljeni v tč. 7.1. razdelku »Ljudje in zagotavljanje njihove kompetentnosti«.

7.3 Ozaveščenost

V ZD Slovenj Gradec zagotavljamo zavedanje osebja glede politike kakovosti, poslanstva, vizije in vrednot zavoda z njihovo objavo na intranetu ter v prostorih zavoda.

Enkrat letno se v zavodu organizira tudi »dan kakovosti«, kjer se zaposlene seznani o ciljih kakovosti, rezultatih presoje, izvedenimi korektivnimi ukrepi, izboljšavami, zadovoljstvu uporabnikov in zaposlenih, dobrih praksah ter o drugih temah povezanih z zagotavljanjem kakovosti.

7.4 Komuniciranje

Notranje komuniciranje

V organizaciji uporabljamo formalne in neformalne oblike komuniciranja in obveščanja.

Informacije, ki jih uporabljamo v okviru delovnih procesov, so navedene v opisih procesov. Metode za komuniciranje so naslednje:

- Strokovni del vodi vodja zobozdravstva skupaj s strokovnim vodjem. Obravnavajo razreševanje strokovnih dilem, planiranja, usklajevanja in operativne zadeve za delovanje ZD Slovenj Gradec na zdravstvenem področju.
- Strokovni kolegij za področje zdravstvene nege vodi pomočnica direktorice za ZN, člani so vodje OE in odgovorni delavci. Sestajajo se 2 x mesečno. Obravnavajo strokovno delo na področju ZN, organizacijo dela, naročanje opreme, arhiviranje dokumentacije.
- Sestanki z zaposlenimi na nivoju DE, vsaj enkrat četrletno.
- Dopisi po e-pošti med delovni enotami in zaposlenimi (vsak zaposleni ima svoj e-naslov).
- Individualni pogovori vodstva z zaposlenimi.
- Predlogi zaposlenih.

Zunanje komuniciranje

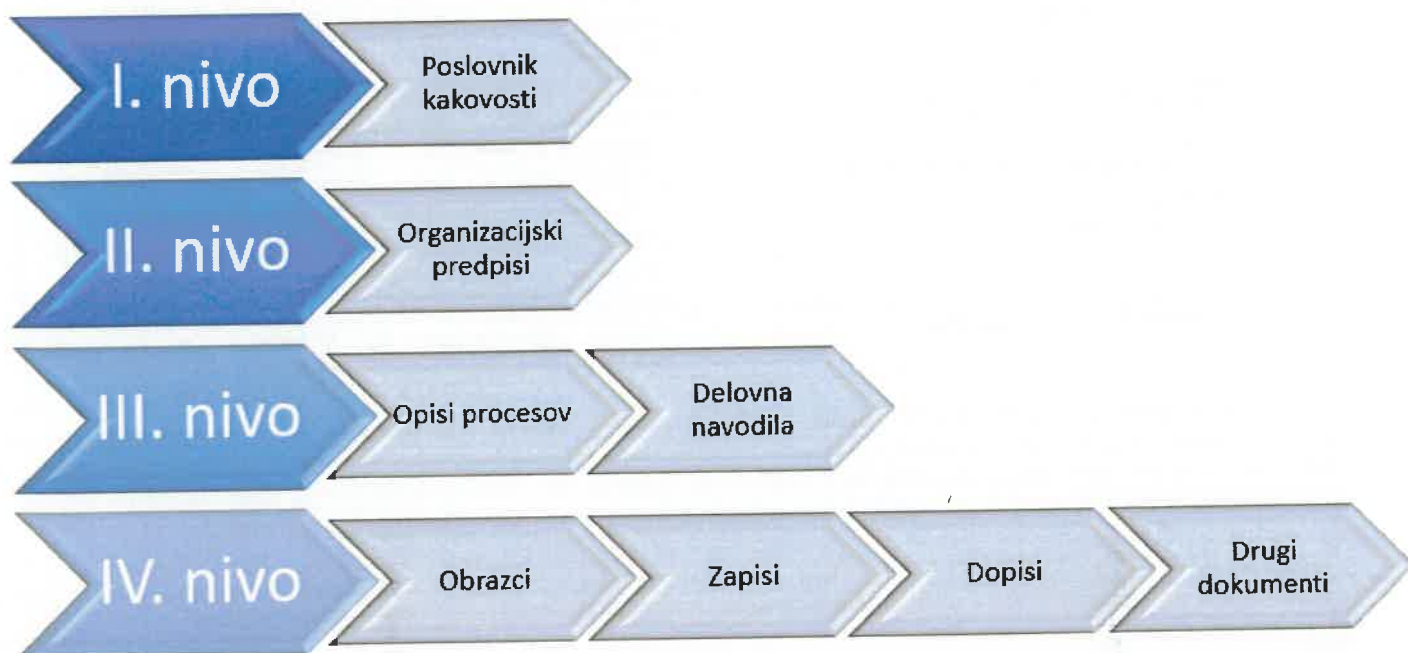
Za komuniciranje z zunanjo javnostjo je pristojno in odgovorno ožje vodstvo ZD. Komunikacijske poti, ki se pri tem uporabljajo so:

- spletna stran ZD Slovenj Gradec,
- novinarska konferenca s seznanitvijo o delovanju zavoda po potrebi,
- dan odprtih vrat ZD Slovenj Gradec (enkrat letno),
- udeležba na vabljenе sestanke v zvezi z delovanjem ZD Slovenj Gradec.

7.5 Dokumentirane informacije

Splošno

Med dokumentirane informacije štejemo vso dokumentacijo, ki jo zahteva ta standard in drugo dokumentacijo, ki jo potrebujemo za uspešnost sistema vodenja kakovosti. Enoten sistem dokumentiranih informacij zajema vse informacije, ne glede na njihov izvor (notranji ali zunanji), ne glede na vsebino (medicinsko ali poslovno) ter ne glede na njihovo obliko (elektronsko ali analogno).



Obvladujemo 4 hierarhične nivoje dokumentiranih informacij:
Posamezen nivo dokumentiranih informacij zajema naslednje:

- poslovnik kakovosti – splošne informacije o predmetu sistema vodenja, kontekstu zdravstvenega doma, procesih, voditeljstvu, politiki, planiranju, podpori, delovanju, nadzorovanju, analiziranju in vrednotenju,
- organizacijski predpisi – informacije, ki so potrebne za delovanje zdravstvenega doma kot celote, za usklajeno delovanje organizacijskih enot ter enotno razumevanje pravil notranjega delovanja zdravstvenega doma, kot so npr. statut, pravilniki, letni plan, letno poročilo, splošni organizacijski predpisi in splošna delovna navodila,
- opisi procesov in delovna navodila – informacije v podporo delovanja procesov, kot so npr. posamezni dokumentirani postopki, smernice in navodila v zvezi z izvajanjem ključnih in podpornih procesov,
- obrazci, zapisi, dopisi in druga dokumentacija – informacije o dokazih, izvedenih aktivnostih, rezultatih in drugih dejstvih povezanih z delovanjem, obvestila, dopisi zunanjim partnerjem, prejeti dopisi, medicinska, računovodska, tehnična, kadrovska in druga poslovna dokumentacija.

Dokumentirane informacije zunanjega izvora, ki jih zdravstveni dom prejme ali kot potrebne pridobi, se glede na namen ustrezno uvrstijo v II., III. ali IV. nivo dokumentiranih informacij. Med dokumente zunanjega izvora štejemo zlasti standarde, pravne in upravne predpise, dokumentacijo pacientov, odjemalcev, dobaviteljev ter poslovne dopise partnerjev.

Ustvarjanje, posodabljanje in obvladovanje

Vsi dokumenti notranjega izvora se identificirajo z naslovom in datumom izdaje. Dokumenti I. in II. ~~in III.~~ nivoja pa se identificirajo tudi s podpisom osebe, ki je dokument odobrila.

Dokumentirane informacije nivojev I. do III. ter obrazci iz IV. se štejejo tudi kot dokumenti sistema vodenja kakovosti (SVK).

Odgovornosti za izdelavo, pregled in odobritev dokumentiranih informacij so določene glede na posamezne ravni dokumentacije. Spremembe dokumentov lahko predlaga vsak zaposleni, spremembo pa odobri oseba, ki je dokument predhodno odobrila. Sprememba se predlaga svojemu nadrejenemu. Enkrat letno oseba, ki je dokument izdelala, dokument pregleda in po potrebi predlaga spremembe.

Pooblastila	
Odgovorna oseba	Odgovornost
Direktor zavoda	- odobravanje dokumentov I. in II. nivoja ter nemedicinskih dokumentov III. nivoja
Strokovni vodja	- nalog za izdelavo dokumentov I., II., in III. nivoja
Pomočnica direktorice za ZN	- pregled in odobritev medicinskih dokumentov III. in IV. nivoja
Vodja programa za nemedicinske dejavnosti	- odobritev zdravstvenih dokumentov
Vodja procesa	- pregledovanje dokumentov sistema vodenja kakovosti s področja zdravstva
Odgovorna oseba za SVK	- pregledovanje dokumentov sistema vodenja kakovosti s področja nemedicinske dejavnosti
	- priprava dokumentov III. nivoja in dokumentov IV. nivoja, ki so vezani na proces,
	- priprava delovnih navodil
	- objava dokumentov na intranetu ter hranjenje veljavnih analognih izvodov dokumentov

Vsi zaposleni imajo na svojih delovnih mestih dostop do zadnje veljavne verzije dokumentov iz delovnega področja, ki jih potrebujejo za kakovostno opravljanje delovnih obveznosti. Veljavni dokumenti SVK so za zaposlene dostopni na internetu. Z dnem dostopnosti nastopi tudi veljavnost dokumentov. Vsaka sprememba dokumenta se sporoči odg. oseba za razvoj in kakovost in se ji posreduje en izvod spremenjenega in odobrenega dokumenta.

Za objavo in ažurnost objavljenih dokumentov je zadolžena dipl. med. sestra za razvoj in kakovost, ki ob objavi po e-pošti obvesti predlagatelja oz. pošiljatelja dokumenta o njegovi umestitvi v dokumentarno gradivo.

Neveljavni dokumenti morajo biti odstranjeni z delovnih mest in se jih uniči.

Ob novi izdaji dokumentov, se dokument v dokumentarnem gradivu v celoti posodobi. Star oz. prejšnji dokument pa dipl. medicinska sestra za razvoj in kakovost hrani v e-obliki, v mapi z oznako »arhiv«.

Obliko, označevanje, evidentiranje, razdeljevanje in hranjenje dokumentov podrobneje ureja SDN Obvladovanje dokumentov.

Reference

- ZDSG-SDN004 – Obvladovanje dokumentov
- E-seznam dokumentov SVK

8. DELOVANJE

8.1 Planiranje in obvladovanje delovanja

Aktivnosti, kriterije in zahteve, ki so potrebne za izvajanje poslovnih in zdravstvenih storitev so opredeljene v delovnih navodilih, opisih procesov in smernicah. Kriteriji za sprejemljivost izvedbe zdravstvenih storitev so iz vidika obsega določeni v vsakoletni uredbi za izvajanje zdravstvenih storitev. Iz vidika kakovosti pa si prizadevamo upoštevati naslednje kriterije:

- **USPEŠNOST** – ali posegi zdravstvenega osebja izboljšajo zdravstveno stanje pacienta,
- **VARNOST**- ali bi odločitve zdravstvenega osebja lahko škodile pacientu,
- **PRAVOČASNOST**- koliko časa mora pacient čakati,
- **UČINKOVITOST**- ali lahko zdravstveno osebje opravi svoje delo ceneje z enakim rezultatom,
- **ENAKOST**- ali prihaja do diskriminacije na podlagi spola, starosti, socialnega statusa, narodnosti...,
- **OSREDOTOČENOST NA PACIENTE** - ali se pacienti zdravi zavzeto, celostno in z veliko mero empatije.

Morebitne spremembe pri izvajanju procesov obvladujemo v poročilih HFMEA oz. analizi možnih odpovedi posameznih procesov.

Planiranje in obvladovanje delovanja zdravstvenih storitev tako zajema:

- določanje ciljev kakovosti posameznih DE/OE,
- opredelitev virov potrebnih za izvajanje naših storitev (podrobneje v tč 7.1 PK),
- obvladovanje potrebnih dokumentiranih informacij ter zapisov potrebnih za izvedbo storitev,
- izvajanje in nadzorovanje storitev in
- spremembe ter izboljšave storitev.

8.2 Zahteve za izdelke in storitve

Komuniciranje z odjemalci

V ZD izvajamo komuniciranje z odjemalci z:

- objavo informacij o zdravstvenih storitvah na internetnih straneh,
- objavo sporočil na naših oglasnih deskah in drugih površinah v zavodu,
- pripravo zloženkov in letakov o naših storitvah in zdravstvenih vsebinah,
- uporabo telefona, elektronske pošte in osebnim pogovorom,

Naše odjemalce seznanjamo o postopkih in načinu naročanja ob prvem obisku v ambulantni in/ali ob sklenitvi pogodbe, prav tako imamo postopek naročanja opredeljen in dostopen na vidnem mestu. Vsako spremembo o razpoložljivosti storitev objavimo na spletnih straneh zavoda.

Povratne informacije odjemalcev glede izvedenih storitev zaznavamo v knjigah pripomb, po e-pošti, pošti ali osebno. Povratne informacije odjemalcev evidentiramo v register »Pohval in pritožb«, kjer jim dodelimo status pohvale, pritožbe ali predloga.

V kolikor gre za pritožbo ali predlog poslovne narave (npr. na odnos, organizacijo dela, urejenost prostorov) je za reševanje pritožbe odgovorna direktorica zavoda, ki v roku 8-ih dni obravnava vsebino ter poda pisni ali ustni odgovor odjemalcu. Pritožbe, ki se nanašajo na postopek zdravljenja, obravnava strokovni vodja, ki poda odgovor pritožniku v 8 dneh. Po potrebi lahko odredi tudi notranji strokovni nadzor, v tem primeru se rok za odgovor podaljša na 30 dni od prejema pritožbe, v primeru zunanjega nadzora se upošteva zakonski rok. Povratne informacije, v katerih se pacienti sklicujejo na Zakon o varovanju pacientovih pravic, obravnavamo v skladu s tem zakonom.

Anonimne povratne informacije pacientov obravnavamo po enakem postopku, vendar na njih ne odgovarjamo.

Referenca:

- register »Pohval in pritožb«

Opredeljevanje, pregled in spremembe zahtev za storitve

Zahteve za zdravstvene storitve opredeljujemo iz vidika plačnikov storitev zdravstvenega varstva (zavarovalnic) in iz vidika pacientov. Zahteve plačnikov so opredeljene v vsakoletni pogodbi, kjer je določen obseg, struktura in kakovost vseh programov zdravstvenih storitev.

Zahteve odjemalcev prepoznavajo naši zdravstveni delavci v vsakodnevnem kontaktu s pacienti. Pri prepoznavanju zahtev zdravstveni delavci opredelijo skupaj s pacienti tudi tiste zahteve, ki jih le-ti niso nedvoumno izrazili ali pa jih sploh niso izrazili, vendar so nujne za uspešno zdravljenje. Pri sprejemanju in opredeljevanju zahtev se upoštevajo tudi zakonske zahteve, zahteve stroke in tudi zahteve, ki izhajajo iz opisov procesov, smernic in drugih navodil iz področja zdravstva. ZD Slovenj Gradec je odgovoren za uravnoteženje pacientovih zahtev in pričakovanj s strokovno oceno potrebne zdravstvene oskrbe.

Pri določitvi zahtev v zvezi z zdravstveno storitvijo tako:

- preverimo status zavarovanja ali status plačnika,
- preverimo zdravstveno dokumentacijo,
- po uvodni oceni pacienta ugotovimo potrebe po vrsti zdravstvene storitve.

Po opredelitvi in pregledu zahtev v zvezi z zdravstveno storitvijo se vodja zdravstvenega tima odloči, ali je pristojen glede nadaljnje obravnave pacienta. V primeru, da pacienta ne more sprejeti v nadaljnjo obravnavo, ga seznani o drugih možnostih zdravljenja.

V primeru, ko so zahteve za opravljanje zdravstvenih storitev dokumentirane (npr. napotnice drugih zdravnikov) se pred pričetkom obravnave poleg pristojnosti prouči tudi veljavnost in vsebinska pravilnost napotnic.

V primeru, da se v postopku obravnave ugotovi, da so se okoliščine in zahteve po zdravljenju pacienta spremenile do te mere, da ZD Slovenj Gradec ne more zagotoviti ustreznih zdravstvenih storitev, se pacienta na to opozori in informira o drugih možnostih zdravljenja.

Zapisi o pregledu zahtev za zdravstveno storitev se vodijo v zdravstvenih kartonih pacientov ali v obliki e-kartona.

Zahteve za storitve poslovne narave so večinoma opredeljene v pogodbah. Pogodbe, ki so posredovane v podpis direktorici zavoda, morajo biti pred podpisom pregledane iz pravnega in finančnega vidika ter ustrezno parafirane.

8.3 Snovanje in razvoj izdelkov in storitev

Zaradi sprememb zakonodaje, potreb in zahtev odjemalcev ali zaradi naše strokovne ocene je občasno potrebno v naše poslovanje uvesti večje novosti, kot so nove storitve, spremembe obstoječih storitev ali uvesti zahtevnejše nove tehnologije. V kolikor obstaja določena negotovost, da glede na razpoložljive informacije, naše kompetence in vire, ob uvedbi novosti, zahteve in potrebe odjemalcev ne bodo izpolnjene, je potrebno skozi projekt snovanja in razvoja zagotoviti vse potrebno, da bo nova storitev izpolnila pričakovanja.

Pobudo za uvedbo novosti lahko poda vsak zaposleni na obrazcu »Koristni predlog«. Vodja OE oceni, ali predlog vsebinsko presega rutinska opravila in je potreben projekten pristop pri uvedbi novosti. Vodja OE ali član kolegija poda predlog za novost na strokovnem svetu.

Referenca:

- **OBR-ZDSG032 Razvoj nove storitve**

8.4 Obvladovanje procesov, izdelkov in storitev zunanjih ponudnikov

Procesi, vključno s kriteriji spremljanja njihove kakovosti, ki jih za ZD Slovenj Gradec opravljajo zunanji ponudniki, so opredeljeni v PK tč 4.4.1. Zahteve za storitve in izdelke zunanjih ponudnikov so opredeljene v pogodbah, v okviru katerih so opredeljeni skrbniki pogodb ter osebe, ki so odgovorne za sprejem storitve ali izdelka in kontakt z izvajalci. Ob prevzemu storitve osebe odgovorne za sprejem storitve preverijo skladnost opravljenih storitev s pogodbenimi zahtevami.

Skladnost procesov, izdelkov in storitev zunanjih ponudnikov z zahtevami ZD Slovenj Gradec tako zagotavljamo:

- z ocenjevanjem in izborom dobaviteljev,
- z ustreznimi informacijami dobaviteljem glede naših pričakovanj in zahtev,
- s pregledom nabavljenih izdelkov in storitev.

Proces izbora, naročanja in evidenca dobaviteljev je digitalno obvladovana v okviru računalniškega programa.

Kakovost dobav preverjamo z vhodno kontrolo ob prevzemu blaga. Za lastnosti, ki jih ne moremo preveriti, zahtevamo od dobaviteljev certifikat ali garancijo (izjava o skladnosti), v določenih primerih, predvsem glede medicinskega potrošnega materiala pa predhodno testiramo vzorce blaga. Presojimo dobaviteljev izvajamo tudi z zahtevo po dokumentiranih referencah, ki jih na našo zahtevo pridobijo od njihovih strank.

Reference:

- OBRZDSG-UPR 029 – Ocena sposobnosti dobavitelja

8.5 Proizvodnja in izvedba storitev

Obvladovanje proizvodnje in izvedbe storitev

Zdravstvene in podporne storitve izvajamo v obvladovanih razmerah, ki so opredeljene v okviru opisov procesov. Tako imamo za vsak proces opredeljene postopke planiranja, postopke izvajanja, merjenja in nadzorovanja, način obvladovanja potrebnega materiala, vzdrževanja prostorov in opreme, tok informacij ter merila, s katerimi ugotavljamo ali so doseženi planirani rezultati. Za posamezne aktivnosti znotraj procesa imamo opredeljene odgovorne osebe, katerih kompetentnost se zagotavlja v skladu s PK tč 7.2.1.

Nekaterih izhodov zdravstvenih storitev ni mogoče overjati z naknadnim nadzorovanjem in meritvami, zato izvajamo postopke validacije procesov, s katerimi želimo zagotoviti, da bodo procesi tudi v realnih okoliščinah zanesljivi in ponovljivi. Tako izvajamo postopke dokazovanja, da določeni aparati, materiali ali dejavnosti dejansko vodijo do pričakovanih rezultatov, zato pooblaščen osebe periodno izvajajo:

- postopke sterilizacije,
- pregledov ustreznosti opreme,
- pregled primernosti analitskih laboratorijskih metod,
- primernost urejenosti prostorov (ambulant, prostorov za posege),
- pregled primernosti postopkov čiščenja in razkuževanja.

V ZD Slovenj Gradec se zavedamo, da je v prizadevanjih za učinkovito obvladovanje razmer za zagotovitev varnih zdravstvenih storitev pomembno sistemsko pristopiti tudi k obvladovanju človeških napak. Tako v ZD Slovenj Gradec razvijamo kulturo odkrivanja, preprečevanja, razumevanja in učenja iz napak. V okviru strokovnih kolegijev se polletno analizirajo vzroki za pritožbe pacientov in druge neželene izide zdravljenj, ki se v tem obdobju evidentirajo. Ukrepi kolegijev so usmerjeni v spreminjanje okoliščin delovanja z namenom vplivanja na manjše število napak.

Reference:

- Evidenca pritožb

Identifikacija in sledljivost

Identifikacijo in sledljivost pacientov zagotavljamo skladno s pravili ZZZS v okviru informacijskega sistema Infonet s:

- kartico zdravstvenega zavarovanja,
- osebnimi dokumenti,
- ostalo zdravstveno dokumentacijo. Sledljivost storitev spremljamo s pomočjo informacijskih sistemov Infonet in zapisi v kartotekah pacientov.

Identifikacijo in sledljivost nabavljenega in uporabljenega materiala (obvezilni material, zobozdravstveni material, cepiva, reagenti, testi idr.) zagotavljamo skozi oznake in zapise o uporabi. Materiali, za katere so določeni roki hranjenja, se ustrezno označijo z datumi odpiranja ali uporabe.

Lastnina odjemalcev

Lastnino naših odjemalcev, deloma pa tudi zaposlenih in naših dobaviteljev, delimo na informacijsko in materialno lastnino.

Informacijska lastnina so:

- osebni podatki pacientov in podatki o njihovem zdravstvenem stanju, z njo ravnamo v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov.
- zdravstvene informacije, ki jih med obravnavo zaupa pacient zdravstvenim delavcem, ki jih obvladujemo kot zaupne po načelih zdravniške molčečnosti in kodeksu etike medicinskih sester iz zdravstvenih tehnik Slovenije.

Materialna lastnina odjemalcev je material, ki ga med procesom izvrševanja storitev zdravstvenega varstva prevzamemo od naših pacientov, z njim ravnamo enako skrbno in sledljivo, kot ravnamo tudi z materialom naših

dobaviteljev in partnerjev (npr. njihovi dokumenti, predmeti, posojena oprema ipd.). Za varovanje tega materiala je odgovorna oseba, ki je material prevzela.

Zdravstvene kartoteke so last ZD, podatki in zapisi na kartonu so last pacientov, zato imajo pravico vpogleda. Posebej obvladujemo tudi postopek posredovanja zdravstvene kartoteke novo izbranemu ali drugemu zdravniku (npr. medicini dela, prometa in športa) ter izdajo kopije dokumentacije za kar imamo izdelan obrazec. V primeru poškodovanja, neprimernosti za uporabo, zlorabe ali izgube lastnine naših pacientov predstojnik OE obvesti pacienta in o tem naredi zapisnik.

Referenca:

- OBR Zdravstvena dokumentacija – Novi izbrani zdravnik
- OBR Zdravstvena dokumentacija - vpogled

Ohranitev

V vseh fazah izvajanja storitev v največji možni meri zagotavljamo varnost pacientov. To dosegamo z:

- vzdrževanjem sterilizacije ustreznih delovnih sredstev,
- izvajanjem programa preprečevanje bolnišničnih okužb,
- upoštevanjem metode FIFO (tehnika vrednotenja inventarja), kjer je to potrebno,
- skladiščenje zdravil in medicinskega materiala v skladu z zahtevami,
- občasnimi nadzori in rednim letnim nadzorom nad hranjenjem in stanjem zalog (inventura),
- s postopki zagotavljanja hladne verige, kadar je ta potrebna (cepiva),
- izvajanja programov ravnanja z odpadki, obvladovanja legionele,
- izvajanjem postopkov čiščenja in razkuževanja.

Kot pomemben dejavnik zagotavljanja varnosti in dobrega izida v obravnavi pacienta je tudi njegova ustrezna informiranost. Tako v času obravnave pacienta zdravniki in drugi izvajalci storitev (patronaža, fizioterapija, laboratorij, rentgenska diagnostika, preventivni programi) izvajajo načelo pojasnilne dolžnosti in zagotavljajo ustrezno informiranje pacientov, saj pacient z razumevanjem poteka obravnave ter skrbjo za zdravje lahko pomembno vpliva na ohranjanje želenega izhoda zdravstvenega procesa, to je zdravja.

Referenca:

- OBR-CEPIN 001 – Cepilna mesta
- **OBR-ZDSG-SDN008 LEGIONELA AS_2025**

Aktivnosti po dostavi

Po opravljeni zdravstveni storitvi se izvajajo naslednje aktivnosti:

- Odprema zdravstvene dokumentacija (izvidov, napotnic...) pacientom, kjer zasledujemo načelo, da dokumente odpremo v roku enega tedna,
- v primeru pridobitve novih informacij in nastopa drugačnih okoliščin v zvezi z obravnavanim pacientom, ki bi lahko vplivale na njegovo zdravstveno stanje, se pacienta nemudoma o tem obvesti,
- preventiva, obveščanje, povabila na delavnice itd.

Obvladovanje sprememb

Pri izvajanju zdravstvenih in drugih storitev lahko nastopijo tudi nepredvidene okoliščine, ki zahtevajo spremenjen potek izvajanja procesov glede na predvidenega. Upošteva se varnost pacienta in izvedbo storitev v skladu z zahtevami se lahko uvedejo spremembe v procesih glede opreme, osebja ali materialov. V ta namen imamo opredeljeno:

- matriko nadomeščanja ključnih sodelavcev,
- določene imamo minimalne zaloge materialov

Vodja DE/OE naredi hitro analizo spremenjenih okoliščin, v kolikor spremembo potrdi, se postopek nadaljuje v skladu s pogoji odobritve.

V primeru, da viri za spremembo procesa, ki bi zagotavljali varne izhode za pacienta niso razpoložljivi, se proces ustavi. Dokumentacijo o izvedenih spremembah pri izvajanju storitev ali morebitni zaustavitvi procesa hrani in evidentira vodja DE/OE. V primerih, ko gre za nujne primere v nepredvidenih okoliščinah se kljub morebitnemu pomanjkanju ustreznih virov po najboljših možnostih proces nadaljuje vendar le, če tako odredi vodja ali odgovorni delavec DE/OE.

Referenca:

- Matrika »nadomeščanje sodelavcev«

8.6 Sprostitev izdelkov in storitev

V vseh fazah procesov, kjer so predvidene potrditve ali odobritve pravilnosti izvedenih posameznih faz, so na obrazcih, dokumentih ali elektronskih aplikacijah predvidene osebe, ki so pooblaščenice za sprostitev nadaljevanja procesa. S svojim podpisom ali sledljivo odobritvijo preverijo in odobrijo nadaljevanje procesa.

Za končno sprostitev zdravstvenih storitev (izvidov, napotnic, predpisanih terapij ipd.), ki so jih deležni pacienti, je odgovoren vodja zdravstvenega tima, ki pred odobritvijo preveri izpolnitev vseh zahtev za izvedeno storitev.

Za sprostitev poslovnih storitev (pogodb, naročil, poslovnih dopisov, izdaja aktov itd.) je odgovorna direktorica oz. od nje pooblaščenica oseba, ki s svojim podpisom ali sledljivo odobritvijo odobri dostavo ter preveri, ali je predhodna faza priprave dokumenta ali izvedbe storitve ustrezno preverjena oz. potrjena (paraf, podpis pripravljavca dokumenta)

8.7 Obvladovanje neskladnih proizvodov

Namen prizadevanj glede obvladovanja neskladnih storitev je njihovo identificiranje in preprečitev njihove nenamerne uporabe.

Informacije o neskladnih storitvah pridobimo s pomočjo:

- samonadzora oz. samoocenjevanja kakovosti,
- nadzora (notranji nadzor, notranje presoje, nadzor procesov),
- povratnih informacij uporabnikov.

Samoocenjevanje kakovosti izvajamo z lastnim nadzorom izvajalca aktivnosti, ki preveri pravilnost svojega opravljenega dela in izdanih dokumentov. Vsak dokument se pred izdajo oz. pošiljanjem v e-aplikacijo še enkrat preveri, pravilnost zapisanih podatkov pa potrdi s podpisom ali drugim statusom. V ambulantah izvajajo dodatno kontrolo medicinske sestre, ki izdane dokumente (potrdila o napotitvi, delovni nalog ...) še enkrat pregledajo ter primerjajo z zapisanim, preden jih izročijo pacientu. Po odkritju neskladja se le to odpravi s korekcijo.

Neskladne storitve ugotovljene ob nadzoru se odpravijo v okviru predvidenih postopkov v okviru nadzora. V primeru, da posledice neskladne storitve predstavljajo tveganje za pacienta, se le tega nemudoma o tem obvesti in se zagotovijo ukrepi odprave tveganja.

Neskladne storitve ugotovljene na podlagi povratnih informacij uporabnikov obravnavamo v okviru sistema reševanja pritožb ter v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah.

Vsak vodja procesa je odgovoren za reševanje neskladnosti v svojem procesu, o čemer vodi evidenco, iz katere so razvidni sprejeti ukrepi. Neskladnosti, ki se ne morejo rešiti v okviru procesa, vodje procesa posredujejo po e-pošti odgovorni osebi za vodenje kakovosti, ki koordinira nadaljnje reševanje.

Referenca:

- OBR-INT 001 - Interni notranji nadzor

9. VREDNOTENJE IZVEDBE

9.1 Nadzorovanje, merjenje, analiziranje in vrednotenje

Z nadzorovanjem in merjenjem izvajamo tretji korak PDCA zanke, ki jo uporabljamo na izvedbeni ravni pri obvladovanju procesov in na sistemski ravni pri obvladovanju sistema vodenja kakovosti. Nadzor in merjenje izvajamo tam, kjer imamo določena merila uspešnosti in učinkovitosti ter postavljene ciljne vrednosti.

Tako spremljamo in merimo:

- učinkovitost procesov s pomočjo internih rednih in izrednih nadzorov, sistema poročanja ter opredeljenimi kazalci. Podrobneje so merila, metode, odgovorne osebe in pogostost poročanja opredeljeni v SDN Obvladovanje procesov.
- uspešnost sistema vodenja kakovosti, za katerega spremljanje je odgovorno najvišje vodstvo ZD in se izvaja v okviru vodstvenega pregleda.

Zadovoljstvo odjemalcev, kot enega izmed ciljev kakovosti, spremljamo letno s pomočjo anketnega vprašalnika ter na podlagi drugih povratnih informacij odjemalcev, kot so pritožbe, pohvale, zapisi v medijih in postopki v okviru sistema varstva pacientovih pravic.

Rezultate nadzorovanja in merjenja analiziramo in ovrednotimo ter pri tem uporabljamo primerne opisne statistike, kot so npr. srednje vrednosti, frekvence, ugotavljamo trende ter uporabljamo orodja, kot so npr. Pareto diagram, analiza vzrokov in posledic, brainstorming idr. Z ovrednotenjem podatkov ugotavljamo odstopanja od zastavljenih ciljev in preverjamo, ali je planiranje uspešno izvedeno. Informacije, ki jih dobimo z vrednotenjem podatkov dokumentiramo in so osnova za izvajanje četrtega koraka PDCA zanke, to je ukrepanja in izboljševanja, kar se nanaša zlasti na:

- storitve zdravstvenega varstva,
- zadovoljstvo odjemalcev in drugih deležnikov,
- delovanje zunanjih ponudnikov,
- sistem obvladovanja tveganj,
- sistem vodenja kakovosti.

9.2 Notranja presoja

Postopki za opravljanje notranjih presoj so določeni v postopku Notranje presoje sistema vodenja, ki je podan v obliki diagrama procesa. Kriterije, obseg in operativno planiranje presoj na letni ravni planira diplomirana medicinska sestra za razvoj in kakovost. Dokumente overja direktorica ZD Slovenj Gradec. Presoje izvajajo presojevalne skupine, ki zagotavljajo objektivnost in nepristranskost procesa presoje. Notranji presojevalci skrbijo za svojo kompetentnost v okviru izpopolnjevalnih seminarjev za notranje presojevalce. Presojevalci so za svoje delo neposredno odgovorni odgovorna oseba za razvoj in kakovost in direktorju zavoda.

Poročila o ugotovitvah presoje izdela koordinator za kakovost ter jih posreduje predstavniku vodstva za kakovost, ki koordinira izvajanje korektivnih ukrepov. Skupno poročilo o presoji se posreduje direktorici ZD Slovenj Gradec.

Reference:

- ISO-DN001 - Notranja presoja
- Plan presoje
- Ugotovitve notranje presoje
- Poročilo o presoji

9.3 Vodstveni pregled

Vodstvo zavoda (direktorica, strokovni vodja in vodje programov) se enkrat letno na strokovnem svetu **seznanijo** s sistemom vodenja kakovosti, da zagotovijo njegovo ustreznost, uspešnost, primernost in usklajenost s strateškimi usmeritvami zavoda.

Na vodstvenem pregledu se obravnava:

- stanje ukrepov iz predhodnih vodstvenih pregledov,
- sprememb pri zunanjih in notranjih vprašanih relevantnih za sistem vodenja kakovosti,
- informacij o izvajanju in uspešnosti sistema vodenja kakovosti, vključno s trendi na področju;
 - zadovoljstva odjemalcev in povratnih informacij od relevantnih zainteresiranih strani,
 - obsega doseganja ciljev kakovosti,
 - neskladnosti in korektivnih ukrepov,
 - rezultatov nadzorovanja in merjenja,
 - rezultatov presoje,
 - delovanja zunanjih ponudnikov,
 - primernosti virov,
 - uspešnosti izvedenih ukrepov za obravnavanje tveganj in priložnosti,
 - priložnosti za izboljšanje.

O vodstvenem pregledu predstavnik vodstva za kakovost vodi zapisnik. Ta vključuje vse odločitve in ukrepe v zvezi:

- s priložnostmi za izboljšave,
- s potrebami po spremembah sistema vodenja kakovosti,
- s potrebami po virih.

Po potrebi v okviru vodstvenega pregleda vodstvo določi tudi ukrepe in nove merljive cilje kakovosti, po potrebi se posodobi politika kakovosti, odredi izvedba izboljšav ter korektivnih in preventivnih ukrepov, predvsem v zvezi z izboljšanjem uspešnosti in učinkovitosti procesov sistema vodenja kakovosti ter v zvezi z izboljšanjem kakovosti storitev glede na potrebe in zahteve odjemalcev. Za izvedbo ukrepov vodstvo zagotovi ustrezne vire.

Uspešnost izvedenih ukrepov za obvarovanje tveganj in priložnosti

Vzpostavljen je register tveganj po posameznih Opisih procesov (HFMEA obrazec). Ocena uspešnosti pri izvajanju ukrepov za zmanjševanje tveganj ali njihovo ukinitve se opravlja vsaj enkrat letno oz. po potrebi. Prav tako so prepoznana tveganja, ki so opredeljena v Programu dela in finančnem načrtu za leto 2024.

10. IZBOLJŠEVANJE

10.1. Splošno

Izboljševanje razumemo kot ključen element in rezultat našega sistema vodenja. Ukrepi izboljševanja sledijo aktivnostim načrtovanja, izvajanja in merjenja z vrednotenjem in so usmerjeni zlasti v:

- izboljševanje procesov in s tem naših storitev,
- izboljševanje izvajanja in uspešnosti sistema vodenja ter
- popravljanje, preprečevanje ali zmanjševanje neželenih učinkov.

Tako so naša prizadevanja usmerjena v izgradnjo in negovanje notranje kulture naklonjenosti k spremembam, ki jih izvajamo zlasti z:

- zbiranjem koristnih predlogov zaposlenih,
- dobre prakse ugotovljene na notranjih presojah
- uvajanjem sprememb na podlagi vrednotenja učinkovitosti izobraževanj,
- uvajanjem storitev, ki presegajo pričakovanja pacientov (vsaj eno novo aktivnost letno).

Reference:

OBR-ZDSG028 - Koristni predlog

10.2. Neskladnosti in korektivni ukrepi

Korektivne ukrepe opravljamo z namenom, da odpravimo vzroke neskladnosti in zagotovimo, da se neskladnosti ne bodo ponavljale zaradi istih vzrokov. Postopek za izvajanje korektivnih ukrepov je določen z diagramom poteka.

Korektivni ukrepi se zlasti nanašajo na ukrepe v okviru:

- notranjih in zunanjih presoj in ukrepe na podlagi drugih nadzorov,
- vodstvenega pregleda,
- analiz tveganj,
- kolegijev,
- inšpekcijski nadzori,
- obvladovanja procesov.

Odgovorne osebe, ki so določile ali prejele ukrep, so dolžne o vsebini, nosilcu in roku za izvedbo ukrepa obvestiti diplomirano medicinsko sestro za razvoj in kakovost, ki prejete ukrepe evidentira v obrazcu Evidenca in spremljanje ukrepov, iz katere je razviden njihov status ter uspešnost izvajanja.

Preventivne ukrepe izvajamo z namenom, da preprečimo pojave neskladnosti. Tveganje za nastanek neskladnosti ugotavljamo na treh ravneh, kot je opredeljeno v PK 6.1.

Reference:

- OBR-ISO 006 - Korektivno in preventivno ukrepanje
- OBR-ZDSG ISO 001 - Evidenca in spremljanje ukrepov

10.3. Nenehno izboljševanje

Nenehno izboljševanje v posameznih delovnih enotah poteka glede na prejete koristne predloge zaposlenih, ugotovljene korektivne in preventivne ukrepe ter izdanih priporočilih notranjih presojevalcev.

Reference:

- Koristni predlogi
- Korektivno in preventivno ukrepanje
- Poročilo notranje presoje
- Razvoj nove storitve