



PROGRAM IN LETNO POROČILO KAKOVOST IN VARNOST
za leto 2025

Izvajalec zdravstvene dejavnosti: CUDV RADOVLJICA

Odgovorna oseba: HELENA KOS

Osebna izkaznica izvajalca zdravstvene dejavnosti

Ime: Center za usposabljanje, delo in varstvo Matevža Langusa, Radovljica

Sedež: Cesta na Jezerca 17, 4240 Radovljica

Matična številka: 5867380

Davčna številka: 72034955

Telefon: (+386) 04 537 02 00

Elektronska pošta: info@cudv-ml.si

Spletna stran: <https://www.cudv-ml.si/>

Datum ustanovitve: 10.9.1052

Dejavnost - i:

Zavod izvaja socialno varstvene, vzgojno-izobraževalne in zdravstvene dejavnosti za otroke, mladostnike in odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju ter drugimi pridruženimi stanji.

Dejavnosti zavoda obsegajo:

1. Socialno varstvene storitve

- institucionalno varstvo odraslih oseb,
- vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji (VDC),
- podpora uporabnikom pri vsakodnevnem življenju,
- izvajanje socialno varstvenih programov in storitev.

2. Vzgoja in izobraževanje

- vzgoja in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami,
- izvajanje prilagojenih programov vzgoje in izobraževanja,
- zagotavljanje bivanja in celostne obravnave otrok in mladostnikov.

3. Zdravstvena dejavnost

- izvajanje zdravstvene nege in oskrbe,
- spremljanje zdravstvenega stanja uporabnikov,
- sodelovanje z izbranimi osebnimi zdravniki in specialisti,
- izvajanje preventivnih zdravstvenih ukrepov,
- zagotavljanje varne uporabe zdravil,

- preprečevanje in obvladovanje okužb.

4. Rehabilitacijska in strokovna podpora

- fizioterapija, delovna terapija in druge oblike rehabilitacije,
- psihološka in socialna podpora,
- logopedska in druga strokovna obravnava,
- interdisciplinarna obravnava uporabnikov.

5. Podporne in spremljajoče dejavnosti

- prehrana in dietetika,
- tehnične in vzdrževalne storitve,
- administrativna in organizacijska podpora,
- sodelovanje s svojci, zakonitimi zastopniki in zunanjimi institucijami.

Vodstvo:

- Helena Kos, direktorica

Vodje organizacijskih enot

- Tanja Hrovat – vzgoja in izobraževanje otrok in mladostnikov z bivanjem
- Maja Robič – vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji
- Alenka Rožič – institucionalno varstvo odraslih oseb
- Jožica Trstenjak – zdravstvena dejavnost

Vodje služb

- Irena Švara Stojin – upravno-pravne in administrativne zadeve
- Klemen Čepič – tehnična služba
- Mojca Kocijančič – finance in računovodstvo

Strokovne službe

- Petra Hafnar – socialna delavka
- Neža Zaplotnik – socialna delavka (VDC)
- Tjaša Legat – psihologinja

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

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

2. Struktura in odgovornosti

Predstavnik vodstva za kakovost: Jožica Trstenjak, mag.zdr.nege, vodja OE zdravstvena dejavnost

Pooblaščenka za varnost pacientov: Barbk Štalc, dipl.m.s.

Komisija za kakovost in varnost v zdravstvu: Jožica Trstenjak, Nejc Žerdoner, Barbka Štalc

Vodja kakovosti v Centeru za usposabljanje, delo in varstvo Matevža Langusa Radovljica – v nadaljevanju CUDV Radovljica: Alenka Rožič Sotlar

V okviru vodenje kakovosti v CUDV Radovljica so vključene vse vodje programov in služb.

3. Strategija kakovosti in varnosti

Zavod sistematično razvija in izvaja strategijo kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, ki temelji na načelih celovitega vodenja kakovosti, obvladovanja tveganj ter nenehnega izboljševanja procesov.

Strategija je usklajena z določili Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ) ter temelji na vzpostavitvi učinkovitega sistema upravljanja kakovosti in varnosti, ki vključuje:

- jasno opredeljene odgovornosti,

- spremljanje kazalnikov kakovosti,
- sistematično obravnavo varnostnih incidentov,
- izvajanje notranjih presoj,
- stalno usposabljanje zaposlenih,
- vključevanje uporabnikov in njihovih svojcev.

Politika kakovosti in varnosti v zavodu temelji na naslednjih usmeritvah:

- zagotavljanje **varne, kakovostne in dostojanstvene obravnave uporabnikov,**
- spoštovanje strokovnih smernic, standardov in zakonodaje,
- **preprečevanje škodljivih dogodkov** in zmanjševanje tveganj,
- spodbujanje **kulture varnosti** med zaposlenimi,
- odprta komunikacija in učenje iz napak,
- interdisciplinarno sodelovanje,
- vključevanje uporabnikov v obravnavo.

Strateški cilji na področju kakovosti in varnosti

1. Krepitev varnosti uporabnikov

- zmanjševanje števila padcev in poškodb,
- preprečevanje razjed zaradi pritiska,
- izboljšanje varne uporabe zdravil.

2. Razvoj sistema upravljanja kakovosti

- nadgradnja sistema spremljanja kazalnikov,
- izboljšanje dokumentiranja in sledljivosti,
- izvajanje notranjih presoj in nadzorov.

3. Obvladovanje tveganj in incidentov

- vzpostavitev učinkovitega sistema poročanja (rač.program Probit),
- analiza vzrokov incidentov,
- uvajanje korektivnih in preventivnih ukrepov.

4. Krepitev kompetenc zaposlenih

- redno strokovno izobraževanje,
- usposabljanje na področju kakovosti in varnosti,
- razvoj odgovornosti zaposlenih za kakovost dela.

5. Preprečevanje in obvladovanje okužb izvajanje higienskih standardov,

- delovanje Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO),
- spremljanje in ukrepanje ob pojavu okužb.

6. Izboljšanje sodelovanja in komunikacije

- sodelovanje z uporabniki in svojci,
- interdisciplinarno timsko delo,
- povezovanje z zunanjimi institucijami.

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

4.1.1 Letni cilji v letu 2025 namenjeni izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov

Letni cilji za leto 2025 temeljijo na strateških usmeritvah zavoda in izhajajo iz analize kazalnikov kakovosti, zaznanih tveganj ter potreb uporabnikov.

1. Beleženje števila padcev uporabnikov

Cilj: beleženje števila padcev v rač. sistemu

Ukrepi:

- identifikacija rizičnih uporabnikov,
- prilagoditev okolja,
- redno spremljanje in dokumentiranje,
- izobraževanje zaposlenih.

2. Zmanjšanje števila poškodb povezanih s padci

Cilj: zmanjšanje števila poškodb,

Ukrepi:

- analiza vzrokov poškodb,

- uvedba preventivnih ukrepov,
- izboljšanje nadzora nad uporabniki z večjim tveganjem.

3. Preprečevanje razjed zaradi pritiska

Cilj: zmanjšanje števila razjed zaradi pritiska,

Ukrepi:

- redno ocenjevanje ogroženosti,
- uporaba preventivnih pripomočkov,
- ustrezna nega kože,
- izobraževanje zaposlenih.

4. Izboljšanje varne uporabe zdravil

Cilj: zmanjšanje števila odklonov pri uporabi zdravil,

Ukrepi:

- dvojna kontrola pri pripravi in aplikaciji zdravil,
- redno preverjanje zalog in rokov uporabe,
- dosledno dokumentiranje,
- izobraževanje zaposlenih.

5. Krepitev sistema poročanja o varnostnih incidentih

Cilj: povečanje števila evidentiranih incidentov (kultura poročanja),

Ukrepi:

- spodbujanje poročanja brez sankcij,
- analiza incidentov,
- povratne informacije zaposlenim,
- uporaba rač. sistema (Probit).

6. Izboljšanje preprečevanja in obvladovanja okužb

Cilj: zmanjšanje tveganja za prenos okužb,

Ukrepi:

- dosledno izvajanje higiene rok,
- nadzor nad izvajanjem standardnih ukrepov,

- delovanje KOBO,
- redno izobraževanje zaposlenih.

7. Krepitev kompetenc zaposlenih

Cilj: povečanje usposobljenosti zaposlenih na področju kakovosti in varnosti,

Ukrepi:

- organizacija izobraževanj,
- uvajanje novih zaposlenih,
- prenos dobrih praks.

8. Izboljšanje dokumentiranja in sledljivosti

Cilj: izboljšanje kakovosti dokumentacije,

Ukrepi:

- nadzor nad dokumentiranjem,
- poenotenje zapisov,
- uporaba digitalnih sistemov.

Doseganje ciljev se spremlja:

- preko kazalnikov kakovosti,
- z rednimi analizami (mesečno/letno),
- na sestankih vodstva in strokovnih timov,
- v okviru Komisije za kakovost in varnost (KOBO).

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

V letu 2025 je zavod sistematično spremljal kazalnike kakovosti v skladu z metodološkimi navodili ter internimi usmeritvami.

Analiza kazalnikov temelji na:

- rednem zbiranju podatkov,
- spremljanju trendov,
- primerjavi z notranjimi cilji,
- identifikaciji tveganj,

- načrtovanju izboljšav.

4.2.1 Kazalniki

Padci uporabnikov

V letu 2025 je bilo zabeleženih 8 padcev, kar je v okviru cilja (≤ 10), poškodb pa ni bilo nad ciljno vrednostjo (≤ 5).

Padci so povezani predvsem z zdravstvenim stanjem uporabnikov.

Ukrepi vključujejo redno ocenjevanje tveganja, individualne načrte preprečevanja padcev, analizo vsakega padca ter prilagoditve okolja.

Trend: *število padcev je med pogostimi varnostnimi incidenti, primerjave z 2024 nimamo.*

Ugotovitve:

- *padci so pogostejši pri uporabnikih z zmanjšano mobilnostjo in kognitivnimi motnjami,*
- *večina padcev se zgodi v bivalnem okolju.*

Ukrepi:

- *identifikacija rizičnih uporabnikov,*
- *prilagoditev okolja (pripomočki, varnostni ukrepi),*
- *povečana prisotnost zaposlenih,*
- *redno spremljanje in analiza padcev.*

Poškodbe povezane s padci

Trend: *poškodbe se pojavljajo kot posledica padcev*

Ugotovitve:

- *večina poškodb je blažje narave,*
- *posamezni primeri zahtevajo dodatno obravnavo.*

Ukrepi:

- *analiza vsake poškodbe,*
- *preventivni ukrepi za zmanjšanje tveganja,*
- *dodatno izobraževanje zaposlenih.*

Razjede zaradi pritiska

V letu 2025 je bil zabeležen 1 primer razjede zaradi pritiska, kar je v skladu s postavljenim ciljem (≤ 2 primera). Razjeda je bila pridobljena v bolnišničnem okolju (2. stopnja).

V primerjavi s preteklimi leti (2023: 3,6 %, 4 uporabniki; 2024: 0) je stanje stabilno in izboljšano.

Trend: nizka pojavnost, z možnostjo dodatnega zmanjšanja

Ugotovitve:

- *razjede so povezane z nepokretnostjo in kroničnimi stanji,*
- *večinoma preprečljive.*

Ukrepi:

- *redno ocenjevanje ogroženosti,*
- *uporaba preventivnih pripomočkov,*
- *nadzor nad nego kože,*
- *izobraževanje zaposlenih.*

Odkloni pri uporabi zdravil

V letu 2025 je bilo evidentiranih 9 odklonov, kar je znotraj ciljne vrednosti (≤ 10). Po porastu v letu 2024 (12 odklonov) je zaznano izboljšanje.

Najpogostejši razlog so bile napake pri aplikaciji zdravil.

Trend: posamezni odkloni, brez večjih posledic

Ugotovitve:

- *odkloni so povezani predvsem z organizacijo dela in komunikacijo,*
- *večina je pravočasno zaznana.*

Ukrepi:

- *uvedba dodatnih kontrolnih mehanizmov,*
- *izboljšanje dokumentiranja,*
- *standardizacija postopkov,*
- *izobraževanje zaposlenih.*

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

Kazalniki izida

Zdravstveno stanje uporabnikov

- stabilno, ob prisotnosti kroničnih bolezni
- poudarek na dolgoročni oskrbi

Zadovoljstvo uporabnikov

- večinoma pozitivno
- poudarjena vrednost odnosa zaposlenih

Kazalniki procesov

Dokumentiranje

- izboljšano, vendar še vedno ne povsem enotno
- potrebna nadaljnja standardizacija

Poročanje o incidentih

- sistem vzpostavljen (rač.program Probit),
- prisotna potreba po krepitvi kulture poročanja

Strukturni kazalniki

Kadrovska zasedba

- zaznani kadrovske izzivi,
- vpliv na organizacijo dela in kakovost obravnave

Primerljivost in trendi

- trendi se spremljajo na letni ravni,
- primerjava z notranjimi cilji kaže:
 - stabilno stanje pri večini kazalnikov,
 - potrebo po izboljšavah pri padcih in dokumentaciji.

Ključni ukrepi za izboljšanje

Na podlagi analize kazalnikov so bili opredeljeni naslednji ukrepi:

- *krepitev preventive pri padcih,*
- *izboljšanje sistema uporabe zdravil,*
- *poenotenje dokumentiranja,*
- *dodatno izobraževanje zaposlenih,*
- *krepitev kulture varnosti in poročanja,*
- *izboljšanje organizacije dela.*

Spremljanje kazalnikov kakovosti predstavlja ključno orodje za prepoznavanje tveganj, načrtovanje ukrepov ter zagotavljanje stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v zavodu.

Priloga 1: Tabela kazalnikov

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

V zavodu sistematično razvijamo, uvajamo in uporabljamo klinične smernice, standardne operativne postopke (SOP), strokovna priporočila ter dobre prakse z namenom zagotavljanja varne, kakovostne in enotne obravnave uporabnikov.

V letu 2025 smo:

- *pregledali in posodobili obstoječe standardne operativne postopke,*
- *razvijali nova interna navodila glede na zaznana tveganja in potrebe v praksi,*
- *usklajevali postopke z veljavnimi strokovnimi smernicami in zakonodajo,*
- *uvajali dobre prakse na področju zdravstvene nege in oskrbe.*

Smernice in postopki se uporabljajo na naslednjih ključnih področjih:

- *izvajanje zdravstvene nege in oskrbe,*
- *preprečevanje padcev in poškodb,*
- *preprečevanje razjed zaradi pritiska,*
- *varna priprava in uporaba zdravil,*
- *preprečevanje in obvladovanje okužb,*
- *uporaba medicinskih pripomočkov (npr. dvigala, mreže),*
- *ravnanje v nujnih in izrednih situacijah.*

Zaposleni so z vsebino postopkov seznanjeni in jih uporabljajo pri vsakodnevnem delu.

Zavod spodbuja:

- *izmenjavo dobrih praks med enotami,*
- *interdisciplinarno sodelovanje (zdravstvena nega, terapiji, socialna služba),*
- *vkjučevanje uporabnikov v načrtovanje obravnave.*

Pri delu zaposleni upoštevajo:

- *kodeks etike v zdravstveni negi in socialnem varstvu,*
- *načela spoštovanja dostojanstva,*
- *pravice uporabnikov,*
- *varno in odgovorno ravnanje.*

Z dosledno uporabo kliničnih smernic, standardnih postopkov in dobrih praks zavod zagotavlja enotno, varno in strokovno utemeljeno obravnavo uporabnikov ter zmanjšuje tveganja za nastanek neželenih dogodkov.

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

V letu 2025 so bile v zavodu izvedene notranje presoje zdravstvene dejavnosti z namenom preverjanja skladnosti izvajanja zdravstvene nege in oskrbe s strokovnimi smernicami, internimi postopki ter zakonodajo.

Presoje so bile usmerjene v:

- *izvajanje zdravstvene nege in oskrbe,*
- *dokumentiranje zdravstvene obravnave,*
- *uporabo in ravnanje z zdravili,*
- *preprečevanje padcev in poškodb,*
- *preprečevanje razjed zaradi pritiska,*
- *izvajanje higienskih ukrepov in preprečevanje okužb.*

Na podlagi izvedenih presoj ugotavljamo:

- *zdravstvena nega in oskrba se v večini izvajata skladno s strokovnimi smernicami,*
- *zaposleni poznajo osnovne standarde dela,*

- zaznana je **neenotnost v dokumentiranju**,
- ponekod so prisotna odstopanja pri doslednosti izvajanja postopkov,
- potrebna je dodatna krepitev nadzora nad uporabo zdravil,
- razlike med enotami v organizaciji dela.

Na podlagi ugotovitev so bili sprejeti naslednji ukrepi:

- poenotenje dokumentiranja zdravstvene obravnave,
- dodatno izobraževanje zaposlenih na področju kakovosti in varnosti,
- uvedba rednih notranjih kontrol in spremljanja izvajanja postopkov,
- izboljšanje nadzora nad uporabo zdravil,
- posodobitev in dopolnitev standardnih operativnih postopkov,
- krepitev vloge vodij pri spremljanju kakovosti dela.

Izvajanje ukrepov se:

- spremlja na ravni enot,
- preverja na sestankih vodstva in strokovnih timov,
- vključuje v nadaljnje notranje presoje,
- obravnava v okviru Komisije za kakovost in varnost

Notranje presoje potekajo planirano 1x letno v okviru standarda kakovosti iso 9001:2015 in še posebej na področju zdravstvene oskrbe kot strokovne presoje in predstavljajo pomembno orodje za sistematično izboljševanje kakovosti, saj omogočajo prepoznavanje odstopanj, uvajanje korektivnih ukrepov ter krepitev strokovnega dela zaposlenih.

Preglednica prikazuje ključne ugotovitve notranjih presoj, opredeljene ukrepe, odgovorne osebe ter roke za izvedbo.

Področje presoje	Ugotovitev	Ukrep	Nosilec	Rok
Dokumentiranje	Neenotno dokumentiranje med enotami	Poenotenje obrazcev in nadzor	Vodje enot	2026
Zdravila	Odstopanja pri uporabi zdravil	Dvojna kontrola, izobraževanje	Zdravstvena služba	2026

Padci	Povečano tveganje pri določenih uporabnikih	Preventivni ukrepi, ocena tveganja	Tim	2026
Okužbe	Neenotno izvajanje higijene rok	Dodatno izobraževanje	KOBO	2026
Postopki	Razlike med enotami	Standardizacija SOP	Vodstvo	2026

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

Zavod že osmo leto zapored uspešno vzdržuje akreditacijo po standardu kakovosti ISO, kar potrjuje vzpostavljen, stabilen in učinkovit sistem vodenja kakovosti.

V letu 2025 so bile izvajane aktivnosti za ohranjanje akreditacije, ki vključujejo redno spremljanje skladnosti delovanja z zahtevami standarda ter stalno izboljševanje procesov.

V letu **2025** smo nadaljevali z aktivnostmi za vodenje sistema kakovosti po standardu kakovosti **ISO 9001:2015**. Dodali smo zahteve za vodenje kakovosti v zdravstvu, kar jih še nismo izvajali, po zakonu ZZKZ. V obravnavanem letu je bila izvedena **redna zunanja presoja**, s katero se je preverjala ustreznost sistema vodenja kakovosti. Načrt za področje zagotavljanja kakovosti, ki je bil sprejet za leto 2025, je bil realiziran:

- obvladovanje dokumentacije v skladu z zahtevami standarda,
- izvedba vodstvenega pregleda,
- izvedba in analiza notranjih presoj kakovosti,
- pregled poročil notranjih ter zunanjih presoj kakovosti in izvedba izbranih predlogov in ukrepov,
- izvedba korektivnih ukrepov,
- priprava na redno zunanjo presojo sistema kakovosti po zahtevah standarda,

- redno spremljanje ukrepov za zmanjševanje tveganj,
- spremljanje kazalnikov kakovosti,
- spremljanje zadovoljstva zaposlenih, uporabnikov in svojcev,
- spremljanje in analiza pohval ter pritožb uporabnikov in svojcev.

Do konca aprila **2025** smo izvedli večino nalog in aktivnosti po priporočilih notranje in zunanje presoje iz leta 2024. V tem času smo izdelali tudi **plan notranjih presoj za leto 2025**, po katerem so notranji presojevalci presojali **9 procesov (glavne in podporne procese)**.

Rdeča nit notranjih presoj v letu 2025 je bila: **»Normalizacija – ustvarjanje pogojev za običajno življenje uporabnikov«**. Načrtovani sestanek z notranjimi presojevalci in razdelitev nalog smo zato izvedli v začetku meseca marca. Presojevalci so preverjali skladnost delovanja centra z zahtevami standarda s poudarkom na zagotavljanju pogojev za normalizacijo vsakdanjega življenja uporabnikov. Prepoznanih je bilo **15 priporočil**, ki smo jih obravnavali na sejah kolegija ter sprejeli ustrezne ukrepe za njihovo realizacijo.

Na podlagi izvedenih aktivnosti ugotavljamo:

- sistem kakovosti je vzpostavljen in deluje stabilno,
- zaposleni poznajo in izvajajo predpisane postopke,
- dokumentacija je v večini ustrezno vodena,
- zaznane so manjše neenotnosti med posameznimi enotami,
- prisotna je potreba po dodatni standardizaciji določenih procesov.

Redna zunanja presoja sistema vodenja kakovosti je bila izvedena **21. 5. 2025**. Med presojo je bilo prepoznanih več pozitivnih ugotovitev. Presojevalci so oblikovali **3 priporočila**, ki za našo organizacijo predstavljajo priložnost za nadaljnje izboljševanje učinkovitosti sistema vodenja kakovosti. V zvezi s priporočili smo na sejah kolegija sprejeli ustrezne odločitve ter izdelali plan realizacije z določenimi ukrepi, roki in odgovornimi nosilci.

Ukrepi na podlagi ugotovitev

- nadaljnje poenotenje dokumentiranja,
- dodatno usposabljanje zaposlenih,
- nadgradnja in posodabljanje postopkov,
- krepitev notranjih kontrol,
- izboljšanje sledljivosti procesov.

Po poslanem poročilu z izvedenimi ukrepi smo prejeli potrditev s strani **Slovenskega inštituta za kakovost in meroslovje**, da izvajamo, vzdržujemo in razvijamo sistem vodenja kakovosti skladno z zahtevami mednarodnega standarda **ISO 9001:2015**.

Zavod bo tudi v prihodnje:

- izvajal redne notranje presoje,
- spremljal kazalnike kakovosti,
- uvajal izboljšave na podlagi ugotovitev,
- ohranjal skladnost z zahtevami ISO standarda.

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

V zavodu se obravnava zahtevnejših zdravstvenih primerov, vključno s poslabšanjem zdravstvenega stanja uporabnikov in smrtnimi primeri, izvaja v okviru strokovnih timskih obravnav.

Formalne morbiditetne in mortalitetne konference se izvajajo po potrebi, ob pojavu zahtevnejših ali odstopajočih primerov, ki zahtevajo dodatno strokovno analizo.

Način obravnave primerov

Obravnava vključuje:

- interdisciplinarni pristop (zakoniti zastopniki, zdravstvena nega, zdravnik, terapevti, socialna služba),
- analizo poteka obravnave uporabnika,
- ugotavljanje morebitnih odstopanj ali tveganj,
- iskanje priložnosti za izboljšave.

Poseben poudarek v zavodu namenjamo obravnavi uporabnikov s kroničnimi boleznimi ter uporabnikov v napredovalih in terminalnih fazah bolezni.

Paliativna oskrba in sodelovanje z zunanjimi institucijami

Zavod je močno povezan in aktivno sodeluje s **paliativnim timom Splošne bolnišnice Jesenice**, kar omogoča strokovno podporo pri obravnavi uporabnikov z napredovalimi kroničnimi boleznimi.

V okviru paliativne oskrbe:

- izvajamo redne **družinske sestanke**,
- nudimo **psihosocialno podporo svojcem**,
- sodelujemo z zunanjimi strokovnjaki,
- po potrebi vključujemo tudi **Hospic** za dodatno podporo uporabnikom in njihovim svojcem.

Paliativno oskrbo razumemo kot celosten pristop, katerega cilj je:

- ohranjanje **dostojanstva uporabnika**,
- zagotavljanje **strokovne in sočutne obravnave**,
- spoštovanje želja in potreb uporabnika ter njegovih bližnjih.

V letu 2025 je bila umrljivost v zavodu nizka (1–2 uporabnika letno), kar kaže na stabilno zdravstveno stanje uporabnikov, hkrati pa se povečuje število uporabnikov s kroničnimi boleznimi, ki zahtevajo paliativni pristop.

Ugotovitve

Na podlagi obravnav primerov ugotavljamo:

- zdravstvena obravnava uporabnikov poteka skladno s strokovnimi smernicami,
- pomembna je pravočasna vključitev paliativnega pristopa,
- sodelovanje s svojci pomembno vpliva na kakovost obravnave,
- interdisciplinarno sodelovanje izboljšuje izide obravnave.

Ukrepi na podlagi ugotovitev

- nadaljnja krepitev sodelovanja s paliativnim timom,
- razvoj in nadgradnja paliativne oskrbe v zavodu,
- dodatno izobraževanje zaposlenih na področju paliativne oskrbe,
- nadaljnje vključevanje svojcev v obravnavo,
- krepitev komunikacije med strokovnimi timi.

Načrt za naprej

Zavod načrtuje:

- izvedbo obsežnejšega izobraževanja zaposlenih s področja paliativne oskrbe,
- nadaljnji razvoj celostne obravnave kronično bolnih uporabnikov,
- krepitev sodelovanja z zunanjimi strokovnimi institucijami.

Obravnava uporabnikov v napredovalih fazah bolezni temelji na spoštovanju dostojanstva, strokovnosti in sočutju, kar predstavlja pomemben del kakovostne in varne zdravstvene obravnave v zavodu.

4.7 Razvoj in izvajanje internega sistema upravljanja z varnostnimi incidenti

V zavodu imamo vzpostavljen interni sistem upravljanja z varnostnimi incidenti, ki omogoča sistematično zaznavanje, evidentiranje, analizo in obravnavo neželenih dogodkov.

Sistem temelji na načelih:

- kulture varnosti,
- pravočasnega poročanja,
- nekrivdnega pristopa (brez sankcioniranja),
- učenja iz napak,
- stalnega izboljševanja.

Za evidentiranje in spremljanje incidentov uporabljamo informacijski sistem (rač.sistem Probit), ki omogoča sledljivost in analizo podatkov.

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

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

V letu 2025 smo sistematično spremljali varnostne incidente, ki vključujejo:

- padce uporabnikov,
- poškodbe,
- odklone pri uporabi zdravil,
- druge neželene dogodke.

Ugotovitve

Na podlagi analize incidentov ugotavljamo:

- najpogostejši incidenti so **padci uporabnikov**,
- del incidentov je povezan s kompleksnim zdravstvenim stanjem uporabnikov,
- večina incidentov ne povzroči hujših posledic,
- zaznana je potreba po dodatni krepitvi kulture poročanja,

- pomembna je pravočasna analiza in ukrepanje.

Analiza incidentov

Incidenti se:

- analizirajo na ravni enot,
- obravnavajo na strokovnih sestankih,
- vključujejo v delo Komisije za kakovost in varnost (KOBO),
- uporabljajo kot podlaga za izboljšave.

Ukrepi na podlagi ugotovitev

Na podlagi analize incidentov smo uvedli naslednje ukrepe:

- okrepitev preventivnih ukrepov za preprečevanje padcev,
- izboljšanje nadzora nad rizičnimi uporabniki,
- uvedba dodatnih kontrol pri uporabi zdravil,
- izboljšanje dokumentiranja incidentov,
- dodatno izobraževanje zaposlenih,
- spodbujanje odprtega poročanja o incidentih.

Razvoj sistema

V letu 2025 smo sistem upravljanja z incidenti dodatno nadgradili:

- izboljšali smo sledljivost incidentov,
- povečali vključevanje zaposlenih v poročanje,
- okrepili povezavo med analizo incidentov in uvedbo ukrepov.

Sistem upravljanja z varnostnimi incidenti predstavlja ključno orodje za zagotavljanje varnosti uporabnikov, saj omogoča prepoznavanje tveganj, učenje iz napak ter stalno izboljševanje kakovosti obravnave.

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

V letu 2025 so bili v zavodu izvedeni strokovni nadzori z namenom preverjanja kakovosti izvajanja zdravstvene nege in oskrbe ter skladnosti s strokovnimi smernicami, internimi akti in zakonodajo.

Strokovni nadzori so bili usmerjeni v:

- izvajanje zdravstvene nege in oskrbe,*
- uporabo in ravnanje z zdravili,*
- dokumentiranje zdravstvene obravnave,*
- izvajanje preventivnih ukrepov (padci, razjede),*
- upoštevanje higienskih standardov.*

Ključne ugotovitve

Na podlagi izvedenih strokovnih nadzorov ugotavljamo:

- zdravstvena obravnava uporabnikov se v večini izvaja strokovno in skladno s smernicami,*
- zaposleni imajo ustrezna strokovna znanja,*
- zaznana je neenotnost v izvajanju posameznih postopkov med enotami,*
- prisotne so pomanjkljivosti pri doslednosti dokumentiranja,*
- potrebna je dodatna pozornost pri uporabi zdravil.*

Prepoznana tveganja

- neenotno izvajanje postopkov,*
- nepopolna ali nedosledna dokumentacija,*
- tveganja povezana z zdravili,*
- organizacijski vplivi (kadrovske izzivi).*

Ukrepi

- poenotenje standardnih operativnih postopkov (SOP),*
- dodatno usposabljanje zaposlenih,*
- okrepitev nadzora nad dokumentiranjem,*
- izboljšanje sistema uporabe zdravil,*
- večja vloga vodij pri spremljanju kakovosti.*

Spremljanje

Izvajanje ukrepov se:

- spremlja na ravni enot,
- vključuje v notranje presoje,
- obravnava v okviru KOBO in vodstva.

Strokovni nadzori predstavljajo pomemben mehanizem za zagotavljanje kakovosti, saj omogočajo prepoznavanje tveganj ter usmerjajo razvoj in izboljšave v zavodu.

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

V zavodu izvajamo sistematične aktivnosti za preprečevanje in obvladovanje okužb ter zagotavljanje smotrne rabe protimikrobnih zdravil, v skladu s strokovnimi smernicami in veljavno zakonodajo.

Ključno vlogo pri tem ima **Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO)**, ki koordinira aktivnosti, spremlja stanje ter predlaga ukrepe za izboljšanje.

Izvedene aktivnosti

V letu 2025 smo izvajali naslednje aktivnosti:

- spremljanje in preprečevanje okužb v zavodu,
- izvajanje standardnih higienskih ukrepov,
- spodbujanje in nadzor nad higieno rok,
- uporaba osebne varovalne opreme,
- pravilno ravnanje z odpadki,
- sodelovanje z zunanjimi zdravstvenimi institucijami,
- izobraževanje zaposlenih na področju preprečevanja okužb,
- priprava in posodabljanje internih navodil in priporočil (KOBO).

Smotrna raba protimikrobnih zdravil

Zavod sodeluje z zdravniki in zunanjimi zdravstvenimi ustanovami pri zagotavljanju ustrezne in smotrne uporabe protimikrobnih zdravil.

Poseben poudarek je na:

- pravilni indikaciji za uporabo antibiotikov,
- spremljanju zdravljenja,

- *preprečevanju nepotrebne uporabe,*
- *zmanjševanju tveganja za razvoj odpornosti mikroorganizmov.*

Prepoznana tveganja

- *tveganje za prenos okužb v skupnostnem okolju,*
- *neenotno izvajanje higienskih ukrepov,*
- *tveganja povezana z večjo odvisnostjo uporabnikov od pomoči,*
- *možnost nepravilne ali prekomerne uporabe protimikrobnih zdravil.*

Ukrepi

- *redno izobraževanje zaposlenih (higiena rok, standardni ukrepi),*
- *nadzor nad izvajanjem higienskih postopkov,*
- *dosledno izvajanje izolacijskih ukrepov po potrebi,*
- *posodabljanje navodil KOBO,*
- *sodelovanje z zdravniki pri predpisovanju antibiotikov,*
- *spremljanje in analiza primerov okužb.*

Načrt za naprej

- *nadaljnja krepitev delovanja KOBO,*
- *razvoj dodatnih izobraževanj za zaposlene,*
- *izboljšanje nadzora nad higienskimi ukrepi,*
- *spremljanje in zmanjševanje tveganj za okužbe.*

S sistematičnim pristopom k preprečevanju okužb in odgovorni rabi protimikrobnih zdravil zavod prispeva k varni obravnavi uporabnikov ter zmanjševanju tveganj za širjenje okužb.

Zavod aktivno razvija kulturo varnosti na področju preprečevanja okužb tudi z uporabo vizualnih gradiv, internih izobraževanj in rednega obveščanja zaposlenih.

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

V zavodu sistematično zbiramo in obravnavamo povratne informacije uporabnikov in njihovih svojcev, ki predstavljajo pomemben vir za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Povratne informacije pridobivamo preko:

- pritožb,
- pohval,
- neposredne komunikacije s svojci,
- rednih srečanj in individualnih pogovorov.

V letu 2025 ugotavljamo:

- število pritožb ostaja nizko (1 pritožba),
- število pohval kaže na zadovoljstvo svojcev,
- zaznani razlogi za pritožbe so predvsem povezani s **pomanjkljivim prenosom informacij**,
- uporabniki in svojci posebej izpostavljajo pomen odnosa zaposlenih.

Podatki kažejo na stabilno raven zadovoljstva, ob hkratni potrebi po izboljšanju komunikacije.

Prepoznana tveganja

- nepopoln ali neustrezen prenos informacij svojcem,
- razlike v komunikaciji med posameznimi enotami,
- možnost nesporazumov zaradi nejasnih informacij.

Ukrepi na podlagi ugotovitev

Na podlagi analize so bili uvedeni naslednji ukrepi:

- redno in pravočasno obveščanje svojcev ob spremembah zdravstvenega stanja uporabnikov,
- organizacija **rednih srečanj s svojci**,
- izvajanje **izobraževanj in delavnic za zaposlene na področju komunikacije**,
- spodbujanje odprte in spoštljive komunikacije,
- izboljšanje dostopnosti informacij.

Načrt za naprej

Zavod bo:

- nadaljeval z aktivnim vključevanjem svojcev,
- krepil komunikacijske kompetence zaposlenih,
- redno spremljal zadovoljstvo uporabnikov in svojcev,
- uporabljal povratne informacije kot podlago za izboljšave.

Povratne informacije uporabnikov in njihovih svojcev predstavljajo pomemben element sistema kakovosti, saj omogočajo prepoznavanje potreb, izboljšanje komunikacije ter krepitev zaupanja v delo zavoda.

4.11 Usposabljanje zaposlenih s področja kakovosti in varnosti

V zavodu sistematično izvajamo usposabljanje zaposlenih na področju kakovosti in varnosti z namenom zagotavljanja strokovne, varne in celostne obravnave uporabnikov.

Usposabljanja so usmerjena v:

- izboljšanje strokovnih kompetenc zaposlenih,
- zagotavljanje varne zdravstvene obravnave,
- zmanjševanje tveganj za nastanek neželenih dogodkov,
- razvoj kulture kakovosti in varnosti.

Izvedena usposabljanja v letu 2025

V letu 2025 je bilo izvedenih **7 strokovnih izobraževanj**, kar presega načrtovani cilj (5 izobraževanj).

Vsebine izobraževanj so vključevale:

- varno ravnanje z zdravili,
- preprečevanje padcev in poškodb,
- preprečevanje razjed zaradi pritiska,
- higieno rok in standardne higienske ukrepe,
- komunikacijo s svojci in uporabniki,
- paliativno oskrbo in pristop k kronično bolnim uporabnikom.

Način izvajanja

Usposabljanja so potekala:

- interno (znotraj zavoda),

- z vključevanjem zunanjih strokovnjakov,
- kot ciljno usmerjena izobraževanja glede na zaznana tveganja in potrebe,
- v obliki delavnic, predavanj in timskih obravnav.

Povezava z zagotavljanjem kakovosti in varnosti

Izobraževanja so bila neposredno povezana z:

- analizo varnostnih incidentov,
- rezultati kazalnikov kakovosti,
- ugotovitvami notranjih in zunanjih presoj,
- potrebami zaposlenih in uporabnikov.

Na ta način usposabljanje predstavlja pomemben mehanizem za izboljševanje prakse in zmanjševanje tveganj.

Ukrepi in izboljšave

- nadaljnje načrtovanje ciljnih izobraževanj glede na zaznana tveganja,
- krepitev področja varne rabe zdravil,
- razvoj izobraževanj na področju paliativne oskrbe,
- spodbujanje prenosa znanja v prakso,
- vključevanje večjega števila zaposlenih.

Načrt za naprej

Zavod bo v letu 2026:

- nadaljeval z rednim izvajanjem izobraževanj,
- izvedel obsežnejše izobraževanje s področja paliativne oskrbe,
- dodatno razvijal kompetence zaposlenih na področju kakovosti in varnosti.

Usposabljanje zaposlenih predstavlja ključen element sistema kakovosti, saj omogoča razvoj kompetenc, izboljšanje prakse ter zagotavljanje varne in strokovne obravnave uporabnikov.

4.12 Načrt za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov

Načrt za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov temelji na analizi kazalnikov kakovosti, varnostnih incidentov, rezultatov notranjih in zunanjih presoj ter povratnih informacij uporabnikov in njihovih svojcev.

Cilj načrta je nadaljnje izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave, zmanjševanje tveganj ter krepitev varnega in strokovnega okolja za uporabnike in zaposlene.

Ključna področja izboljšav

Na podlagi analiz smo opredelili naslednja ključna področja:

- varna raba zdravil in zmanjševanje odklonov,*
- preprečevanje padcev in poškodb uporabnikov*
- zgodnje prepoznavanje zdravstvenih sprememb,*
- izboljšanje komunikacije s svojci,*
- nadaljnji razvoj paliativne oskrbe,*
- krepitev kadrovske stabilnosti in fleksibilnosti,*
- enotno izvajanje standardnih postopkov (SOP),*
- preprečevanje okužb in izvajanje higienskih ukrepov.*

Načrtovani ukrepi za leto 2026

Za dosego zastavljenih ciljev bodo izvedeni naslednji ukrepi:

Področje varnosti uporabnikov

- redno ocenjevanje tveganja za padce,*
- individualni načrti preprečevanja padcev,*
- analiza vsakega padca in uvedba korektivnih ukrepov.*

Varna raba zdravil

- dodatna izobraževanja zaposlenih,*
- uvedba oziroma krepitev dvojne kontrole pri rizičnih terapijah,*
- zmanjševanje motenj pri pripravi terapije,*
- redne analize odklonov.*

Paliativna oskrba

- izvedba obsežnejšega izobraževanja zaposlenih,*
- nadaljnje sodelovanje s paliativnim timom SB Jesenice,*
- vključevanje svojcev v proces obravnave.*

Komunikacija in sodelovanje s svojci

- *redna srečanja s svojci,*
- *izboljšanje prenosa informacij,*
- *krepitev komunikacijskih veščin zaposlenih.*

Kadrovski razvoj

- *nadaljevanje aktivnosti zaposlovanja,*
- *uvajanje in mentorstvo novih zaposlenih,*
- *povečanje fleksibilnosti kadra med enotami.*

Standardizacija dela

- *posodobitev in poenotenje standardnih operativnih postopkov,*
- *spremljanje izvajanja v praksi.*

Preprečevanje okužb

- *nadaljnje delovanje KOBO,*
- *izobraževanja na področju higiene,*
- *uporaba vizualnih gradiv (plakati),*
- *nadzor nad izvajanjem ukrepov.*

Spremljanje izvajanja načrta

Izvajanje načrta se bo:

- *redno spremljalo preko kazalnikov kakovosti,*
- *obravnavalo na strokovnih sestankih,*
- *vključevalo v delo vodstva in komisij,*
- *prilagajalo glede na ugotovitve in potrebe.*

Načrt izboljševanja kakovosti in varnosti predstavlja temelj za sistematično in trajnostno izboljševanje zdravstvene obravnave ter krepitev varnega okolja za uporabnike in zaposlene.

Priloga 1: Tabela s kazalniki

KAZALNIK	CILJ	CILJNA VREDNOST 2025	MERLJIV REZULTAT	DOSEŽEN	RAZLOG	CILJNA VREDNOST 2026	AKTIVNOSTI ZA DOSEGO
Število razjed zaradi pritiska glede na število uporabnikov	Doseči in vzdrževati čim nižjo pojavnost razjed zaradi pritiska	2 uporabnika z razjedo 1.stopnje zaradi pritiska v letu	2023: 3,6% 4 uporabniki 2024: 0 2025: 1 pridobljen	DA	RZP pridobljen v bolnišnici, 2.stopnja	CV ≤ 2	-ocena tveganja za nastanek razjede -načrt za preprečevanje in izvedba načrta
Število odklonov na zdravstvenem področju	Izboljšanje kakovosti dela	Število odklonov bo 10	2023: 2 2024: 12 2025: 9	DA	napačna aplikacija zdravil	CV ≤ 10	-ciljna interna izobraževanja: varna raba zdravil -dvojna kontrola zdravil pri visokorizičnih terapijah ali ob spremembah terapije -manj prekinitev med pripravo terapije -mesečne analize odklonov
Število padcev in poškodb	Nepoškodovani uporabniki	Izhodiščna predvidena vrednost Padci 10x, poškodbe 5x	2023 in 2024 nismo merili 2025: 8 padcev	DA	zdr.stanje uporabnika	CV pad. ≤ 10 CV pošk. ≤ 5	-redno ocenjevanje ogroženosti za padeč (ob sprejemu, ob spremembi zdravstvenega stanja in najmanj 1 × letno), -identifikacija uporabnikov z večjim tveganjem in

							<p>individualni načrt preprečevanja padcev,</p> <p>-prepoznavanje tehničnih in okoljskih dejavnikov tveganja ter njihova odprava (drsna tla, osvetlitev, pripomočki),</p> <p>-analiza vsakega padca,</p> <p>-izvedba korektivnih ukrepov,</p> <p>izobraževanje zaposlenih o varnem ravnanju in preprečevanju padcev.</p>
Delež uporabnikov, ki imajo urejen zobni status	Urejeni zobje uporabnikov	Deleže uporabnikov z urejenim statusom je 40 %	2023: 32% 2024: 37% 2025: 42%	DA	Slaba nega zob pri določenih uporabnikih	CV = 43%	<p>-izvajanje ustne higijene po navodilih</p> <p>-sistematski pregledi in redna popravila pri zobozdravniku</p>
Število uporabnikov, ki so vključeni v psihiatrično obravnavo	Dobra psihiatrična oskrba uporabnikov, ki to potrebujejo	12 ambulant v letu, obravnavanih 26 uporabnikov	2023: 11 ambulant, 28 uporabnikov, 102 obravnave 2024: 11 ambulant, 27 uporabnikov, 70	NE-napačno postavljen cilj	Julij in avgust samo 1x ambulanta	CV = 11 amb. 28 up. 70 obr.	<p>-sodelovanje v multidisciplinarnem timu</p> <p>-spremljanje stanja uporabnikov</p>

			obravnav 2025: 11 ambulant, 28 uporabnikov, 72 obravnav				
Delež medicinskih sester, ki so usposobljene za delo v zunanjih enotah (%)	Povečanje kadrovske fleksibilnosti in neprekinjeno zdravstveno obravnavo uporabnikov ne glede na lokacijo	50%	2023: 50% 2024: 50% 2025: 60%	DA	-ustrezno uvajanje novih med. sester v enote	CV = 65%	-pripraviti in posodobiti matriko razporejanja kadra -mentorski sistem uvajanja za zunanje enote -mesečna evalvacija uvedbe kadra v zunanjih enotah -krepiti sodelovanje med enotami in zdravstveno službo