



Št.: 600-7/26-2

Datum: 5. 2. 2026

ANALIZA STROKOVNIH NADZOROV S SVETOVANJEM V DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE V OBDOBJU OD 1. 1. 2025 DO 11. 8. 2025

Februar 2026



VSEBINA

1. STROKOVNI NADZORI S SVETOVANJEM V OBDOBJU OD 1. 1. 2025 DO 11. 8. 2025.....	3
1.1. Pravne podlage.....	3
1.2. Namen izvedbe strokovnih nadzorov s svetovanjem.....	4
1.3. Izvajalci strokovnih nadzorov s svetovanjem	4
1.4. Redni strokovni nadzori v letu 2025	4
1.4.1 Izvajalci zdravstvene dejavnosti, pri katerih je bil zaključen redni strokovni nadzori s svetovanjem:	5
1.4.2. Izvajalec zdravstvene dejavnosti, pri katerem je bil zaključen izredni strokovni nadzori s svetovanjem:	5
2. REDNI STROKOVNI NADZORI S SVETOVANJEM.....	6
2.1. Glavne ugotovitve pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti	8
2.1.1. Psihiatrična Bolnišnica Begunje	8
2.1.2. Zdravstveni dom Ajdovščina	10
2.1.3. Zdravstveni dom Radlje ob Dravi	11
2.1.4. Patronažno Varstvo Mojca Zoran v.m.s.,.....	13
2.1.5. Splošna Bolnišnica Celje, Oddelek za kardiokirurgijo.....	14
2.1.6. Dom Petra Uzarja Tržič – Enota Naklo	15
2.1.7. Barsos-MC zdravstvene storitve d.o.o. – Enota za gastroenterologijo.....	17
2.1.8. Univerzitetni Klinični Center Ljubljana, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo – obravnava primera	19
2.1.9. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec – obravnava primera.....	20
2.1.10 Dom Tisje Šmartno Pri Litiji – obravnava primera	22
2.1.11 Dom Petra Uzarja Tržič – obravnava primera.....	22
2.1.12 Dom starejših občanov Novo mesto – obravnava primera	24
3. STROKOVNI NADZORI PRI IZVAJALCIH ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE	25
4. IZREDNI STROKOVNI NADZORI S SVETOVANJEM	27
4.1. Medgeneracijskem centru Bistrica, socialno varstvo, d.o.o.	27
5. REALIZACIJA PRIPOROČIL	28



1. STROKOVNI NADZORI S SVETOVANJEM V OBDOBJU OD 1. 1. 2025 DO 11. 8. 2025

1.1. Pravne podlage

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljnjem besedilu Zbornica – Zveza) je na podlagi prvega odstavka 87. c člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ, 32/25 in 112/25 – odl. US) pristojna za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

S sprejemom in uveljavitvijo Pravilnika o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Uradni list RS, št. 3/16 in 64/17 – ZZDej-K, v nadaljnjem besedilu pravilnik) so bile vzpostavljene pravne podlage za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem (v nadaljnjem besedilu strokovni nadzori).

Zbornica – Zveza je na podlagi Javnega razpisa za podelitev javnega pooblastila zbornicam in strokovnim združenjem s področja zdravstvene in babiške nege, št. 014-10/2018/2 z dne 16. 3. 2018, ki je bil objavljen 23. 3. 2018, na letnem nivoju dolžna izvesti najmanj:

- 100 rednih strokovnih nadzorov nad posameznim zdravstvenim delavcem (izvajalcem zdravstvene in babiške nege);
- pet rednih strokovnih nadzorov nad izvajalcem zdravstvene dejavnosti v celoti;
- pet rednih strokovnih nadzorov nad posamezno notranjo organizacijsko enoto izvajalca zdravstvene dejavnosti in
- pet rednih strokovnih nadzorov zdravstvene obravnave posameznega primera ter
- pet izrednih strokovnih nadzorov s svetovanjem glede na zahtevo ministrstva.

Javno pooblastilo, ki je bilo podeljeno za obdobje sedmih let se je izvajalo do 11. 8. 2025. Predlog programa za izvedbo strokovnih nadzorov s svetovanjem je vseboval sorazmerni del celotnega števila nadzorov, ki jih je Zbornica – Zveza dolžna izvesti na letnem nivoju. Zbornica – Zveza je pripravila program rednih nadzorov, ki je vseboval:

- 60 rednih strokovnih nadzorov nad posameznimi zdravstvenimi delavci (izvajalci zdravstvene in babiške nege),
- štiri redne strokovne nadzore nad posameznim izvajalcem zdravstvene dejavnosti v celoti,
- tri redne strokovne nadzore nad posamezno notranjo organizacijsko enoto izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- tri redne strokovne nadzore zdravstvene obravnave posameznega primera.

Ministrstvo za zdravje je s sklepom št. 014-1/2025-2711-4 z dne 21. 1. 2025 in sklepom št. 014-1/2025-2711-6 z dne 11. 2. 2025 podalo soglasje k programu rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem za obdobje od 1. 1. 2025 – 11. 8. 2025 za dejavnost zdravstvene in babiške nege.

Zbornica – Zveza je poleg rednih nadzorov v letu 2025 izvedla še en izredni strokovni nadzora s svetovanjem, ki je bil odrejen pred sprejetjem Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 102/24 in 111/25, v nadaljevanju ZZKZ). ZZKZ je stopil v veljavo 18. 12. 2024. ZZKZ je določil, da se spremeni 78. člen ZZDej. V četrtem odstavku se je prvi stavek spremenil tako, da se glasi: »Strokovni nadzor s svetovanjem se izvaja kot redni nadzor.«. Črtal se je peti odstavek 78. člena ZZDej, ki je določal, da izredni strokovni nadzor uvede pristojna zbornica oziroma strokovno združenje samo, na zahtevo ministrstva, pristojnega za zdravje, na predlog Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, bolnika ali njegovega ožjega družinskega člana, zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, pristojne zbornice ali strokovnega združenja, zastopnika pacientovih pravic ter drugih



državnih organov (npr. varuh človekovih pravic, komisija za preprečevanje korupcije, informacijski pooblaščenec). Zbornica – Zveza tako ni imela več podlage za izvajanje izrednih strokovnih nadzorov. Lahko pa na podlagi prejete pritožbe ali odstopa, posameznega izvajalca zdravstvene dejavnosti uvrsti v program rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem.

1.2. Namen izvedbe strokovnih nadzorov s svetovanjem

Strokovni nadzor se izvaja z namenom:

- nadzora nad opravljanjem strokovne in poklicne dejavnosti ter poklicnih kompetenc izvajalcev zdravstvene oziroma babiške nege;
- preverjanja ustreznosti poklicnih kvalifikacij, strokovnih izpopolnjevanj izvajalcev zdravstvene oziroma babiške nege in organizacije dela izvajalca zdravstvene dejavnosti na področju zdravstvene oziroma babiške nege;
- preverjanja zagotavljanja kakovosti in varnosti na strokovnem področju zdravstvene oziroma babiške nege;
- preverjanja stalnega sledenja razvoja stroke zdravstvene oziroma babiške nege;
- preverjanja in upoštevanja doktrin, standardov, protokolov, smernic, navodil in drugih dokumentov na področju dela zdravstvene oziroma babiške nege;
- preverjanja opravljanja dejavnosti v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (Uradni list RS, št. 98/24) oziroma Kodeksom etike za babice Slovenije in drugimi etičnimi načeli;
- preverjanja ustrezne kadrovske zasedenosti na področju zdravstvene oziroma babiške nege;
- svetovanja na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora.

1.3. Izvajalci strokovnih nadzorov s svetovanjem

Strokovne nadzore s svetovanjem so izvedle komisije, ki so bile imenovane s sklepom o začetku strokovnega nadzora s svetovanjem. Komisije so sestavljali najmanj trije člani (predsednik in najmanj dva člana). Glede na predmet nadzora komisijo za vsak posamezni nadzor posebej imenuje predsednica Zbornice – Zveze. Vsaj en član komisije mora biti z ožjega strokovnega področja, ki se nadzoruje (prvi odstavek 5. člena pravilnika).

Redne strokovne nadzore s svetovanjem do 11. 8. 2025 so izvedle štiri-, pet- ali šestčlanske nadzorne komisije. Pri rednih nadzorih so bili poleg celotnega nadzora organizacije službe zdravstvene in babiške nege (v nadaljevanju ZBN) in preverjanja strokovnega področja izvedeni še individualni nadzori pri posameznih izvajalcih ZBN. Pri vsakem izvajalcu zdravstvene dejavnosti je bilo individualno nadzorovanih 3 do 8 izvajalcev ZBN.

Izredni strokovni nadzor je izvedla tričlanska komisija.

Nadzorne komisije sestavljajo strokovnjaki ZBN z vseh ravni zdravstvene dejavnosti. Pogoji, da je izvajalec ZBN lahko član nadzorne komisije, so določeni. Poleg splošnih določil se mora vsak izvajalec enkrat letno udeležiti 4-urnega izobraževanja, ki ga za nadzornike organizira Zbornica – Zveza. Izobraževanje je bilo organizirano 4. 3. 2025, udeležilo se ga je 37 izvajalcev ZBN. Vsi so bili kasneje imenovani v nadzorne komisije.

1.4. Redni strokovni nadzori v letu 2025

V letu 2025 je bilo odrejenih in zaključenih 12 rednih nadzorov. Skladno s podanim soglasjem glede na obseg, so se nadzori v dejavnosti zdravstvene in babiške nege izvedli:

- Štirje (4) nadzori nad izvajalcem zdravstvene dejavnosti v celoti,
- Trije (3) nadzori nad posamezno notranjo organizacijsko enoto izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- Pet (5) nadzorov zdravstvene obravnave posameznega primera,



- petdeset (50) individualnih nadzorov izvajalcev ZBN

Pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti (Dom Petra Uzarja Tržič) sta bila odrejena in izvedena dva nadzora. Izveden je bil nadzor notranje enote in obravnave primera.

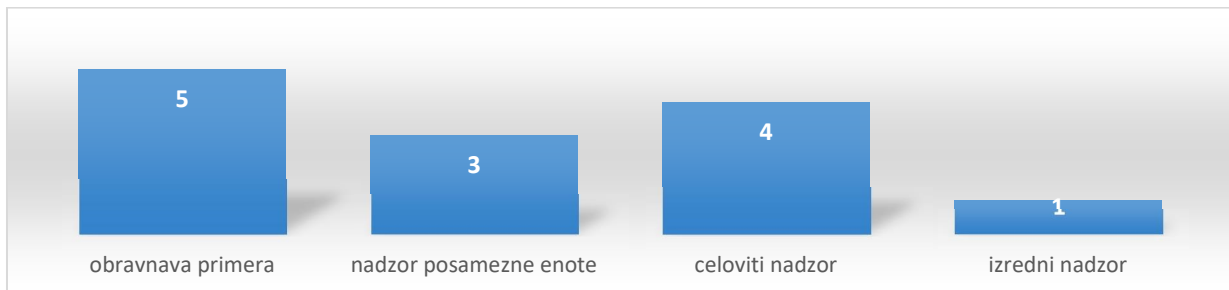
1.4.1 Izvajalci zdravstvene dejavnosti, pri katerih je bil zaključen redni strokovni nadzori s svetovanjem:

1. Psihiatrična bolnišnica Begunje – celoviti
2. Zdravstveni dom Ajdovščina - celoviti
3. Zdravstveni dom Radlje ob Dravi - celoviti
4. Patronažno varstvo Mojca Zoran V.M.S. - celoviti
5. Splošna bolnišnica Celje – nadzor enote za kardiokirurgijo
6. Dom Petra Uzarja Tržič – nadzor enota Naklo
7. BARSOS-MC zdravstvene storitve d.o.o.- nadzor enota za gastroenterologijo
8. Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za abdominalno kirurgijo – obravnava primera
9. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec – obravnava primera
10. Dom Tisje Šmartno pri Litiji – obravnava primera
11. Dom Petra Uzarja Tržič – obravnava primera
12. Dom starejših občanov Novo Mesto – obravnava primera

1.4.2. Izvajalec zdravstvene dejavnosti, pri katerem je bil zaključen izredni strokovni nadzori s svetovanjem:

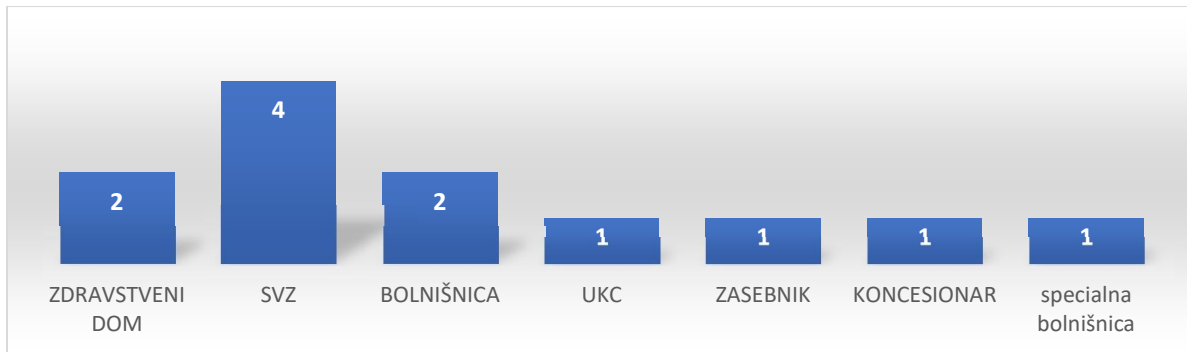
1. Medgeneracijski centru Bistrica, socialno varstvo, d.o.o.

Število strokovnih nadzorov glede na obseg in izvedbo v letu 2025 je razvidno iz Grafa št. 1.



Graf 1: Število strokovnih nadzorov glede na vrsto nadzora in izvedbo

Redni strokovni nadzori s svetovanjem so bili izvedeni pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti – v javnem zdravstvu, pri koncesionarjih in pri zasebnikih. Število izvedenih nadzorov je razviden iz Grafa št. 2.



Graf 2: Število izvedenih strokovnih nadzorov s svetovanjem glede na vrsto izvajalca zdravstvene dejavnosti v letu 2025

2. REDNI STROKOVNI NADZORI S SVETOVANJEM

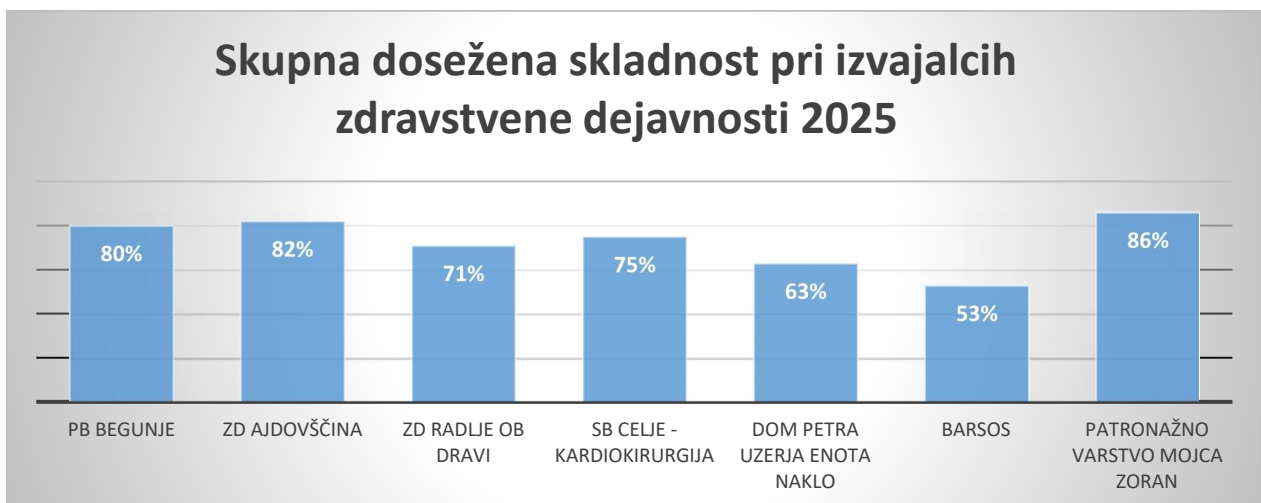
Podlaga za redni strokovni nadzor s svetovanjem je strukturirana predloga, ki je prilagojena glede na vrsto zdravstvene dejavnosti (bolnišnična dejavnost, dejavnost na primarni ravni: zdravstveni domovi in socialnovarstveni zavodi). Nadzorne komisije so pri celovitih nadzorih in nadzori notranjih enot nadzorovale in ocenile petnajst (15) področij. Posamezne aktivnosti so bile ocenjevane s pomočjo 5-stopenjske lestvice. Komisije so ugotavljale ustreznost prakse zdravstvene nege po deležih, kot je razvidno iz Tabele 1. Nadzore so izvajale štiri-, pet- do šestčlanske nadzorne komisije.

DELEŽI

90 % – 100 %	zelo dobra praksa
80 % – 89 %	dobra praksa
61 % – 79 %	ustrezna praksa
40 % – 60 %	pomanjkljiva praksa
< 40 %	neustrezna praksa

Tabela 1: Ocenjevalna lestvica skladnosti prakse zdravstvene in babiške nege

Strokovni nadzor s svetovanjem se je izvedel s pregledom dokumentacije, nadzornim obiskom na lokaciji, preverjanjem izvajanja posameznih aktivnosti, razgovorom z vodstvom in posameznimi izvajalci zdravstvene in babiške nege pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Nadzorne komisije so ocenjevale posamezne sklope in ugotavljale dosežene skladnosti. Skupna dosežena skladnost pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti je razvidna iz Grafa 3.



Graf 3: Skupna dosežena skladnost po posameznih zdravstvenih zavodih



Posamezna nadzorovana področja so razvidna iz Grafa 4, kjer je prikazana skupna dosežena skladnost po področjih za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti, pri katerih je bil izveden strokovni nadzor s svetovanjem.



Graf 4: Skupna dosežena skladnost po posameznih področjih pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti v letu 2025

Iz Grafa 4 je razvidno, da je najvišja dosežena skladnost ugotovljena na področju dela diplomirane medicinske sestre v ambulantah družinske medicine, patronažnem zdravstvenem varstvu in v centru za krepitev zdravja. Podoben trend visoke skladnosti ugotavljamo že od leta 2020.

Področje dela diplomiranih medicinskih sester v zdravstvenih domovih je predstavljeno ločeno, saj niso primerljiva z drugimi nadzorovanimi področji pri ostalih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Skozi leta je bil opazen je trend višanja skladnosti pri vpisu izvajalcev ZBN v register in veljavnih licencah. V letih 2020–2021 je bila dosežena skladnost med 63 in 65 %, v letu 2023 81 %, v letu 2024 85 %, medtem ko je bila letu 2025 79%.

Visoka dosežena skladnost je že več let na področju opravljanja dela skladno z etičnim kodeksom in zagotavljanjem pravic pacientom (v letih 2020–2023 je dosežena skladnost od 86–88 %, v letu 2024–83 %, v letu 2025 pa 90-%).

Prav tako se v zadnjih letih ugotavlja stabilna skladnost pri neposredni izvedbi standardov in aktivnosti zdravstvene in babiške nege. V letu 2025 kar 90-%.

Prikazana je skupna skladnost za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki so bili vključeni v redni strokovni nadzor s svetovanjem (celoviti in obravnave notranje enote). Razlike po posameznih področjih pa so ugotovljene glede na raven zdravstvene dejavnosti. Neustrezna praksa v skupnem seštevku vseh nadzorovanih izvajalcih zdravstvene dejavnosti je ugotovljena na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti. Pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti je bila ugotovljena neustrezna praksa še na drugih nadzorovanih področjih, kar je razvidno pri poročilih posameznega izvajalca zdravstvene dejavnosti.



Nadzorne komisije so za ugotovljena neskladja oziroma odstopanja predlagala priporočila, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti uvesti v prakso in na Zbornico – Zvezo posredovati evalvacijsko poročilo z dokazili o uvedenih priporočilih. Nadzorne komisije so skupaj predlagale 318 priporočil, kar je približno 27 priporočil na posameznega izvajalca zdravstvene dejavnosti. Pri tem je treba poudariti, da je priporočil bistveno več pri celovitih nadzorih in nadzorih notranje enote. Pri obravnavi primera pa je priporočil manj.

Zdravstveni zavodi v evalvacijskem poročilu posredujejo dokazila o uvedenih priporočilih. Člani nadzornih komisij in zaposleni na Zbornici – Zvezi na željo izvajalca zdravstvene dejavnosti svetujejo pri realizaciji priporočil. Cilj Zbornice – Zveze je, da izvajalci zdravstvene dejavnosti dosežejo vsaj 80-% realizacijo priporočil.

Nadzorne komisije so na presojanem področju zdravstvene in babiške nege poleg prepoznanih odstopanj prepoznale tudi dobre prakse. Dobre prakse so poudarjene pri posameznem nadzorovanem izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

2.1. Glavne ugotovitve pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti

2.1.1. Psihiatrična Bolnišnica Begunje

Datum nadzornega obiska:	28. 5. 2025
Število individualno nadzorovanih:	3 dipl. m. s., 5 TZN
Skupna dosežena skladnost pri celovitem nadzoru je bila 80-%, pri individualnih nadzorih pa 91-%. Nadzorna komisija je izdala 44 priporočil za celoviti nadzor in povprečno 3 priporočila vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve	
Prepoznane dobre prakse:	
<ul style="list-style-type: none">- v letu 2024 so zaposlenim ponudili brezplačno cepljenj proti KME, odziv je bil zelo dober;- večnamenski prazen delovni voziček, ki si ga posamezni izvajalec ZN pripravi za izvedbo posameznega postopka, po uporabi ga očisti in izprazni. Glede na to, da izvajajo malo medicinsko tehničnih posegov in postopkov, je tak način dela prepoznan kot dobra praksa;- število in vsebina internih izobraževanj je obsežna zaposlenih se jih udeležujejo. za paciente imajo nameščeno posebno napravo za prižiganje cigaret. Naprava je pritrjena na steno in pacient z ognjem nima stika;- vsekakor je treba pohvaliti zaposlene, ki so se aktivno vključili k odpravljanju škode po poplavih v letu 2023 in so z organizacijo dela in premestitvami zagotovili, da se obseg dejavnosti ni zmanjšal, obravnava pacientov pa je bila varna.	
Nadzorna komisija je sistematično pregledala 15 nadzorovanih področij in ugotovila, da so na posameznih področjih dosegli bistveno izboljšanje v primerjavi z ugotovitvami v rednem nadzoru 2019.	
Pomembno izboljšanje je ugotovljeno na osmih nadzorovanih področjih. Od tega je na treh področjih prepoznana zelo dobra praksa. Največje dosežene skladnosti so bile prepoznane pri neposredni izvedbi standardov, protokolov ali predstavitvi standarda, pri predaji pacientov in pri strokovni usposobljenosti izvajalcev ZN in sistemizaciji delovnih mest. Dobra praksa je bila ugotovljena še na naslednjih področjih: upravljanje z zdravili, preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom, skrb za pacientovo okolico, poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožnih poti. Tudi na področju kakovosti in varnosti so dosegli večjo skladnost kot leta 2019. Velik napredek je bil ugotovljen še na področju obvladovanja strokovnih standardov, kjer je delovna skupina poskrbela za revizijo standardov in jih posodobila. Dodati pa je treba še literaturo, po kateri so interni standardi povzeti. Interni standard o uporabi posebnega varovalnega ukrepa s pasovi ni usklajen z nacionalnim protokolom »Posebni varovalni ukrep – telesno oviranje s pasovi na področju psihiatrije«. Število oseb za izvedbo PVU v internem protokolu je nižje, kot ga predvideva nacionalni protokol.	



Izvajalci ZN so že na nadzoru 2019 pohvalili različne možnosti dodatnega izobraževanja, ki so jim ga omogočili v zavodu. Možnosti dodatnega izobraževanja in stalnega sledenja razvoju stroke je bilo prepoznano kot ustrezna praksa. Organizirajo veliko internih izobraževanj, večina se udeležuje izobraževanj tudi zunaj zavoda. Je pa treba nekaj več pozornosti nameniti obveznim vsebinam še za TZN. Ponovno je dano priporočilo, da se pripravijo individualni letni načrti izobraževanj za vse izvajalce ZN.

Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege pri pacientih se redno izvaja. Pri razporejanju izvajalcev ZN pa ne upoštevajo potreb pacientov po zdravstveni negi. Ugotovljeno je približno 25-% pomanjkanje izvajalcev ZN samo za bolnišnično dejavnost. Kratkoročnega ali srednjeročnega načrta zaposlovanja izvajalcev ZN glede na ugotovljeno pomanjkanje nimajo. Enako odstopanje je bilo ugotovljeno že 2019. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege ni bila osnova za načrtovanje kadrov v zavodu.

Odstopanje je ugotovljeno pri vodenju evidenc o strokovni usposobljenosti izvajalcev ZN. Evidence o vpisu v register in veljavni licenci so pomanjkljive. Posledično več TZN ni vpisanih v register. V času trajanja nadzora sta dva TZN oddala vlogo za vpis in jima je bila izdana odločba o vpisu v register, dva TZN pa v času izdaje poročila še nista bila vpisana v register.

Novo vodstvo mora čim prej vzpostaviti redne kolegije zdravstvene nege in zagotoviti ustrezen prenos informacij do vseh zaposlenih. Za celovito spremljanje realizacije ukrepov/sklepov je treba vzpostaviti pregledno evidenco ukrepov/sklepov z odgovornimi osebami in roki za izvedbo. Spremljati je treba učinkovitost realizacije ukrepov.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 20. 2. 2026.

Psihiatrična bolnišnica Begunje - primerjava dosežene skladnosti po posameznih strokovnih področjih, ki so bile ugotovljene v rednem strokovnem nadzoru 2019 in v nadzoru 2025

	Poklicne aktivnosti	2019	2025
1.	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZN in sistemizacija delovnih mest	44 %	84 %
2.	Vpis izvajalcev ZN v register in veljavne licence	neocenjeno	55 %
3.	Urniki dela	97 %	68 %
4.	Kategorizacija potreb po ZN	64 %	68 %
5.	Stalno sledenje razvoju stroke	80 %	75 %
6.	Zagotavljanje kakovosti in varnosti	43 %	64 %
7.	Pregled doktrin, standardov, protokolov	60 %	78 %
8.	Neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo	48 %	95 %
9.	Upravljanje z zdravili	61 %	89 %
10.	Dokumentiranje v ZN	98 %	80 %
11.	Predaja uporabnikov	66 %	94 %
12.	Pregled reanimacijskih vozičkov/tas za urgentna stanja	98 %	91 %
13.	Preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom	50 %	83 %
14.	Skrb za uporabnikovo in delovno okolico	88 %	88 %
15.	Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti	48 %	88 %



2.1.2. Zdravstveni dom Ajdovščina

Datum nadzora:	20. 3. 2025
Število individualno nadzorovanih	4 dipl. m. s., 2 TZN;
Skupna dosežena skladnost pri celovitem nadzoru je bila 82-%, pri individualnih nadzorih pa 86-%. Nadzorna komisija je izdala 58 priporočil za celoviti nadzor in povprečno 3 -4 priporočila vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve Prepoznane dobre prakse <ul style="list-style-type: none">- V zavodu organizirajo izobraževanje iz temeljnih postopkov oživljanja vsakih dve leti za vse zaposlene. Nadzorna komisija je to prakso prepoznala kot zelo dobro prakso.- Interna izobraževanja so redno organizirana in potekajo po vseh dejavnostih.- V vseh prostorih imajo oznako, da je prepovedana uporaba mobilnih telefonov.- Vsako leto je ena enota zadolžena, da pripravi dogodek ob mednarodnem dnevu medicinskih sester.- V centralni sterilizaciji pripravljajo individualizirane sete za patronažno službo, namenjeni obravnavi posameznega pacienta in na ta način skrbijo za racionalno porabo materiala.- Vzpostavljen imajo sistem kakovosti in varnosti.- Izvajalci ZN so izkazali visoko stopnjo pripadnosti delovni organizaciji, kar je bilo ugotovljeno pri individualnih razgovorih z zaposlenimi. <p>Nadzorna komisija je sistematično pregledala 15 posameznih nadzorovanih področij in ugotovila, da so nekatera področja zelo dobro organizirana. Na sedmih področjih dosegajo zelo dobro in dobro prakso, kar je vsekakor pohvalno. Najbolje ocenjena področja so:</p> <ul style="list-style-type: none">• obravnava pacientov/uporabnikov v zdravstvenovzgojnem centru centru za krepitev zdravja,• patronažna oskrba pacientov/uporabnikov,• obravnava pacientov/uporabnikov v ambulanti družinske medicine,• vpis v register, veljavne licence,• neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo,• poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožnih poti,• pregled reanimacijskih vozičkov/tas za urgentna stanja. <p>Nekaj pomanjkljivosti je bilo ugotovljenih pri organizaciji dela in pri vodenju posameznih dejavnosti zdravstvene nege. PDZN poleg dela organizacije in vodenja zdravstvene nege skrbi za celotno področje obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom, je predstavnik vodstva za kakovost (PVK), skrbi za strokovni nadzor ZBN v referenčnih ambulantah in v zobozdravstveni dejavnosti, kjer nimajo imenovanega vodje ZN. Strokovni kolegij ZN na ravni zavoda ni vzpostavljen, strokovno-organizacijski sestanki ZN na ravni zavoda so redki. PDZN ni neposredno nadrejena vsem izvajalcem ZN. V posameznih službah so vodje izvajalcem zdravstvene nege zdravniki.</p> <p>Na ostalih nadzorovanih področjih je bila ugotovljena ustrezna praksa. Na nobenem področju ni bila prepoznana pomanjkljiva ali neustrezna praksa.</p> <p>Nekaj odstopanj je bilo ugotovljenih na področju preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom, predvsem v zobozdravstveni dejavnosti in pri ločevanju čistih in nečistih delovnih površin. Še vedno uporabljajo razne materiale za podlaganje in prekrivanje delovnih površin in materialov, kar ne zagotavlja rednega čiščenja in razkuževanja. Posamezna odstopanja so bila ugotovljena še na področju upravljanja z zdravili in pri poznavanju celovitega sistema kakovosti.</p> <p>V individualnih razgovorih z izvajalci ZN je bilo ugotovljeno, da so v glavnem zadovoljni, zaznati je bilo zadovoljstvo na delovnem mestu in pripadnost zavodu.</p> <p>Za ugotovljena odstopanja je nadzorna komisija predlagala priporočila za njihovo odpravo.</p>	



Dosežene skladnosti po posameznih področjih so razvidne iz priložene tabele.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje evalvacijskega poročila je 30. 1. 2026.

Zdravstveni dom Ajdovščina			
	Poklicne aktivnosti	Število točk	Delež
1.	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZBN in sistemizacija delovnih mest	19/25	76 %
2.	Vpis v register, veljavne licence	19/20	95 %
3.	Urniki dela	19/25	76 %
4.	Stalno sledenje razvoju stroke	15/20	75 %
5.	Zagotavljanje kakovosti in varnosti	37/50	74 %
6.	Pregled doktrin, standardov, protokolov	24/35	69 %
7.	Neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo	38/40	95 %
8.	Področje terapije	55/75	73 %
9.	Patronažna oskrba pacientov/uporabnikov	52/55	95 %
10.	Obravnavanje pacientov/uporabnikov v ambulanti družinske medicine	28/30	93 %
11.	Obravnavanje pacientov/uporabnikov v zdravstvenovzgojnem centru/ centru za krepitev zdravja	40/40	100 %
12.	Pregled reanimacijskih vozičkov/tas za urgentna stanja	28/35	80 %
13.	Preprečevanje z zdravstvom povezanih okužb	53/70	76 %
14.	Skrb za neposredno uporabnikovo okolico in pripomočke za oskrbo	14/20	70 %
15.	Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti	21/25	84 %

2.1.3. Zdravstveni dom Radlje ob Dravi

Datum nadzornega obiska:	18. 3. 2025
Število individualno nadzorovanih	4 dipl. m. s., 2 TZN
Skupna dosežena skladnost pri celovitem nadzoru je bila 71%, pri individualnih nadzorih pa 88-%. Nadzorna komisija je izdala 52 priporočil za celoviti nadzor in povprečno 3 priporočila vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve	
Prepoznane dobre prakse:	
<ul style="list-style-type: none">- Pristopili so k vzpostavitvi sistema vodenja kakovosti, ki ga uvajajo skupaj z zunanjim strokovnjakom za vzpostavitev standarda ISO.- Vsako leto se patronažne medicinske sestre udeležijo strokovnega srečanja, ki ga regijsko organizirajo skupaj s CSD in policijo, kjer obravnavajo aktualno problematiko in primere preteklega leta s področja nasilja.- Redna interna izobraževanja s področja urgentnih stanj.- Pri preverjanju izvajanja aktivnosti ZN je bilo ugotovljeno, da izvajalci ZN postopke in aktivnosti v glavnem izvajajo skladno s strokovnimi standardi, navodili, protokoli.- Izvajalci ZN so izkazali visoko stopnjo pripadnosti delovni organizaciji, izražajo zadovoljstvo na delovnem mestu, kar je bilo ugotovljeno pri individualnih razgovorih z zaposlenimi.	
Strokovni nadzor s svetovanjem je bil izveden na podlagi pregleda posredovane dokumentacije, opravljenih razgovorih z vodstvom zavoda in posameznimi izvajalci ZBN in z ogledom prostorov v zavodu na posameznih deloviščih. Nadzorna komisija je sistematično pregledala 15 nadzorovanih področij in ugotovila, da so nekatera področja zelo dobro organizirana. Na šestih področjih dosegajo zelo dobro in dobro prakso. Najbolje ocenjena področja so:	
<ul style="list-style-type: none">- vpis v register in veljavne licence;- patronažna oskrba pacientov/uporabnikov;	



- neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo;
- obravnava pacientov/uporabnikov v ambulanti družinske medicine;
- obravnava pacientov/uporabnikov v zdravstvenovzgojnem centru centru za krepitev zdravja;
- poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožnih poti.

Nekaj pomanjkljivosti je bilo ugotovljenih pri organizaciji dela in pri vodenju posameznih dejavnosti zdravstvene nege.

Pomočnico direktorice za zdravstveno nego (PDZN) imenuje direktorica brez razpisa in nima imenovanega namestnika. V zavodu je odgovorna za izvajanje POBO.

Strokovni kolegij zdravstvene in babiške nege na ravni zavoda ni vzpostavljen. PDZN sklicuje sestanke individualno z vodji timov zdravstvene nege. V zavodu potekajo tudi skupni sestanki vseh zaposlenih v zdravstveni negi, laboratoriju in fizioterapiji. Strokovno-organizacijski sestanki potekajo po posameznih dejavnostih, ki jih organizirajo in vodijo vodje zdravstvene nege, vendar zapisnikov vseh sestankov ne vodijo dosledno.

Po organigramu je PDZN neposredno nadrejena vsem izvajalcem zdravstvene nege, pa tudi nabavni in tehnični službi. Posamezne službe, kot so služba nujne medicinske pomoči, patronažna služba, center za krepitev zdravja, imajo imenovane vodje, medtem ko ambulante družinske medicine neposredno vodi PDZN. PDZN je pooblaščen za varnost in kakovost (PVK).

V patronažni službi ni urnikov za popoldanske izmene, vikende ali praznike, saj PMS delo v teh terminih opravijo od doma. Nekatere specialistične ambulante so priznane s strani ZZS z zelo nizkim deležem delovanja, zato delujejo le nekajkrat mesečno ali enkrat tedensko. Zaradi tega morajo zaposleni rotirati med različnimi delovnimi enotami.

Največja odstopanja so prepoznana na področju zagotavljanja kakovosti, saj na ravni zavoda sistem vodenja kakovosti še ni vzpostavljen. Vendar so pristopili k uvajanju sistema kakovosti in sodelujejo z zunanjim strokovnjakom.

Pomanjkljiva praksa je bila prepoznana še na področju standardov, protokolov in navodil za delo v ZBN. Nekatera delovna navodila sicer obstajajo v fizični obliki, shranjena v fasciklih na posameznih delovnih enotah. V zavodu pa nimajo urejenega intraneta, ki bi omogočal enoten in pregleden dostop do internih dokumentov, navodil ter protokolov za vse zaposlene.

Nekaj pomanjkljivosti je prepoznanih še na področju celovitega upravljanja z zdravili. Odstopanja so ugotovljena pri beleženju in sledenju porabe narkotičnih učinkovin, saj še nimajo pečatne knjige. Oprema reanimacijskega vozička in tas za nujna stanja je sicer vzpostavljena, vendar nimajo enotnega seznama opreme, ki bi bil formalno predpisan in bi dosledno preverjali vsebino, roke uporabe in delovanje opreme.

V individualnih razgovorih z izvajalci ZN je bilo ugotovljeno, da so v glavnem zadovoljni, zaznati je bilo pripadnost zavodu.

Za ugotovljena odstopanja je nadzorna komisija predlagala priporočila za njihovo odpravo.

Povprečne skladnosti po posameznih področjih so razvidne iz priložene tabele.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 30. 1. 2026.

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi

	Poklicne aktivnosti	Število točk	Delež
1	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZBN in sistemizacija delovnih mest	17/25	68 %
2	Vpis v register, veljavne licence	18/20	90 %
3	Urniki dela	11/25	44 %
4	Stalno sledenje razvoju stroke	13/20	65 %
5	Zagotavljanje kakovosti in varnosti	25/50	50 %
6	Pregled doktrin, standardov, protokolov	16/35	46 %
7	Neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo	50/50	100 %
8	Področje terapije	42/75	56 %
9	Patronažna oskrba pacientov/uporabnikov	53/55	96 %



10	Obravnava pacientov/uporabnikov v ambulanti družinske medicine	45/45	100 %
11	Obravnava pacientov/uporabnikov v zdravstveno vzgojnem centru/ center za krepitev zdravja	32/40	80 %
12	Pregled reanimacijskih vozičkov/tas za urgentna stanja	20/35	57 %
13	Preprečevanja z zdravstvom povezanih okužb	48/70	69 %
14	Skrb za neposredno uporabnikovo okolico in pripomočke za oskrbo	13/20	65 %
15	Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti	21/25	84 %

2.1.4. Patronažno Varstvo Mojca Zoran v.m.s.,

Datum nadzorne obiska:	22. 4. 2025
Število individualno nadzorovanih	1 dipl. m. s.
Skupna dosežena skladnost pri celovitem nadzoru je bila 86-%, pri individualno nadzorovanih 84-%. Nadzorna komisija je izdala 14 priporočil za celoviti nadzor in 2 priporočili individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve	
Po pregledu posredovane dokumentacije, opravljenega razgovora z odgovorno nosilko in glede na neposredno presojo delovnega okolja ugotavljamo, da je organizacija dela in izvajanje patronažne zdravstvene dejavnosti dobro organizirano. Glede na preverjena področja v strokovnem nadzoru je ugotovljeno, da dosega:	
<ul style="list-style-type: none"> - zelo dobro prakso in dobro prakso na 8 od 11 nadzorovanih področjih: Strokovna usposobljenost izvajalca, Stalno sledenje razvoju stroke, Pregled doktrin, standardov, protokolov, Neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo, Področje upravljanja z zdravili, Patronažna oskrba pacientov/uporabnikov, Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom in Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti; - ustrezna praksa zdravstvene nege je ugotovljena na dveh področjih: Pregled tase za nujna stanja, Razpored dela in objavljen delovni čas; - pomanjkljiva praksa zdravstvene nege je ugotovljena na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti, ker izvajalka zdravstvene dejavnosti nima vzpostavljenega sistema vodenja kakovosti v skladu z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu. 	
Povprečne skladnosti po posameznih področjih so razvidne iz priložene tabele.	
Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 30. 1. 2026.	

Patronažno varstvo Mojca Zoran V.M.S.

	Poklicne aktivnosti	Število točk	Delež
16.	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZN	25/25	100 %
17.	Razpored dela in objavljen delovni čas	11/15	73 %
18.	Stalno sledenje razvoju stroke	14/15	93 %
19.	Zagotavljanje kakovosti in varnosti	15/30	50 %
20.	Pregled doktrin, standardov, protokolov	24/25	96 %
21.	Neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo	13/15	87 %
22.	Področje zdravil	31/35	89 %
23.	Patronažna oskrba pacientov/uporabnikov	51/55	93 %
24.	Pregled tase za nujna stanja	11/15	73 %
25.	Preprečevanja z zdravstvom povezanih okužb	70/75	93 %
26.	Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti	25/25	100 %



2.1.5. Splošna Bolnišnica Celje, Oddelek za kardiokirurgijo

Datum nadzornega obiska:	20. 5. 2025
Število individualno nadzorovanih	5 dipl. m. s., 1 bolničar negovalec
Skupna dosežena skladnost pri celovitem nadzoru je bila 75-%, pri individualnih nadzorih pa 87-%. Nadzorna komisija je izdala 52 priporočil za celoviti nadzor in povprečno 4 priporočila vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve	
Prepoznane dobre prakse	
<ul style="list-style-type: none">- Vsekakor je treba pohvaliti prizadevanje vodstva zavoda, da bi zaposlenim omogočili ustrezno uvajanje v delo v novo dejavnost kardiokirurgije. Organiziranih je bilo veliko internih izobraževanj, saj se jim ni uspelo dogovoriti z izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki izvajajo kardiokirurško dejavnost, da bi zaposlene napotili na izobraževanje k njim.- V zavodu se je na splošno povečalo število sporočenih varnostnih incidentov za 25 % v primerjavi z letom prej. Kljub temu pa je število sporočenih varnostnih incidentov še vedno nizko.- Redno izvajajo pogovore o varnosti. Varnostne pogovore vsekakor ocenjujemo kot dobro prakso za vzpostavljanje kulture varnosti in za preprečevanje potencialnih varnostnih incidentov.	
<p>Nadzor je bil izveden na področju zdravstvene nege pri vzpostavitvi in delovanju nove dejavnosti - obravnave kardiokirurškega pacienta. Ministrstvo za zdravje je SB Celje 13. 11. 2024 izdalo dovoljenje za opravljanje bolnišnične zdravstvene dejavnosti – kardiovaskularna kirurgija v bolnišnični dejavnosti (operacije na odprtem srcu).</p> <p>Zavod je dopolnil interne akte in opredelil dejavnost kardiokirurgije. Dodatno je zaposlil izvajalce ZN za izvajanje dejavnosti kardiokirurgije oziroma jih premestil iz drugih oddelkov bolnišnice. Vzpostavili in opremili so oddelek kardiokirurgije, kjer je 7 bolniških postelj namenjenih intenzivni terapiji I, II. Vodstvo zavoda je iskalo možnosti dodatnega uvajanja v delo pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti doma in v tujini. Sodelovali so s tujimi strokovnjaki pri uvajanju dipl. zn. v anesteziologiji, vključili so pogodbene operacijske medicinske sestre, ki so hkrati mentorice redno zaposlenim OPMS, organizirali in izvedli so več internih izobraževanj s področja obravnave kardiokirurškega pacienta. Zaposlili so oba Univerzitetna klinična centra v Sloveniji, ki dejavnost kardiokirurgije izvajata, da bi lahko k njima na usposabljanje napotili izvajalce ZN, vendar do realizacije ni prišlo.</p> <p>Zaposleni so povedali, da še niso popolnoma samostojni in da potrebujejo dodatna znanja za izvajanje nove dejavnosti.</p> <p>Dejavnost kardiokirurgije se v času trajanja nadzora ni izvajala. Predvidevali so, da bi pred poletjem lahko izvedli še nekaj operativnih posegov, termin še ni bil znan.</p> <p>Dejavnost kardiokirurgije je porazdeljena na več že obstoječih notranjih organizacijskih enot. Delovanje je bilo preverjeno tako na ravni celotnega zavoda in podrobno na enotah intenzivne terapije III, operativne in anesteziološke dejavnosti ter na novoustanovljenem oddelku kardiokirurgije. Nadzor je bil izveden z namenom preverjanja posameznih strokovnih področij ter na podlagi ugotovitev izdati priporočila. V poročilu je komisija izrekla 51 priporočil. V nadaljevanju bomo opozorili na nekatera področja in jih dodatno komentirali.</p> <p>Prepoznani so bili primeri dobrih praks, kar omogočajo, da procesi v neposredni klinični praksi tečejo bolj kakovostno.</p> <p>Dejavnost na posameznih oddelkih je bila pri presoji posameznih področij ocenjena:</p> <ol style="list-style-type: none">1) na enem področjih »zelo dobra praksa«,2) na štirih področjih »dobra praksa«,3) na štirih področjih »ustrezna praksa«,4) na šestih področjih »pomanjkljiva praksa«. <p>»Neustrezna praksa« ni bila prepoznana.</p>	



Največ odstopanja je bilo prepoznanih pri pregledu doktrin, standardov, protokolov, upravljanju z zdravili, dokumentiranju v ZN, preprečevanju okužb, povezanih z zdravstvom, zagotavljanju kakovosti in varnosti, ter pri kategorizaciji potreb po zdravstveni negi.

Izpostaviti je treba strokovne standarde in navodila za delo, ki niso posodobljena, in dokumentacijo zdravstvene nege. Dokumenti niso obvladovani, ne uporablja se vedno enaka dokumentacija, zapisi se podvajajo, razpršenost podatkov ne zagotavlja primerne kontinuirane obravnave, vsebine dokumentov ne predvidijo vseh aktivnosti in podatkov za spremljanje kardiokirurških pacientov. Proces zdravstvene nege je sicer vzpostavljen, je pa pomanjkljiv in se ne izvaja v celoti. Pri pregledu dokumentacije treh pacientov je bilo ugotovljeno pomanjkljivo beleženje izvedenih aktivnosti, rubrike v obrazcih niso izpolnjene.

Sistem kakovosti in varnosti je vzpostavljen, kljub temu pa zaposleni ne poznajo kazalnikov kakovosti, tveganj, ne poznajo ukrepov, sprejetih na nivoju zavoda.

Uvajanje izvajalcev zdravstvene nege v delo na področju kardiokirurgije je sicer potekalo na vseh enotah, kljub temu pa se večina še ne počuti suvereno. Preverjanja znanja po uvajanju niso izvedli. Največjo stisko smo prepoznali pri operacijskih medicinskih sestrah, ki niso imele dovolj možnosti, da se uvedejo v delo umite OPMS. Vodstvu ZN je bilo priporočeno, da se vsem OPMS zagotovi mentorstvo zunanje, usposobljene OPMS pri rednem delu in v dežurstvo tako dolgo, da bodo v celoti usposobljene za delo na novi veji kirurgije in udeležba na teoretičnih in praktičnih izobraževanjih s tega področja. Uvajanje v delo in preverjanje znanja je treba zagotoviti za vse izvajalce ZN, ki so razporejeni na delo v novi dejavnosti.

Povprečne skladnosti po posameznih področjih so razvidne iz spodnje tabele.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 30. 6. 2025.

SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE – ODDELEK ZA KARDIOKIRURGIJO

	Poklicne aktivnosti	Število točk	Delež
1.	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZN in sistemizacija delovnih mest	19/25	76 %
2.	Vpis izvajalcev ZN v register in veljavne licence	15/20	75 %
3.	Urniki dela	18/25	72 %
4.	Kategorizacija potreb po ZN	13/20	65 %
5.	Stalno sledenje razvoju stroke	15/20	75 %
6.	Zagotavljanje kakovosti in varnosti	34/50	68 %
7.	Pregled doktrin, standardov, protokolov	23/35	66 %
8.	Neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo	32/40	80 %
9.	Upravljanje z zdravili	50/80	63 %
10.	Dokumentiranje v ZN	25/40	63 %
11.	Predaja uporabnikov	28/35	80 %
12.	Pregled reanimacijskih vozičkov/tas za urgentna stanja	31/35	89 %
13.	Preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom	35/55	64 %
14.	Skrb za uporabnikovo in delovno okolica	40/45	89 %
15.	Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti	25/25	100 %

2.1.6. Dom Petra Uzarja Tržič – Enota Naklo

Datum nadzornega obiska:	4. 3. 2025
Število individualno nadzorovanih	1 dipl. m.s., 1 TZN, 1 bolničar-negovalec.
Skupna dosežena skladnost pri celovitem nadzoru je bila 63-%, pri individualnih nadzorih pa 85-%. Nadzorna komisija je izdala 48 priporočil za celoviti nadzor in povprečno 4 priporočila vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve	



Enota Naklo je manjša enota z dobrimi pogoji bivanja z velikimi in urejenimi prostori. Sobe uporabnikov so prostorne in vključujejo sanitarije s tušem ter balkonom. Takšna ureditev prispeva h kakovostnemu preživljanju časa uporabnikov.

Dobra praksa je bila ugotovljena tudi na področju vodenja evidence izvajalcev zdravstvene nege, ki vključuje vpis v register ter podatek o veljavni licenci. Prav tako zavod ob izpadu zaposlenih oz. mesečno izplačuje nadure, kar je prepoznano kot dobra praksa. Iz razgovora s posameznimi zaposlenimi na nadzoru je bilo začititi pripadnost zaposlenih ter medsebojno sodelovanje in povezanost kolektiva, kar je pomembno za uspešno in dobro delovanje zavoda.

Nadzorna komisija je sistematično pregledala celotno področje zdravstvene nege v enoti Naklo ter ugotovila več pomanjkljivosti, med drugim tudi na področjih, ki so navedena v anonimni pritožbi, ki jo je Zbornica – Zveza prejela 16. 1. 2025. Očitane pomanjkljivosti v pritožbi so bile ugotovljene tudi na nadzoru, za kar so dana priporočila za njihovo odpravo oziroma obvladovaje.

V zavodu se srečujejo s pomanjkanjem izvajalcev ZN, največje pomanjkanje je pri zagotavljanju bolničarjev-negovalcev, vendar so zato na teh delovnih mestih zaposleni TZN. V tako majhni enoti vsaka odsotnost zaposlenega zaradi bolniškega dopusta predstavlja težavo pri zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege in kakovosti zagotavljanja storitev ter posledično preseganja kompetenc. Ključnega pomena je tudi sodelovanje in podpora direktorja ter ND ZNO z vodjo enote Naklo pri usmerjanju ter zagotavljanju pomoči pri vodenju.

Največje odstopanje (neustrezna praksa zdravstvene nege) je bila prepoznana na dveh področjih:

- Stalno sledenje razvoju stroke ni sistemsko urejeno, individualnih načrtov izobraževanj zaposleni ne pripravljajo, število dni izobraževanj pri zaposlenih je zelo malo ali jih sploh ni in ne sledijo zakonskim predpisom. Pomanjkanje izobraževanj je ugotovljeno na področju obveznih vsebin in posledično slabšem poznavanju področja kakovosti in varnosti, etike in zakonodaje ter pomanjkanje izobraževanj s področja obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb, kar se kaže tudi pri samem delu z uporabniki.
- Področje ukrepanja ob urgentnih stanjih: zavod ne razpolaga z reanimacijskim vozičkom/taso za urgentna stanja, defibrilator ni pregledan in prav tako je strokovna usposobljenost s področja temeljnih postopkov oživljanja slaba, saj v zadnjih treh letih niso imeli izobraževanj s tega področja.

Na področju preprečevanja z zdravstvom povezanih okužb so bile ugotovljene sistemske pomanjkljivosti, ki zahtevajo izboljšave. Med nadzorom je bilo opaženo, da ne uporabljajo pravilno zaščitne opreme v skladu s predpisanimi smernicami, nimajo nameščenih dovolj razkužilnih sredstev. V zavodu nimajo KOBO, POBO ni posodobljen, rokovanje z odpadki ni ustrezno, dezinfekcija pripomočkov za delo ne poteka pravilno. Zaposleni imajo s tega področja zelo malo izobraževanj, kar povečuje tveganje za širjenje okužb in negativno vpliva na varnost tako uporabnikov kot zaposlenih in se kaže v naraščanju koloniziranih uporabnikov z VOB.

Pomanjkljivosti so bile prepoznane tudi pri dokumentiranju v zdravstveni negi, ki ni dosledno in pogosto manjkajo ključni podatki, kar otežuje spremljanje zdravstvenega stanja uporabnikov ter zagotavljanje kontinuitete dela med izvajalci. Pomanjkljivo je evidentiranje izvedenih postopkov, evalvacija ukrepov ter beleženje padcev in drugih incidentov, kar lahko vpliva na pravočasno prepoznavanje tveganj in ustrezno ukrepanje. Za izboljšanje tega področja je nujno okrepiti doslednost pri vodenju dokumentacije, zagotoviti dodatna usposabljanja zaposlenih ter vzpostaviti učinkovit nadzor nad pravilnim beleženjem podatkov.

Ni ustreznega prekrivanja vseh delovnih izmen za predajo službe, kar vpliva na kontinuirano in strukturirano predajanje ključnih informacij. Nimajo jasnih strokovnih navodil ter lastnega protokola predaje uporabnikov. Prihaja do kršitev pri zakonsko določenem počitku med delovnimi izmenami in tedenskega počitka, saj so bili izvajalci ZN razporejeni na delo več kot 56 ur na teden, kar lahko vodi do utrujenosti, izgorelosti in zmanjšane učinkovitosti delavcev.



Pomanjkljivosti se bile prepoznane tudi pri zagotavljanju kakovosti in varnosti v zavodu. Sistema kakovosti nimajo vzpostavljenega, procesi dela niso popisani, registra tveganja nimajo, dokumenti niso obvladovani. Poročanje o varnostnih incidentih ni dosledno urejeno, kar otežuje pravočasno prepoznavanje in odpravljanje pomanjkljivosti. Priporočeno je, da zavod vzpostavi jasen sistem spremljanja kakovosti, uvede redne notranje nadzore ter zagotovi učinkovito poročanje in analizo varnostnih incidentov, kar bo prispevalo k višjemu standardu varnosti za uporabnike in zaposlene.

Ugotovitve celovitega nadzora in očitane pomanjkljivosti, navedene v pritožbi, so pokazale večje pomanjkljivosti na področju izobraževanja zaposlenih, preprečevanja okužb, dokumentiranja zdravstvene nege, organizacije delovnega časa ter zagotavljanja kakovosti in varnosti. Priporočene so sistemske izboljšave, ki zahtevajo nujne ukrepe za izboljšanje celotnega sistema zdravstvene nege, kar bo prispevalo k boljši oskrbi uporabnikov in večji varnosti v zdravstveni negi.

Povprečne skladnosti po posameznih področjih so razvidne iz spodnje tabele.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje prvega delnega evalvacijskega poročila je 30. 1. 2026.

DOM PETRA UZARJA – ENOTA NAKLO

	Poklicne aktivnosti	Število točk	Delež
1.	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZN in sistemizacija delovnih mest	15/25	60 %
2.	Vpis izvajalcev ZN v register in veljavne licence	18/20	90 %
3.	Urniki dela	20/25	80 %
5.	Stalno sledenje razvoju stroke	13/20	65 %
6.	Zagotavljanje kakovosti in varnosti	10/30	33 %
7.	Pregled doktrin, standardov, protokolov	26/50	52 %
8.	Neposredna izvedba standardov, doktrin, protokolov, navodil za delo	24/40	60 %
9.	Upravljanje z zdravili	17/20	85 %
10.	Dokumentiranje v BN	64/90	71 %
11.	Predaja pacientk	21/40	53 %
12.	Pregled opreme, pripomočkov in materiala za babiško obravnavo	19/30	63 %
13.	Preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom	9/35	26 %
14.	Skrb za pacientovo in delovno okolico	24/55	44 %
15.	Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti	36/45	80 %

2.1.7. Barsos-MC zdravstvene storitve d.o.o. – Enota za gastroenterologijo

Datum nadzornega obiska:	11. 3. 2025
Število individualno nadzorovanih	2 dipl. m. s., 1 TZN
Skupna dosežena skladnost pri celovitem nadzoru je bila 53-%, pri individualnih nadzorih pa 82-%. Nadzorna komisija je izdala 1 ukrep in 28 priporočil za celoviti nadzor in povprečno 4 priporočila posameznemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Prepoznane dobre prakse: Vodstvo zavoda je po ugotovljeni zamenjavi vzorcev pri dveh pacientih sistematično pristopilo k obravnavi varnostnega incidenta in izvedlo notranji strokovni nadzor ter vzročno-posledično analizo opozorilnega nevarnega dogodka. Sprejeli so nekaj ukrepov za obvladovanje tveganj pri identifikaciji.	
Glavne ugotovitve	



Nadzorna komisija je sistematično pregledala organiziranost in vodenje zdravstvene nege v zavodu ter celotno področje endoskopske dejavnosti.

Ugotovljeno je, da je na mesto glavne medicinske sestre razporejen TZN. TZN nima kompetenc za organiziranje, vodenje in koordinacijo procesov dela. Vodenje in organiziranje dela ter izvajanje najzahtevnejše zdravstvene nege je kompetenca dipl. m. s. Dipl. m. s. je nosilka dejavnosti zdravstvene nege v timu zdravstvene nege in zdravstvenem timu. Ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, postavlja cilje celotnega pristopa do pacienta, zdravstveno nego načrtuje, izvaja, vrednoti in dokumentira. Pri tem vključuje sodelavce v timu zdravstvene nege in zdravstvenem timu. Deluje v skladu s kompetencami v Direktivi 2013/55/EU. Kompetence presegajo tudi TZN, ki samostojno izvajajo najzahtevnejše postopke in aktivnosti zdravstvene nege v neposrednem kliničnem delu (gastroskopije, kolonoskopije, samostojno izvajanje celotnega postopka reprocesiranja instrumentov).

Zbornica - Zveza je 8. 8. 2025 izdala odločbo št. 641-6/25-21 s katere je BARSOS-MC d.o.o. naložila, da v roku treh mesecev od izdaje odločbe zagotovi, da organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege v BARSOS-MC d.o.o., Gregorčičeva ulica 11, 1000 Ljubljana opravlja oseba, ki ima v skladu z Odredbo o seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost (Uradni list RS, št. 111/22 in 90/24) izobrazbo in poklicno kvalifikacijo diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik oziroma višja medicinska sestra ali višji medicinski tehnik in da v roku treh mesecev od izdaje odločbe z odzivnim poročilom Zbornici – Zvezi posreduje dokazila o realizaciji ukrepa iz odločbe. Izvajalec zdravstvene dejavnosti je 4. 12. 2025 na Zbornico – Zvezo posredoval dokazilo o izpolnitvi zahtev iz odločbe. Organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege začasno opravlja diplomirani zdravstvenik.

Nadalje je bilo pregledanih in ocenjenih sedem področij. Neustrezna praksa dela je bila ugotovljena na dveh nadzorovanih področjih (Strokovna usposobljenost izvajalcev ZN in sistemizacija delovnih mest ter Urniki dela). Na treh nadzorovanih področjih je bila ugotovljena pomanjkljiva praksa (Stalno sledenje razvoju stroke, Pregled doktrin, standardov, protokolov in Zagotavljanje kakovosti in varnosti). Tak način organizacije dela in izvajanje procesa dela predstavlja veliko tveganje za napake pri delu, ki lahko škodujejo pacientu in ne zagotavljajo varne obravnave.

Zavod na delo razporeja izvajalce ZN, ki so v celoti zaposleni pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, in pogodbeno zaposlene, ki prihajajo iz drugih zavodov. Ugotovljeno je odstopanje pri prenosu informacij med izvajalci ZN, saj pogodbeni izvajalci niso prisotni na sestankih zavoda in ne dobijo zapisnikov sestankov. Stalno sledenje razvoju stroke je pomanjkljivo in lahko predstavlja tveganje za kakovostno in varno delo.

Sistem kakovosti v zavodu ni vzpostavljen. Posledično niso popisani procesi dela, register tveganj ni vzpostavljen, kazalniki kakovosti se ne spremljajo, sistem poročanja varnostnih incidentov ni obvladovan v celoti.

Podrobno je bil pregledan proces dela v endoskopski dejavnosti. Zavod ima navodila Postopek dela v gastroenterološki ambulanti, ki so bila po zamenjavi histoloških vzorcev revidirana. Nov dokument se imenuje Spremenjen postopek dela. V času nadzornega obiska je nadzorna komisija spremljala potek dela v ambulanti. Ugotovljenih je bilo več odstopanj, tako pri upoštevanju internih navodil (v ambulanti so se pacienti menjavali na manj kot 10 minut) kot pri reprocesiranju endoskopov. Prostori za reprocesiranje so neprimerni, čisti in nečisti prostori niso ločeni, križajo se čiste in nečiste poti, čiste in nečiste delovne površine niso ločene, ravnanje z odpadki ni ustrezno. Področje obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom, ni ustrezno urejeno, zato smo poročilo odstopili Zdravstvenemu inšpektoratu RS za morebitno ukrepanje.

Podrobno je bil preverjen postopek označevanja odvzetih histopatoloških vzorcev. Zavod je posodobil navodila, kljub temu pa postopek označevanja ne sledi strokovnim navodilom in nacionalnim protokolom. Označevanje vzorcev z identifikacijskimi podatki pacienta (ime, priimek, rojstni datum)



se ne izvede neposredno po vstavitvi odvzetega materiala v vsebnik. Na mestu odvzema se vsebniki označijo z oznako mesta odvzema vzorca, nato vsebnike z dokumentacijo odnesejo v drugi prostor, kjer izvajalec ZN namesti nalepko in podatke o pacientu in vzorce zabeleži v zvezek. Pomanjkljivosti so ugotovljene še pri vodenju evidence transporta oziroma prevzema histopatoloških vzorcev.

Po pregledu posredovane dokumentacije, opravljenih razgovorih z izvajalci ZN in ogledu procesa dela ni bilo mogoče ugotoviti, ali je pri zamenjavi pacientovih vzorcev prišlo v postopkih dela izvajalcev ZN. Ugotovljeno je bilo, da so izvajalci ZN delali po internih navodilih, ki pa niso skladna s strokovnimi standardi v endoskopski dejavnosti.

Zavodu je bil pozvan, da mora nemudoma pristopiti k reorganizaciji procesa dela pri reprocesiranju endoskopov in zagotoviti označevanje vsebnikov s pacientovimi podatki na mestu odvzema vzorca. Zagotoviti je treba, da izvajalci ZN pri delu ne bodo presegali poklicnih kompetenc in jim zagotoviti čas med eno in drugo preiskavo, da bodo lahko kakovostno in varno opravili delo.

Povprečne skladnosti po posameznih področjih so razvidne iz spodnje tabele.

Realizacija ukrepa in priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je bil 30. 10. 2025.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti je skladno z rokom posredoval dokazila o realizaciji ukrepa in odzivno poročilo z dokazili o realizaciji priporočil.

Iz posredovanih dokazil je bilo ugotovljeno, da je bil ukrep realiziran.

Ocenjena je bila povprečna dosežena skladnost realizacije priporočil, ki je v celovitem nadzoru cca. 78-%, pri individualno nadzorovanih izvajalcih zdravstvene nege pa v skupnem povprečju cca. 63-%.

BARSOS-MC ZDRAVSTVENE STORITVE D.O.O. – ENOTA ZA GASTROENTEROLOGIJO

	Poklicne aktivnosti	Število točk	Delež
1.	Strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZN in sistemizacija delovnih mest	9/25	36 %
2.	Vpis izvajalcev ZN v register in veljavne licence	17/20	85 %
3.	Urniki dela	8/25	32 %
4.	Stalno sledenje razvoju stroke	9/20	45 %
5.	Zagotavljanje kakovosti in varnosti	20/50	40 %
6.	Pregled doktrin, standardov, protokolov	12/30	40 %
7.	Poznavanje etičnih načel, pacientovih pravic in pritožbenih poti	18/20	90 %

2.1.8. Univerzitetni Klinični Center Ljubljana, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo – obravnava primera

Datum nadzornega obiska:	2. 4. 2025
Število individualno nadzorovanih	3 dipl. m. s., 1 TZN 38. člen ZZDej-K, 2 TZN

Skupna dosežena skladnost pri individualnih nadzorih je bila 80-%.

Nadzorna komisija je izdala 8 priporočil za nadzor pri obravnavi primera in povprečno 5 priporočil vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.

Glavne ugotovitve

Strokovni nadzor je bil opravljen zaradi prijave svojcev pokojnega pacienta ki je nenadoma umrl na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo UKC Ljubljana. Pritožbe so nakazovale domnevne nepravilnosti pri izvajanju zdravstvene nege in pomanjkljivo spremljanje pacienta po posegu.

Pregled dokumentacije in razgovori so pokazali več nepravilnosti: Zamudo pri sporočanju opozorilnega nevarnega dogodka (OND) v sistem SSOT za kar 13 dni, nepopolno in pomanjkljivo dokumentacijo zdravstvene nege ter odsotnost pravočasnega varnostnega pogovora. Poleg tega so



bila ugotovljena resna neskladja v načrtu zdravstvene nege, kot so manjkajoči zapisi o opazovanju pacienta, neizvedena ali neustrezno dokumentirana ocena bolečine, pomanjkljiva individualizacija načrtov zdravstvene nege ter odsotnost zapisa o izidu obravnave.

Posebno skrb vzbujajoča je ugotovitev, da so bili na MM konferenci prisotni zgolj zdravniki brez predstavnikov zdravstvene nege, kar pomeni, da multidisciplinarni pristop ni bil zagotovljen v skladu z internimi pravili UKC Ljubljana. Zaradi navedenega je bila analiza dogodka nepopolna, kar zmanjšuje zanesljivost ukrepov za preprečevanje podobnih primerov v prihodnje.

Ugotovljena je bila tudi visoka zahtevnost pacientov na oddelku, ki je zaradi neustrezne kategorizacije in pomanjkljivih kadrovskih normativov dodatno obremenila izvajalce zdravstvene nege. Nadzor je izpostavil potrebo po sistemskem prilagajanju kadrovske sestave glede na klinično zahtevnost pacientov.

Na podlagi vseh ugotovitev je bilo ocenjeno, da obstajajo resna odstopanja od strokovnih standardov in internih protokolov zdravstvene nege, kar vpliva na kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Komisija je predlagala takojšnje ukrepanje v smeri izboljšanja dokumentiranja, izvajanja nadzornih postopkov, zagotavljanja multidisciplinarnе obravnave, prilagoditve kadrovske politike ter uvedbo dodatnega izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege. Izvajalec zdravstvene dejavnosti je dolžan uvesti predlagane ukrepe in o njihovi izvedbi poročati Zbornici – Zvezi v določenih rokih.

Ob nadzoru primera so bila ugotovljena tudi nekatera druga večja sistemska odstopanja, ki pa v presoji primera niso bila predmet obravnave, vendar menimo, da jih je treba nujno nasloviti:

- Vsi zaposleni naj se udeležijo izobraževanja s področja kakovosti in varnosti.
- Zaposlene je treba seznaniti z varnostnimi incidenti (vrstami, poročanje ...), zaposlene naj spodbudijo k poročanju varnostnih incidentov.
- Prepoznali smo prepad med izvajalci zdravstvene nege: tehniki zdravstvene nege in drugimi izvajalci s srednješolsko izobrazbo, diplomiranimi medicinskimi sestrami in nadzornimi diplomiranimi medicinskimi sestrami, kar se kaže kot ovira v komunikaciji, vodenju in prenosu informacij.
- Opozarjamo na krizo vodenja, ki se odraža v zastareli organizaciji dela, pomanjkanju posodobitev ter slabi odzivnosti na klinična tveganja in potrebe procesov, kar je neposredno in posredno razbrati iz naših ugotovitev in priporočil.
- Ugotovili smo velike razlike v zadovoljstvu zaposlenih. Zato priporočamo merjenje zadovoljstva zaposlenih in na podlagi ugotovitev pripraviti ukrepe za izboljšanje stanja. Morebitno ugotovljeno nezadovoljstvo zaposlenih je treba obravnavati kot sistemska tveganje.

Ob zaključku naj poudarimo, da sistem kakovosti in varnosti na kliničnem oddelku ni vzpostavljen v smislu nenehnega vzpostavljanja izboljševanja kakovosti (krog PDCA). V primeru, ki smo ga presojali, tim oddelka ni bil seznanjen, ni bil vključen v analizo primera in iskanje ustreznih izboljšav, kar pa vodi v patološko kulturo varnosti.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 30.1.2026 in 31.7.2026

2.1.9. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec – obravnava primera

Datum nadzornega obiska:	24. 4. 2025
Število individualno nadzorovanih	1 dipl. m. s. in 3 TZN
Skupna dosežena skladnost pri individualnih nadzorih je bila 82-%. Nadzorna komisija je izdala 16 priporočil za celoviti nadzor in 5 priporočila individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve Strokovni nadzor je bil opravljen zaradi prijave svojcev pacienta, ki je bil iz doma starejših premeščen v bolnišnico zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja. Po enotedenski obravnavi v bolnišnici se je pacient vrnil v dom starejših. Pritožbe so nakazovale domnevne nepravilnosti pri izvajanju	



zdravstvene nege in pomanjkljivo spremljanje ran. V zdravstveno-negovalni dokumentaciji bolnišnice in doma za starejše je bilo ugotovljeno večje odstopanje pri opisu ran in obravnavi ran.

Pregled dokumentacije in razgovori so pokazali več nepravilnosti pri oskrbi in beleženju ran v bolnišnici. V zdravstveno-negovalni dokumentaciji je zapis o oceni ogroženosti za nastanek PZP. Ocenjen je bil z najvišjo stopnjo ogroženosti, ki so jim bili prilagojeni nekateri preventivni ukrepi (obračanje na dve uri in namestitvev na preventivno blazino). Drugih zapisov o oskrbi ran v bolnišnični dokumentaciji ni.

Večje odstopanje je ugotovljeno ob premestitvi pacienta nazaj v dom starejših, kjer so na dan sprejema natančno opisali pet ran (velikost, lokacija, nameščene obloge). Nadzorna komisija je z veliko verjetnostjo zaključila, da so bile rane pridobljene v času hospitalizacije. Zdravstveno stanje pacienta je bilo zahtevno, zato je bila verjetnost za nastanek PZP velika. Iz opisa stanja ran v domu za starejše je ugotovljeno, da so bile rane v bolnišnici oskrbovane, da pa ni bilo nobenih zapisov o prepoznavi, oceni in obravnavi ran v dokumentaciji bolnišnice, zato ni mogoče ugotoviti, kakšne oskrbe je bil pacient deležen.

Nadalje so ugotovljena sistemska odstopanja pri prepoznavi in obravnavi PZP. Strokovne smernice, ki so na voljo izvajalcem zdravstvene nege, so zastarele, varnostni pogovori ob nastanku III. In IV. stopnje se ne izvajajo sistematično, preventivni pripomočki niso skladni s sodobnimi smernicami.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti po prejemu poziva za zjasnitev do prejete pritožbe svojke in zahtevi po posredovanju dokumentacije ni prepoznal nikakršnih odstopanj pri obravnavi pacienta. Izrazil je začudenje nad pritožbo in ni odredil poglobljene analize obravnave pacienta.

Ugotovljeno je bilo še pomanjkanje izvajalcev ZN na oddelku interne medicine glede na izmerjene potrebe pacientov (KZZN). Zaposleni povedo, da so obremenitve na tej enoti večje kot na drugih enotah. Poudarjena je bila potreba po sistemskem prilagajanju kadrovske zasedbe glede na klinično zahtevnost pacientov.

Na podlagi vseh ugotovitev je bilo ocenjeno, da obstajajo resna odstopanja od strokovnih standardov in smernic zdravstvene nege, kar lahko vpliva na kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Komisija predlaga takojšnje ukrepanje v smeri izboljšanja dokumentiranja, izvajanja nadzornih postopkov, zagotavljanja multidisciplinarnе obravnave, prilagoditve kadrovske politike ter uvedbo dodatnega izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege.

Poleg pritožbe svojke je Zbornica – Zveza v času trajanja strokovnega nadzora prejela še dve anonimni pritožbi, ki se nanašata na vodenje in organizacijo dela zdravstvene nege v zavodu. Po pregledu dokumentacije in opravljenih razgovorih je ugotovljeno, da je vodenje kadrovskih evidenc o strokovni usposobljenosti TZN, ki so bili prerazporejeni na delovno mesto dipl. m. s. skladno z 38. členom ZZDej-K, neustrezno in da so na mesto namestnika vodje nameravali razporediti TZN, prerazporejenega na delovno mesto dipl. m. s. TZN s prerazporeditvijo na delovno mesto dipl. m. s. ni pridobil poklicne kvalifikacije dipl. m. s. in posledično nima kompetenc za vodenje, niti ne more imeti na predstavitveni priponki napisati **dipl. m. s.** S prerazporeditvijo TZN niso pridobili izobrazbe, temveč licenco za opravljanje dela na ožjem strokovnem področju, kjer so pred prerazporeditvijo presegali kompetence kot TZN.

Poleg tega so ugotovljena odstopanja na področju obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb in izvajanju postopkov reanimacije.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 30. 1. 2026.



2.1.10 Dom Tisje Šmartno Pri Litiji – obravnava primera

Datum nadzornega obiska:	9. 4. 2025
Število individualno nadzorovanih	1 dipl. m. s., 2 TZN, 1 bolničar-negovalec
Skupna dosežena skladnost pri individualnih nadzorih je bila 93-%. Nadzorna komisija je izdala 9 priporočil za celoviti nadzor in povprečno 2 priporočil vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve Na podlagi izvedenega strokovnega nadzora s svetovanjem je komisija ugotovila, da je do obravnavanega dogodka prišlo po spletu okoliščin, na katere izvajalci zdravstvene nege niso imeli neposrednega vpliva. Kljub temu je nadzor pokazal določena odstopanja in pomanjkljivosti, ki jih je treba sistemsko urediti in izboljšati z namenom zagotavljanja višje kakovosti in varnosti zdravstvene nege ter oskrbe uporabnikov. Pri predaji službe je bilo ugotovljeno, da ne sodelujejo vsi izvajalci, ki so neposredno vključeni v delo. Zaradi tega lahko pride do nepopolnega prenosa informacij, nerazumevanja in zmanjšane kontinuitete oskrbe. Priporočeno je, da zavod uvede zapisovanje točnega časa in izvajalca predaje v predajno knjigo ter da preučijo možnost 10- do 15-minutnega prekrivanja izmen, kar bi omogočilo učinkovitejši ustni in pisni prenos informacij med ekipami. Obrazec za izvajanje zdravstvene nege pri akutni rani ne omogoča ustrezne ocene rane, kot jo zahtevajo sodobne smernice. Priporočeno je, da se dokumentacija posodobi skladno z nacionalnimi strokovnimi smernicami, dostopnimi na spletni strani Zbornice – Zveze, in da se izvajalci dodatno usposobijo za strokovno, sodobno oceno in obravnavo ran v skladu z metodologijo, kot je koncept TIME. Poleg tega je bila prepoznana potreba po dodatnem izobraževanju zaposlenih na področju prepoznavanja, ocenjevanja in ustreznega ukrepanja ob pojavu bolečine pri uporabnikih. Uvedba validiranih ocenjevalnih lestvic in standardiziranih postopkov bi prispevala k boljši obravnavi uporabnikov in večji kakovosti dokumentacije. Ugotovljeno je bilo tudi, da dokument »Navodilo za odkrivanje in spremljanje RZP« ni ustrezno podprt z viri oziroma literaturo, prav tako pa pri ogroženosti nad 10 točk niso opredeljeni konkretni ukrepi. Priporočilo je, da se navodilo dopolni z ustreznimi viri in da se jasno določijo postopki ter ukrepi, ki jih je treba izvesti pri večji ogroženosti za razvoj razjede zaradi pritiska. Sklepno lahko poudarimo, da čeprav izvajalci niso neposredno povzročili ugotovljenih pomanjkljivosti, mora zavod določena področja nujno izboljšati. Njihovo urejanje bo pripomoglo k večji strokovnosti, varnosti in celostni obravnavi uporabnikov v zavodu.	
Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 20. 1. 2026.	

2.1.11 Dom Petra Uzarja Tržič – obravnava primera

Datum nadzornega obiska:	4. 3. 2025
Število individualno nadzorovanih	1 dipl. m. s., 1 TZN, 1 bolničar-negovalec
Skupna dosežena skladnost pri individualnih nadzorih je 93-%. Nadzorna komisija je izdala 9 priporočil za nadzor obravnave primera in povprečno 2 priporočili vsakemu individualno nadzorovanemu izvajalcu zdravstvene nege.	
Glavne ugotovitve Prepoznane dobre prakse Zavod je urejen, opaziti je bilo, da so prostori urejeni in čisti.	



Zaposleni v domu so zelo predani svojemu delu. To kaže na močno zavezanost k zagotavljanju kakovostne oskrbe in ZN. Zavzetost zaposlenih je pomemben dejavnik, ki pozitivno vpliva na kakovost oskrbe in zadovoljstvo stanovalcev. Zavedajo se pomena spoštljivega odnosa do stanovalcev, kar prispeva k pozitivnemu okolju in njihovemu boljšemu počutju. Kljub kadrovskemu primanjkljaju se trudijo delo opraviti v celoti, kar kaže na njihovo prilagodljivost in zmožnost, da ohranjajo kakovostno oskrbo kljub omejenim človeškim virom.

Ugotovitve iz ankete o zadovoljstvu zaposlenih in stanovalcev potrjujejo, da so uporabniki na splošno zadovoljni z oskrbo.

Zavod ima namestnico direktorja za zdravstveno nego in oskrbo (ND ZNO), ki vodi službo zdravstvene nege in oskrbe v zavodu. Zavod vodi pregledno evidenco izvajalcev zdravstvene nege, ki vključuje podatke o vpisu v register ter veljavnosti licenc, kjer večja odstopanja niso bila ugotovljena.

Namen nadzora je bil med drugim preverjanje in upoštevanje doktrin, standardov, protokolov, smernic, navodil in drugih dokumentov na področju dela zdravstvene nege pri obravnavi izbranega uporabnika v zavodu. Iz posredovanega seznama uporabnikov je bila naključno izbrana uporabnica, ki ni bila vključena v storitev ZN.

Nadzorna komisija je v nadaljevanju pregledala naključno dokumentacijo ostalih uporabnikov in sistematično preverila uporabo in izpolnjevanje negovalne dokumentacije in področje upravljanja z zdravili v zavodu.

Zavod ima navodila in standarde v ZN, vendar je praksa pri njihovem izvajanju pomanjkljiva. Pri pregledu naključne dokumentacije uporabnikov so bile ugotovljene pomanjkljivosti pri izvajanju ZN, zlasti na področju dokumentiranja, uporabe negovalnih diagnoz, načrtovanja aktivnosti ZN ter evalvacije izvajanja ZN. Te pomanjkljivosti lahko vplivajo na kakovost opravljene ZN in povečajo tveganje za varnostne incidente pri obravnavi. Ugotovitve kažejo na potrebo po izboljšanju notranjih procesov, usklajevanju postopkov ter večji osredotočenosti na kakovostno izvedbo ZN.

Zdravila stanovalcem predpisuje osebni zdravnik individualno, vnos v domski program vključuje vse ključne podatke o zdravilih. Zdravila večinoma pripravi farmacevtski tehnik, ob njegovi odsotnosti TZN ob upoštevanju strokovnih smernic. Aplikacija zdravil poteka skladno s predpisanimi navodili, zdravila so shranjena v zaklenjenih omarah z omejenim dostopom. Narkotike nadzira TZN, hranijo jih ločeno, vodijo evidenco dobave in porabe. Ugotovljene so pomanjkljivosti pri ravnanju z zdravili z visokim tveganjem, ki niso ločeno shranjena ali posebej označena. Prav tako se zdravila pripravljajo vnaprej za štiri dni, kar zmanjšuje sledljivost in povečuje možnost napak.

Pri pregledu dokumentacije in ogledu enot v zavodu je bilo ugotovljeno preseganje kompetenc pri obravnavi uporabnika s trahealno kanilo. Potrebno je dodatno usposabljanje TZN, kjer pridobijo dodatna znanja s tega področja in na ta način zagotovijo, da bo obravnava uporabnika potekala strokovno in varno, zaposleni pa ne bodo presegali kompetenc.

Področje ukrepanja ob urgentnih stanjih: zavod ne razpolaga z reanimacijskim vozičkom/taso za urgentna stanja in prav tako je strokovna usposobljenost s področja temeljnih postopkov oživljanja slaba, saj v zadnjih treh letih niso imeli izobraževanj s tega področja.

Pomanjkljivosti se bile prepoznane tudi pri zagotavljanju kakovosti in varnosti v zavodu. Sistema kakovosti nimajo vzpostavljenega, procesi dela niso popisani, register tveganj ni vzpostavljen, dokumenti niso obvladovani. Poročanje o varnostnih incidentih ni dosledno urejeno, kar otežuje njihovo pravočasno prepoznavanje in odpravljanje pomanjkljivosti. Priporočeno je, da zavod vzpostavi jasen sistem spremljanja kakovosti, uvede redne notranje nadzore ter zagotovi učinkovito poročanje in analizo varnostnih incidentov, kar bo prispevalo k višjemu standardu varnosti za uporabnike in zaposlene.

Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je 30.1.2026



2.1.12 Dom starejših občanov Novo mesto – obravnava primera

Datum nadzornega obiska:	27. 1. 2025
Število individualno nadzorovanih	/
Nadzorna komisija je izdala 10 priporočil.	
Glavne ugotovitve	
<p>V okviru obravnave pritožbe ZZS je bil izveden medicinski nadzor, ki je pokazal pomanjkanje zdravstvenega kadra in nepravilno kategorizacijo oskrbovancev. Nadzorna komisija je ugotovila tudi precejšnje pomanjkanje bolničarjev-negovalcev in tehnikov zdravstvene nege, kar zavod rešuje z zaposlovanjem socialnih oskrbovalcev in presežnim zaposlovanjem diplomiranih medicinskih sester. Pri delu pomagajo delovni terapevti, ki stanovalce oblačijo, posedajo in hranijo.</p> <p>Zavod je pristopil k reševanju težav in sprejel ukrepe za zagotavljanje standardov kakovosti in varnosti storitev. Ti vključujejo nove delovne protokole, standarde za zdravstveno obravnavo, dodatna izobraževanja zaposlenih, spodbujanje etičnega ravnanja in preprečevanje nasilja. Prav tako so sprejeti načrti za zaposlitev novega kadra in spodbujanje pridobivanja dodatnih kvalifikacij, pri čemer zavod sodeluje s šolami in fakultetami. Pomanjkanje kadra vpliva na izvajanje določenih storitev, vendar zavod načrtuje zaposlitev novih medicinskih sester in strokovnjakov v letu 2025.</p> <p>V okviru pritožbe glede napačne priprave zdravil je bilo ugotovljeno, da sistem upravljanja z zdravili ni optimalen. Dogodek je bil prepoznani kot odklon, saj eno zdravilo ni bilo izdano pravočasno. Nepravilnosti so pregledali izvajalci ZN in farmacevtski tehnik, zaposleni so bili opozorjeni na večjo doslednost. Sprejeti so bili ukrepi za preprečevanje podobnih napak, kot so izboljšano beleženje, dodatno usposabljanje zaposlenih in redni nadzor nad pripravo zdravil.</p> <p>Na področju ravnanja z zdravili so bile ugotovljene pomanjkljivosti pri vodenju evidenc narkotičnih učinkovin – zavod nima registra narkotikov in ne vodi evidenc rokov uporabe zdravil, kar povečuje tveganje za uporabo neustreznih zdravil. Priprava terapije za 2–3 dni vnaprej zmanjšuje sledljivost in povečuje možnost napak. Zdravila shranjujejo v neustreznih hladilnikih, prav tako ni seznama zdravil, ki se lahko drobijo. Napake se pojavljajo pri identifikaciji, predpisovanju in aplikaciji zdravil, kar povečuje tveganje za stanovalce. Čeprav zavod dokumentira nepravilnosti, nima vzpostavljenih zadostnih sistemskih rešitev za preprečevanje ponavljajočih se napak.</p> <p>Pomanjkljivosti pri pripravi zdravil vključuje pomanjkanje sledljivosti, saj ni sistema evidentiranja oseb, ki pripravljajo ali preverjajo zdravila. Na oddelkih nimajo evidence rokov uporabnosti zdravil, ravnanje z zdravili z visokim tveganjem je neustrezno, saj niso shranjena ločeno ali jasno označena. Zdravila se shranjujejo v kuhinjskih hladilnikih, pripravljajo se za več dni vnaprej, kar povečuje tveganje za napake. Poleg tega zdravila pretresejo v druge kasete, kar zmanjšuje sledljivost in varnost pri odmerjanju.</p> <p>V primeru varnostnih incidentov pri predpisovanju, odmerjanju ali času jemanja zdravil zavod napake dokumentira in prijavi odgovornim osebam, izvede analizo vzrokov ter predlaga korektivne ukrepe za zmanjšanje tveganja ponovitev.</p> <p>Nadzorna komisija je zavodu predlagala več ukrepov za izboljšanje stanja. Med njimi so bila priporočila usmerjena v sistematično reševanje zaznanih pomanjkljivosti s ciljem izboljšanja kakovosti oskrbe in varnosti stanovalcev. To bi moralo vključevati izboljšave v izobraževalnih programih za zaposlene, uvedbo jasnih protokolov za obravnavo in nego stanovalcev ter izboljšanje internih postopkov nadzora in samonadzora. Zavod je bil pozvan, da te spremembe uvede in jih v treh mesecih dokumentira z namenom učinkovitega izvajanja in sledenja izboljšavam.</p>	
Realizacija priporočil: Rok za posredovanje končnega evalvacijskega poročila je bil 30. 6. 2025. Dosežena skladnost realizacije priporočil je bila 98%.	

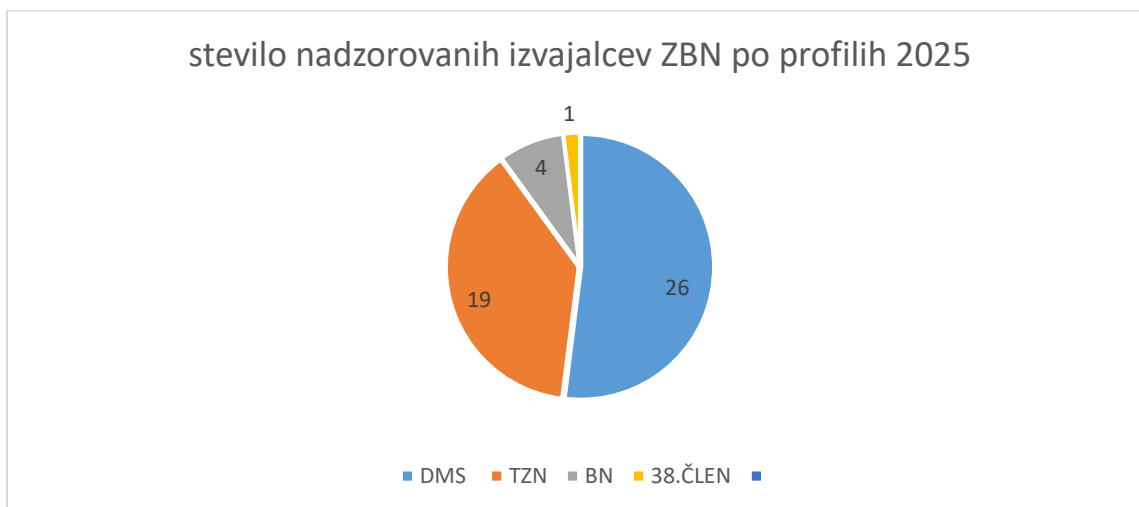
3. STROKOVNI NADZORI PRI IZVAJALCIH ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

V letu 2025 so bili strokovni nadzori s svetovanjem izvedeni pri izvajalcih zdravstvene in babiške nege, zaposlenih pri naslednjih izvajalcih zdravstvene dejavnosti:

1. Psihiatrična bolnišnica Begunje
2. Zdravstveni dom Ajdovščina,
3. Zdravstveni dom Radlje ob Dravi,
4. Patronažno varstvo Mojca Zoran V.M.S.,
5. Splošna bolnišnica Celje
6. Dom Petra Uzarja Tržič (obravnavna primera in nadzor enote Naklo)
7. BARSOS-MC zdravstvene storitve d.o.o.
8. Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za abdominalno kirurgijo
9. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
10. Dom Tisje Šmartno pri Litiji

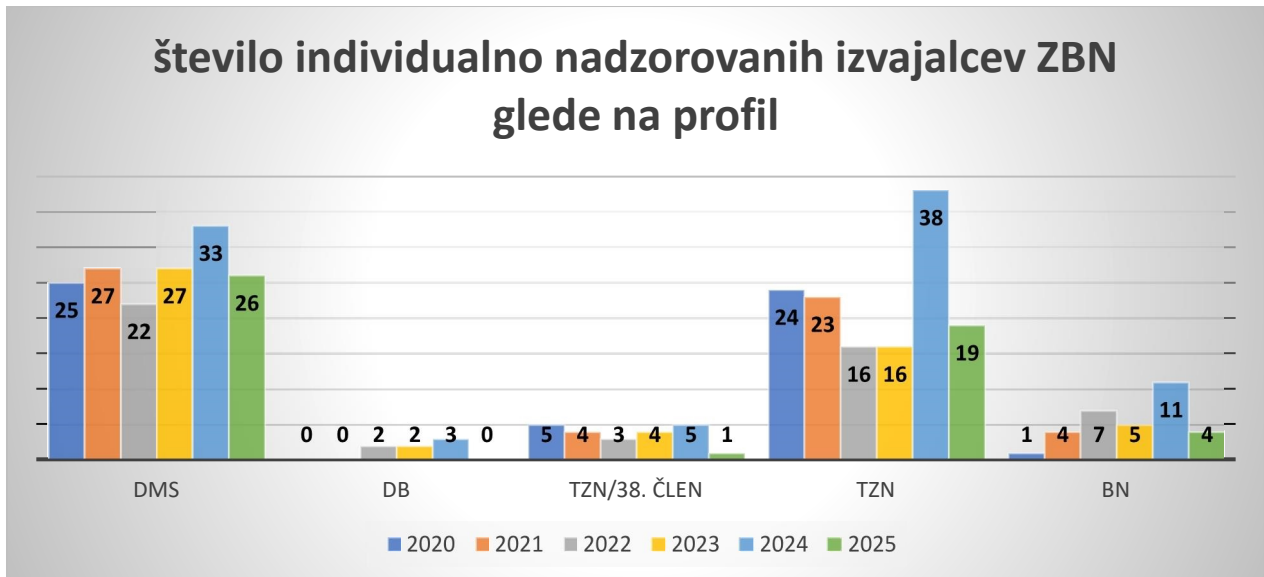
Zbornica – Zveza je v sklopu 11 strokovnih nadzorov s svetovanjem izvedla še 50 individualnih nadzorov izvajalcev zdravstvene in babiške nege, zaposlenih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, pri katerih se je izvajal strokovni nadzor. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so bili po prejemu sklepa o začetku strokovnega nadzora s svetovanjem pozvani, da posredujejo seznam izvajalcev ZBN, kakor koli zaposlenih pri njih. Izbor posameznih izvajalcev zdravstvene in babiške nege, pri katerih je bil odrejen individualni nadzor, je bil narejen naključno z uporabo generatorja naključnih števil po posameznih profilih izvajalcev ZBN. Individualno nadzorovanih je bilo 26 diplomiranih medicinskih sester, 19 tehnikov zdravstvene nege, 1 tehnikov zdravstvene nege, razporejeni na delovno mesto dipl. m. s. po 38. členu ZZDej-K in 4 bolničarji-negovalci.

Delež nadzorovanih izvajalcev zdravstvene in babiške nege je razviden iz Grafa 5.



Graf 5: Število in delež nadzorovanih izvajalcev zdravstvene in babiške nege glede na profil v letu 2024

Število nadzorovanih izvajalcev glede na izobrazbeno strukturo po letih 2020–2025 je razvidno iz Grafa 6.



Graf 6: Število nadzorovanih izvajalcev zdravstvene in babiške nege glede na izobrazbeno strukturo v letih 2020–2025

Nadzorne komisije so izvedle nadzor nad posameznim izvajalcem zdravstvene/babiške nege na podlagi vnaprej določenih kriterijev. Posamezni izvajalec ZBN je bil ocenjevan na petih področjih. Vsako področje je bilo dodatno opredeljeno s posameznimi aktivnostmi, ki so bile individualno ocenjene. Ocenjevala so se naslednja področja:

- strokovna usposobljenost izvajalca/ke ZBN;
- stalno sledenje razvoju stroke;
- poznavanje področja zagotavljanja kakovosti in varnosti;
- upoštevanje doktrin, standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v ZBN;
- neposredna uporaba in praktično preverjanje izvedbe standardov, protokolov in opazovanje ali ustno preverjanje znanja aktivnosti v ZBN.

Vrednotenje je potekalo na podlagi 3-stopenjske lestvice. Pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti so bili individualni izvajalci nadzorovani in ocenjeni skladno z opisanimi kriteriji. Za prepoznana odstopanja so nadzorne komisije izrekle 180 priporočil za 50 izvajalcev zdravstvene in babiške nege, kar pomeni približno 3 - 4 priporočil na posameznega izvajalca ZBN.

Pri nobenem izvajalcu ZBN ni bila ugotovljena neustrezna praksa ZBN ali pomanjkljiva praksa ZBN (skladnost pod 40 % oziroma pod 60 %).

Povprečna dosežena skladnost po profilih je razvidna iz Grafa 7.



Graf 7: Povprečna dosežena skladnost uspešnosti po profilih



4. IZREDNI STROKOVNI NADZORI S SVETOVANJEM

Zbornica – Zveza je v letu 2025 dokončala en izredni strokovni nadzor, ki je bil odrejen 3. 12. 2024 na podlagi prejete pritožbe svojke pri obravnavi uporabnice v **MEDGENERACIJSKI CENTER BISTRICA, socialno varstvo, d.o.o.**

4.1. MEDGENERACIJSKEM CENTRU BISTRICA, SOCIALNO VARSTVO, D.O.O.

Datum nadzora	20. 1. 2025
Prejem prijave	2. 9. 2024, 19. 9. 2024 poslan poziv za zjasnitev izvajalcu zdravstvene dejavnosti 30. 9. 2025 odgovor zavoda in posredovanje zahtevane dokumentacije
Pritožba	Prijava se nanaša na sum nestrokovnega izvajanja zdravstvene nege pri uporabnici storitev pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki jo je podala svojka.

Povzetek ugotovitev

Zavod je novembra 2024 zaposlil novo vodjo zdravstvene nege in oskrbe (ZNO), potem ko je prejšnja vodja septembra 2024 prekinila delovno mesto. Število zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege je približno 20 % nižje od priznanega kadrovskega normativa glede na realizacijo storitev v letu 2024. Za razbremenitev zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege je vodstvo zavoda zaposlilo zunanje strokovnjake za svetovanje in organizacijo določenih področij, kot je preprečevanje prenosa okužb, povezanih z zdravstvom.

Postopki dela po posameznih službah so dogovorjeni, pri čemer so nekateri zapisani v navodilih in standardih. Pritožbe se najprej obravnavajo v socialni službi, v primeru nerešenega primera pa se vključi vodja ZNO. Če težava še vedno ni odpravljena, skličejo družinski sestanek s svojci, skrbniki, socialno delavko, vodjo ZNO in direktorico zavoda. Vse pritožbe beležijo v raport. Iz pregleda dokumentacije in razgovorov je bilo ugotovljeno, da se je pritožnica večkrat obračala na zaposlene z zahtevami glede aplikacije zdravil, hidracije in premestitve stanovalke v invalidski voziček. Pritožnico so večkrat povabili na skupni sestanek, vendar se ni odzvala, pogosto pa je komunicirala z domsko zdravnico po telefonu. O njenih zahtevah so zaposleni redno obveščali domsko zdravnico ali urgentno službo.

Po izrednem internem strokovnem nadzoru je zavod sprejel ukrep priprave internega navodila o hidraciji stanovalcev. Navodilo Zadostna hidracija stanovalcev je bilo sprejeto 12. 8. 2024, zaposleni izvajalci ZN pa so imeli interno izobraževanje o hidraciji in izpolnjevanju dokumentacije, vendar se ga niso udeležili vsi. Skupaj je bilo izdanih devet (9) ukrepov za odpravo pomanjkljivosti, ki vključujejo ureditev negovalne dokumentacije, možnost beleženja v računalniške programe, izobraževanje zaposlenih ter sistematični nadzor dela. Ob nadzornem obisku je bilo realiziranih približno 50 % ukrepov, za preostale pa je bil pripravljen načrt izvedbe.

Na nadzoru so bile ugotovljene sistemske pomanjkljivosti pri ravnanju z zdravili in vodenju negovalne dokumentacije. Aplikacija redno predpisanih zdravil pri posameznih stanovalcih se ne beleži, medtem ko se zdravila, predpisana po potrebi, beležijo v »Opažanja«. Ne izvajajo in ne beležijo ocene bolečine pred in po aplikaciji protibolečinskih zdravil. Ugotovljene so bile nepravilnosti pri shranjevanju opioidnih zdravil. Zdravila praviloma pripravlja medicinska sestra za 24 ur vnaprej, ob odsotnosti pa druga sestra, izjemoma zdravila pripravljajo tudi ponoči.



Zavod beleži aplikacijo kisika po merjenju vitalnih funkcij v programu PROBIT. Kisik včasih aplicirajo brez navodila zdravnika, pri čemer najprej uporabijo nižjo vrednost in nato obvestijo zdravnika ali urgentno službo.

Po opravljenem sistematičnem pregledu posredovane dokumentacije, opravljenih razgovorih z vodstvom zavoda, posameznimi zaposlenimi in pritožnico je bilo ugotovljeno, da so izvajalci ZN pri obravnavi stanovalke sledili in upoštevali zdravnikova navodila, da so pri oskrbi stanovalke skušali upoštevati in realizirati želje in navodila svojke, da so postopke zdravstvene nege v glavnem izvajali skladno z navodili in strokovnimi zahtevami, čeprav je komisija ugotovila tudi posamezna odstopanja. O vseh spremembah so izvajalci ZN redno obveščali zdravnico in nadrejene. O spremembah zdravstvenega stanja so redno obveščali zdravnika ali NMP in ukrepali skladno z njihovimi navodili. Odstopanja pa so bila ugotovljena tako pri hidraciji kot pri aplikaciji zdravil stanovalki, večinoma zaradi poslabšanja njenega zdravstvenega stanja. Pomanjkljivost je ugotovljena še pri spremljanju bolečine pri premeščanju stanovalke na invalidski voziček in aplikaciji protibolečinskih zdravil po potrebi.

Za odpravo ugotovljenih odstopanj je bilo izdana štirinajst priporočila, ki jih je bilo treba nemudoma začeti udejanjati v praksi in v 3 mesecih posredovati odzivno poročilo.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti je skladno z rokom posredoval poročilo in dokazila o realizaciji priporočil. **Realizacija je bila 86-%.**

5. REALIZACIJA PRIPOROČIL

Izvajalci zdravstvene dejavnosti so pozvani, da po preteku določenega roka na Zbornico – Zvezo posredujejo odzivno poročilo in dokazila o realizaciji priporočil. Pri rednih nadzorih je največkrat določen šestmesečni rok za realizacijo priporočil. V primeru večjih odstopanj pa je bil rok tudi krajši. Pri večini izvajalcev zdravstvene dejavnosti je rok za posredovanje odzivnega poročila potekel v letu 2025.

Zbornica – Zveza in nadzorne komisije pregledajo evalvacijsko poročilo z dokazili o realizaciji priporočil in posamezno realizacijo priporočila ovrednotijo. Ločeno je ovrednotena realizacija posameznega priporočil v celovitem nadzoru in pri individualno nadzorovanih izvajalcih ZBN.

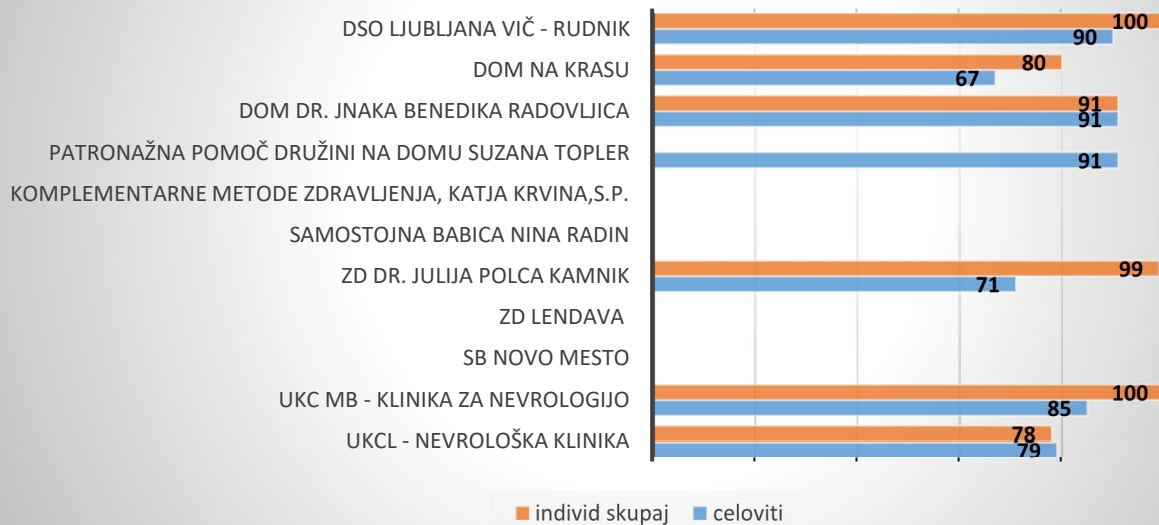
V letu 2024 je bilo izvedenih 12 rednih nadzorov. Sedem izvajalcev zdravstvene dejavnosti je odzivno poročilo posredovalo v predpisanem roku. En izvajalec zdravstvene dejavnosti je izvajanje dejavnosti zaprl in realizacija ni bila izvedena. Štirje izvajalci zdravstvene dejavnosti so zaradi različnih razlogov prosili za podaljšanje roka in imajo določen rok za posredovanje v začetku leta 2026.

V grafu številka 6 so prikazane realizacije priporočil skupaj za celoviti nadzor in za vse individualno nadzorovane izvajalce ZBN skupaj. Zbornica – Zveza spremlja realizacijo priporočil in ocenjuje, da mora biti realizacija priporočil najmanj 80-%, da izvajalci zdravstvene dejavnosti na področju zdravstvene in babiške nege lahko zagotavljajo kakovostno in varno obravnavo.

Dosežene skladnosti realizacije priporočil so razvidne v grafu št. 8.



Dosežene skladnosti realizacije priporočil pri rednih nadzorih v letu 2024



Graf št. 8 Dosežene skladnosti realizacije priporočil v rednih nadzorih v letu 2024

Roki za posredovanje končnih evalvacijskih poročil za izvedene redne strokovne nadzore v letu 2025 še niso potekali. Večina mora poročila posredovati v prvi polovici leta 2026.

Pripravila:

Draga Štromajer, dipl. m. s.,
strokovna sodelavka Zbornice – Zveze

Anita Prelec,
predsednica Zbornice – Zveze

Andrej Vojnovič, univ. dipl. prav.,
služba za javna pooblastila