

Naprej, Center za osebe
s pridobljeno možgansko poškodbo

LETNI NAČRT KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZA LETO 2026

| | |
|---|--|
| Izvajalec: | Naprej, Center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo |
| Sedež: | Ulica heroja Jevtiča 9, 2000 Maribor |
| Odgovorna oseba: | Jasna Vešligaj Damiš, univ. dipl. psih., direktorica |
| Vodja kakovosti: | Larisa Feguš, dipl. med. ses. |
| Pooblaščenka za varnost pacientov: | Lara Plajh, mag. psihosoc. svet. |
| Dokument velja za: | leto 2026 |
| Datum sprejema: | Februar 2026 |
| Kraj: | Maribor, februar 2026 |

1. Izhodišča za načrt 2026

Letni načrt kakovosti in varnosti za leto 2026 temelji na ugotovitvah Programa in letnega poročila o kakovosti in varnosti za leto 2025 ter upošteva veljavne zakonske in podzakonske akte s področja zagotavljanja kakovosti v zdravstvu.

1.1 Pravne podlage

- Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu – ZZKZ (Uradni list RS, št. 102/2024)
- Pravilnik o zahtevah za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 39/25 in 41/25 – popr.)
- Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja za leto 2026 z metodološkimi navodili za kazalnike kakovosti
- Smernice za vzpostavitev modela kakovosti in varnosti pri izvajalcih socialnovarstvenih storitev (MSP)
- Zakon o pacientovih pravicah – ZPacP
- Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej

1.2 Ugotovitve iz poročila 2025

Na podlagi Programa in letnega poročila o kakovosti in varnosti za leto 2025 so bile ugotovljene naslednje ključne ugotovitve:

Pozitivne ugotovitve:

- Stabilno delovanje sistema kakovosti in varnosti – vzpostavljena struktura, odgovornosti in procesi
- Pozitiven trend na področju varnosti: brez incidentov s hujšimi telesnimi poškodbami
- 100 % individualiziranih rehabilitacijskih načrtov (INR) pri vseh vključenih uporabnikih
- Visoko zadovoljstvo uporabnikov (41 anketirancev), svojcev (23) in zaposlenih (29)
- Redno strokovno izobraževanje zaposlenih s področja kakovosti in varnosti
- Sistematičen register tveganj in evidenca varnostnih incidentov

Razvojne usmeritve 2026

1. Nadgradnja komunikacije s svojci

Sistem sodelovanja s svojci je v organizaciji dobro razvit in vključuje timske sestanke, skupino za svojce, tematska in družabna srečanja ter redno telefonsko obveščanje. V letu 2026 bomo sistem dopolnili z vizualnim imenikom zaposlenih z imeni in fotografijami, ki bo svojcem dostopen ob prihodu v ustanovo. S tem odgovarjamo na izraženo željo svojcev po lažjem prepoznavanju celotnega tima, hkrati pa ohranjamo rehabilitacijski pristop, po katerem uporabniki imena zaposlenih usvajajo v okviru kognitivnega treninga in rehabilitacije s ciljem ohranjanja spomina.

2. Nadgradnja protokolov pri vedenjskih izzivih

Sistem obvladovanja vedenjskih tveganj je v organizaciji vzpostavljen na visoki ravni. Obrazec za analizo tveganja je bil v preteklem letu posodobljen in nadgrajen. V letu 2026 bomo dodatno dodelali protokole pri agresivnem vedenju, čeprav je tovrstnih situacij malo – incidentov s poškodbami v preteklem letu ni bilo.

Večina izzivov se nanaša na vedenjske in čustvene težave ter upoštevanje pravil, ki jih uspešno rešujemo z obstoječimi pristopi brez eskalacij.

3. Krepitev vidnosti cikla izboljšav

Demingov krog izboljšav je v organizaciji sistematično vpeljan: letne evalvacije programov, ocenjevanje ciljev s strani uporabnikov, uvajanje novosti in njihovo sledenje z namenskim obrazcem. V letu 2026 bomo pozornost namenili jasnejšemu dokumentiranju zaključkov tega cikla – zlasti temu, da bo iz zapisov razvidno, kateri predlogi so bili sprejeti in implementirani, kateri zavrjeni in zakaj. Cilj je, da ta proces postane transparentno viden tudi zunanjim ocenjevalcem.

4. Nadaljevanje digitalizacije dokumentacije

Organizacija razpolaga z obsežnim naborom dokumentov tako v digitalni kot papirni obliki. V letu 2026 bomo nadaljevali z načrtno digitalizacijo dokumentacije z namenom večje sledljivosti in preglednosti. Posebno pozornost bomo namenili vzpostavitvi enotnega sistema vodenja dokumentov, ki bo zunanjim ocenjevalcem in notranjim uporabnikom omogočal lažji pregled nad celotnim gradivom.

1.3 Posebni kadrovski pogoji za leto 2026

Z letom 2026 je prišlo do spremembe na področju odgovornosti za varnost pacientov. Na mesto Metke Miško, ki ni več zaposlena v Centru Naprej, je bila na podlagi ZZKZ (43.–45. člen) za pooblaščenko za varnost pacientov imenovana Lara Plajh, mag. psihosoc. svet. Imenovanje je skladno z zakonom, ki ne zahteva posebnega poklicnega profila, temveč kompetence s področja varnosti.

V skladu s Pravilnikom o zahtevah za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc (Ur. l. RS, št. 39/2025) bo Lara Plajh opravila obvezno usposabljanje s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu. Ker agencija JAKZ programa usposabljanja do danes še ni pripravila in usposabljanje ni bilo razpisano, bo pooblaščenka vključena v izobraževanje takoj, ko bo to mogoče. Potrdilo bo hranjeno v evidenci usposabljanj.

Podatki o pooblaščenki bodo objavljeni v prostorih zavoda in na spletni strani ter posredovani JAKZ, kot to zahteva zakon.

2. Struktura upravljanja kakovosti in varnosti

Sistem kakovosti in varnosti v Centru Naprej temelji na jasno opredeljenih vlogah in odgovornostih v skladu z ZZKZ (7., 9. in 16. člen).

| Vloga | Oseba | Ključne naloge |
|--|---|---|
| Odgovorna oseba / Direktorica | Jasna Vešligaj Damiš, univ. dipl. psih. | Končna odgovornost za vzpostavitev in delovanje sistema kakovosti in varnosti |
| Vodja kakovosti / Predstavniki vodstva za kakovost | Larisa Feguš, dipl. med. ses. | Koordinacija sistema kakovosti, spremljanje kazalnikov, priprava letnega načrta in poročila, koordinacija izboljšav in notranjih presoj |
| Pooblaščenka za varnost pacientov | Lara Plajh, mag. psihosoc. svet. | Spremljanje in obravnava varnostnih incidentov, analiza tveganj, predlaganje preventivnih ukrepov, spodbujanje kulture varnosti |

| Vloga | Oseba | Ključne naloge |
|---------------------------------|---|--|
| Komisija za kakovost in varnost | Larisa Feguš, Anja Ejlec, Mojca Gečević | Strokovno-posvetovalno telo vodstva: obravnava incidentov, predlogi ukrepov, analiza kazalnikov, priprava poročila. Sestaja se najmanj 2–4x letno. |

3. Strateški cilji kakovosti in varnosti za leto 2026

Strateški cilji za leto 2026 so usmerjeni v nadgradnjo že vzpostavljenega sistema ter krepitev analitičnega pristopa, večje vključenosti uporabnikov in svojcev ter kulture kakovosti.

| Strateški cilj | Opis nadgradnje glede na 2025 |
|---|---|
| Zmanjševanje tveganj za varnost uporabnikov | Prehod od splošnega beleženja k sistematičnemu delu z uporabniki z večjim tveganjem; mesečni pregled incidentov |
| Nadgradnja sistema kazalnikov | Od zbiranja podatkov k analitiki; polletna analiza trendov; vidne izboljšave iz podatkov |
| Kakovost individualizirane rehabilitacije | Povečanje kakovosti INR (ne le obstoj); SMART cilji; redna evalvacija; aktivno vključevanje uporabnika |
| Večja vključenost svojcev | Strukturirana komunikacija, informativni paket, tematske delavnice, vsaj 2 skupinski srečanja letno |
| Krepitev kulture kakovosti | Spodbujanje neobtožujoče kulture poročanja; redni sestanki komisije; vidnost izboljšav |
| Sistematičen razvoj kompetenc zaposlenih | Letni plan izobraževanj; fokus na vedenjskih izzivih, varnosti in komunikaciji; 100 % vključenost |
| Ohranjanje in nadgradnja EQUASS | Redni pregledi dokumentacije in SOP; priprava na naslednjo presojo; sledenje priporočilom |

4. Letni operativni cilji 2026

4.1 Varnost uporabnikov

| Element | Vsebina |
|----------------------|--|
| Cilj | Dodatno zmanjšanje števila incidentov, zlasti vedenjskih; 100 % analiza vsakega incidenta |
| Kazalniki | Število incidentov na uporabnika; število ponovitev pri istih uporabnikih; delež analiziranih incidentov |
| Ciljna vrednost 2026 | Zmanjšanje incidentov za 10–15 % glede na 2025; 100 % analiziranih incidentov |
| Ukrepi | Sistematično spremljanje uporabnikov z večjim tveganjem; mesečni pregled incidentov; »case review« na timskih sestankih; razvoj individualnih vedenjskih načrtov za rizične uporabnike |
| Odgovorna oseba | Lara Plajh (pooblaščenka za varnost pacientov); strokovni tim |
| Način spremljanja | Mesečno in kvartalno; letno poročilo |

4.2 Upravljanje tveganj

| Element | Vsebina |
|----------------------|--|
| Cilj | Izboljšati sistematično upravljanje tveganj; digitalizacija registra tveganj |
| Kazalniki | Število posodobitev registra tveganj; delež uporabnikov z aktualno oceno tveganja; število izvedenih analiz tveganj aktivnosti |
| Ciljna vrednost 2026 | 2 letni reviziji registra (Q1 in Q3); 100 % uporabnikov z aktualno oceno tveganja |
| Ukrepi | Digitalizacija registra tveganj; standardiziran obrazec za analizo tveganj; uvedba tveganj po dejavnostih / skupinah |
| Odgovorna oseba | Lara Plajh; Komisija za kakovost |
| Način spremljanja | Kvartalno; pregled na Komisiji za kakovost |

4.3 Kakovost individualizirane rehabilitacije (INR)

| Element | Vsebina |
|----------------------|--|
| Cilj | Povečati kakovost INR – ne le obstoj, temveč merljivost in evalvacija ciljev |
| Kazalniki | Delež INR z jasno merljivimi (SMART) cilji; delež evalviranih ciljev; zadovoljstvo uporabnika z INR |
| Ciljna vrednost 2026 | 100 % INR; vsaj 80 % ciljev jasno merljivih; polletna evalvacija ciljev |
| Ukrepi | Uvedba standarda za zapis ciljev (SMART pristop); delavnica za tim; aktivnejše vključevanje uporabnika pri postavljanju ciljev |
| Odgovorna oseba | Lara Plajh; strokovni tim |
| Način spremljanja | Pregled vzorca dokumentacije 2x letno |

4.4 Sodelovanje in informiranost svojcev

| Element | Vsebina |
|----------------------|---|
| Cilj | Izboljšati informiranost in strukturirano vključenost svojcev v rehabilitacijski proces |
| Kazalniki | Število organiziranih srečanj s svojci; delež uporabnikov z vsaj enim kontaktom s svojci; zadovoljstvo svojcev (anketa) |
| Ciljna vrednost 2026 | Vsaj 2 skupinski srečanja letno (Q2 in Q4); 100 % vsaj 1 kontakt na pol leta |
| Ukrepi | Priprava »informativnega paketa za svojce«; ohranjanje sodelovanja na timskih sestankih, pisna obvestila o dogodkih in aktivnostih v centru, e-obveščanje |
| Odgovorna oseba | Strokovni tim; vodstvo; Lara Plajh; Mojca Gečević |
| Način spremljanja | Evidenca srečanj; anketa zadovoljstva |

4.5 Zadovoljstvo uporabnikov

| Element | Vsebina |
|---------|---------|
|---------|---------|

| Element | Vsebina |
|----------------------|--|
| Cilj | Ohraniti visoko zadovoljstvo in sistematično uporabiti podatke za izboljšave |
| Kazalniki | Povprečna ocena zadovoljstva; število prejetih predlogov; delež realiziranih ukrepov na podlagi povratnih informacij |
| Ciljna vrednost 2026 | Povprečna ocena vsaj 4,2 / 5; akcijski načrt na podlagi ankete |
| Ukrepi | Analiza ankete z obveznim akcijskim načrtom; sprotno zbiranje povratnih informacij; vidno prikazovanje izvedenih izboljšav |
| Odgovorna oseba | Vodstvo; Larisa Feguš, Lara Plajh, Maša Tome, psihologinja |
| Način spremljanja | Letna anketa (november/ december); sprotno |

4.6 Usposabljanje zaposlenih

| Element | Vsebina |
|----------------------|--|
| Cilj | Sistematičen razvoj kompetenc s področja kakovosti in varnosti |
| Kazalniki | Število izvedenih izobraževanj; delež vključenih zaposlenih; evalvacija znanja |
| Ciljna vrednost 2026 | Vsaj 3 izobraževanja letno; 100 % zaposlenih vključenih |
| Obvezne vsebine | Varnost pacientov: padci, incidenti, transferji, pravilni pristopi ter poročanje o varnostnih incidentih; higiena rok in preprečevanje okužb; TPO; prevozi uporabnikov s službenimi vozili |
| Priporočene vsebine | Nevrorehabilitacija; varstvo osebnih podatkov; analiza tveganj; obvladovanje vedenjskih izzivov; rokovanje z odpadki; postavljanje ciljev po SMART metodi |
| Oblike izobraževanj | Interne delavnice; simulacije; strokovna predavanja; e-učenje; študije primerov |
| Odgovorna oseba | Vodstvo; Lara Plajh; komisija |

5. Akcijski načrt 2026 po mesecih

Spodnja preglednica prikazuje ključne aktivnosti po mesecih z odgovornimi osebami in pričakovanimi rezultati. Aktivnosti se izvajajo v okviru rednega dela, sej Komisije za kakovost in timskih sestankov.

| Mesec | Fokus / tema | Ključne naloge | Odgovorni | Rezultat / izhod |
|----------------|--|---|--------------------------------|---|
| JANUAR - MAREC | Vzpostavitev sistema za 2026 | Finalizacija letnega načrta kakovosti; plan spremljanja kazalnikov; plan analiz incidentov; letni plan izobraževanj; potrditev načrta na Komisiji; imenovanje odgovornih oseb | Larisa F. / Komisija / Vodstvo | Potrjen letni načrt; plan izobraževanj; plan kazalnikov |
| APRIL | Sistem tveganj, analiza tveganja za uporabnike | Posodobitev registra tveganj; enotni obrazec za oceno tveganja; posodobitev ocen za vse uporabnike; določitev | Lara P. / Komisija / Tim | Posodobljen register tveganj; enotni obrazec |

| Mesec | Fokus / tema | Ključne naloge | Odgovorni | Rezultat / izhod |
|-------------------|--|---|---|---|
| | | pomembnih tvegan in opredelitev intervencij za zmanjšanje teveganj; interna delavnica o prepoznavanju tveganj | | |
| APRIL | Analiza incidentov (Q1) | Analiza incidentov Q1; obravnava na Komisiji; uvedba individualnih načrtov za rizične uporabnike; trening obvladovanja vedenjskih situacij | Lara P. / Komisija / Tim | Poročilo o incidentih Q1; ukrepi |
| MAREC - JUNIJ | Kakovost dokumentacije | Pregled vzorca dokumentacije (INR, zapisi, incidenti); smernice za zapis SMART ciljev; delavnica za tim; izboljšava zapisov INR | Vodstvo / Komisija / Tim | Smernice za INR; popravljene zapisi |
| MAJ | Sodelovanje s svojci | Priprava informativnega paketa za svojce; pregled povratnih informacij iz 2025; 1. skupinsko srečanje s svojci; | Tim / Vodstvo | Informativni paket; izvedeno srečanje |
| JUNIJ | Notranja presoja | Organizacija in izvedba notranje presoje (SOP, varnost, dokumentacija, incidenti); pregled priporočil EQUASS; seznam izboljšav | Vodstvo / Komisija | Zapisnik presoje; seznam izboljšav |
| JULIJ | Polletna analiza kazalnikov | Polletno poročilo o kazalnikih; analiza trendov (incidenti, INR); sprejem ukrepov vodstva | Komisija / Vodstvo | Polletno poročilo; ukrepi |
| AVGUST | Implementacija izboljšav | Izvajanje ukrepov iz polletne analize; kratka interna izobraževanja (refresh): varnost, higiena, incidenti | Komisija / Tim / Vodstvo | Izvedeni ukrepi; evidenca izobraževanj |
| SEPTEMBER | Interna izobraževanja (refresh) | Kratka interna izobraževanja za zaposlene: varnost pri delu, higiena rok, poročanje o incidentih, obvladovanje vedenjskih izzivov; pregled aktualnih priporočil | Lara Plajh; Komisija / Tim | Evidenca izobraževanj; osveženo znanje zaposlenih |
| OKTOBER | Analiza incidentov (Q3) + simulacije | Analiza incidentov Q3; ukrepi Komisije; simulacije (nujna stanja, incidenti, vedenjski izzivi) | Lara P. / Komisija / Tim | Poročilo Q3; evidenca simulacij |
| NOVEMBER | Kazalniki Q3 in priprava ankete | Analiza kazalnikov Q3; priprava ankete o zadovoljstvu (orodje, vprašalnik) | Komisija / Mojca G. / Maša T. / Vodstvo | Poročilo Q3; pripravljena anketa |
| NOVEMBER-DECEMBER | Anketa zadovoljstva + začetek poročila | Izvedba ankete o zadovoljstvu uporabnikov, svojcev in zaposlenih; analiza rezultatov; začetek priprave letnega poročila; 2. srečanje s svojci | Maša T. / Vodstvo / Tim / Larisa F. | Rezultati ankete; akcijski načrt |
| DECEMBER | Zaključek, | Priprava končnega letnega | Larisa F. / | Letno poročilo 2026; |

| Mesec | Fokus / tema | Ključne naloge | Odgovorni | Rezultat / izhod |
|-------|---------------------|---|--------------------|------------------|
| | poročilo, plan 2027 | poročila o kakovosti 2026; ocena doseganja ciljev na Komisiji; usmeritve za 2027; posredovanje poročila JAKZ (rok: 31. 3. 2027) | Komisija / Vodstvo | smernice 2027 |

6. Stalne naloge skozi celo leto

Poleg mesečnih aktivnosti se skozi celo leto 2026 izvajajo naslednje stalne naloge:

| Odgovorni | Stalne naloge |
|--|--|
| Vodja kakovosti - Larisa Feguš | Redno spremljanje kazalnikov kakovosti; koordinacija sistema kakovosti; spremljanje izvajanja letnega načrta; poročanje vodstvu |
| Pooblaščenka za varnost pacientov - Lara Plajh | Redno zbiranje in beleženje varnostnih incidentov; vzdrževanje registra tveganj; javna dostopnost kontaktnih podatkov v skladu z ZZKZ |
| Komisija za kakovost | Najmanj 2–4 seje letno; analiza incidentov; predlogi izboljšav; pregled kazalnikov; priprava poročila |
| Strokovni tim | Izvajanje INR; dokumentiranje v skladu s standardi; poročanje o incidentih; udeležba na izobraževanjih |
| Vodstvo | Zagotavljanje pogojev za delovanje sistema kakovosti; sprejemanje ukrepov; javna objava kontaktnih podatkov pooblaščenke in letnega poročila |

7. Pregled kazalnikov kakovosti za 2026

Spodnja preglednica povzema ključne kazalnike kakovosti, ki se bodo sistematično zbirali in analizirali v letu 2026.

| Področje | Kazalnik | Ciljna vrednost 2026 | Frekvenca merjenja |
|----------------|---|------------------------------------|-----------------------------|
| Varnost | Število evidentiranih incidentov | ↓ 10–15 % glede na 2025 | Mesečno |
| Varnost | Delež analiziranih incidentov | 100 % | Ob vsakem incidentu |
| Varnost | Delež uporabnikov z aktualno oceno tveganja | 100 % | Ob vključitvi + posodobitev |
| Varnost | Delež zaposlenih z veljavnim usposabljanjem TPO | 100 % dipl. med. ses., celoten tim | Letno |
| Rehabilitacija | Delež INR z SMART cilji | ≥ 80 % | Letno |
| Rehabilitacija | Delež evalviranih INR ciljev | 100 % | Letno |
| Zadovoljstvo | Povprečna ocena zadovoljstva uporabnikov | ≥ 4,2 / 5 | Letno (november) |
| Zadovoljstvo | Povprečna ocena zadovoljstva svojcev | ≥ 4,2 / 5 | Letno (november) |
| Zadovoljstvo | Povprečna ocena zadovoljstva zaposlenih | ≥ 4,2 / 5 | Letno (november) |

| Področje | Kazalnik | Ciljna vrednost 2026 | Frekvenca merjenja |
|---------------|---|----------------------|--------------------|
| Usposabljanje | Število izvedenih izobraževanj | ≥ 3 letno | Letno |
| Usposabljanje | Delež zaposlenih vključenih v izobraževanja | 100 % | Letno |
| Tveganja | Število revizij registra tveganj | 2x letno | Q1 in Q3 |
| Svojci | Število skupinskih srečanj s svojci | ≥ 3 letno | Q2 in Q4 |

8. Poročanje in nadzor

| Oblika poročanja | Vsebina | Rok / pogostost | Prejemnik |
|---------------------------------|--|---------------------|-----------------------------------|
| Mesečni pregled incidentov | Beleženje in kratka analiza incidentov | Mesečno | Pooblaščenka za varnost pacientov |
| Kvartalna analiza incidentov | Podrobna analiza Q1, Q3; ukrepi | April, oktober | Komisija za kakovost |
| Kvartalno poročilo o kazalnikih | Analiza trendov, ukrepi | Q1, Q2, Q3, Q4 | Vodstvo, Komisija |
| Letna anketa zadovoljstva | Analiza + akcijski načrt | November / december | Vodstvo, strokovni tim |
| Letno poročilo o kakovosti | Celovito letno poročilo (ZZKZ) | Do 31. 3. 2027 | JAKZ, vodstvo, javna objava |
| Seje Komisije za kakovost | Vse vsebine s področja kakovosti | 2–4x letno | Komisija, vodstvo |

9. Javna objava

V skladu z ZZKZ Center Naprej na svoji spletni strani (www.center-naprej.si) javno objavi:

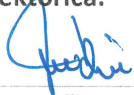
- kontaktne podatke pooblaščenke za varnost pacientov (Lara Plajh),
- kontaktne podatke vodje kakovosti (Larisa Feguš),
- letni načrt kakovosti in varnosti za tekoče leto,
- letno poročilo o kakovosti in varnosti za preteklo leto,
- informacije o postopku poročanja varnostnih incidentov,
- informacije o pravicah pacientov / uporabnikov.

Vse navedene objave se zagotovijo najpozneje do 30. julija 2026.

10. Sprejem dokumenta

Letni načrt kakovosti in varnosti za leto 2026 je bil sprejet na 1. seji, 10. februarja 2026.

Direktorica:




Jasna Vešligaj Damiš

Vodja kakovosti:



Larisa Feguš

Pooblaščenka za varnost
pacientov:



Lara Plajh

Center Naprej, Maribor, februar 2026

!naprej

Center za osebe s pridobljeno
možgansko poškodbo
Ulica heroja Jevtiča 9
SI - 2000 Maribor