

**CUDV ČRNA NA KOROŠKEM**

**PROGRAM IN LETNO POROČILO  
KAKOVOST IN VARNOST**

**za leto 2025**

**Izvajalec zdravstvene dejavnosti: CUDV ČRNA NA KOROŠKEM**

**Odgovorna oseba: JOŽE KROPIVNIK**

## **Osebna izkaznica izvajalca zdravstvene dejavnosti**

Ime: CENTER ZA USPOSABLJANJE, DELO IN VARSTVO ČRNA NA KOROŠKEM

Sedež: CENTER 144, ČRNA NA KOROŠKEM

Matična številka: 5055792000

Davčna številka: SI20966407

Telefon:02 87 040 00

Elektronska pošta:info@ cudverna.si

Spletna stran:https://www.cudverna.si

Datum ustanovitve:27.3.1968

Dejavnost - i:R87.200 Dejavnost nastanitvenih ustanov za oskrbo oseb, ki živijo z duševno motnjo ali zasvojenostjo ali jim je bila ta diagnosticirana

R:87.300 Dejavnost nastanitvenih ustanov za oskrbo starejših ali invalidov

Vodstvo: JOŽE KROPIVNIK,direktor

## KAZALO

1.	Zakonske in druge pravne podlage za pripravo programa in letnega poročila .....	4
2.	Struktura in odgovornosti.....	4
3.	Strategija kakovosti in varnosti.....	5
4.	Program in letni načrt za zagotovitev in izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov 8	
4.1	Letni cilji namenjeni izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov .....	9
4.2	Ugotovitve ob spremljanju kazalnikov kakovosti (trend, ukrepi za izboljšanje).....	9
4.2.1	(minimalne zahteve določene v Metodoloških navodilih za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (različica 3, julij 2025).....	10
4.2.2	Ostali kazalniki kakovosti (kazalniki izida, strukturni kazalniki, kazalniki procesov, ..., primerljivost, ukrepi) .....	11
4.3	Razvoj in uporaba kliničnih smernic/ kliničnih poti, standardno operativnih postopkov, dobrih praks, kodeksov .....	11
4.4	Poročilo o izvedenih notranjih presoajah zdravstvene dejavnosti (ukrepi na podlagi ugotovitev).....	12
4.5	Poročilo o izvajanju aktivnosti za pridobitev/ ohranitev akreditacijske listine (ukrepi na podlagi ugotovitev).....	12
4.6	Poročilo o morbiditetnih in mortalitetnih konferencah (ukrepi na podlagi ugotovitev).....	12
4.7	Razvoj in izvajanje internega sistema upravljanja z varnostnimi incidenti .....	12
4.7.1	Poročilo o spremljanju, analizi in ukrepih v primeru varnostnih incidentov... ..	12
4.8	Izvedba strokovnih nadzorov in glavne ugotovitve (prepoznana tveganja, ukrepi) ..	13
4.9	Aktivnosti namenjene obvladovanju bolnišničnih okužb in smotrne rabe protimikrobnih zdravil (prepoznana tveganja, ukrepi) .....	13
4.10	Povratne informacije uporabnikov – ankete, pohvale, pritožbe (ukrepi).....	14
4.11	Usposabljanje zaposlenih s področja kakovosti in varnosti .....	14
5.	Načrt za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov .....	15
5.1	Spremljanje, analiziranje, poročanje kazalnikov kakovosti s preventivnimi ukrepi ..	16
5.2	Preprečevanje in spremljanje varnostnih incidentov na področju upravljanja z zdravili .....	17
5.3	Preprečevanje in spremljanje poškodbe z ostrimi predmeti- število sporočenih poškodb z ostrimi predmeti .....	17
5.4	Upravljanje varnostnih incidentov .....	18

Program in letno poročilo zagotavljanja kakovosti in varnosti v zdravstvo je pripravljeno na podlagi pravnih podlag:

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

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

### ***2. Struktura in odgovornosti***

**Vodstvo - direktor** je odgovorna oseba za upravljanje, ravnanje in izvajanje programa kakovosti in varnosti uporabnikov. Skrbi za ustrezne vire, smernice in je vzpodbuda za spremembe.

**Vodja zdravstvene službe** je odgovorna za oblikovanje in izvajanje programa kakovosti, poročanje in analiziranje kazalnikov kakovosti ter izobraževanje zaposlenih preko internih in eksternih izobraževanj. Je predsednik Komisije za kakovost in varnost.

**Komisija za kakovost in varnost** načrtuje, spremlja in koordinira aktivnosti na področju kakovosti in varnosti celotnega CUDV-ja. Oblikuje, implementira nacionalne strokovne smernice in standarde storitev zdravstvene nege v vsakdanje delo na vseh enotah CUDV-ja, dislociranih stanovanjskih skupinah po celotni Koroški. Izboljšuje procese kakovosti in varnosti z oblikovanjem ustreznih korektivnih ukrepov.

**Pooblaščenec za varnost uporabnikov (pacientov)** imenuje direktor. Pooblaščenec spremlja in obravnava varnostne incidente, jih analizira in sodeluje pri sprejemanju korekcijskih in korektivnih ukrepov.

### **3. Strategija kakovosti in varnosti**

Center za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem (v nadaljevanju CUDV) je socialno varstveni zavod, ki je bil ustanovljen leta 1968. V CUDV Črna so vključeni otroci, mladostniki in odrasli z zmernimi, težjimi in težkimi motnjami v duševnem razvoju ter dodatnimi motnjami. Ob programih vzgoje in izobraževanja, institucionalnega varstva, vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji, izvajamo in zagotavljamo za naše uporabnike tudi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo kot del osnovne zdravstvene dejavnosti. V sklopu projekta deinstitucionalizacije naši uporabniki živijo v stanovanjskih skupinah v različnih krajih koroške regije in sicer v Radljah ob Dravi, Dravogradu, Črnečah, Slovenj Gradcu, Ravnah na Koroškem, Prevaljah, Mežici in v Črni na Koroškem. Osnovno zdravstveno oskrbo – osebnega zdravnika, uporabniki koristijo v okviru Zdravstvenega doma Radlje ob Dravi, Zdravstvenega doma Dravograd, Zdravstvenega doma Slovenj Gradec in Zdravstvenega doma Ravne na Koroškem. Zdravstvena postaja Črna na Koroškem.

Komisija za kakovost in varnost je ključni organ socialnovarstvenega zavoda CUDV Črna na Koroškem, imenovana s strani vodstva, ki predlog strategije zagotavljanja celovitega vodenja sistema kakovosti, vodi, koordinira, nadzira in izvaja strateške projekte na področju kakovosti, koordinira samoocenjevanje, koordinira presoje sistema kakovosti in načrtuje stalno izboljševanje sistema kakovosti.

Zdravstveni delavci in sodelavci pri svojem delu upoštevajo nacionalne klinične smernice, protokole in standarde ter druge postopke za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene obravnave in aktivnosti za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave uporabnikov. Prenos znanja med zdravstveni delavci in sodelavci ter prenos izkušenj je temeljna vrednota, ki jo zasledujemo.

Z kakovostno zdravstveno negovalna obravnava in rehabilitacijo dosledno dosegamo izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami. Pri uporabnikih dosegamo dolgoživost, kljub njihovim prirojenim duševnim motnjam in polimorbidnostim.

Za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave sledimo našim postavljenim strateškim ciljem:

**1. Strateški cilj:** Uresničevanje določil Zakona o zagotavljanju kakovosti in zdravstvu v delu, ki se nanaša na izvajalce zdravstvene dejavnosti. (7. člen ZZKZ):

1. določijo program in letni načrt za nenehno izboljševanje kakovosti, vključno z varnostjo pacientov;
2. imenujejo Komisijo za kakovost, predstavnika vodstva za kakovost in pooblaščenca za varnost pacientov;
3. vzpostavijo in vzdržujejo sistem vodenja kakovosti na podlagi minimalnih standardov, ki jih določi agencija, če niso certificirani ali akreditirani v skladu z 28. členom tega zakona;
4. posredujejo agenciji poročilo o akreditacijski ali certifikacijski presoji, če so akreditirani ali certificirani;
5. izvajajo zdravstvene obravnave v skladu s kliničnimi smernicami, izvajalci lekarniške dejavnosti pa v skladu s strokovnimi standardi, kodeksi in pravili dobrih praks;
6. oblikujejo, uvajajo in redno uporabljajo svoje klinične poti, izvajalci lekarniške dejavnosti pa standardne operativne postopke, ki so nujni del dokumentov kakovosti izvajalcev zdravstvenih storitev;
7. spremljajo kazalnike kakovosti in izide zdravljenja;
8. agenciji posredujejo podatke za analizo kazalnikov kakovosti na način, kot ga določi agencija;
9. vzpostavijo sistem obvladovanja varnostnih incidentov (sporočanje, analiza, ukrepi in sledenje učinkovitosti ukrepov);
10. vodijo evidence preprečljivih škodljivih dogodkov in opozorilnih nevarnih dogodkov in izvajajo ukrepe za izboljšave;
11. izvajajo razkritje preprečljivega škodljivega dogodka ali opozorilnega nevarnega dogodka pacientu ali njegovemu pooblaščenca ali ožjim družinskim članom in se opravičijo v primeru ugotovitve preprečljivega škodljivega dogodka ali opozorilnega nevarnega dogodka, ki ne pomeni priznanja krivde ali odgovornosti;
12. zagotavljajo podporo pacientom ali ožjim družinskim članom, ki so doživeli preprečljiv škodljiv dogodek ali opozorilni nevarni dogodek;
13. zagotavljajo psihološko podporo vpletenim v preprečljiv škodljiv dogodek ali opozorilni nevarni dogodek;
14. javno objavijo anonimizirane preventivne in korektivne ukrepe, sprejete oziroma uvedene na podlagi analize za nastanek preprečljivih škodljivih dogodkov ali opozorilnih nevarnih dogodkov, ki jih določi agencija;
15. zagotavljajo stalen razvoj in merjenje kulture varnosti;
16. zagotavljajo stalno izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na paciente, vključno z izvajanjem razvojnih projektov za izboljševanje kakovosti;

17. zagotavljajo redno usposabljanje vseh zaposlenih s področja kakovosti, pri čemer vsebino usposabljanja določi agencija;

18. obveščajo strokovno in splošno javnost ter organizacije pacientov o analizah rezultatov kazalnikov kakovosti z objavami na svoji spletni strani;

19. izvajajo druge naloge na področju kakovosti, kot jih določi agencija.

## **2. Strateški cilj: Uresničevanje temeljnih načel kakovosti:**

Z načelom **učinkovitosti** zagotavljati kakovostne storitve zdravstveno negovalne obravnave in optimizacijo razmerja med izidom zdravstveno negovalne obravnave in nastalimi stroški. Sledenju načelo **uspešnosti in osredotočenosti** na uporabnika z doseganjem standardnih izidov zdravstveno negovalne obravnave, s spoštovanjem uporabnikovih pravic skladno z Zakonom o pacientovih pravicah ter vseh njegovih potreb tako na fizičnem, socialnem in psihološkem področju življenja. Upoštevanje načela **pravočasnosti in varnosti** zdravstveno negovalne obravnave, ki preprečuje nastanek škode ali jo bistveno zmanjšuje ter hkrati uporabljati retroaktivni pristop za odkrivanje in izboljševanje procesov, ki izboljšujejo varnost uporabnikov. Načelo **enakopravnosti in integriranosti** je vodilo pri obravnavi uporabnikov, da pristopamo nediskriminatorno in povezovalno z vsemi deležniki zdravstvene obravnave v katero se vključujejo naši uporabniki.

## **3. Strateški cilj**

Vzpostavitev organov oz. struktur za zagotavljanje sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu:

### **Vodstvo**

- **direktor** je odgovorna oseba za upravljanje, ravnanje in izvajanje programa kakovosti in varnosti uporabnikov. Skrbi za ustrezne vire, smernice in je vzpodbuda za spremembe.

- **Vodja zdravstvene službe** – vodja službe za kakovost in varnost je odgovorna za načrtovanje programa kakovosti in varnosti, izvajanje, nadziranje, poročanje in analiziranje kazalnikov kakovosti ter skrbi za izobraževanje zaposlenih preko internih in eksternih izobraževanj. Je predsednik Komisije za kakovost in varnost.

**Komisija za kakovost in varnost** načrtuje, spremlja, nadzira in koordinira aktivnosti na področju kakovosti in varnosti celotnega CUDV-ja. Oblikuje, implementira nacionalne strokovne smernice in standarde storitev zdravstvene nege v vsakdanje delo na vseh enotah CUDV-ja, dislociranih stanovanjskih skupinah po

celotni Koroški. Izboljšuje procese kakovosti in varnosti z oblikovanjem ustreznih korektivnih ukrepov.

**Pooblaščenec za varnost uporabnikov** (pacientov) imenuje direktor. Pooblaščenec spremlja in obravnava varnostne incidente, jih analizira in sodeluje pri sprejemanju korekcijskih in korektivnih ukrepov.

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

Program kakovosti in varnosti v zdravstveni negi je sistematičen načrt za zagotavljanje varne, učinkovite in na uporabnika (pacienta) osredotočene zdravstvene nege. Del programa kakovosti je tudi Program obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb, izdelan za vsako enoto CUDV posebej.

Vsebinski sklop programa je osredotočen na kazalnike kakovosti. Ob spremljanju smo predhodno izvedli ocene tveganja z različnimi orodji. Po Morsejevi lestvici oceno tveganja za padce, oceno tveganja za nastanek razjede oz. poškodbe zaradi pritiska po Waterlow shemi. Waterlow shema je ocenjevalno orodje v zdravstveni negi za ugotavljanje tveganja za nastanek razjed zaradi pritiska (RZP). Izvedli smo tudi oceno stanja prehranjenosti. Vse presoje smo evalvirali vsakih 6 mesecev oz. ob spremembah.

**Kazalnike kakovosti** v zdravstveni negi, ki so merljivi podatki, smo redno spremljali in poročali na Ministrstvo za zdravje preko zVem skladno z poročevalskimi roki in sicer smo prvič poročali v tej obliki za 3. četrletje: julij-september 2025 in 4. četrletje: oktober-december 2025.

Spremljali in poročali smo:

- Razjede zaradi pritiska – Incidenca v IV/DO pridobljenih RZP/PZP
- Padci pacientov: Prevalenca in incidenca padcev uporabnikov v IV/DO
- Bolnišnične okužbe: Prevalenca MRSA.
- Varnostni incidenti na področju upravljanja z zdravili v IV/DO
- Poškodbe z ostrimi predmeti- število sporočenih poškodb z ostrimi predmeti
- Doslednost higijene rok- število pravilno izvedenih dejanj zaposlenih na posameznih enotah in stanovanjskih skupinah.

### **Program določa protokol za ravnanje ob odklonih:**

Poročanje: S pomočjo računalniškega programa Pro-bit beležimo opozorilne nevarne dogodke in druge odklone.

Analiza vzrokov: Iskanje sistemskih pomanjkljivosti namesto iskanja krivca (kultura varnosti).

Korektivni ukrepi: Uvajanje sprememb za preprečitev ponovitev.

### **Standardizacija in kompetence**

Standardi zdravstvene nege: Uporaba nacionalnih strokovnih smernic in protokolov, ki temeljijo na dokazih.

Vzdrževanje kompetenc: Redno izobraževanje zaposlenih v skladu s Pravilnikom o kompetencah s področja zdravstvene nege in kakovosti.

Zadovoljstvo pacientov/uporabnikov: Redno anketiranje o kakovosti obravnave in komunikacije.

### **Nadzor in izboljšave**

Program vključuje redne notranje strokovne nadzore - negovalne vizite, varnostne vizite, sestanki in strokovni posveti Komisije za kakovost in varnost. V prihodnjih letih načrtujemo akreditacijo(npr. ISO), ki potrjujejo skladnost s standardi.

#### ***4.1 Letni cilji namenjeni izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov***

- Oblikovati skupino za spremljanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje procesov in standardov za zagotavljanje kakovostne in predvsem varne obravnave uporabnikov CUDV Črna na Koroškem;
- Spremljati kazalnike kakovosti skladno z metodološkimi navodili za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu;
- Poenotenje strokovnih smernic in protokolov v vseh enotah in stanovanjskih skupinah CUDV Črna na Koroškem - po celotni koroški regiji, kjer imamo svoje dislocirane enote;
- Utrditi kulturo varnosti s sporočanjem odklonov – delovati izobraževalno ne kaznovalno.

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

V letu 2025 smo ob spremljanju kazalnikov kakovosti morali posodobiti informacijsko tehnologijo – program za vnos in analizo kazalnikov. Izvedli smo izobraževanje za vse

zaposlene na področju zdravstvene nege - ločeno po enotah, s ponovno predstavitvijo kazalnikov kakovosti, vnosom v informacijski sistem. Glede na spremembe oz. dopolnitev števila kazalnikov za poročanje – dodan je bil tudi kazalnik doslednosti pri zagotavljanje higiene rok, smo v letu 2025 izobrazili enega opazovalca higiene rok.

Glede na razpršenost dislociranih enot/stanovanjskih skupin CUDV-ja, ugotavljamo potrebo po več opazovalcev higiene rok. Za spremljanje tega kazalnika smo ob koncu leta 2025 pričeli s sklepanjem pogodbenega razmerja za digitalizacijo beleženja opazovanja in izračuna doslednosti higiene rok.

Razen tega smo ugotavljali znotraj leta 2025- primerjalno z drugimi leti ne moremo prikazovati, ker smo prvič v letu 2025 poročali na takšen način, da se ob znanem splošnem upadu sposobnosti naših uporabnikov, povečuje pojavnost PZP in tudi padcev.

Ob spremljanju odklonov v zvezi z zdravili smo ugotavljali, da so zaposleni odgovorni, vestni in strokovni, saj je sporočanje odklonov del procesa dela in se skladno z vsemi korektivnimi ukrepi tovrstni odkloni redko ponovijo.

#### ***4.2.1 (minimalne zahteve določene v Metodoloških navodilih za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (različica 3, julij 2025)***

Skladno z navodili smo poročali v informacijski sistem zVem naslednje kazalnike in sicer:

##### Razjede zaradi pritiska – Incidenca v IV/DO pridobljenih RZP/PZP

Ob koncu leta smo beležili 5 RZP/PZP ob 25 nepomičnih uporabnikih in 196 uporabnikih v institucionalnem varstvu.

##### Padci pacientov: Prevalenca in incidenca padcev uporabnikov v IV/DO

Za obdobje julij-december 2025 smo beležili 39 padcev ob 5713 oskrbnih dni.

##### Bolnišnične okužbe: Prevalenca MRSA.

V letu 2025 nismo beležili pojavnost MRSA.

##### Varnostni incidenti na področju upravljanja z zdravili v IV/DO

V času poročanja smo beležili 4 odklone v zvezi z upravljanjem z zdravili. Ob tem je 196 uporabnikov prejelo zdravila.

##### Poškodbe z ostrimi predmeti- število sporočenih poškodb z ostrimi predmeti

Sporočena je bila 1 poškodba zaposlenega z ostrim predmetom.

## Doslednost higiene rok- število pravilno izvedenih dejanj zaposlenih na posameznih enotah in stanovanjskih skupinah.

V 6 mesečnem poročevalskem obdobju: julij-december 2025, smo pri zaposlenih beležili 230 priložnosti za higieno rok od tega je bilo 205 pravilno izvedenih in smo dosegali 89,13% doslednost.

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

V tekočem letu smo spremljali samo kazalnike, ki izhajajo iz minimalnih zahtev skladno z Metodoloških navodilih za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (različica 3, julij 2025). Temeljni razlog socialnovarstvenega zavoda je podhranjenost zdravstvenega kadra, razpršenost stanovanjskih skupin v sklopu deinstitucionalizacije.

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

Razvoj in uporaba kliničnih smernic, kliničnih poti, standardno operativnih postopkov (SOP) in dobrih praks so ključni za zagotavljanje kakovostne, varne in celostne obravnave pacientov ter prenos znanstvenih dognanj v klinično prakso.

V CUDV smo si kot izhodišče za zagotavljanje kakovosti in varnosti naših uporabnikov zastavili upoštevanje Kodeksa etičnih načel v zdravstveni negi ter Kodeksa etičnih načel v socialnem varstvu.

Z upoštevanjem kliničnih smernic v zdravstveni negi, ki so sistematično razvita priporočila, ki temeljijo na dokazih, pomagajo pri odločanju o ustrezni zdravstveni obravnavi pacientov/uporabnikov. Izboljšujejo kakovost, varnost in standardizacijo oskrbe ter omogočajo poenoteno prakso in strokovno avtonomijo.

Pri delu smo uporabljali nacionalne protokole Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov ter lokalno prilagojene protokole, ki so dostopni vsem zaposlenim tako zdravstvenim delavcem, kot zdravstvenim sodelavcem na intranetni strani CUDV-ja.

Ob nacionalnih kliničnih poteh smo oblikovali in posodobili številne interne protokole in navodila, s čimer smo zmanjševali možnost napak in hkrati dosegali enotnost pri izvajanju specifičnih nalog: Protokol ravnanja z zdravili, Protokol oskrbe umrlega, Protokol izvajanja ukrepov za izboljšanje kakovosti in varnosti na področju zdravstvene nege in oskrbe z določitvijo odgovornih oseb in določitvijo časovnih okvirov, Protokol prevoza uporabnikov in ustreznost identifikacija.

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

Pri internih presojah večjih odstopanj nismo opažali. Izvajali smo mesečne negovalne vizite, naključne varnostne vizite, kjer smo ugotavljali v manjši meri pomanjkljivosti, ki so se deloma nanašale na neustrezno zunanjo urejenost uporabnikov, deloma na nepravilnosti upoštevanja strokovnih smernic pri izvajanju posameznih posegov zdravstvene nege.

Posamezno smo ugotavljali tudi nedoslednost pri označevanju materialov z datumom odprtja embalaže.

Ob tem smo zaposlenim podajali povratne informacije, vzpodbujali k upoštevanju vseh navodil in strokovnih smernic.

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

V CUDV Črna na Koroškem smo v zaključni fazi izgradnje dveh enot domov za starejše in v začetni fazi pridobivanja projektne dokumentacije za rušitev centralne stavbe CUDV in izgradnjo nove. V tem obdobju je pridobivanje akreditacije otežkočeno, prav tako strokovno vprašljivo. Tehnološko smo v stari stavbi deloma zavrti za določeno nadgradnjo in izboljšavo različnih procesov in standardov, saj smo infrastrukturno omejeni.

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

To vrstnih konferenc v letu 2025 nismo izvajali.

#### ***4.7 Razvoj in izvajanje internega sistema upravljanja z varnostnimi incidenti***

CUDV izvaja socialnovarstveno storitve institucionalnega varstva, vzgoje in izobraževanja, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji ter dejavnost zdravstvene nege in rehabilitacije. Glede na specifičnost uporabnikov, je vsak incident posebne vrste. Incident v tej storitvi so stanja oziroma razmere, ki povzročijo ali bi lahko povzročile fizično poškodovanje uporabnikov, zaposlenih ali drugih oseb, vpletenih v izvajanje teh storitev, in so ključni pokazatelj varnega delovnega okolja. Oblikovane imamo protokole za ravnanje ob nasilju uporabnikov.

Za spremljanje, analizo in ukrepe v primeru varnostnih odklonov imamo v CUDV vzpostavljen informacijski sistem, kamor beležimo varnostne odklone.

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

V letu 2025 smo beležili 39 neželenih odklonov, od tega 4 primeri odklonov v zvezi z upravljanjem z zdravili, 13 primerov samopoškodovanja uporabnika in v 22 primerih poškodovanje/nasilje nad sostanovalcem. Vsi primeri so bili brez posledic za zdravje. V

primeru nasilja izvede strokovna skupina v multidisciplinarnem timu habilitacijski sestanek, kjer posamezni varnostni odklon analiziramo in sprejmemo korekcijske in preventivne ukrepe z oblikovanjem individualnega programa dela za uporabnike.

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

Komisija za kakovost in varnost ni izvedla skupnega strokovnega nadzora na posamezni enoti, saj smo v letu 2025 bili 4 mesece izseljeni iz centralne stavbe CUDV- zaradi rušitve dela stavbe in gradnje dveh enot doma za starejše. V tem času so bili uporabniki nameščeni na oddelku Koroškega doma starostnikov.

Aktivnosti pred tem in po tem so dopuščale le izvajanje negovalnih vizit in varnostnih vizit na posamezni enotah s strani dipl.m.s. na posamezni enoti oz. s strani vodje zdravstvene službe. Vse skozi smo spremljali varnostne odklone ter izvajali varnostne pogovore in sprejemali korektivne ukrepe.

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

Aktivnosti za obvladovanje bolnišničnih okužb imamo opredeljene v Programu obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb in so zajemale:

- Ažuriranje POBO
- Ustrezno odlaganje, zbiranje in odvoz odpadkov;
- Izobraževanje zaposlenih o pravilni higieni rok z namestitvijo slikovnega gradiva na vseh deloviščih - 5 trenutkov za higieno rok, ter pravilno umivanje oz. razkuževanje rok;
- Odvzemi brisov na delovnih površinah in pripomočkih v kuhinji;
- Zaposlene smo oskrbeli z delovno uniformo;
- Izvajaje opazovanje higiene rok in merjenje doslednosti;
- Izvajanje izolacijskih ukrepov;
- Izvajanje vseh postopkov v zvezi z preprečevanjem legioneloz v vodovodnem sistemu;
- Sodelovanje z zdravstvenim inšpektoratom.

Poročanje v zvezi s smotrno rabo protimikrobnih zdravil je del poročila s strani osnovnega zdravstva- zdravstveni domovi, ki oskrbuje naše uporabnike.

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

V CUDV Črna na Koroškem letno izvedemo anonimno anketiranje o zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih. V letu 2025 zaradi objektivnih razlogov- preseljevanje uporabnikov zaradi rušitve dela objekta, nismo izvedli anketiranje uporabnikov. Uporabniki in njihovi svojci so imeli možnost izraziti svojo zadovoljstvo oz. nezadovoljstvu na običajen način in sicer oddaja zapisa v skrinjico pritožb/pohval, preko elektronske pošte, pri pooblaščenih osebi za obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic ter na parlamentu uporabnikov.

#### **4.11 Usposabljanje zaposlenih s področja kakovosti in varnosti**

Zaposleni zdravstveni delavci in sodelavci so se udeležili internih in eksternih izobraževanj, s katerim so obnovili in pridobili znanja za izboljšanje znanja za zagotavljanje kakovosti in varnosti naših uporabnikov.

**Eksterna izobraževanja** organizirana s strani Zbornice- Zveze oz. Strokovnega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Koroške ali drugih:

Kakovost in varnost- modul licenca- 3 zaposleni

TPO z uporabo AED - 7 zaposlenih

Etika in zakonodaja- 2 zaposleni

Oskrba traheostome- 2 zaposlena

Opazovalec higijene rok- 1 zaposlena

Motnje spanja - 2 zaposleni

#### **Interna izobraževanja in prenos praks:**

Higijena rok- 5 trenutkov – vsi zaposleni

Oskrba akutne in kronične rane – 20 zaposlenih

Kazalniki kakovosti- vnos v informacijski sistem – vsi zaposleni

Epilepsija in postopanje ob epileptičnem napadu -58 zaposlenih

Osebna higijena in urejenost uporabnikov- 18 zaposlenih

Pravilna izbira in nameščanje inkontinenčnih pripomočkov z anogenitalno nego- 13 zaposlenih

Pravilno dvigovanje in premeščanje uporabnikov -15 zaposlenih

Konzistenca hrane, pravilna priprava in izbira pripomočkov za hranjenje«- 32 zaposlenih

### **5. Načrt za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov**

Načrt za zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi v CUDV Črna na Koroškem je oblikovan na podlagi - Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 102/2024, v nadaljnjem besedilu ZZKZ);Pravilnika o zahtevah za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu(Uradni list RS, št.39/25 in 41/25 – v nadaljnjem besedilu Pravilnik o kompetencah); Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025(Uradni list RS, št. 13/25, 56/25 in 110/25, v nadaljnjem besedilu Uredba),Metodoloških navodil za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (različica 3, julij 2025), Smernice za vzpostavitev modela kakovosti in varnosti obravnave pri izvajalcih socialno varstvenih storitev v pristojnosti Ministrstva za solidarno prihodnost in dolgotrajne oskrbe (skladno z Uredbo 2025 in ZZKZ) je operativni dokument, ki prenaša teoretična navodila v vsakodnevno prakso na oddelku in Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023-2031).

**Namen** letnega načrta kakovosti in varnosti je sistematično načrtovanje, spremljanje in izboljševanje kakovosti storitev zdravstvene nege in oskrbe ter zagotavljanje varnosti uporabnikov.

#### **Cilji:**

- Zaposliti dodatni(1 zaposlitev) kader za spremljanje, implementiranje, analiziranje in poročanje kazalnikov kakovosti;
- Oblikovati skupino za spremljanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje procesov in standardov za zagotavljanje kakovostne in predvsem varne obravnave uporabnikov CUDV Črna na Koroškem;
- Spremljati kazalnike kakovosti skladno z metodološkimi navodili za spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti v zdravstvu;
- Poenotenje strokovnih smernic in protokolov v vseh enotah in stanovanjskih skupinah CUDV Črna na Koroškem - po celotni koroški regiji, kjer imamo svoje dislocirane enote;
- Voditi evidenco prepričljivih škodljivih dogodkov in opozorilnih nevarnih dogodkov;

- Utrditi kulturo varnosti s sporočanjem odklonov – delovati izobraževalno ne kaznovalno.

#### **Odgovornosti:**

- Vodstvo
- Komisija za kakovost in varnost
- Pooblaščenec za varnost uporabnikov
- Vsi zaposleni

#### **5.1 Spremljanje, analiziranje, poročanje kazalnikov kakovosti s preventivnimi ukrepi**

##### **Preprečevanje razjed zaradi pritiska (RZP):**

###### **Ukrepi:**

- oceno tveganja za nastanek RZP/PZP ob sprejemu, na 6 mesecev in ob spremembah stanja uporabnika- Waterlow shema;
- oceno stanja prehranjenosti;
- uporaba ustreznih razbremenilnih pripomočkov;
- ustrezno zagotavljanje osnovne zdravstvene nege
- pravočasna odzivnost na bolezenske simptome,...

###### **- Preprečevanje padcev:**

###### **Ukrepi:**

- ocenjevanje ogroženosti po Morsejeva lestvici in izvajanje preventivnih ukrepov - vsakih 6 mesecev oz. ob spremembah stanja uporabnika;
- nizke postelje, nedrseča obutev, ustrezne talne površine;
- skrb za zadostno telesno aktivnost;
- spremljanje farmakoterapije,...

##### **Spremljanje in preprečevanje bolnišničnih okužb**

###### **Ukrepi:**

- spremljanje doslednost higiene rok;

- spremljanje porabe razkužila
- po potrebi izvajanje ustreznih izolacijskih ukrepov;
- pravilno odlaganje, zbiranje in ločevanje odpadkov
- izvajanje aktivnosti iz POBO programa za preprečevanje legioneloz v vodovodnem omrežju

### ***5.2 Preprečevanje in spremljanje varnostnih incidentov na področju upravljanja z zdravili***

#### **Ukrepi:**

- izobraževanje zaposlenih; protokola za ravnanje z zdravili
- spremljanje in nadziranje upoštevanje protokola za ravnanje z zdravili- varnostne vizite;
- beleženje odklonov in izvajanje varnostnih pogovorov ter sprejemanje korektivnih ukrepov,...

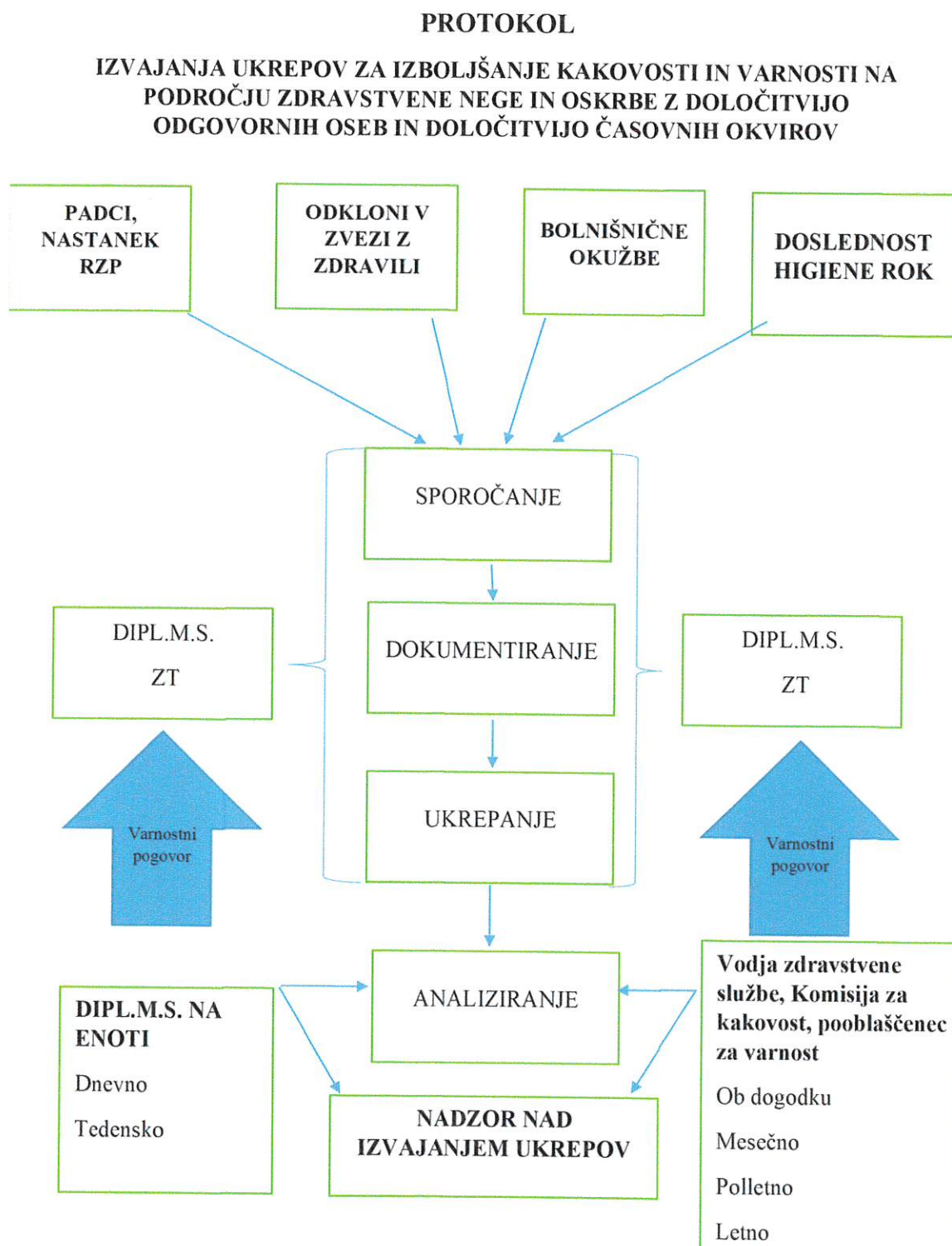
### ***5.3 Preprečevanje in spremljanje poškodbe z ostrimi predmeti- število sporočenih poškodb z ostrimi predmeti***

#### **Ukrepi:**

- izobraževanje zaposlenih;
- skrb za nabavo ustreznih- varnih pripomočkov za delo (varnostne igle);
- priprava ustreznih navodil za delo;

## 5.4 Upravljanje varnostnih incidentov

Načrt zajema protokol poteka informiranja ob odklonu:



- Spodbujanje zaposlenih k prijavi "skorajšnjih dogodkov". Ob hujših odklonih/incidentih obravnava komisije za kakovost in varnost.
- Vzpostavljen register tveganj: Seznam prepoznanih nevarnosti v ustanovi s predvidenimi ukrepi za njihovo zmanjšanje.
- Oblikovanje posameznih individualnih načrtov za uporabnike z oceno tveganja za posamezno aktivnost.

### **Standardizacija postopkov**

- Vzpostavitev in redno posodabljanje standardnih operativnih postopkov, kliničnih smernic, protokolov, navodil,...
- Identifikacija uporabnika - uporaba identifikacijskih zapestnic- ob odhodu iz CUDV v drugo zdravstveno ustanovo na pregled ali zdravljenje- upoštevanje protokola prevoza uporabnikov in ustrezna identifikacija.
- Primopredaja službe - uporaba strukturirane metode

### **Izobraževanje in kultura varnosti**

- Obvezne vsebine- skladno z licenčnim obdobjem;
- Etika in zakonodaja;
- Kakovost in varnost;
- TPO z uporabo AED;
- Higiena rok;
- Varno dvigovanje in premeščanje uporabnikov;
- Komunikacija;
- Druge vsebine iz področja dela- obravnava osem z motnjo v duševnem razvoju.

### **Ankete o kulturi varnosti**

- Redno preverjanje vzdušja med zaposlenimi glede odprtosti pri prijavljanju napak, zadovoljstvu zaposlenih;
- Izvedba anketa med uporabniki o zadovoljstvu kakovosti obravnave.

## Časovnica poročanja

Skladno z navodili MZ oz. JAKZ.

Mesečno: Notranji nadzori na oddelku.

Četrtno: Izvoz podatkov v nacionalno bazo (zVEM/MZ).

Letno: Priprava poročila o kakovosti in varnosti za vodstvo zavoda.

Pripravila:

Predsednica Komisije za kakovost in varnost

Fanika Ladinik- vodja zdravstvene službe



Direktor

Jože Kropivnik

mag.org.in menedž.soc.dejav.

