

PROGRAM IN LETNO POROČILO

KAKOVOST IN VARNOST

za leto 2025



Izvajalec zdravstvene dejavnosti:

Naprej, center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo

Odgovorna oseba:

Jasna Vešligaj Damiš, univ. dipl. psih, direktorica

Metka Miško, dipl. med. ses.

Osebna izkaznica izvajalca zdravstvene dejavnosti

Ime: Naprej, center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo

Sedež: Ulica heroja Jevtiča 9, 2000 Maribor

Matična številka: 2020386000

Davčna številka: 68942974

Telefon: +386 59 123 001, +386 59 123 007

Elektronska pošta: jasna.damis@center-naprej.si, tajnistvo@center-naprej.si

Spletna stran: <https://www.center-naprej.si>

Datum ustanovitve: 2024

Dejavnost - i: Q88.109, Q86.210, Q86.909, in druge v skladu s statutom zavoda.

Vodstvo: Jasna Vešligaj Damiš, direktorica

1. ZAKONSKE IN DRUGE PRAVNE PODLAGE ZA PRIPRAVO PROGRAMA IN LETNEGA POROČILA

Program in letno poročilo o kakovosti in varnosti za leto 2025 je pripravljeno na podlagi veljavnih zakonodajnih, podzakonskih in strokovnih dokumentov Republike Slovenije, ki urejajo področje zagotavljanja kakovosti in varnosti v zdravstvu ter socialnovarstvenih storitvah.

Pri pripravi dokumenta so bile upoštevane predvsem naslednje pravne podlage in strokovne usmeritve:

- **Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ)** (Uradni list RS, št. 102/2024), ki določa sistem upravljanja kakovosti in varnosti pacientov, odgovornosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter obveznost spremljanja kazalnikov kakovosti in varnosti.
- **Pravilnik o zahtevah za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu** (Uradni list RS, št. 39/25 in 41/25 – popr.), ki določa pogoje in zahteve za usposabljanje ter vzdrževanje kompetenc zaposlenih na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu.
- **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), ki opredeljuje obseg storitev, zmogljivosti izvajalcev ter kazalnike kakovosti, ki jih je treba spremljati in poročati.
- **Metodološka navodila za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja za leto 2025** (različica 3, julij 2025), ki določajo metodologijo zbiranja, analize in poročanja kazalnikov kakovosti.
- **Smernice za vzpostavitev modela kakovosti in varnosti obravnave pri izvajalcih socialnovarstvenih storitev v pristojnosti Ministrstva za solidarno prihodnost**, ki opredeljujejo okvir za sistematično upravljanje kakovosti in varnosti pri izvajalcih socialnovarstvenih storitev.

Poleg navedenih dokumentov se pri vzpostavljanju in izvajanju sistema kakovosti in varnosti upoštevajo tudi:

- **Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)** (Uradni list RS, št. 15/08 s spremembami), ki določa pravice pacientov, načine njihovega uresničevanja ter postopke obravnave pritožb.
- **Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)** (Uradni list RS, št. 23/05 s spremembami), ki določa pogoje za izvajanje zdravstvene dejavnosti ter odgovornosti izvajalcev zdravstvenih storitev.
- **Zakon o varstvu osebnih podatkov in Splošna uredba EU o varstvu podatkov (GDPR)**, ki določata pravila za varovanje osebnih in zdravstvenih podatkov.
- **Nacionalne in strokovne smernice za varnost pacientov, preprečevanje neželenih dogodkov in upravljanje tveganj v zdravstvu.**

Pri pripravi dokumenta so bila upoštevana tudi strokovna priporočila Javne agencije Republike Slovenije za kakovost v zdravstvu (JAKZ).

Naštete pravne podlage predstavljajo temelj za vzpostavitev, izvajanje, spremljanje in stalno izboljševanje sistema kakovosti in varnosti v organizaciji.

2. STRUKTURA IN ODGOVORNOSTI

Organizacija ima vzpostavljeno strukturo upravljanja kakovosti in varnosti v skladu z določili **Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ)**, zlasti s člani 7, 9 in 16, ki določajo odgovornosti vodstva, imenovanje odgovornih oseb ter delovanje sistema spremljanja kakovosti in varnosti.

Sistem kakovosti in varnosti temelji na jasno opredeljenih vlogah, odgovornostih in sodelovanju zaposlenih pri prepoznavanju tveganj, spremljanju kazalnikov kakovosti ter uvajanju izboljšav.

2.1 PREDSTAVNIK VODSTVA ZA KAKOVOST

Za predstavnico vodstva za kakovost je imenovana:

Larisa Feguš, dipl. med. ses.

Njene ključne naloge so:

- koordiniranje sistema vodenja kakovosti in varnosti v organizaciji,
- spremljanje izvajanja programa kakovosti in varnosti,
- sodelovanje pri pripravi letnega programa in poročila o kakovosti,
- spremljanje kazalnikov kakovosti in varnosti,
- koordinacija notranjih presoj in izboljšav procesov,
- sodelovanje z vodstvom pri načrtovanju razvojnih aktivnosti na področju kakovosti.

2.2 POOBLAŠČENEC ZA VARNOST PACIENTOV / UPORABNIKOV

Za predstavnico za varnost pacientov oziroma uporabnikov je imenovana:

Metka Miško, dipl. med. ses.

Njene naloge vključujejo:

- spremljanje in obravnavo varnostnih incidentov in neželenih dogodkov,
- sodelovanje pri analizi tveganj za varnost pacientov,
- predlaganje ukrepov za preprečevanje ponovitve incidentov,
- spodbujanje kulture varnosti in poročanja o incidentih,
- sodelovanje pri izobraževanju zaposlenih na področju varnosti pacientov.

2.3 KOMISIJA ZA KAKOVOST IN VARNOST

Za sistematično spremljanje in izboljševanje kakovosti in varnosti deluje **Komisija za kakovost in varnost**, ki jo sestavljajo strokovni sodelavci različnih strokovnih področij.

Komisija deluje kot strokovno-posvetovalno telo vodstva organizacije in ima naslednje naloge:

- spremljanje kazalnikov kakovosti in varnosti,
- obravnavo varnostnih incidentov in predlogov za izboljšave,
- spremljanje izvajanja programa kakovosti,
- predlaganje ukrepov za izboljšanje procesov,
- sodelovanje pri pripravi letnega poročila o kakovosti in varnosti,
- spodbujanje kulture kakovosti in varnosti med zaposlenimi.

2.4 SESTAVA KOMISIJE

Komisijo za kakovost in varnost sestavljajo:

- **Metka Miško, dipl. med. sestra** – področje zdravstva in zdravstvene nege
- **Anja Ejlec, dipl. fizioterapevtka** – področje rehabilitacije
- **Nuša Majstorovič, sred. med. sestra** – področje zdravstvene nege

Komisija se sestaja po potrebi, najmanj enkrat letno oziroma pogosteje v primeru obravnave varnostnih incidentov ali pomembnih vprašanj s področja kakovosti in varnosti.

Končno odgovornost za vzpostavitev, delovanje in stalno izboljševanje sistema kakovosti in varnosti nosi vodstvo organizacije.

3. STRATEGIJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

Strategija kakovosti in varnosti organizacije temelji na načelih zagotavljanja varne, učinkovite, pravočasne, dostopne in na uporabnika osredotočene obravnave. V skladu z drugim odstavkom **9. člena Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ)** organizacija vzpostavlja in razvija celovit sistem vodenja kakovosti in varnosti, ki vključuje načrtovanje, izvajanje, spremljanje in stalno izboljševanje procesov.

Strategija kakovosti je usmerjena v razvoj kulture kakovosti in varnosti, v kateri so zaposleni aktivno vključeni v prepoznavanje tveganj, predlaganje izboljšav in zagotavljanje varne ter kakovostne obravnave uporabnikov.

3.1 KLJUČNI STRATEŠKI CILJI ORGANIZACIJE NA PODROČJU KAKOVOSTI IN VARNOSTI

- zagotavljanje visoke ravni varnosti uporabnikov, zaposlenih in drugih udeležencev v procesih,

- stalno izboljševanje kakovosti storitev na podlagi spremljanja in analize merljivih kazalnikov kakovosti,
- krepitev kulture kakovosti in varnosti, ki temelji na odprti komunikaciji, učenju iz napak ter sistematičnem preprečevanju tveganj,
- zagotavljanje skladnosti delovanja z veljavno zakonodajo, nacionalnimi usmeritvami in strokovnimi standardi,
- aktivno vključevanje zaposlenih v razvoj, izvajanje in spremljanje sistema kakovosti,
- zagotavljanje osredotočenosti na uporabnika, njegove potrebe, pravice, dostojanstvo in zadovoljstvo,
- spodbujanje interdisciplinarnega sodelovanja ter učinkovitega timskega dela.

3.2 STRATEGIJA ZAGOTAVLJANJA CELOVITEGA VODENJA SISTEMA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

Organizacija zagotavlja celovito vodenje sistema kakovosti in varnosti z jasno opredeljenim upravljanjem, odgovornostmi in procesi, ki so sestavni del strateškega in operativnega vodenja organizacije.

Sistem kakovosti temelji na načelih **stalnega izboljševanja (cikel PDCA – načrtuj, izvedi, preveri, ukrepaj)** ter na sistematičnem spremljanju kazalnikov kakovosti in varnosti.

Strategija vključuje naslednje ključne elemente:

3.2.1. VODENJE IN ODGOVORNOST

- Vodstvo organizacije prevzema odgovornost za vzpostavitev, izvajanje in stalno izboljševanje sistema kakovosti in varnosti.
- Opredeljene so jasne vloge, odgovornosti in pooblastila na vseh ravneh organizacije.
- Imenovani so odgovorni nosilci posameznih področij kakovosti in varnosti.
- Vodstvo redno spremlja izvajanje aktivnosti na področju kakovosti ter sprejema odločitve za izboljšanje delovanja organizacije.

3.2.2. NAČRTOVANJE IN UPRAVLJANJE TVEGANJ

- Sistematično se prepoznavajo, ocenjujejo in obvladujejo tveganja za kakovost in varnost.
- Vzpostavljen je sistem poročanja o varnostnih incidentih in neželenih dogodkih.
- Izvajajo se preventivni in korektivni ukrepi ter spremlja njihova učinkovitost.
- Posebna pozornost je namenjena preprečevanju ponovitve incidentov in učenju iz izkušenj.

3.2.3. MERJENJE, SPREMLJANJE IN IZBOLJŠEVANJE

- Vzpostavljen je sistem spremljanja kazalnikov kakovosti in varnosti.
- Kazalniki se redno analizirajo in uporabljajo kot podlaga za izboljšave procesov.
- Izvajajo se notranje presoje, strokovni pregledi in samoocene sistema.
- Ugotovitve analiz se uporabljajo za stalno izboljševanje organizacijskih in strokovnih procesov.

3.2.4. IZOBRAŽEVANJE IN KULTURA KAKOVOSTI

- Zaposleni se redno usposablajo na področju kakovosti, varnosti pacientov in obvladovanja tveganj.
- Spodbuja se kultura odprte komunikacije, zaupanja in učenja iz izkušenj.
- Zaposleni so aktivno vključeni v predlaganje izboljšav ter razvoj kakovostnih praks.

3.2.5. VKLJUČENOST UPORABNIKOV

- Organizacija upošteva mnenja, izkušnje in predloge uporabnikov kot pomemben vir izboljšav.
- Uporabnikom je zagotovljena možnost podajanja predlogov, pohval in pritožb.
- Zagotovljena je transparentna in spoštljiva komunikacija z uporabniki ter njihovimi svojci.

3.2.6. DOKUMENTIRAN SISTEM KAKOVOSTI

- Sistem kakovosti in varnosti je ustrezno dokumentiran in redno posodabljanj.
- Dokumentacija je dostopna zaposlenim in podpira enotno, varno ter sledljivo izvajanje procesov.
- Organizacija zagotavlja skladnost delovanja z notranjimi akti, strokovnimi smernicami in veljavno zakonodajo.

Strateški cilji kakovosti in varnosti se uresničujejo preko letnega programa kakovosti, spremljanja kazalnikov ter izvajanja ukrepov za stalno izboljševanje delovanja organizacije.

4. PROGRAM IN LETNI NAČRT ZA ZAGOTAVLJANJE IN IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV

Letni cilji kakovosti in varnosti se izvajajo v obdobju leta 2025 in se spremljajo skozi redno zbiranje podatkov, analizo kazalnikov ter izvajanje ukrepov za izboljšanje.

4.1 LETNI CILJI NAMENJENI IZBOLJŠEVANJU KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV

Letni cilji kakovosti in varnosti se izvajajo v obdobju leta 2025 in se spremljajo skozi redno zbiranje podatkov, analizo kazalnikov ter izvajanje ukrepov za izboljšanje.

4.1.1. ZAGOTAVLJANJE VARNEGA OKOLJA ZA UPORABNIKE

Cilj:

Zmanjševanje tveganja za padce in druge varnostne incidente ter zagotavljanje varnega okolja za izvajanje rehabilitacijskih aktivnosti.

Ciljna vrednost kazalnikov:

Ohraniti nizko število padcev in zagotoviti oceno tveganja za padec pri vseh uporabnikih ob vključitvi v program.

Kazalniki:

- število evidentiranih padcev uporabnikov,
- število drugih varnostnih incidentov,
- delež uporabnikov z opravljeno oceno tveganja za padec.

Ukrepi:

- sistematična ocena tveganja za padec ob vključitvi uporabnika v program,
- analiza tveganja pri uporabnikih z večjim tveganjem,
- redni varnostni pregledi prostorov in opreme,
- interno izobraževanje zaposlenih s področja preprečevanja padcev.

Način spremljanja:

Kvartalna analiza incidentov in letno poročilo o varnosti.

Odgovorna oseba:

Tim zdravstvene nege.

4.1.2. UČINKOVITO UKREPANJE OB NUJNIH ZDRAVSTVENIH STANJIH

Cilj:

Zagotavljanje ustrezne usposobljenosti zaposlenih za pravočasno in pravilno ukrepanje ob nujnih zdravstvenih stanjih.

Ciljna vrednost kazalnikov:

100 % diplomiranih medicinskih sester ima veljavno licenco in opravljeno usposabljanje iz temeljnih postopkov oživljanja.

Kazalniki:

- delež zaposlenih z opravljenim usposabljanjem iz TPO,
- izvedena simulacijska vaja najmanj enkrat na dve leti.

Ukrepi:

- organizacija izobraževanja iz prve pomoči in TPO,
- redno posodabljanje protokolov za ukrepanje ob nujnih stanjih,
- izvedba internih simulacijskih vaj.

Način spremljanja:

Pregled kadrovske evidenc in zapisnik o izvedenih vajah.

Odgovorna oseba:

Diplomirana medicinska sestra z veljavno licenco.

4.1.3. INDIVIDUALIZIRANA IN CILJNO USMERJENA REHABILITACIJA

Cilj:

Zagotavljanje individualizirane rehabilitacije z jasno opredeljenimi cilji ter rednim spremljanjem napredka uporabnikov.

Ciljna vrednost kazalnika:

100 % uporabnikov ima izdelan individualni načrt rehabilitacije (INR).

Kazalniki:

- delež uporabnikov z izdelanim INR,
- število izvedenih letnih timskih sestankov z uporabnikom in svojci oziroma skrbniki,
- delež doseženih ali delno doseženih rehabilitacijskih ciljev.

Ukrepi:

- uporaba enotne dokumentacije za pripravo in spremljanje INR,
- aktivno vključevanje uporabnikov v oblikovanje rehabilitacijskih ciljev,
- redna interdisciplinarna obravnava napredka uporabnikov.

Način spremljanja:

Letna strokovna analiza uspešnosti rehabilitacijskih ciljev.

Odgovorna oseba:

Interdisciplinarni strokovni tim.

4.1.4. KREPITEV SODELOVANJA S SVOJCI

Cilj:

Spodbujanje aktivnega sodelovanja svojcev pri rehabilitaciji uporabnikov.

Ciljna vrednost kazalnikov:

Vsaj en dokumentiran stik ali sodelovanje s svojci za vsakega uporabnika v tekočem letu.

Kazalniki:

- število organiziranih srečanj za svojce,
- delež uporabnikov z evidentiranim sodelovanjem svojcev.

Ukrepi:

- organizacija srečanj oziroma skupin za svojce,
- možnost individualnih svetovalnih terminov,
- sistematično dokumentiranje sodelovanja s svojci.

Način spremljanja:

Letni pregled evidenc sodelovanja.

Odgovorna oseba:

Socialni delavec oziroma strokovni delavec.

4.1.5. SPREMLJANJE ZADOVOLJSTVA UPORABNIKOV

Cilj:

Spremljanje zadovoljstva uporabnikov in izboljševanje kakovosti storitev na podlagi njihovih povratnih informacij.

Ciljna vrednost kazalnika:

Povprečna ocena zadovoljstva najmanj **4 (od 5)**.

Kazalniki:

- rezultati anonimne letne ankete o zadovoljstvu,
- število podanih predlogov za izboljšave,
- število realiziranih izboljšav.

Ukrepi:

- izvedba letne anonimne ankete,
- priprava akcijskega načrta na podlagi rezultatov,
- obravnava predlogov uporabnikov na strokovnih sestankih.

Način spremljanja:

Letna analiza anket in poročilo o izvedenih izboljšavah.

Odgovorna oseba:

Direktor oziroma strokovni vodja.

4.1.6. VAROVANJE OSEBNIH PODATKOV IN DOSTOJANSTVA UPORABNIKOV

Cilj:

Zagotavljanje varstva osebnih podatkov ter spoštovanje dostojanstva uporabnikov pri vseh postopkih obravnave.

Ciljna vrednost kazalnika:

0 ugotovljenih kršitev varstva osebnih podatkov.

Kazalniki:

- število prijavljenih kršitev,
- izvedeno letno izobraževanje zaposlenih.

Ukrepi:

- letna osvežitev znanja s področja varstva osebnih podatkov,
- omejen in nadzorovan dostop do dokumentacije,

- redni interni pregledi skladnosti ravnanja.

Način spremljanja:

Letni notranji nadzor.

Odgovorna oseba:

Direktor oziroma pooblaščen oseb za varstvo podatkov.

4.1.7. PREPREČEVANJE VEDENJSKIH, PSIHOLOŠKIH IN SOCIALNIH ZAPLETOV V REHABILITACIJI

Cilj:

Zgodnje prepoznavanje in ustrezno obvladovanje vedenjskih, čustvenih in socialnih težav, ki lahko vplivajo na potek rehabilitacije in sodelovanje uporabnikov v programu.

Ciljna vrednost kazalnikov:

Vsi zahtevnejši primeri vedenjskih ali psihosocialnih težav so obravnavani na strokovnem timu.

Kazalniki:

- število evidentiranih vedenjskih incidentov,
- število primerov prekinitev aktivnosti zaradi vedenjskih ali čustvenih težav,
- število strokovnih timskih obravnav zaradi psihosocialnih težav.

Ukrepi:

- zgodnje prepoznavanje vedenjskih sprememb,
- timska obravnav zahtevnejših primerov priprava analize tveganja z ustreznimi ukrepi za obvladovanje tvegan,
- individualna podpora uporabnikom pri razvijanju socialnih in komunikacijskih veščin,
- izobraževanje zaposlenih s področja obvladovanja vedenjskih izzivov.

Način spremljanja:

Pregled strokovne dokumentacije in letna analiza incidentov.

Odgovorna oseba:

Interdisciplinarni strokovni tim.

Izvajanje letnih ciljev spremlja Komisija za kakovost in varnost, ki najmanj enkrat letno pregleda doseganje kazalnikov ter predlaga ukrepe za izboljšanje.

4.2 UGOTOVITVE OB SPREMLJANJU KAZALNIKOV KAKOVOSTI (TREND, UKREPI ZA IZBOLJŠANJE)

Spremljanje kazalnikov kakovosti v organizaciji poteka v skladu z zahtevami veljavne zakonodaje ter metodoloških navodil za spremljanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu. Kazalniki se spremljajo z

namenom zagotavljanja varne, učinkovite in uporabniku prilagojene rehabilitacije ter za prepoznavanje trendov, ocenjevanje uspešnosti izvajanja rehabilitacijskega programa in načrtovanje izboljšav.

V Centru Naprej redno spremljamo kazalnike kakovosti, ki omogočajo vpogled v kakovost izvedenih storitev, prepoznavanje morebitnih odstopanj ter načrtovanje ukrepov za stalno izboljševanje dela. Posebno pozornost namenjamo varnosti uporabnikov, kontinuiteti obravnave, učinkovitosti rehabilitacijskih programov ter zadovoljstvu uporabnikov in njihovih svojcev.

Podatki se zbirajo skozi strokovno dokumentacijo, evidence varnostnih incidentov, zapise strokovnih timov ter ankete o zadovoljstvu uporabnikov. Analiza kazalnikov se izvaja najmanj enkrat letno, rezultati pa se obravnavajo na strokovnih sestankih ter na Komisiji za kakovost in varnost. Na podlagi ugotovitev se načrtujejo tudi ukrepi za nadaljnje izboljševanje kakovosti dela, kot so dodatno informiranje uporabnikov in svojcev o poteku rehabilitacije, spodbujanje sodelovanja svojcev ter nadaljnje razvijanje interdisciplinarnega pristopa pri obravnavi.

4.2.1 MINIMALNE ZAHTEVE DOLOČENE V METODOLOŠKIH NAVODILIH

V skladu z **Metodološkimi navodili za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja za leto 2025** organizacija spremlja kazalnike, ki so relevantni glede na obseg in vrsto izvajanja zdravstvene dejavnosti.

Ker organizacija izvaja **dnevno rehabilitacijo oseb po pridobljeni možganski poškodbi**, se spremljajo predvsem kazalniki, povezani z:

- varnostjo uporabnikov,
- učinkovitostjo rehabilitacijskega procesa,
- sodelovanjem uporabnikov in svojcev,
- zadovoljstvom uporabnikov,
- psihosocialnimi in vedenjskimi tveganji v rehabilitacijskem procesu..

V obravnavanem obdobju smo spremljali tudi kazalnike, povezane z vključenostjo uporabnikov v program rehabilitacije ter kontinuiteto obravnave. Ugotavljamo, da večina uporabnikov redno sodeluje v načrtovanih rehabilitacijskih aktivnostih, kar kaže na dobro motivacijo uporabnikov ter ustrezno prilagojen rehabilitacijski program.

Pri spremljanju zadovoljstva uporabnikov in njihovih svojcev smo zaznali pozitiven trend. Uporabniki kot pomembno vrednost programa izpostavljajo strokovno podporo, individualni pristop ter možnost socialne vključenosti. Občasno so bile izražene tudi potrebe po več informacijah o poteku rehabilitacije, kar predstavlja izhodišče za nadaljnje izboljšanje komunikacije z uporabniki in njihovimi svojci.

1. VARNOST UPORABNIKOV

Spremljanje varnostnih incidentov v letu 2025 kaže, da so bili evidentirani predvsem dogodki, povezani s socialno neprimernim vedenjem ali verbalno agresivnostjo, redkeje pa z drugimi dogodki, kot so posamezni padci brez hujših zdravstvenih posledic.

V letu 2025 je bilo skupno evidentiranih **14 dogodkov z visokim tveganjem**, v katere je bilo vključenih **8 uporabnikov**, kar predstavlja rahlo zmanjšanje v primerjavi z letom 2024 (16 dogodkov pri 11 uporabnikih).

Analiza kaže, da se tveganja ne pojavljajo enakomerno med uporabniki, temveč se večkrat koncentrirajo pri posameznikih z več ponovitvami vedenjskih težav. Večina dogodkov je bila povezana s socialno neprimernim vedenjem, v nekaterih primerih tudi z verbalno agresivnostjo ali neupoštevanjem pravil.

Pomembno je, da v letu 2025 **ni bilo incidentov s fizično poškodbo**, kar potrjuje učinkovitost preventivnih ukrepov, strokovno ravnanje zaposlenih ter ustrezno obvladovanje tveganih situacij.

Trend:

Podatki kažejo rahel upad skupnega števila dogodkov in zmanjšanje števila vključenih uporabnikov, kar kaže na stabilizacijo vedenjskih tveganj ter učinkovitost preventivnega in individualiziranega strokovnega dela.

Ukrepi za izboljšanje:

- zgodnje prepoznavanje vedenjskih in čustvenih sprememb pri uporabnikih,
- individualno usmerjene strokovne intervencije pri uporabnikih z več ponovitvami incidentov,
- redna interdisciplinarna obravnava zahtevnejših primerov,
- nadaljnje spodbujanje nenasilne komunikacije in socialnih veščin v rehabilitacijskem procesu.

Podrobnejša analiza dogodkov z visokim tveganjem je predstavljena v poglavju 2.14 letnega poročila.

2. INDIVIDUALIZIRANA REHABILITACIJA

Pri vseh uporabnikih je bil pripravljen **individualni načrt rehabilitacije (INR)**, ki vključuje opredeljene cilje rehabilitacije ter načrtovane aktivnosti za njihovo doseganje. Načrt rehabilitacije se oblikuje interdisciplinarno in temelji na strokovni oceni ter samooceni potreb ter zmožnosti posameznega uporabnika.

Spremljanje izvajanja individualnih načrtov kaže, da večina uporabnikov redno sodeluje v načrtovanih rehabilitacijskih aktivnostih, kar kaže na ustrezno prilagojen rehabilitacijski program ter dobro motivacijo uporabnikov za sodelovanje v procesu rehabilitacije.

Trend:

Visoka stopnja doseganja ali delnega doseganja rehabilitacijskih ciljev kaže na ustrezno načrtovanje in izvajanje rehabilitacijskega procesa ter na učinkovito interdisciplinarno sodelovanje strokovnega tima.

Ukrepi za izboljšanje:

- redno spremljanje napredka uporabnikov,
- aktivno vključevanje uporabnikov v oblikovanje ciljev rehabilitacije,
- nadaljnje krepitev interdisciplinarnega sodelovanja strokovnega tima.

3. DOSEGANJE INDIVIDUALNO ZASTAVLJENIH CILJEV UPORABNIKOV

V okviru obravnave v centru se za vsakega uporabnika v sodelovanju z uporabnikom oblikujejo individualni cilji rehabilitacije oziroma podpore. Spremljanje napredka temelji predvsem na oceni uporabnika o doseganju lastnih ciljev in občutku večje samostojnosti, pri čemer strokovni tim nudi podporo in spremlja napredek z vidika strokovne ocene.

Namen obravnave je, da uporabniki postopno dosegajo cilje, ki so zanje pomembni, ter izboljšujejo svojo kakovost življenja in vključenost v vsakdanje aktivnosti.

Pri ocenjevanju uspešnosti obravnave ima osrednjo vlogo mnenje uporabnika, saj je doživljanje lastnega napredka in doseganje osebno pomembnih ciljev ključen pokazatelj uspešnosti podpore.

Trend:

Spremljanje doseganja individualno zastavljenih ciljev kaže, da uporabniki skozi proces obravnave postopno razvijajo boljše razumevanje svojih sposobnosti ter prilagajajo cilje na način, ki jim omogoča večjo samostojnost in vključenost v vsakdanje življenje.

Ukrepi za izboljšanje:

- nadaljnje spodbujanje aktivnega sodelovanja uporabnikov pri oblikovanju individualnih ciljev
- redno spremljanje in prilagajanje zastavljenih ciljev v sodelovanju z uporabnikom
- krepitev podpore uporabnikom pri razumevanju lastnih sposobnosti in možnosti za samostojno življenje
- nadaljnje strokovno usposabljanje zaposlenih na področju rehabilitacije

3. SODELOVANJE S SVOJCI

Pri obravnavi oseb s pridobljeno možgansko poškodbo ima pomembno vlogo tudi sodelovanje svojcev. Svojci pogosto predstavljajo ključen podporni sistem uporabnika, zato jih center vključuje v proces obravnave z informiranjem, svetovanjem in možnostjo sodelovanja pri oblikovanju ciljev podpore. Sodelovanje s svojci prispeva k boljšemu razumevanju potreb uporabnika ter k uspešnejšemu prenosu pridobljenih veščin v domače okolje.

Sodelovanje s svojci predstavlja pomemben element rehabilitacijskega procesa, saj lahko pomembno prispeva k uspešnejšemu vključevanju uporabnika v rehabilitacijo ter k prenosu pridobljenih veščin v domače okolje.

Organizacija omogoča redne stike, svetovalne pogovore in vključevanje svojcev v proces načrtovanja rehabilitacijskih ciljev. Svojci imajo možnost sodelovati pri posameznih obravnavah ali timskih srečanjih, kjer se obravnava napredek uporabnika ter načrtujejo nadaljnje aktivnosti.

Trend:

Sodelovanje svojcev je stabilno in se kaže v rednih stikih ter vključevanju v timske obravnave. Uporabniki in svojci občasno izražajo potrebo po dodatnih informacijah o poteku rehabilitacije.

Ukrepi za izboljšanje:

- nadaljnje spodbujanje vključevanja svojcev v rehabilitacijski proces,

- organizacija srečanj ali svetovalnih terminov za svojce,
- dodatno informiranje svojcev o poteku rehabilitacije in ciljih obravnave.

4. ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV

Rezultati letne ankete o zadovoljstvu uporabnikov kažejo visoko stopnjo zadovoljstva z rehabilitacijskim programom, strokovnim delom zaposlenih ter odnosom zaposlenih do uporabnikov.

Uporabniki kot pomembno vrednost programa izpostavljajo strokovno podporo, individualni pristop ter možnost socialne vključenosti. Pozitivno ocenjujejo tudi podporo pri premagovanju posledic poškodbe možganov ter možnost sodelovanja v različnih rehabilitacijskih aktivnostih.

Trend:

Povprečna ocena zadovoljstva uporabnikov ostaja visoka, kar kaže na stabilno kakovost izvajanja rehabilitacijskega programa.

Ukrepi za izboljšanje:

- nadaljnje spremljanje zadovoljstva uporabnikov,
- obravnava predlogov za izboljšave na strokovnih sestankih,
- izboljšanje informiranja uporabnikov o poteku rehabilitacije in posameznih aktivnostih programa.

5. VEDENJSKI IN PSIHOSOCIALNI ZAPLETI

Pri delu z osebami po pridobljeni možganski poškodbi se občasno pojavljajo vedenjske ali čustvene težave, ki lahko vplivajo na potek rehabilitacije ali sodelovanje v skupinskih aktivnostih.

Takšne situacije so pogosto povezane s kognitivnimi, čustvenimi ali vedenjskimi posledicami poškodbe možganov. Analiza kaže, da se dogodki pogosto pojavljajo pri posameznikih z več ponovitvami, kar omogoča bolj ciljno usmerjeno strokovno obravnavo ter prilagajanje rehabilitacijskih aktivnosti.

Trend:

Takšni primeri se pojavljajo občasno, predvsem pri posameznikih z izrazitejšimi vedenjskimi ali kognitivnimi posledicami poškodbe možganov. Sistematično spremljanje omogoča pravočasno prepoznavanje tveganj in ustrezno strokovno ukrepanje. Analiza kaže, da se dogodki pogosto koncentrirajo pri posameznikih z več ponovitvami, kar omogoča ciljno usmerjeno strokovno obravnavo.

Ukrepi za izboljšanje:

- timska obravnava zahtevnejših primerov,
- individualna podpora uporabnikom,
- prilagajanje aktivnosti kognitivnim in vedenjskim zmožnostim uporabnikov.

4.2.2 OSTALI KAZALNIKI KAKOVOSTI (KAZALNIKI IZIDA, STRUKTURNI KAZALNIKI, PROCESNI KAZALNIKI, PRIMERLJIVOST, UKREPI)

Poleg kazalnikov, določenih v metodoloških navodilih, organizacija spremlja tudi druge kazalnike kakovosti, ki omogočajo celovito oceno delovanja rehabilitacijskega programa. Ti vključujejo kazalnike strukture, kazalnike procesov ter kazalnike izida rehabilitacije.

Spremljanje kazalnikov poteka kontinuirano skozi celotno leto. Podatki se zbirajo v okviru strokovne dokumentacije, evidence dogodkov ter notranjih nadzorov, analizirajo pa se na rednih sestankih strokovnega tima. Kazalniki kakovosti se dosledno poročajo tudi preko nacionalnega sistema zVEM, in sicer v trimesečnih poročevalskih obdobjih. Na podlagi analiz se oblikujejo predlogi ukrepov za izboljšanje kakovosti dela.

Med kazalniki kakovosti, ki jih spremljamo, so tudi kazalniki, povezani z varnostjo uporabnikov in zaposlenih ter preprečevanjem okužb, kot so prevalenca MRSA, razjede oziroma poškodbe zaradi pritiska, padci uporabnikov, poškodbe z ostrimi predmeti, kultura varnosti ter higiena rok.

1. STRUKTURNI KAZALNIKI

Strukturni kazalniki se nanašajo na pogoje za izvajanje rehabilitacijskega programa, kot so kadrovske zmogljivosti, strokovna usposobljenost zaposlenih ter organizacija dela.

Organizacija zagotavlja interdisciplinarni pristop k rehabilitaciji, ki vključuje strokovnjake različnih področij (zdravstveno rehabilitacijska nega, fizioterapija, delovna terapija, psihološka obravnava in druge strokovne discipline). Takšna organizacija dela omogoča celostno obravnavo uporabnikov ter učinkovito načrtovanje rehabilitacijskih aktivnosti.

Trend:

Kadrovska struktura omogoča stabilno izvajanje rehabilitacijskega programa in interdisciplinarno obravnavo uporabnikov.

Ukrepi za izboljšanje:

- nadaljnje strokovno izobraževanje zaposlenih,
- krepitev interdisciplinarnega sodelovanja,
- spremljanje potreb po dodatnih strokovnih kompetencah.

2. KAZALNIKI PROCESOV

Kazalniki procesov se nanašajo na način izvajanja rehabilitacijskih aktivnosti ter sodelovanje uporabnikov v rehabilitacijskem procesu.

Organizacija zagotavlja individualiziran pristop, ki temelji na pripravi individualnega načrta rehabilitacije (INR) ter rednem spremljanju napredka uporabnikov.

Pomemben element procesa rehabilitacije je tudi sodelovanje uporabnikov pri oblikovanju ciljev ter njihova aktivna vključenost v skupinske in individualne aktivnosti.

V okviru procesnih kazalnikov spremljamo tudi kazalnike, povezane z varnostjo obravnave in preprečevanjem tveganj v rehabilitacijskem procesu.

Trend:

Rehabilitacijski proces poteka stabilno, z rednim spremljanjem ciljev in aktivnim sodelovanjem uporabnikov.

Ukrepi za izboljšanje:

- nadaljnje razvijanje individualiziranega pristopa k rehabilitaciji,
- spodbujanje aktivne vloge uporabnikov pri načrtovanju ciljev,
- redno strokovno spremljanje poteka rehabilitacije.

3. KAZALNIKI IZIDA REHABILITACIJE

Kazalniki izida se nanašajo na doseganje rehabilitacijskih ciljev ter napredek uporabnikov v procesu rehabilitacije.

Napredek uporabnikov se spremlja predvsem skozi evalvacijo individualnih rehabilitacijskih ciljev, sodelovanje uporabnikov v rehabilitacijskih aktivnostih ter izboljšanje funkcionalnih, socialnih in komunikacijskih sposobnosti.

Trend:

Samocena doseganja rehabilitacijskih ciljev kaže, da večina uporabnikov dosega ali delno dosega zastavljene cilje, kar potrjuje ustreznost in učinkovitost rehabilitacijskega programa.

Ukrepi za izboljšanje:

- nadaljnje spremljanje funkcionalnega in socialnega napredka uporabnikov,
- prilagajanje rehabilitacijskih aktivnosti individualnim potrebam,
- krepitev podpore pri socialni vključenosti uporabnikov.

4. KAZALNIKI VARNOSTI IN PREPREČEVANJA OKUŽB

Prevalenca MRSA

Spremljamo pojavnost okužb oziroma kolonizacije z bakterijo MRSA. Namen spremljanja kazalnika je zgodnje prepoznavanje morebitnih okužb, preprečevanje širjenja ter zagotavljanje ustreznih higienskih in epidemioloških ukrepov.

V obravnavanem obdobju nismo zabeležili primera MRSA, saj uporabniki pred vključitvijo v program predložijo izvid nadzornih kužnin. V primeru zaznave okužbe se izvajajo ustrezni zaščitni in preventivni ukrepi v skladu s strokovnimi smernicami.

Ukrepi za izboljšanje:

- dosledno izvajanje higienskih standardov
- redno izobraževanje zaposlenih o preprečevanju bolnišničnih okužb
- izvajanje ustreznih zaščitnih ukrepov ob zaznavi okužbe

Razjede oziroma poškodbe zaradi pritiska

Spremljamo pojavnost razjed oziroma poškodb zaradi pritiska pri uporabnikih, zlasti pri osebah z zmanjšano mobilnostjo.

V centru redno izvajamo oceno tveganja za nastanek razjed zaradi pritiska ter ustrezne preventivne ukrepe, kot so prilagoditev položajev, uporaba razbremenilnih pripomočkov in spodbujanje gibanja.

Ukrepi za izboljšanje:

- redno spremljanje stanja kože pri uporabnikih
- izvajanje preventivnih ukrepov za razbremenitev pritiska
- dodatno izobraževanje zaposlenih o preprečevanju razjed zaradi pritiska

Padci uporabnikov

Padci predstavljajo pomemben kazalnik varnosti uporabnikov v rehabilitacijskem procesu, saj so osebe po poškodbi možganov pogosto izpostavljene večjemu tveganju zaradi motenj ravnotežja, koordinacije ali orientacije.

Padce redno evidentiramo in analiziramo. Ob vsakem dogodku izvedemo analizo okoliščin ter po potrebi prilagodimo rehabilitacijski program ali okolje.

Ukrepi za izboljšanje:

- ocena tveganja za padec
- prilagoditev terapevtskih aktivnosti glede na sposobnosti uporabnika
- zagotavljanje varnega okolja in uporaba ustreznih pripomočkov

Poškodbe z ostrimi predmeti

Kazalnik se nanaša predvsem na varnost zaposlenih pri delu in preprečevanje poškodb z ostrimi predmeti. Spremljanje vključuje evidentiranje morebitnih poškodb ter analizo vzrokov.

V centru spodbujamo varno ravnanje z ostrimi predmeti ter dosledno uporabo zaščitnih ukrepov.

Ukrepi za izboljšanje:

- redno izobraževanje zaposlenih o varnem ravnanju z ostrimi predmeti
- dosledna uporaba zaščitnih sredstev
- pravilno odlaganje ostrih predmetov v namenske posode

Kultura varnosti

Kultura varnosti predstavlja pomemben element kakovosti v zdravstveni dejavnosti in vključuje spodbujanje odprte komunikacije, poročanje o varnostnih dogodkih ter stalno izboljševanje varnostnih praks.

V Centru Naprej se zdravila ne aplicirajo, saj uporabniki zdravila zaužijejo doma pred prihodom v center oziroma po končani rehabilitaciji.

Higiena rok

Higiena rok predstavlja enega ključnih ukrepov za preprečevanje širjenja okužb v socialno-zdravstvenem okolju.

V Centru Naprej redno izvajamo aktivnosti za spodbujanje pravilne higiene rok med zaposlenimi in uporabniki. Izvajajo se tudi notranji nadzori ter izobraževanja o pravilnem izvajanju higiene rok.

Ukrepi za izboljšanje:

- redno izobraževanje zaposlenih
- zagotavljanje dostopnosti razkužil in umivalnih mest
- izvajanje notranjih nadzorov nad izvajanjem higiene rok

5. PRIMERLJIVOST IN RAZVOJ KAKOVOSTI

Rezultati spremljanja kazalnikov kakovosti se uporabljajo za notranjo primerjavo med posameznimi leti ter za spremljanje trendov razvoja kakovosti v organizaciji.

Analiza podatkov kaže stabilno delovanje rehabilitacijskega programa ter pozitivne trende na področju varnosti uporabnikov, individualizirane obravnave in sodelovanja uporabnikov v rehabilitacijskem procesu.

Rezultati analiz se obravnavajo na strokovnih sestankih ter na Komisiji za kakovost in varnost, kjer se načrtujejo nadaljnji ukrepi za izboljšanje kakovosti.

Ukrepi za nadaljnji razvoj:

- nadaljnje sistematično spremljanje kazalnikov kakovosti,
- razvoj novih kazalnikov, ki bolje odražajo specifičnost rehabilitacijskega programa,
- vključevanje zaposlenih v aktivnosti izboljševanja kakovosti.

6. UPORABA REZULTATOV ZA IZOBOLJŠANJE KAKOVOSTI

Rezultati spremljanja kazalnikov kakovosti se uporabljajo kot podlaga za načrtovanje izboljšav v organizaciji. Analiza podatkov omogoča prepoznavanje morebitnih odstopanj, spremljanje trendov ter ocenjevanje učinkovitosti rehabilitacijskega programa.

Ugotovitve analiz se redno obravnavajo na strokovnih sestankih ter na Komisiji za kakovost in varnost. Na podlagi razprav se oblikujejo predlogi ukrepov, ki se vključujejo v načrt dela organizacije ter v razvoj rehabilitacijskih programov.

Celovito spremljanje kazalnikov kakovosti tako omogoča sistematično spremljanje varnosti, učinkovitosti in kakovosti rehabilitacijskega procesa ter pravočasno prepoznavanje področij za izboljšave. Na podlagi ugotovitev organizacija načrtuje in izvaja ukrepe za nadaljnje izboljševanje kakovosti dela, večjo varnost uporabnikov ter učinkovitejše izvajanje rehabilitacijskih storitev.

4.2.3 SKLEPNA OCENA SPREMLJANJA KAZALNIKOV KAKOVOSTI

Na podlagi celovite analize spremljanih kazalnikov kakovosti v letu 2025 ugotavljamo stabilno delovanje rehabilitacijskega programa ter ustrezno obvladovanje tveganj pri izvajanju dnevne rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi.

Podatki kažejo pozitiven trend na področju varnosti uporabnikov, saj se je število dogodkov z visokim tveganjem v primerjavi s preteklim letom nekoliko zmanjšalo, hkrati pa v letu 2025 ni bilo evidentiranih incidentov s fizično poškodbo. To potrjuje učinkovitost preventivnih ukrepov, strokovno ravnanje zaposlenih ter ustrezno obvladovanje tveganih situacij.

Kazalniki rehabilitacijskega procesa kažejo na ustrezno izvajanje individualizirane obravnave uporabnikov, saj imajo vsi uporabniki izdelan individualni načrt rehabilitacije, napredek pa se redno spremlja v okviru interdisciplinarnega strokovnega tima.

Rezultati spremljanja zadovoljstva uporabnikov ter sodelovanja svojcev kažejo visoko stopnjo vključenosti uporabnikov v rehabilitacijski proces ter pozitivno oceno kakovosti storitev.

Ugotovitve analiz predstavljajo pomembno izhodišče za nadaljnje izboljševanje kakovosti dela, razvoj rehabilitacijskih programov ter krepitev varnega in spodbudnega okolja za uporabnike.

Na podlagi ugotovitev organizacija načrtuje nadaljnje sistematično spremljanje kazalnikov kakovosti ter razvoj dodatnih kazalnikov, ki bodo še bolj odražali specifičnost rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi. Poseben poudarek bo tudi v prihodnje namenjen kreptvi varnosti uporabnikov, nadaljnjemu razvoju interdisciplinarnega sodelovanja ter vključevanju uporabnikov in njihovih svojcev v proces rehabilitacije.

S stalnim spremljanjem kazalnikov in izvajanjem izboljšav organizacija zagotavlja razvoj kakovostnih, varnih in uporabniku usmerjenih rehabilitacijskih storitev.

4.3 RAZVOJ IN UPORABA KLINIČNIH SMERNIC, KLINIČNIH POTI, STANDARDNO OPERATIVNIH POSTOPKOV, DOBRIH PRAKS IN KODEKSOV

Organizacija pri izvajanju rehabilitacijskega programa uporablja strokovne smernice, klinične poti, standardno operativne postopke (SOP), dobre prakse ter etične kodekse, ki zagotavljajo strokovno, varno in enotno izvajanje obravnave uporabnikov.

Dokumenti predstavljajo pomembno strokovno podlago za enotno izvajanje rehabilitacijskih storitev ter za zagotavljanje visoke ravni kakovosti in varnosti obravnave. Njihov namen je zagotavljanje strokovno utemeljenega in usklajenega pristopa k obravnavi oseb po pridobljeni možganski poškodbi, zmanjševanje tveganj ter stalno izboljševanje rehabilitacijskega procesa.

Pri razvoju in uporabi strokovnih dokumentov organizacija upošteva veljavno zakonodajo, nacionalne strokovne smernice, priporočila strokovnih združenj ter dobre prakse na področju nevrorehabilitacije, zdravstvene nege in psihosocialne rehabilitacije.

Rehabilitacijska obravnava temelji na interdisciplinarnem pristopu, ki vključuje sodelovanje različnih strokovnjakov, kot so fizioterapevt, delovni terapevt, psiholog, diplomirana medicinska sestra, socialna delavka ter drugi sodelavci, ki skupaj načrtujejo in izvajajo rehabilitacijski proces.

Strokovne smernice, klinične poti in drugi strokovni dokumenti se redno pregledujejo ter po potrebi posodablajo v skladu z razvojem stroke, novimi strokovnimi priporočili ter ugotovitvami iz prakse. Zaposleni se redno udeležujejo strokovnih izobraževanj in usposabljanj, kar omogoča prenos sodobnih strokovnih znanj v rehabilitacijski proces.

4.3.1 KLINIČNE SMERNICE IN REHABILITACIJSKE POTI OBRAVNAVE

Pri delu z osebami po pridobljeni možganski poškodbi organizacija uporablja strokovne smernice in dobre prakse s področja:

- nevrorehabilitacije,
- rehabilitacijske zdravstvene nege,
- psihosocialne rehabilitacije,
- kognitivne rehabilitacije za obravnavo kognitivnih in vedenjskih posledic poškodbe možganov,
- spodbujanja socialne vključenosti oseb z invalidnostjo.

Rehabilitacijska obravnava v organizaciji poteka po strukturiranem modelu **individualnega načrta rehabilitacije (INR)**, ki temelji na interdisciplinarnem pristopu ter krožnem procesu načrtovanja, izvajanja in evalvacije rehabilitacije.

Poseben poudarek je namenjen individualnemu načrtovanju rehabilitacije, ki temelji na oceni funkcionalnega stanja uporabnika, njegovih potrebah ter ciljnih rehabilitacije.

Proces rehabilitacije vključuje naslednje ključne faze:

SPREJEMNI POSTOPEK (Z)

Uporabnik se vključuje v program rehabilitacije na podlagi sprejemnega postopka, v okviru katerega se zberejo osnovni podatki o uporabniku, njegovem zdravstvenem stanju, funkcionalnih sposobnostih ter socialnem okolju.

UVOD V INR IN ZAČETNA OCENA (A)

V začetni fazi se izvede zbiranje podatkov ter začetna strokovna ocena uporabnikovega stanja, ki predstavlja osnovo za nadaljnje načrtovanje rehabilitacije.

OPREDELITEV ŽIVLJENJSKIH PODROČIJ (B)

Uporabnik oceni ključna življenjska področja, pri čemer se uporablja koncept »**Kolo življenja**«, ki omogoča celosten vpogled v močna in šibka področja ter trenutno življenjsko situacijo uporabnika.

DOLOČITEV CILJEV IN ANALIZA TVEGANJA (C)

Na podlagi samoocene na internem dokumentu *Kolo življenja* uporabnik oceni deset življenjskih področij. Na tej podlagi se oblikujejo rehabilitacijski cilji po **interni dvostopenjski taksonomiji**, ki vključuje:

- cilje **prvega reda** (splošni cilji rehabilitacije)
- cilje **drugega reda** (specifični cilji po posameznih terapevtskih področjih).

V tej fazi se izvede tudi analiza tveganj ter usklajevanje ciljev v okviru multidisciplinarnega strokovnega tima, ob sodelovanju uporabnika in njegovih svojcev.

IZVAJANJE REHABILITACIJSKEGA PROGRAMA (D)

V tej fazi poteka izvajanje individualnih in skupinskih rehabilitacijskih aktivnosti oziroma storitev, ki vključujejo treninge, strokovne obravnave ter podporo uporabniku pri doseganju zastavljenih ciljev.

EVALVACIJA CILJEV IN LETNO POROČANJE (EC + LP)

Napredek uporabnika se redno spremlja, cilje pa uporabniki periodično evalvirajo samostojno ali v sodelovanju s terapevti, glede na njihove zmožnosti. Rezultati evalvacije so vključeni tudi v **letno poročilo o napredku uporabnika**.

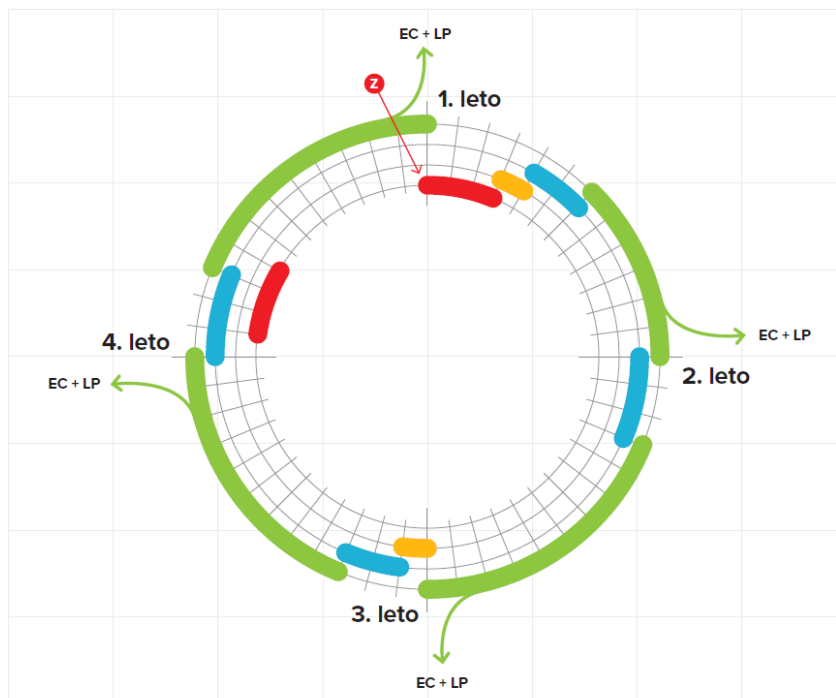
PREGLED INR NA ŠTIRI LETA (A2)

Po štirih letih se izvede pregled INR skupaj z uporabnikom, pri čemer se ponovno ocenijo življenjska področja, cilji in potrebe uporabnika. Na tej podlagi se rehabilitacijski proces nadaljuje kot **kontinuiran krožni model oziroma razvojna spirala rehabilitacije**.

Takšen strukturiran pristop omogoča sistematično, pregledno in strokovno usmerjeno obravnavo uporabnikov ter zagotavlja kontinuiteto rehabilitacijskega procesa in redno prilagajanje rehabilitacijskih ciljev glede na napredek uporabnika.

Model individualnega načrta rehabilitacije je vsebinsko povezan tudi z internim rehabilitacijskim pristopom organizacije, ki poudarja aktivno vlogo uporabnika, interdisciplinarno sodelovanje strokovnjakov ter postopno krepitev samostojnosti in socialne vključenosti.

- Z** SPREJEMNI POSTOPEK
- A** UVOD V INR
Zbiranje podatkov in začetna ocena.
- B** OP OPREDELITEV ŽIVLJENJSKIH PODROČIJ
- KŽ** KOLO ŽIVLJENJA
Močna in šibka področja, kje sem tukaj in zdaj, širši vidik.
- C** CILJI IN PODCILJI PO PROGRAMIH
- AT** ANALIZA TVEGANJA
- LAB6** MULTIDISCIPLINARNI TIM
povezovanje strokovnih področij
- TUS** TIM ZA UPORABNIKE IN SVOJCE (CILJI, EVALVACIJA)
- D** Trening in ocene.
- IP** IMPLEMENTACIJA PROGRAMA
- EC** EVALVACIJA CILJEV
- LP** LETNO POROČILO
- A2** INR PREGLED NA 4 LETA
Po 4 letih se ponovno naredi začetno zbiranje podatkov za INR. Postopek se krožno nadaljuje.



Interni dokument – Center Naprej / verzija 13. marec 2023

V centru je obravnava usmerjena v podporo uporabnikom pri oblikovanju in doseganju zanje pomembnih življenjskih ciljev. Cilji se oblikujejo skupaj z uporabniki ob podpori strokovnega tima. Pri osebah s pridobljeno možgansko poškodbo je lahko zaradi omejenega vpogleda v preostale sposobnosti začetno postavljanje ciljev tudi nerealno. Proces obravnave zato vključuje postopno razumevanje lastnih zmožnosti ter prilagajanje ali redefiniranje ciljev, kar uporabnikom omogoča ponovno oblikovanje življenjskih vlog in pričakovanj.

Rehabilitacija kot proces ponovne življenjske integracije

Obravnava oseb s pridobljeno možgansko poškodbo v centru ni usmerjena zgolj v izboljšanje posameznih funkcij, temveč v podporo uporabnikom pri ponovnem oblikovanju njihovega vsakdanjega življenja. Po možganski poškodbi se posamezniki pogosto soočajo z velikimi spremembami v sposobnostih, življenjskih vlogah in pričakovanjih glede prihodnosti. Proces rehabilitacije zato vključuje postopno razumevanje lastnih preostalih sposobnosti, sprejemanje sprememb ter oblikovanje novih življenjskih ciljev. Strokovni tim uporabnike pri tem procesu podpira, pri čemer ima ključno vlogo aktivna vključenost uporabnika.

4.3.2 STANDARDNO OPERATIVNI POSTOPKI (SOP)

Za zagotavljanje enotnega, varnega in strokovno usklajenega izvajanja rehabilitacijskih aktivnosti organizacija uporablja **standardno operative postopke (SOP)**. Ti predstavljajo dokumentirane

strokovne usmeritve, ki opredeljujejo način izvajanja posameznih postopkov, odgovornosti zaposlenih ter zagotavljajo sledljivost in kakovost izvajanja storitev.

Standardno operativni postopki omogočajo enotno izvajanje rehabilitacijskega procesa, zmanjšujejo tveganje za strokovne napake ter zagotavljajo skladnost delovanja organizacije z veljavno zakonodajo, strokovnimi smernicami in notranjimi akti organizacije.

Standardni postopki vključujejo predvsem:

- postopek sprejema in vključitve uporabnika v rehabilitacijski program,
- pripravo, izvajanje in spremljanje individualnega načrta rehabilitacije (INR),
- izvajanje zdravstvene in rehabilitacijske zdravstvene nege,
- dokumentiranje strokovne obravnave in vodenje rehabilitacijske dokumentacije,
- obravnavo vedenjskih, psihosocialnih in drugih zapletov v rehabilitacijskem procesu,
- obravnavo varnostnih incidentov ter postopke upravljanja tveganj,
- protokole ravnanja v posebnih ali tveganih situacijah,
- sodelovanje s svojci, zakonitimi zastopniki ter drugimi deležniki v rehabilitacijskem procesu,
- zagotavljanje varstva osebnih podatkov in zaupnosti informacij.

Protokoli ravnanja opredeljujejo postopke ukrepanja zaposlenih v primerih posebnih ali tveganih situacij, kot so:

- nenadno poslabšanje zdravstvenega stanja uporabnika,
- vedenjski izbruhi ali agresivno vedenje,
- socialno neprimerno ali diskriminatorno vedenje,
- spolno neprimerno vedenje ali spolna nestrpnost,
- konflikti med uporabniki,
- druge situacije, ki lahko predstavljajo tveganje za varnost uporabnikov ali zaposlenih.

Namen teh protokolov je zagotoviti hitro, strokovno in usklajeno ukrepanje zaposlenih ter zmanjševanje tveganj za uporabnike, zaposlene in okolje.

Standardno operativni postopki so dokumentirani, dostopni zaposlenim ter predstavljajo pomemben del sistema vodenja kakovosti in varnosti v organizaciji.

Postopki se redno pregledujejo in po potrebi posodablajo na podlagi:

- sprememb zakonodaje in strokovnih smernic,
- ugotovitev notranjih analiz kakovosti,
- analiz varnostnih incidentov,
- strokovnega razvoja na področju rehabilitacije.

Sistematična uporaba standardno operativnih postopkov prispeva k večji varnosti uporabnikov, strokovni usklajenosti dela zaposlenih ter stalnemu izboljševanju kakovosti rehabilitacijskega programa.

4.3.3 ETIČNI KODEKSI IN PROFESIONALNI STANDARDI

Pri izvajanju rehabilitacijskega programa zaposleni delujejo v skladu z etičnimi načeli, profesionalnimi standardi ter strokovnimi smernicami posameznih strokovnih področij. Delo temelji na spoštovanju človekovega dostojanstva, pravic in avtonomije uporabnikov ter na načelih strokovnosti, odgovornosti, zaupnosti in varnosti.

Organizacija spodbuja kulturo etičnega ravnanja, profesionalne integritete ter spoštljivega odnosa do uporabnikov, njihovih svojcev in sodelavcev. Posebna pozornost je namenjena zagotavljanju varnega, vključujočega in spodbudnega okolja za uporabnike, ki zaradi posledic pridobljene možganske poškodbe pogosto potrebujejo celostno strokovno podporo.

Pri strokovnem delu zaposleni upoštevajo zlasti:

- Kodeks etike zdravstvenih delavcev in sodelavcev,
- Kodeks etična načela socialnega varstva,
- etične kodekse posameznih strokovnih področij,
- načela varovanja osebnih in zdravstvenih podatkov v skladu z veljavno zakonodajo,
- načela varne in na uporabnika osredotočene obravnave,
- načela nediskriminacije, spoštovanja različnosti ter enake obravnave uporabnikov.

Etična načela so vključena tudi v notranje postopke in protokole ravnanja, ki zaposlenim omogočajo ustrezno ukrepanje v situacijah, povezanih z vedenjskimi zapleti, konfliktnimi situacijami ali drugimi etično občutljivimi okoliščinami.

Z organizacijskim pristopom, ki temelji na etičnih standardih in profesionalni odgovornosti, organizacija zagotavlja visoko raven kakovosti obravnave ter varnost in dobrobit uporabnikov.

4.3.4 RAZVOJ DOBRIH PRAKS V ORGANIZACIJI

Organizacija aktivno spodbuja razvoj dobrih strokovnih praks na področju rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi ter kontinuirano izmenjavo strokovnega znanja med zaposlenimi.

Rehabilitacijski program temelji tudi na internem modelu rehabilitacijskega pristopa, ki poudarja:

- aktivno vključevanje uporabnikov v proces rehabilitacije,
- interdisciplinarno sodelovanje strokovnjakov,
- individualiziran pristop k načrtovanju rehabilitacije,
- postopno krepitev samostojnosti, socialne vključenosti, večanje dostojanstva in kakovosti življenja uporabnikov.

Razvoj dobrih praks temelji na sistematičnem spremljanju strokovnega dela ter na analizah rezultatov rehabilitacijskega procesa. Poseben poudarek je namenjen povezovanju strokovnih izkušenj zaposlenih z rezultati spremljanja kazalnikov kakovosti in varnosti.

Dobre prakse se razvijajo predvsem na podlagi:

- strokovnih izkušenj pri delu z uporabniki,
- interdisciplinarnega sodelovanja strokovnega tima,

- analiz kazalnikov kakovosti in varnostnih incidentov,
- povratnih informacij uporabnikov in njihovih svojcev,
- strokovnega izobraževanja in izmenjave znanja med zaposlenimi.

Ugotovitve analiz ter strokovne izkušnje se sistematično uporabljajo za nadaljnji razvoj rehabilitacijskega programa, izboljševanje organizacije dela ter krepitev kakovosti in varnosti obravnave.

S takšnim pristopom organizacija podpira razvoj strokovne odličnosti ter prispeva k oblikovanju rehabilitacijskega okolja, ki spodbuja aktivno vlogo uporabnika, strokovno sodelovanje zaposlenih in stalno izboljševanje kakovosti rehabilitacijskih storitev.

Model individualnega načrta rehabilitacije (INR) je hkrati pomembno orodje za spremljanje rezultatov rehabilitacijskega procesa ter za ocenjevanje učinkovitosti strokovne obravnave. Redno spremljanje napredka uporabnikov, evalvacija rehabilitacijskih ciljev ter analiza doseženih rezultatov omogočajo strokovnemu timu sprotno prilagajanje rehabilitacijskih aktivnosti in ciljev.

Podatki, pridobljeni v procesu spremljanja in evalvacije ciljev, se uporabljajo tudi kot pomemben vir informacij pri spremljanju kazalnikov kakovosti rehabilitacijskega programa ter pri načrtovanju nadaljnjih izboljšav strokovnega dela.

4.4 POROČILO O IZVEDENIH NOTRANJIH PRESOJAH ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI (UKREPI NA PODLAGI UGOTOVITEV)

V letu 2025 je organizacija izvajala notranje presoje in strokovne preglede delovanja zdravstvene in rehabilitacijske dejavnosti z namenom spremljanja kakovosti dela, zagotavljanja varnosti uporabnikov ter ugotavljanja možnosti za izboljšanje organizacije in izvajanja rehabilitacijskih storitev.

Notranje presoje so bile izvedene v skladu z internimi postopki centra ter načrtom zagotavljanja kakovosti. Presoje so bile usmerjene predvsem v pregled ključnih procesov rehabilitacijske obravnave, izvajanja zdravstvene in rehabilitacijske zdravstvene nege, ustreznosti vodenja dokumentacije ter upravljanja tveganj in varnostnih incidentov.

V okviru notranjih pregledov so bili obravnavani predvsem naslednji vidiki delovanja:

- izvajanje rehabilitacijskega procesa v skladu z modelom individualnega načrta rehabilitacije (INR),
- ustreznost, popolnost in sledljivost strokovne dokumentacije,
- izvajanje standardno operativnih postopkov in protokolov ravnanja,
- upoštevanje standardov na področju preprečevanja okužb ter higienskih postopkov,
- izvajanje postopkov za zagotavljanje varnosti uporabnikov (preprečevanje padcev, spremljanje tveganj),
- obravnava varnostnih incidentov ter analiza tveganj,
- organizacija dela in notranji procesi sodelovanja v interdisciplinarnem timu.

Na podlagi izvedenih pregledov in analiz je bilo ugotovljeno, da rehabilitacijski proces poteka skladno z opredeljenimi strokovnimi usmeritvami, kliničnimi smernicami ter notranjimi postopki organizacije. Dokumentacija je vodena ustrezno in pregledno, rehabilitacijski programi pa so prilagojeni individualnim potrebam uporabnikov.

Posebna pozornost je bila namenjena tudi analizi dogodkov z visokim tveganjem ter izboljševanju notranjih procesov, ki prispevajo k večji varnosti uporabnikov in zaposlenih.

Na podlagi ugotovitev notranjih analiz so bili v letu 2025 izvedeni tudi naslednji ukrepi za izboljšanje kakovosti:

- posodobitev in dopolnitev analize tveganj,
- pregled in posodobitev nekaterih internih strokovnih dokumentov,
- dodatno interno izobraževanje zaposlenih s področja nevrorehabilitacije in delovanja možganov,
- krepitev interdisciplinarnega sodelovanja in notranje komunikacije v strokovnem timu,
- nadaljnji razvoj rehabilitacijskega programa ter prenos strokovnih spoznanj v prakso.

Ugotovitve notranjih presoj predstavljajo pomembno izhodišče za nadaljnje izboljševanje organizacije dela, razvoj rehabilitacijskega programa ter krepitev sistema kakovosti in varnosti v organizaciji. Notranje presoje se izvajajo kot del sistema stalnega izboljševanja kakovosti in predstavljajo pomembno orodje za spremljanje učinkovitosti organizacijskih in strokovnih procesov.

Povezava notranjih presoj s spremljanjem kazalnikov kakovosti

Ugotovitve notranjih presoj so povezane tudi s spremljanjem kazalnikov kakovosti, predstavljenih v poglavju 4.2. Analiza rezultatov notranjih pregledov, varnostnih dogodkov ter izvajanja rehabilitacijskih postopkov predstavlja pomemben vir informacij za spremljanje kakovosti, prepoznavanje tveganj ter načrtovanje ukrepov za izboljšanje rehabilitacijskega procesa. Na ta način notranje presoje dopolnjujejo sistem spremljanja kazalnikov kakovosti ter prispevajo k celovitemu upravljanju kakovosti in varnosti v organizaciji.

4.5 POROČILO O IZVAJANJU AKTIVNOSTI ZA PRIDOBITEV OZIROMA OHRANITEV AKREDITACIJSKE LISTINE (UKREPI NA PODLAGI UGOTOVITEV)

Organizacija sistematično razvija in nadgrajuje sistem vodenja kakovosti ter pri tem uporablja mednarodno priznan standard **EQUASS (European Quality in Social Services)**, ki predstavlja evropski okvir za zagotavljanje kakovosti socialnih storitev in rehabilitacijskih programov.

V letu 2025 je organizacija uspešno zaključila postopek zunanje presoje kakovosti in pridobila certifikat **EQUASS Assurance**, ki potrjuje skladnost delovanja organizacije z evropskimi standardi kakovosti pri izvajanju storitev za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo. Certifikat velja za obdobje **od 29. julija 2025 do 29. julija 2028** (ASSURANCE CERTIFICATE Center Naprej).

Pridobitev certifikata EQUASS Assurance potrjuje zavezanost organizacije k sistematičnemu zagotavljanju kakovosti, transparentnemu delovanju ter stalnemu izboljševanju rehabilitacijskih storitev v skladu z evropskimi standardi na področju socialnih in rehabilitacijskih storitev.

Postopek zunanje presoje je vključeval celovit pregled delovanja organizacije, pri čemer so bile ocenjene predvsem naslednje vsebine:

- upravljanje in vodenje organizacije,
- osredotočenost na uporabnika in spoštovanje njegovih pravic,
- načrtovanje, izvajanje in evalvacija rehabilitacijskih storitev,

- sodelovanje z uporabniki, svojci in drugimi deležniki,
- kompetence zaposlenih in razvoj kadrov,
- spremljanje rezultatov ter sistem stalnega izboljševanja kakovosti.

Standard **EQUASS** je primarno usmerjen v zagotavljanje kakovosti na področju socialnih storitev in rehabilitacijskih programov ter ni neposredno namenjen akreditaciji zdravstvene dejavnosti v ožjem smislu (kot na primer standardi ISO ali druge zdravstvene akreditacije). V organizaciji predstavlja pomemben okvir za celovito upravljanje kakovosti, saj vključuje načela osredotočenosti na uporabnika, participacije uporabnikov, strokovne odgovornosti ter stalnega izboljševanja storitev.

Na področju zdravstvene dejavnosti organizacija kakovost in varnost obravnave zagotavlja predvsem z naslednjimi pristopi:

- uporabo strokovnih smernic s področja nevrorehabilitacije in rehabilitacijske zdravstvene nege,
- uporabo standardno operativnih postopkov in protokolov ravnanja,
- spremljanjem kazalnikov kakovosti in varnosti obravnave,
- izvajanjem notranjih strokovnih pregledov in analiz incidentov,
- sistematičnim upravljanjem tveganj v rehabilitacijskem procesu,
- izvajanjem ukrepov za zagotavljanje varnosti uporabnikov (preprečevanje padcev, preprečevanje okužb ter varno izvajanje rehabilitacijskih postopkov).

S tem organizacija zagotavlja povezovanje standarda EQUASS s sistemom kakovosti na področju zdravstvene obravnave ter celostno razvija kulturo kakovosti in varnosti v organizaciji.

V okviru priprave na akreditacijo ter izvajanja standarda EQUASS je organizacija v letu 2025 izvedla več aktivnosti za krepitev sistema kakovosti, med drugim:

- pregled in posodobitev notranjih dokumentov sistema kakovosti,
- razvoj in nadgradnjo modela individualnega načrta rehabilitacije (INR),
- sistematično spremljanje kazalnikov kakovosti in varnosti,
- izvajanje notranjih presoj ter analiz varnostnih incidentov,
- posodabljanje internih pravilnikov, smernic in standardov,
- redno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih,
- krepitev interdisciplinarnega sodelovanja strokovnega tima,
- vključevanje uporabnikov in njihovih svojcev v proces načrtovanja in evalvacije rehabilitacije.

Ugotovitve zunanje presoje in priporočila presojevalcev organizacija uporablja kot pomembno izhodišče za nadaljnji razvoj rehabilitacijskega programa ter izboljševanje sistema kakovosti.

Med ključnimi usmeritvami za nadaljnje obdobje so predvsem:

- nadaljnji razvoj sistema spremljanja kakovosti in varnosti obravnave,
- krepitev participacije uporabnikov pri načrtovanju storitev,
- nadaljnje strokovno izobraževanje zaposlenih,
- razvoj inovativnih rehabilitacijskih pristopov in dobrih praks,
- sistematično spremljanje rezultatov rehabilitacijskega programa.

S kontinuiranim izvajanjem standarda EQUASS ter razvojem notranjega sistema kakovosti organizacija zagotavlja trajnostno ohranjanje standardov kakovosti ter stalno izboljševanje rehabilitacijskih storitev za uporabnike.

4.6 POROČILO O MORBIDITETNIH IN MORTALITETNIH KONFERENCAH (UKREPI NA PODLAGI UGOTOVITEV)

Morbiditetne in mortalitetne konference (MMK) predstavljajo strokovno obliko analiziranja zapletov pri zdravljenju, neželenih dogodkov ter primerov smrti pacientov, z namenom izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave, prepoznavanja sistemskih pomanjkljivosti in preprečevanja ponovitve podobnih dogodkov.

Ker organizacija izvaja **dnevno rehabilitacijo oseb po pridobljeni možganski poškodbi** in uporabniki niso hospitalizirani oziroma ne bivajo v organizaciji, se klasične morbiditetne in mortalitetne konference v organizaciji ne izvajajo.

Kljub temu organizacija sistematično spremlja in analizira dogodke, ki bi lahko vplivali na varnost uporabnikov ali kakovost obravnave. V ta namen se izvajajo **strokovne analize varnostnih incidentov, vedenjskih zapletov in drugih dogodkov z visokim tveganjem**, ki se obravnavajo v okviru strokovnega tima in Komisije za kakovost in varnost.

V letu 2025 so bile v okviru strokovnih sestankov analizirane predvsem situacije, povezane z:

- vedenjskimi izbruhi ali socialno neprimernim vedenjem uporabnikov,
- verbalno agresivnostjo ali konfliktnimi situacijami,
- posameznimi padci brez hujših zdravstvenih posledic,
- drugimi dogodki, ki so lahko predstavljali povečano tveganje za uporabnike ali zaposlene.

Pri analizi dogodkov se preverjajo okoliščine nastanka dogodka, oceni se učinkovitost že izvedenih preventivnih ukrepov ter identificirajo morebitni sistemski dejavniki tveganja. Posebna pozornost je namenjena uporabnikom z večjim tveganjem za padce ali druge zaplete, kar omogoča pravočasno prilagajanje rehabilitacijskega programa in preventivnih ukrepov.

Analiza incidentov je pokazala, da v letu 2025 **ni bilo dogodkov s hudimi zdravstvenimi posledicami ali smrtnih izidov**, kar potrjuje ustrezno obvladovanje tveganih situacij ter strokovno ravnanje zaposlenih.

Na podlagi analiz dogodkov so bili sprejeti naslednji ukrepi za izboljšanje:

- nadaljnje spremljanje vedenjskih in psihosocialnih težav uporabnikov,
- redno ocenjevanje tveganja za padce in poškodbe,
- individualizirana obravnava uporabnikov z več ponovitvami tveganega vedenja ali povečanim tveganjem za zaplete,
- posodobitev individualnih rehabilitacijskih načrtov pri uporabnikih z večjim tveganjem,
- interdisciplinarna obravnava zahtevnejših primerov,
- dodatno izobraževanje zaposlenih o prepoznavanju zgodnjih znakov tveganja ter preventivnih ukrepov,
- redno timsko usklajevanje strokovnih delavcev ob zaznanih odstopanjih,
- sistematično dokumentiranje in analiza vseh incidentov v skladu z notranjimi postopki poročanja o neželenih dogodkih.

Takšen pristop omogoča pravočasno prepoznavanje tveganj, učenje iz izkušenj ter stalno izboljševanje kakovosti in varnosti rehabilitacijske obravnave.

Podrobnejša analiza dogodkov z visokim tveganjem je predstavljena tudi v letnem strokovnem poročilu organizacije.

4.7 RAZVOJ IN IZVAJANJE INTERNEGA SISTEMA UPRAVLJANJA Z VARNOSTNIMI INCIDENTI

Organizacija ima vzpostavljen interni sistem za spremljanje, obvladovanje in preprečevanje varnostnih incidentov, ki temelji na načelih proaktivnega upravljanja tveganj, interdisciplinarnega sodelovanja ter stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti obravnave.

Sistem upravljanja z varnostnimi incidenti vključuje:

- sistematično prepoznavanje in ocenjevanje tveganj,
- izvajanje preventivnih ukrepov za zmanjševanje tveganj,
- evidentiranje in analizo varnostnih incidentov,
- izvajanje korektivnih in preventivnih ukrepov,
- redno strokovno obravnavo dogodkov na strokovnih sestankih.

Poseben poudarek je namenjen **proaktivnemu upravljanju tveganj**, saj organizacija sistematično ocenjuje tveganja tako na ravni posameznega uporabnika kot tudi na ravni posameznih rehabilitacijskih dejavnosti.

Pri tem organizacija uporablja strukturiran sistem ocenjevanja tveganj, ki temelji na **matriki tveganja (verjetnost × posledice)**, kar omogoča enotno in transparentno ocenjevanje tveganj ter določanje ustreznih preventivnih ukrepov.

Takšen pristop omogoča pravočasno prepoznavanje tveganjih situacij ter sistematično načrtovanje preventivnih in zaščitnih ukrepov v procesu rehabilitacije.

Poseben poudarek je namenjen **proaktivnemu upravljanju tveganj**, saj organizacija sistematično ocenjuje tveganja tako na ravni posameznega uporabnika kot tudi na ravni posameznih rehabilitacijskih dejavnosti.

Pri ocenjevanju tveganj organizacija uporablja **standardiziran model ocenjevanja tveganja (verjetnost × posledice)**, ki temelji na matriki tveganja in omogoča enotno ter transparentno ocenjevanje tveganjih situacij ter načrtovanje ustreznih preventivnih ukrepov.

Tveganja so glede na stopnjo razvrščena v naslednje kategorije:

- zelo majhno tveganje,
- majhno tveganje,
- zmerno tveganje,
- visoko tveganje,
- nesprejemljivo tveganje.

Pri tveganjih z zelo hudimi posledicami (npr. življenjska ogroženost) se tveganje obravnava kot visoko tudi v primerih nizke verjetnosti dogodka, kar zagotavlja dodatno stopnjo varnostnega nadzora.

4.7.1 POROČILO O SPREMLJANJU, ANALIZI IN UKREPIH V PRIMERU VARNOSTNIH INCIDENTOV

V centru spodbujamo kulturo varnosti, ki temelji na odprtem poročanju o neželenih dogodkih in učenju iz izkušenj. Zaposleni so spodbujeni k prijavljanju dogodkov in tveganj brez strahu pred obtoževanjem, saj je namen obravnave dogodkov predvsem razumevanje vzrokov ter uvajanje ukrepov za preprečevanje ponovitve podobnih dogodkov.

V organizaciji se varnostni incidenti spremljajo in analizirajo v okviru vzpostavljenega sistema upravljanja tveganj. Sistem vključuje evidentiranje dogodkov, njihovo strokovno analizo ter oblikovanje ukrepov za preprečevanje ponovitve.

Varnostni incidenti lahko vključujejo:

- padce ali telesne poškodbe uporabnikov,
- zdravstvene zaplete (npr. epileptični napadi, nenadno poslabšanje zdravstvenega stanja),
- vedenjske izbruhe ali agresivno vedenje,
- socialno neprimerno ali spolno neprimerno vedenje,
- konflikte med uporabniki,
- dogodke, povezane z dezorientacijo ali odtavanjem uporabnika,
- druge dogodke, ki lahko ogrozijo varnost uporabnikov ali zaposlenih.

INDIVIDUALNA OCENA TVEGANJA UPORABNIKA

Za vsakega uporabnika se ob vključitvi v rehabilitacijski program izvede **celovita individualna ocena tveganja**, ki je sestavni del strokovne obravnave.

Ocena vključuje pregled tveganj na več področjih, med drugim:

- zdravstvena in telesna tveganja,
- psihološka in kognitivna tveganja,
- socialna in vedenjska tveganja,
- funkcionalna in okoljska tveganja.

Na podlagi ugotovljenih tveganj se pripravi **osebni varnostni načrt uporabnika**, ki vsebuje:

- opredelitev posameznih tveganj,
- oceno stopnje tveganja,
- načrt preventivnih in zaščitnih ukrepov,
- določitev odgovornih oseb za izvajanje ukrepov,
- časovni okvir izvajanja ukrepov.

V proces načrtovanja varnostnih ukrepov so vključeni tudi uporabniki in po potrebi njihovi svojci ali zakoniti zastopniki.

Ocene tveganja se redno posodablajo glede na spremembe zdravstvenega stanja, vedenja ali funkcionalnih sposobnosti uporabnika.

OCENA TVEGANJ PRI ORGANIZACIJI AKTIVNOSTI

Poleg individualnih ocen tveganja organizacija izvaja tudi **sistematične analize tveganja za vse večje skupinske aktivnosti in dogodke**, zlasti kadar se aktivnosti izvajajo izven prostorov organizacije.

Takšne analize se izvajajo za dejavnosti, kot so:

- športno-rehabilitacijske aktivnosti,
- pohodi in druge gibalne aktivnosti v zunanjem okolju,
- športne in družabne prireditve,
- promocijski dogodki in sodelovanje na javnih prireditvah,
- večdnevne aktivnosti (npr. letovanja).

Analiza tveganja vključuje:

- identifikacijo možnih nevarnosti,
- oceno verjetnosti in možnih posledic dogodkov,
- opredelitev preventivnih ukrepov,
- določitev odgovornih oseb za izvajanje ukrepov.

Na primer, pri organizaciji zunanjih aktivnosti se ocenjujejo tveganja, povezana z:

- poškodbami zaradi padcev ali zdrsov,
- prometno varnostjo,
- zdravstvenimi zapleti uporabnikov,
- agresivnimi ali vedenjskimi izbruhi,
- dezorientacijo ali izgubo uporabnika,
- vremenskimi razmerami in okoljskimi vplivi.

Na podlagi analiz se določijo ustrezni preventivni ukrepi, kot so:

- ustrezno razmerje med zaposlenimi in uporabniki,
- vnaprejšnja priprava zaposlenih na izvajanje aktivnosti,
- jasno določene naloge spremljevalcev,
- zagotavljanje ustrezne opreme,
- stalno spremljanje počutja in stanja uporabnikov,
- pripravljenost na ukrepanje v primeru nujnih situacij.

ANALIZA INCIDENTOV IN IZBOLJŠAVE

V primeru varnostnega incidenta se dogodek evidentira in strokovno analizira. Analiza vključuje:

- opis dogodka,
- identifikacijo vzrokov dogodka,
- oceno stopnje tveganja,
- opredelitev korektivnih in preventivnih ukrepov.

Ugotovitve analiz se obravnavajo na strokovnih sestankih ter v okviru sistema upravljanja kakovosti.

Na podlagi analiz se izvajajo ukrepi za izboljšanje, kot so:

- prilagoditev individualnih rehabilitacijskih načrtov,
- dodatna strokovna obravnava uporabnikov z večjim tveganjem,
- izboljšanje organizacije posameznih aktivnosti,
- dodatno usposabljanje zaposlenih,
- posodobitev internih protokolov in varnostnih postopkov.

Takšen sistem omogoča **stalno spremljanje varnostnih tveganj, učenje iz izkušenj ter sistematično izboljševanje kakovosti in varnosti rehabilitacijskega procesa.**

ANALIZA INCIDENTOV V LETU 2025

V letu 2025 je bilo v organizaciji evidentiranih **14 dogodkov z visokim tveganjem**, v katere je bilo vključenih **8 uporabnikov**, kar predstavlja rahlo zmanjšanje v primerjavi z letom 2024, ko je bilo evidentiranih 16 dogodkov pri 11 uporabnikih.

Vsi prijavljeni dogodki so bili obravnavani v okviru sistema upravljanja tveganj v centru. Za posamezne dogodke so bili po analizi vzrokov sprejeti ustrezni korektivni ukrepi, kot so dodatna navodila zaposlenim, prilagoditev postopkov dela ali dodatna izobraževanja zaposlenih. Namen uvedenih ukrepov je zmanjševanje tveganj ter preprečevanje ponovitve podobnih dogodkov v prihodnje.

Sprejeti ukrepi so vključeni tudi v program izboljševanja kakovosti in varnosti za naslednje obdobje.

Večina dogodkov je bila povezana z **vedenjskimi in socialnimi zapleti**, ki so značilni za populacijo oseb po pridobljeni možganski poškodbi. Najpogosteje so bili zabeleženi:

- socialno neprimerno vedenje,
- verbalna agresivnost,
- posamezni padci brez hujših zdravstvenih posledic,
- posamezni primeri neupoštevanja varnostnih pravil.

V letu 2025 **ni bilo incidentov s fizično poškodbo uporabnika**, kar kaže na učinkovito izvajanje preventivnih ukrepov ter ustrezno strokovno obvladovanje tveganih situacij.

Analiza kaže, da se večina incidentov pojavlja pri posameznikih z več ponovitvami vedenjskih težav, kar potrjuje potrebo po:

- individualiziranih preventivnih ukrepov,
- pogostejšem spremljanju vedenjskih vzorcev,
- interdisciplinarni obravnavi uporabnikov z večjim tveganjem,
- stalnem razvoju socialnih in komunikacijskih veščin v rehabilitacijskem procesu.

TIPIČNA TVEGANJA PRI UPORABNIKIH

Tabela: tipična tveganja pri uporabnikih v rehabilitacijskem programu

Področje tveganja	Opis tveganja	Možne posledice	Preventivni ukrepi	Spremljanje
Padci in telesne poškodbe	zmanjšana ravnotežna kontrola, slabša koordinacija, motnje hoje	odrgnine, zvini, zlomi	ocena tveganja za padec, prilagoditev aktivnosti, ustrezna obutev, spremstvo zaposlenih	spremljanje med aktivnostmi, evidenca incidentov
Vedenjski izbruhi / agresivnost	impulzivnost, čustvena disregulacija po poškodbi možganov	konflikti, ogrožanje drugih uporabnikov ali zaposlenih	individualni pristop, trening socialnih veščin, jasna pravila vedenja, umirjanje in preusmerjanje	interdisciplinarna obravnava, evidenca incidentov
Socialno neprimerno vedenje	neustrezna komunikacija, neupoštevanje socialnih norm	konflikti, socialna izključenost	trening socialnih veščin, strukturirane skupinske aktivnosti, podporno okolje	spremljanje vedenja v skupini
Epileptični napadi	epilepsija kot posledica poškodbe možganov	poškodbe, zdravstveni zapleti	poznavanje zdravstvenega stanja uporabnika, protokol za epileptični napad, usposobljenost zaposlenih za prvo pomoč	spremljanje zdravstvenega stanja
Dezorientacija ali odtavanje	kognitivne motnje, slabša orientacija	izguba uporabnika, nevarnost v prometu	nadzor uporabnikov, jasna navodila, spremljanje pri aktivnostih izven ustanove	spremljanje med aktivnostmi
Psihološke in čustvene težave	anksioznost, depresivno razpoloženje, frustracija	zmanjšana motivacija, konfliktno vedenje	psihosocialna podpora, individualni pogovori, prilagoditev aktivnosti	spremljanje v rehabilitacijskem timu
Zdravstveni zapleti	nenadno poslabšanje zdravstvenega stanja	potreba po zdravstveni oskrbi	spremljanje zdravstvenega stanja, usposobljenost zaposlenih za nujne postopke	evidenca zdravstvenih dogodkov
Tveganja pri zunanjih aktivnostih	športne aktivnosti, pohodi, dogodki izven centra	poškodbe, prometne nevarnosti	analiza tveganja za vsako aktivnost, zadostno število spremljevalcev, priprava uporabnikov	dokumentirana analiza tveganja
Neupoštevanje pravil in dogovorov	kognitivne in vedenjske težave	ogrožanje varnosti skupine	jasno določena pravila, individualno delo z uporabnikom	spremljanje vedenja
Utrujenost ali preobremenitev	zmanjšana telesna vzdržljivost	poslabšanje zdravstvenega stanja	prilagoditev intenzivnosti aktivnosti, počitek	spremljanje počutja uporabnika

Opređeljena tveganja predstavljajo osnovo za pripravo individualnih ocen tveganja uporabnikov ter za načrtovanje preventivnih ukrepov v okviru rehabilitacijskega procesa. Tveganja se redno spremljajo in po potrebi ponovno ocenjujejo v okviru interdisciplinarnega strokovnega tima.

MATRIKA OCENJEVANJA TVEGANJ

Pri ocenjevanju tveganj organizacija uporablja standardiziran model ocenjevanja tveganja, ki temelji na matriki tveganja (verjetnost × posledice). Model omogoča sistematično oceno stopnje tveganja ter določanje ustreznih preventivnih in zaščitnih ukrepov.

Verjetnost nastanka dogodka se ocenjuje na petstopenjski lestvici (od »zelo malo verjetno« do »zelo verjetno«), prav tako se na petstopenjski lestvici ocenjuje resnost možnih posledic (od »neznatne« do »katastrofalne«).

Na podlagi kombinacije verjetnosti in posledic se tveganje razvrsti v naslednje kategorije:

- zelo majhno tveganje
- majhno tveganje
- zmerno tveganje
- visoko tveganje
- nesprejemljivo tveganje

Matrika tveganja predstavlja osnovo za pripravo:

- individualnih ocen tveganja uporabnikov,
- osebnih varnostnih načrtov,
- analiz tveganja pri organizaciji aktivnosti,
- analiz varnostnih incidentov.

Slika: Matrika tveganja, ki se uporablja v sistemu upravljanja tveganj organizacije.

MATRICA TVEGANJA					
posledice \ verjetnost	neznatne	manjše	zmerne	resne	katastrofalne
zelo malo verjetno	1	2	3	4	13+
malo verjetno	2	4	6	8	13+
občasno	3	6	9	12	15
verjetno	4	8	12	16	20
zelo verjetno	5	10	15	20	25
Stopnja tveganja					
ZELO MAJHNA	MAJHNA	ZMERNNA	VISOKA	NESPREJEMLJIVO	

Vir: Interni dokument *Analiza tveganj in varnostni načrt*, Center Naprej.

Organizacija ima vzpostavljen sistem upravljanja tveganj, katerega temeljni dokument predstavlja **Register tveganj Centra Naprej**. Register omogoča sistematično prepoznavanje, ocenjevanje in obvladovanje tveganj, ki lahko vplivajo na varnost uporabnikov, zaposlenih ter kakovost izvajanja rehabilitacijskih storitev.

Tveganja se ocenjujejo s pomočjo standardizirane metodologije ocenjevanja tveganja (verjetnost × posledica) ter matrike tveganja. Na podlagi ocene tveganja se določajo ustrezni preventivni in korektivni ukrepi.

Register tveganj je povezan z:

- sistemom spremljanja varnostnih incidentov,
- analizami dogodkov z visokim tveganjem,
- kazalniki kakovosti,
- notranjimi presojami sistema kakovosti.

Register se redno pregleduje in posodablja najmanj dvakrat letno ter ob pomembnejših spremembah v organizaciji ali ob pojavu novih tveganj.

Namen registra tveganj je pravočasno prepoznati tveganja, oceniti njihovo stopnjo ter določiti ustrezne preventivne in korektivne ukrepe za zmanjševanje tveganj.

Tveganja se ocenjujejo po metodologiji:

Stopnja tveganja = verjetnost × posledica (V × P)

pri čemer se uporabljata petstopenjski lestvici:

Verjetnost:

- 1 – zelo malo verjetno
- 2 – redko
- 3 – občasno
- 4 – verjetno
- 5 – zelo verjetno

Posledice:

- 1 – neznatne
- 2 – manjše
- 3 – zmerne
- 4 – resne
- 5 – katastrofalne

Na podlagi izračuna se tveganja razvrstijo v naslednje kategorije:

- zelo majhno tveganje,
- majhno tveganje,
- zmerno tveganje,
- visoko oziroma kritično tveganje.

Posebno pravilo velja za tveganja z **možnimi katastrofalnimi posledicami**, ki se obravnavajo kot visoka ne glede na izračunano vrednost.

KLJUČNA TVEGANJA V REHABILITACIJSKEM PROCESU

Na podlagi analize incidentov, strokovnih izkušenj zaposlenih ter spremljanja rehabilitacijskega procesa so bila v letu 2025 prepoznana naslednja ključna področja tveganj:

Področje	Opis tveganja
Varnost uporabnikov	možnost padcev uporabnikov
Medosebni odnosi	verbalni konflikti ali agresivno vedenje
Vedenjske eskalacije	poskus fizične agresije
Prevoz uporabnikov	varnost pri vstopanju, izstopanju ali med vožnjo
Delovne aktivnosti	manjše poškodbe pri delovnih ali terapevtskih aktivnostih
Zdravstveni incidenti	nenadno poslabšanje zdravstvenega stanja uporabnika
Kadrovska tveganja	preobremenitev zaposlenih
Organizacijska tveganja	materialna škoda ob vedenjskih eskalacijah

Analiza dogodkov kaže, da so bila tveganja v večini primerov ustrezno obvladovana, pri čemer v letu 2025 **ni bilo incidentov s hujšimi telesnimi poškodbami uporabnikov.**

UKREPI ZA ZMANJŠEVANJE TVEGANJ

Za zmanjševanje tveganj organizacija izvaja različne preventivne ukrepe, med drugim:

- individualno oceno tveganja za vsakega uporabnika,
- pripravo osebnih varnostnih načrtov,
- analizo tveganj pri organizaciji zunanjih aktivnosti,
- redno strokovno obravnavo zahtevnejših primerov,
- usposabljanje zaposlenih za obvladovanje vedenjskih situacij,
- sistematično spremljanje in analizo incidentov.

Takšen sistem omogoča pravočasno prepoznavanje tveganj ter stalno izboljševanje varnosti in kakovosti rehabilitacijske obravnave.

Podrobnejša metodologija ocenjevanja tveganj in celoten register tveganj sta del dokumentiranega sistema kakovosti organizacije.

SPREMLJANJE IN POSODABLJANJE REGISTRA TVEGANJ

Register tveganj se redno spremlja in posodablja na podlagi:

- analiz varnostnih incidentov,
- spremljanja kazalnikov kakovosti,

- ugotovitev notranjih presoj,
- strokovnih obravnav na Komisiji za kakovost.

Dokument se praviloma pregleda najmanj **dvakrat letno**, ob pomembnejših dogodkih pa tudi izredno.

Takšen sistem omogoča organizaciji sistematično obvladovanje tveganj, izboljševanje varnosti uporabnikov ter stalno izboljševanje kakovosti rehabilitacijskega procesa.

4.8 IZVEDBA STROKOVNIH NADZOROV IN GLAVNE UGOTOVITVE (PREPOZNANA TVEGANJA, UKREPI)

V letu 2025 v organizaciji ni bilo izvedenih zunanjih strokovnih nadzorov s strani nadzornih institucij na področju zdravstvene dejavnosti.

Kljub temu organizacija sistematično spremlja kakovost in strokovnost izvajanja rehabilitacijskega programa z notranjimi strokovnimi pregledi, analizami kazalnikov kakovosti ter obravnavo morebitnih varnostnih incidentov. Strokovno spremljanje vključuje redne strokovne sestanke interdisciplinarnega tima, analizo posameznih primerov ter pregled izvajanja rehabilitacijskih postopkov in dokumentacije.

V okviru teh pregledov je bilo ugotovljeno, da rehabilitacijski proces poteka skladno s strokovnimi smernicami, internimi protokoli ter načeli individualno usmerjene rehabilitacije. Posebna pozornost je namenjena tudi prepoznavanju tveganj, povezanih z mobilnostjo uporabnikov, vedenjskimi težavami ter varnostjo pri izvajanju rehabilitacijskih aktivnosti.

Kot pomembna področja stalnega spremljanja so bila prepoznana predvsem:

- tveganje za padce pri uporabnikih z zmanjšano mobilnostjo,
- vedenjski in psihosocialni zapleti pri posameznih uporabnikih,
- zagotavljanje ustreznega dokumentiranja rehabilitacijskih postopkov,
- stalno usklajevanje dela interdisciplinarnega tima.

Na podlagi izvedenih strokovnih pregledov so bili izvedeni oziroma načrtovani naslednji ukrepi za zmanjševanje tveganj in izboljšanje kakovosti obravnave:

- nadaljnje sistematično spremljanje varnostnih incidentov,
- redno posodabljanje individualnih rehabilitacijskih načrtov uporabnikov,
- dodatna strokovna usposabljanja zaposlenih s področja nevrorehabilitacije,
- krepitev interdisciplinarnega sodelovanja in notranje komunikacije v strokovnem timu.

Izvajanje strokovnih nadzorov in notranjih strokovnih pregledov predstavlja pomemben element sistema zagotavljanja kakovosti v organizaciji, saj omogoča pravočasno prepoznavanje tveganj, izboljševanje strokovnega dela ter stalni razvoj rehabilitacijskega programa.

4.9 AKTIVNOSTI NAMENJENE OBVLADOVANJU BOLNIŠNIČNIH OKUŽB IN SMOTRNE RABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL (PREPOZNANA TVEGANJA, UKREPI)

Center Naprej ne izvaja bolnišnične zdravstvene dejavnosti, uporabniki v organizaciji niso hospitalizirani, prav tako se v okviru rehabilitacijskega programa ne izvaja predpisovanje ali zdravljenje s protimikrobnimi zdravili. Zaradi tega organizacija ne vodi posebnega programa za obvladovanje bolnišničnih okužb ali spremljanje smotrne rabe protimikrobnih zdravil, kot je to značilno za bolnišnične ustanove.

Kljub temu organizacija sistematično izvaja preventivne ukrepe za preprečevanje širjenja okužb ter zagotavljanje varnega in higiensko ustreznega okolja za uporabnike in zaposlene.

Med ključnimi aktivnostmi na tem področju so:

- dosledno izvajanje higienskih standardov v prostorih centra,
- redno razkuževanje površin, pripomočkov in rehabilitacijske opreme,
- izvajanje pravilnega razkuževanja rok zaposlenih in uporabnikov,
- uporaba osebne varovalne opreme v primerih povečanega tveganja za prenos okužb,
- redno prezračevanje prostorov ter zagotavljanje ustreznih sanitarnih pogojev,
- ozaveščanje zaposlenih o preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni.

Posebna pozornost je namenjena tudi preprečevanju širjenja sezonskih nalezljivih bolezni, pri čemer se ob pojavu respiratornih ali drugih okužb izvajajo dodatni preventivni ukrepi, kot so prilagoditev organizacije dela, začasne omejitve skupinskih aktivnosti ter doslednejše izvajanje higienskih ukrepov.

Na podlagi spremljanja stanja v letu 2025 niso bili zaznani izbruhi nalezljivih bolezni ali dogodki, ki bi kazali na povečano tveganje za širjenje okužb v organizaciji.

Z izvajanjem navedenih preventivnih ukrepov organizacija zagotavlja ustrezno obvladovanje tveganj za prenos okužb ter prispeva k varnemu okolju za izvajanje rehabilitacijskih storitev.

K izvajanju preventivnih ukrepov pomembno prispeva tudi redno strokovno usposabljanje zaposlenih, zlasti na področju preprečevanja okužb, pravilne higiene rok ter zagotavljanja varnega in higienskega okolja pri izvajanju rehabilitacijskih aktivnosti.

4.10 POVROTNE INFORMACIJE UPORABNIKOV – ANKETE, POHVALE, PRITOŽBE (UKREPI)

Center Naprej sistematično spremlja zadovoljstvo uporabnikov, njihovih svojcev in zaposlenih kot pomemben del sistema zagotavljanja kakovosti rehabilitacijskih storitev. Anketne vprašalnike o zadovoljstvu organizacija redno izvaja že od leta 2015, kar omogoča dolgoročno spremljanje trendov zadovoljstva ter prepoznavanje področij za izboljšave.

Povratne informacije predstavljajo pomemben vir informacij za oceno kakovosti obravnave, prepoznavanje morebitnih pomanjkljivosti ter načrtovanje ukrepov za izboljšanje delovanja organizacije.

Povratne informacije se zbirajo predvsem preko:

- letnih anket o zadovoljstvu uporabnikov,
- anket o zadovoljstvu svojcev,
- anket o zadovoljstvu zaposlenih,
- neposrednih predlogov, pohval ali pritožb uporabnikov in njihovih svojcev.

Rezultati analiz se obravnavajo na strokovnih sestankih ter predstavljajo pomembno izhodišče za nadaljnji razvoj rehabilitacijskega programa in izboljševanje kakovosti storitev.

REZULTATI ANKET O ZADOVOLJSTVU UPORABNIKOV

V letu 2025 je anketo o zadovoljstvu izpolnilo 41 uporabnikov Centra Naprej iz obeh organizacijskih enot. Rezultati kažejo na zelo visoko stopnjo zadovoljstva uporabnikov z različnimi vidiki delovanja centra.

Uporabniki so posebej visoko ocenili:

- odnos zaposlenih in podporo, ki jo prejmejo pri rehabilitaciji,
- rehabilitacijske programe (fizioterapija, delovna terapija, psihološka obravnava),
- spremljevalne aktivnosti in delovne aktivnosti,
- možnost sodelovanja pri odločanju ter spodbujanje samostojnosti.

Visoko je bilo izraženo tudi strinjanje s trditvijo, da uporabniki radi prihajajo v Center Naprej ter da želijo ostati vključeni v rehabilitacijski program.

Med odprtimi odgovori so uporabniki večinoma izražali pohvale za delo zaposlenih, podporo, ki jo prejema, ter za rehabilitacijske programe in aktivnosti v centru. Posamezni predlogi so se nanašali predvsem na organizacijo prevozov, raznolikost prehrane ter pogostost nekaterih spremljevalnih aktivnosti.

REZULTATI ANKET O ZADOVOLJSTVU SVOJCEV

Anketo o zadovoljstvu je v letu 2025 izpolnilo 23 svojcev uporabnikov. Rezultati kažejo na visoko stopnjo zadovoljstva s storitvami Centra Naprej in z načinom sodelovanja s svojci.

Svojci so visoko ocenili predvsem:

- odnos zaposlenih do uporabnikov,
- možnost komunikacije in sodelovanja z zaposlenimi,
- vključevanje svojcev v rehabilitacijski proces,
- varnost uporabnikov ter dostopnost in urejenost prostorov centra.

Med odprtimi odgovori so svojci izrazili več pohval za delo centra, strokovnost zaposlenih ter podporo uporabnikom. Podan je bil tudi posamezen predlog glede boljše informiranosti o organizaciji prevozov.

REZULTATI ANKET O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH

V letu 2025 je anketo o zadovoljstvu zaposlenih izpolnilo 29 zaposlenih. Rezultati kažejo na zelo visoko stopnjo zadovoljstva zaposlenih z različnimi vidiki dela v organizaciji.

Zaposleni so visoko ocenili predvsem:

- delovne pogoje in dostopnost delovnih pripomočkov,
- vzdušje v organizaciji in sodelovanje v timu,
- možnosti strokovnega razvoja,
- kakovost vodenja in podporo vodstva.

Velika večina zaposlenih je izrazila zadovoljstvo s svojim delovnim mestom ter ponos, da so zaposleni v Centru Naprej.

POHVALE, PRITOŽBE IN PREDLOGI

V letu 2025 je organizacija prejela več pohval uporabnikov, svojcev in zaposlenih, ki so se nanašale predvsem na:

- strokovno delo zaposlenih,
- podporo uporabnikom v procesu rehabilitacije,
- prijaznost in spoštljiv odnos zaposlenih,
- kakovost rehabilitacijskega programa.

Formalnih pritožb, ki bi zahtevale poseben postopek obravnave, v obravnavanem obdobju ni bilo zaznanih. Posamezni predlogi ali pripombe uporabnikov in svojcev so se nanašali predvsem na organizacijske vidike delovanja, kot so organizacija prevozov, informiranje ter raznolikost nekaterih aktivnosti.

UKREPI NA PODLAGI POV RATNIH INFORMACIJ

Na podlagi analiz povratnih informacij organizacija izvaja naslednje ukrepe za izboljšanje kakovosti:

- nadaljnje spodbujanje sodelovanja uporabnikov in svojcev pri oblikovanju rehabilitacijskih aktivnosti,
- izboljševanje informiranja uporabnikov in svojcev o poteku rehabilitacijskega programa,
- prilagajanje posameznih aktivnosti potrebam in zmožnostim uporabnikov,
- nadaljnje spremljanje zadovoljstva uporabnikov, svojcev in zaposlenih,
- vključevanje povratnih informacij v razvoj rehabilitacijskega programa.

Sistematično zbiranje in obravnava povratnih informacij pomembno prispeva k stalnemu izboljševanju kakovosti storitev, krepitvi sodelovanja z uporabniki ter razvoju rehabilitacijskega programa Centra Naprej.

POMEN POV RATNIH INFORMACIJ ZA RAZVOJ SISTEMA KAKOVOSTI

Spremljanje zadovoljstva uporabnikov, svojcev in zaposlenih je pomemben element sistema zagotavljanja kakovosti v organizaciji. Povratne informacije omogočajo organizaciji, da prepozna

potrebe uporabnikov, izboljšuje organizacijo dela ter razvija rehabilitacijske programe v skladu z načeli na uporabnika usmerjene obravnave.

Rezultati anket in drugih oblik povratnih informacij se redno vključujejo v analize kazalnikov kakovosti, obravnavajo na strokovnih sestankih ter služijo kot podlaga za načrtovanje nadaljnjih izboljšav rehabilitacijskega programa in organizacije dela.

4.11 USPOSABLJANJE ZAPOSLENIH S PODROČJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

V Centru Naprej je zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti tesno povezano z rednim strokovnim usposabljanjem in izobraževanjem zaposlenih. Namen usposabljanja je krepitev strokovnih kompetenc zaposlenih, izboljšanje varnosti uporabnikov ter zagotavljanje doslednega izvajanja strokovnih smernic, standardov kakovosti in preventivnih ukrepov v rehabilitacijskem procesu.

Usposabljanje zaposlenih predstavlja pomemben del sistema zagotavljanja kakovosti, saj omogoča prenos strokovnih znanj v prakso, izboljšuje usklajenost strokovnega dela ter prispeva k učinkovitejšemu prepoznavanju in obvladovanju tveganj pri delu z uporabniki.

V poročevalnem obdobju so bile izvedene naslednje aktivnosti s področja kakovosti in varnosti:

- izobraževanja o preprečevanju padcev in poškodb uporabnikov, vključno z oceno tveganja ter uporabo pripomočkov za varno gibanje,
- usposabljanja s področja preprečevanja okužb, vključno s praktičnimi delavnicami o pravilnem razkuževanju rok, razkuževanju pripomočkov za rehabilitacijo ter zagotavljanju ustreznih higienskih standardov v prostorih centra,
- usposabljanja o enotnem dokumentiranju in vodenju rehabilitacijskih načrtov znotraj centra, s poudarkom na zakonodajnih zahtevah ter sledljivosti strokovne dokumentacije,
- strokovna izobraževanja o kliničnih smernicah in standardih za delo z osebami po pridobljeni poškodbi možganov, vključno z obravnavo afazije, mobilnostjo ter funkcionalno rehabilitacijo,
- usposabljanja o poročanju neželenih dogodkov ter pomenu sistematičnega spremljanja varnostnih incidentov.

DOSEŽKI IN UGOTOVITVE

Izvedena usposabljanja so prispevala k izboljšanju strokovne usposobljenosti zaposlenih ter k večji doslednosti pri izvajanju rehabilitacijskih postopkov in preventivnih ukrepov.

Udeleženci izobraževanj so poročali o večji samozavesti pri izvajanju terapevtskih aktivnosti, boljšem poznavanju preventivnih ukrepov ter večji ozaveščenosti o pomenu spremljanja kazalnikov kakovosti in varnosti obravnave.

Redno strokovno izobraževanje zaposlenih pomembno prispeva k razvoju kulture kakovosti in varnosti v organizaciji ter k stalnemu izboljšanju kakovosti rehabilitacijskih storitev.

POMEN USPOSABLJANJA ZA RAZVOJ SISTEMA KAKOVOSTI

Usposabljanje zaposlenih predstavlja pomemben element sistema zagotavljanja kakovosti in varnosti v organizaciji. S stalnim strokovnim izobraževanjem zaposlenih organizacija krepi strokovne kompetence, izboljšuje usklajenost izvajanja rehabilitacijskih postopkov ter prispeva k učinkovitejšemu prepoznavanju in obvladovanju tveganj. Na ta način usposabljanje zaposlenih neposredno podpira doseganje ciljev kakovosti, izboljšuje varnost uporabnikov ter prispeva k stalnemu razvoju rehabilitacijskega programa.

Izobraževanja zaposlenih so bila v letu 2025 načrtovana in izvajana v skladu z razvojnimi cilji organizacije ter potrebami rehabilitacijskega programa. Poleg usposabljanj s področja kakovosti in varnosti so se zaposleni udeleževali tudi strokovnih izobraževanj, konferenc in strokovnih srečanj s področja nevrorehabilitacije ter drugih sorodnih področij, kar prispeva k prenosu sodobnih strokovnih spoznanj v rehabilitacijsko prakso. Sistematičen pristop k izobraževanju zaposlenih pomembno prispeva k razvoju strokovnih kompetenc, krepitvi interdisciplinarnega sodelovanja ter ohranjanju visoke kakovosti storitev Centra Naprej.

4.12 NAČRT ZA IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV

Na podlagi analiz kazalnikov kakovosti, rezultatov notranjih presoj, spremljanja varnostnih incidentov ter povratnih informacij uporabnikov, svojcev in zaposlenih organizacija redno načrtuje aktivnosti za nadaljnje izboljševanje kakovosti in varnosti rehabilitacijskega programa.

Načrtovani ukrepi za nadaljnje obdobje vključujejo predvsem:

1. nadaljnje redno izvajanje strokovnih usposabljanj zaposlenih vsaj enkrat letno na področju kakovosti in varnosti obravnave uporabnikov,
2. dopolnjevanje izobraževalnih vsebin z novimi strokovnimi smernicami in dobrimi praksami na področju nevrorehabilitacije,
3. uvajanje praktičnih delavnic ter strokovnih razprav za izboljšanje obvladovanja tveganj in preprečevanja neželenih dogodkov,
4. redno spremljanje učinkovitosti izvedenih usposabljanj ter evalvacijo pridobljenega znanja zaposlenih,
5. nadaljnje sistematično spremljanje kazalnikov kakovosti, varnostnih incidentov ter povratnih informacij uporabnikov in svojcev.

S kontinuiranim razvojem sistema kakovosti, strokovnim usposabljanjem zaposlenih ter rednim spremljanjem rezultatov rehabilitacijskega programa organizacija zagotavlja visoko raven strokovnosti, varnosti in kakovosti obravnave uporabnikov ter podpira stalno izboljševanje rehabilitacijskih storitev.

Načrt izboljševanja kakovosti se redno posodablja na podlagi rezultatov spremljanja kazalnikov kakovosti, analiz varnostnih incidentov ter povratnih informacij uporabnikov, svojcev in zaposlenih.

ZAKLJUČEK - SKUPNA OCENA SISTEMA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

V letu 2025 je organizacija nadaljevala z razvojem in nadgradnjo sistema zagotavljanja kakovosti in varnosti na področju rehabilitacijske obravnave oseb s pridobljeno možgansko poškodbo.

Sistem kakovosti temelji na rednem spremljanju kazalnikov kakovosti, izvajanju notranjih presoj, analizah varnostnih dogodkov, strokovnem sodelovanju interdisciplinarnega tima ter stalnem strokovnem izobraževanju zaposlenih. Pomemben element razvoja kakovosti predstavlja tudi izvajanje evropskega standarda EQUASS, ki organizaciji omogoča sistematično spremljanje rezultatov ter stalno izboljševanje storitev.

Analiza zbranih podatkov in ugotovitev iz notranjih pregledov kaže stabilno in strokovno izvajanje rehabilitacijskega programa ter ustrezno obvladovanje tveganj pri delu z uporabniki. Posebna pozornost je namenjena zagotavljanju varnosti uporabnikov, individualiziranemu pristopu v rehabilitaciji ter podpori uporabnikom pri doseganju njihovih osebnih ciljev in ponovni vključitvi v vsakdanje življenje.

Ugotovitve analiz, notranjih presoj in strokovnih razprav predstavljajo pomembno podlago za načrtovanje nadaljnjih razvojnih usmeritev organizacije, zlasti na področju:

- nadgradnje sistema spremljanja kakovosti in varnosti,
- nadaljnega razvoja rehabilitacijskega programa,
- strokovnega izobraževanja zaposlenih,
- krepitev interdisciplinarnega sodelovanja,
- vključevanja uporabnikov in svojcev v proces načrtovanja ter evalvacije storitev.

Posebna pozornost je namenjena zagotavljanju varnosti uporabnikov, individualiziranemu pristopu v rehabilitaciji ter podpori uporabnikom pri doseganju njihovih osebnih ciljev in ponovni vključitvi v vsakdanje življenje.

Na podlagi navedenega organizacija ocenjuje, da sistem kakovosti in varnosti v letu 2025 deluje stabilno ter predstavlja dobro osnovo za nadaljnji razvoj kakovostnih in varnih rehabilitacijskih storitev.

Pripravili:

Direktorica Centra Naprej Maribor:

Jasna Vešligaj Damiš, univ. dipl. psih

Strokovna delavka:

Metka Miško, dipl. med.