



**ZUDV Dornava**

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo  
dr. Marijana Borštnarja Dornava



# **PROGRAM IN LETNO POROČILO KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE za leto 2025**

**Izvajalec zdravstvene dejavnosti:** Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava (ZUDV Dornava)

**Odgovorna oseba:** Ivanka Limonšek, direktorica

## Osebna izkaznica izvajalca zdravstvene dejavnosti

Ime: Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava, Organizacijska enota Zdravstveno varstvo

V okviru organizacijske enote zdravstveno varstvo delujejo:

- (1) Oddelek za zdravstveno nego
- (2) Oddelek za rehabilitacijo (Fizioterapija, Delovna terapija)
- (3) Splošna ambulanta v socialnovarstvenem zavodu
- (4) POBO - preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb

Število zaposlenih:

- **Zdravstvena nega** (73 srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov/tehnikov zdravstvene nege in 37 diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov).
- **Fizioterapija** – 17 diplomiranih fizioterapevtk/diplomiranih fizioterapevtov
- **Delovna terapija** – 13 diplomiranih delovnih terapevtk/diplomiranih delovnih terapevtov.

Sedež: Dornava 128, 2252 Dornava

Matična številka: 5050596

Davčna številka: SI30910854

Telefon: 02 7540 200

Elektronska pošta: info@zavod-dornava.si

Spletna stran: www.zavod-dornava.si

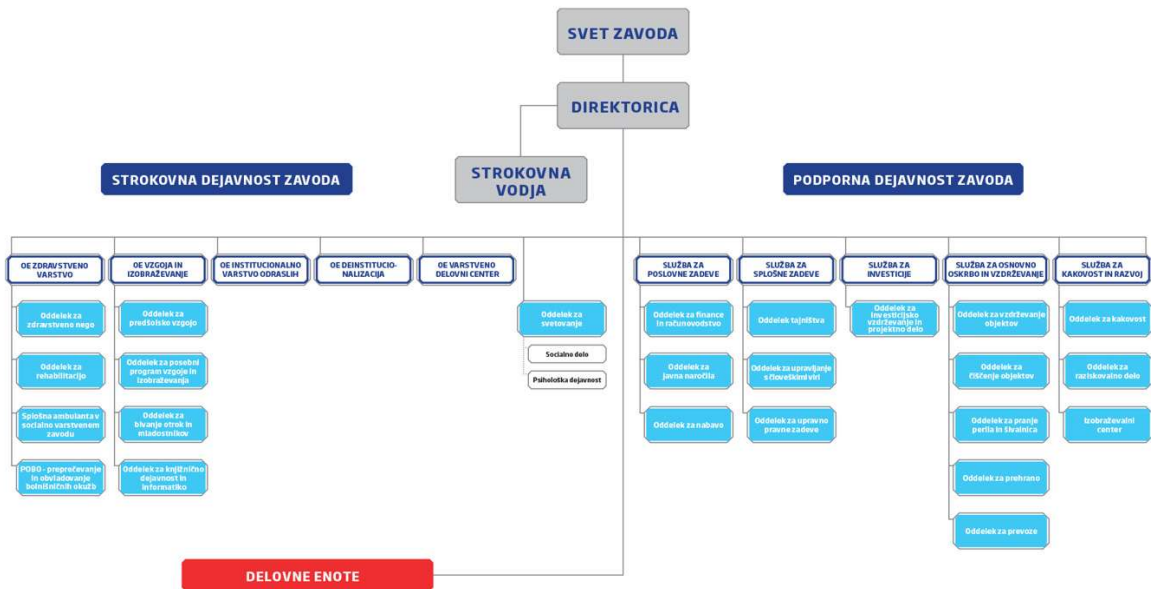
Datum ustanovitve: 1. 10. 1953

Dejavnost - i: Q86.210, Q86.220, Q86.230, Q86.909 in druge dejavnosti, kot je opredeljeno v statutu. ZUDV Dornava opravlja dejavnost, ki je usklajena z Uredbo o uvedbi in uporabi standardne klasifikacijske dejavnosti (UL RS 69/07 in 17/08) in obsega, kot je navedeno v 6. členu Statuta ZUDV Dornava. Dostopno na: [ZUDV Dornava Statut.pdf](#) (priloga 1).

**Vodstvo zavoda:** Ivanka Limonšek, direktorica in Simona Lacko, strokovna vodja

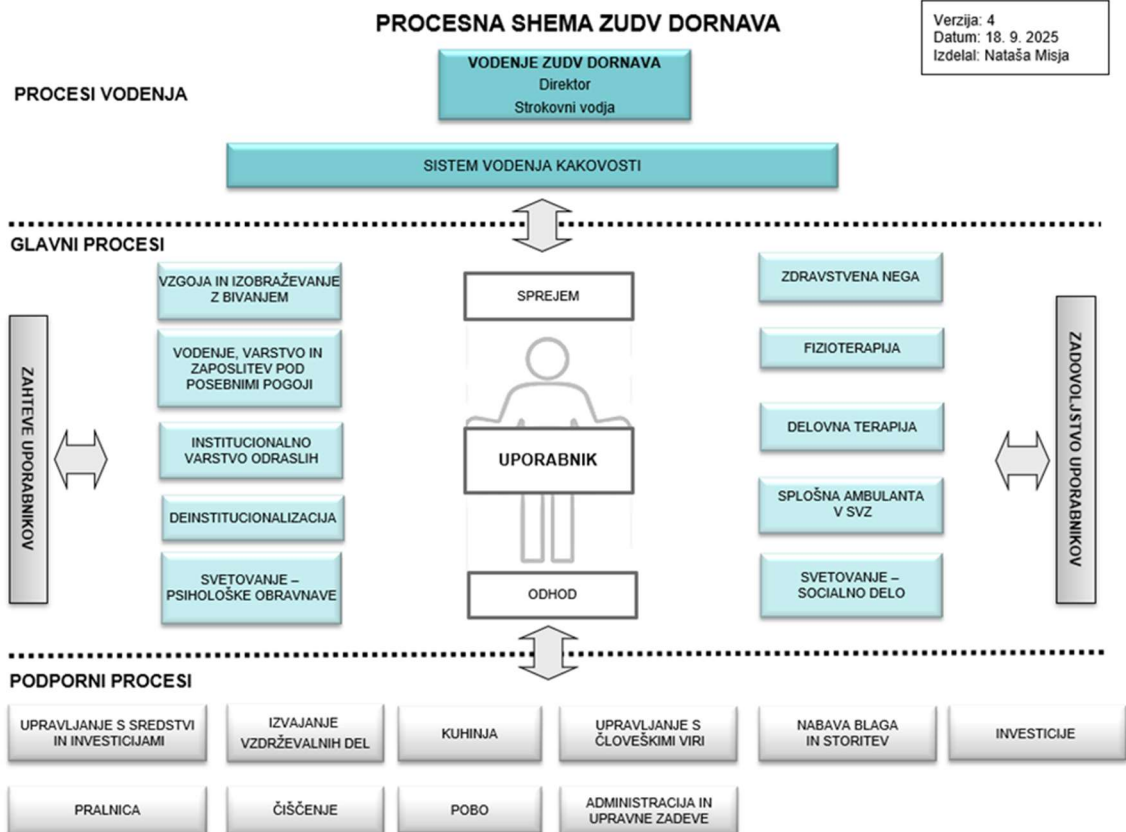
Poročilo pripravili: Ivanka Limonšek, dr. Boris Miha Kaučič, Simona Lacko, Jožica Brenčič, Alenka Boban, Marjetka Smolinger Galun, Nataša Misja, Katja Gabrovec, mag. Andreja Raduha.

## Organigram zavoda:



Iz organograma je razvidna vitka organiziranost zavoda, ki deluje v petih strokovnih organizacijskih enotah in v petih podpornih službah.

## Shema procesov v ZUDV Dornava prikazuje naslednja slika:



ZUDV Dornava ima vzpostavljen sistem vodenje kakovosti od leta 2024. Osrednje mesto v kakovosti predstavlja oseba z lažjo, zmerno ali težko duševno motnjo ali po pridobljeni možganski poškodbi (v nadaljevanju uporabnik). V zavodu imamo opredeljen proces vodenja, glavne procese in podporne procese.

Certifikat za sistem vodenja je bil izdan 28. 2. 2024 in velja do 28. 2. 2027 (štev.: Q-2478, datum certifikacije 28. 2. 2024). Imamo vzpostavljen in ustrezno vzdrževan sistem vodenja, ki izpolnjuje zahteve standarda ISO 9001:2015. Certifikat je podeljen s strani SIQ in smo tudi člani IQNET.

Zavod ima pridobljen napreden certifikat Družini prijazno podjetje in Družbeno odgovoren delodajalec - [Microsoft PowerPoint - Predstavitev DOD 2025](#).

Področje kakovosti je predstavljeno na spletni strani zavoda na: [ZUDV Dornava - ZUDV](#) (**Kakovost v zdravstvu**, Kakovost v socialnem varstvu, Kakovost v praksi).

V letu 2025 smo bili uspešni na javnem razpisu Ministrstva za solidarno prihodnost za vzpostavitev/ vzdrževanje modela kakovosti in varnosti socialnovarstvenih storitev, skladno z dokumentom [Smernice-marec-2025.pdf](#)

V nadaljevanju poročila se osredotočamo na kakovost v zdravstvu.

## 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

Na podlagi 9. člena Zakona o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ) je direktorica zavoda imenovala **Komisijo za kakovost** v naslednji sestavi: Ivanka Limonšek, mag. Andreja Raduha, Simona Lacko, dr. Boris Miha Kaučič, Jožica Brenčič, Alenka Boban, Nataša Korez, Nataša Misja, Stanka Vuzem in Katja Gabrovec.

Naloge komisije so:

- (1) pripravi predlog strategije zagotavljanja celovitega vodenja sistema kakovosti,
- (2) vodi, koordinira in izvaja strateške projekte na področju kakovosti,
- (3) koordinira presoje sistema vodenja kakovosti in
- (4) načrtuje stalno izboljševanje sistema kakovosti.

Sklep o imenovanju št.: 012-6/2025-3. Več na: [ZUDV Dornava - ZUDV](#)

Predstavnik vodstva za kakovost (PVK) po pooblastilu direktorice (št.: 012-6/2025-5) je dr. Boris Miha Kaučič, ki opravlja tudi dela in naloge Vodje službe za kakovost in razvoj. PVK je imenovan do 30. 6. 2026.

Direktorica zavoda je skladno s 7. členom ZZKZ imenovala gospo Jožico Brenčič, dipl. m. s., mag. zdr. – soc. manag. za pooblaščenko za varnost pacientov/uporabnikov v ZUDV Dornava.

Naloge pooblaščenke so:

- (1) uvajanje sistema varnosti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti,
- (2) pripraviti navodilo za obravnavo varnostnega incidenta in
- (3) ostale naloge v skladu z ZZKZ.

Sklep o imenovanju št.: 012-6/2025-1.

ZUDV Dornava je vse navedene podatke posredoval na javno agencijo.

### 3. Strategija kakovosti in varnosti

Strategija kakovosti in varnosti v ZUDV Dornava določa celovit, sistematičen in trajnosten pristop k upravljanju kakovosti in varnosti v socialnovarstvenem zavodu. Temelji na načelih ZZKZ, standardih socialnega varstva in sodobnih modelih kakovosti. Namen strategije je zagotoviti:

- varno, dostojanstveno, strokovno, holistično obravnavo uporabnikov, osredotočeno na individualne potrebe uporabnikov,
- kulturo nenehnega učenja (učeča se organizacija, model spirale znanja), interdisciplinarnega sodelovanja in transparentnosti,
- nenehno izboljševanje procesov,
- odgovornost in sledljivost pri upravljanju kakovosti.

Politika kakovosti in varnosti v zavodu temelji na spoštovanju človekovega dostojanstva, strokovnosti, varnosti, transparentnosti in nenehnem izboljševanju. Zavod se zavezuje k zagotavljanju varne, strokovne in uporabniku osredotočene obravnave ter k razvoju kulture učenja, sodelovanja in odgovornosti.

V nadaljevanju predstavljamo **strateške cilje kakovosti**, ki jim sledimo.

1. Vzpostaviti celovit sistem vodenja kakovosti na področju zdravstva in socialnega varstva (oblikovanje in vzdrževanje dokumentiranega sistema kakovosti, jasno določene odgovornosti, procesi in standardi dela).
2. Zagotoviti visoko raven strokovnosti in skladnosti (izvajanje storitev v skladu s strokovnimi smernicami, veljavno zakonodajo in notranjimi standardi/strokovnimi smernicami, ki temeljijo na dokazih utemeljeni praksi (v zdravstveni negi, fizioterapiji in delovni terapiji). Uvajanje novih metod in oblik dela za uporabnike (WKS) in drugih konceptov.
3. Okrepiti osredotočenost na individualne potrebe uporabnikov (individualizirana holistična obravnava osredotočena na uporabnika po procesni metodi dela, NANDA-I, NIC, NOC). Spoštovanje splošnih pravic uporabnikov (tudi skladno z Zakonom o pacientovih pravicah), vključevanje staršev in svojcev/zakonitih zastopnikov v načrtovanje in vrednotenje zdravstvenih/socialnih storitev.
4. Uvesti sistematično spremljanje ciljev kakovosti in kazalnikov kakovosti na vseh procesih (določitev ključnih kazalnikov, ki so osredotočeni na varno in kakovostno obravnavo uporabnikov/pacientov (npr. padci, poškodbe kože, zadovoljstvo, neželeni dogodki, odkloni/varnostni incidenti idr.).
5. Zagotoviti transparentnost in sledljivost (javna objava kazalnikov kakovosti na spletni strani zavoda, analiza podatkov in sprejemanje ukrepov, jasna in asertivna komunikacija med zaposlenimi, terapevtska, podporna komunikacija z uporabniki, starši, svojci/zakonitimi zastopniki, prostovoljci in širše v skupnosti).

**Strateški cilji na področju varnosti so:**

1. Vzpostaviti kulturo varnosti (vpeljava pogovorov o varnosti kulture, ki se osredotočajo na izboljšanje kakovosti v zdravstvu in v socialnem varstvu ter lokalni skupnosti, poročanja o varnostnih incidentih brez posledic, učenje iz napak, preventivno ukrepanje, spodbujanje odprte komunikacije, PDCA – načrtovati – izvesti – preveriti - ukrepati).
2. Učinkovito obvladovati varnostne incidente in preprečevati opozorilne nevarne dogodke (vzpostaviti poenotena navodila in sistem prijave, analiza vzrokov, korektivni in preventivni ukrepi, razkritje varnostnega incidenta uporabniku, staršu/svojcu).

3. Preprečevati tveganja za uporabnika (vzpostaviti register tveganj, ki se posodablja najmanj trikrat na leto, uvedba sistematičnega ocenjevanja tveganj (padci, zdravila, idr.), uvedba preventivnih programov in redno spremljanje učinkovitosti ukrepov).
4. Krepitev kompetenc zaposlenih (redna izobraževanja o kulturi kakovosti, varnosti, asertivni komunikaciji, prijazni kontaktni kulturi usklajenih odnosov na delovnem mestu, aktivnem poslušanju, mediaciji, deeskalaciji – preprečevanje nasilnih dejanj, ravnanju z zdravili in uvajanje novo zaposlenih v kulturo varnosti).
5. Zagotoviti varno, ergonomsko delovno okolje in opremo za delo (kompetentna kadrovska zasedba, redno vzdrževanje in pregledi opreme, zagotavljanje ergonomskih pripomočkov za delo).

#### **Ključni elementi sistema kakovosti in varnosti:**

1. Komisija za kakovost (vodenje strateških projektov na področju kakovosti in varnosti).
2. Samoocenjevanje (po modelu ISO, vključevanje zaposlenih, uporabnikov in staršev/svojcev).
3. Notranje presoje kakovosti (preverjanje skladnosti, prepoznavanje tveganj, priprava ukrepov).
4. Zunanje presoje kakovosti<sup>1</sup> (neodvisno preverjanje skladnosti s strani strokovnjakov, na podlagi poročila zunanje presoje sprejeti učinkovite ukrepe).
5. Kazalniki kakovosti (opredeliti strukturne, procesne in izidne).
6. Upravljanje incidentov (prijava, analiza, ukrepi, spremljanje, razkritje).

#### **Nenehno izboljševanje:**

1. Načrtovanje izboljšav na letnem nivoju.
2. Projekti digitalizacije na področju zdravstva, izboljšanje interdisciplinarnega - medpoklicnega sodelovanja, različni projekti kakovosti (npr. krožek kakovosti za preprečevanje padcev, poškodb kože, ... idr.).
3. Vključevanje in spodbujanje zaposlenih v podajanje predlogov izboljšav.

#### **Vključevanje uporabnikov, staršev/svojcev in zakonitih zastopnikov:**

1. Ankete zadovoljstva (*kvantitativno in kvalitativno, skupinski intervjuji*) z javno objavljenim poročilom o zadovoljstvu deležnikov.
2. Sodelovanje pri individualnih načrtih uporabnika in načrtovanju potreb po zdravstveni negi, storitvah fizioterapije in delovne terapije.
3. Vključevanje/sodelovanje.

V zavodu bomo vsako leto izdelali poročilo o kakovosti in varnosti, objavili ključne kazalnike kakovosti in redno komunicirali z notranjo in zunanjo javnostjo (zagotavljanje transparentnosti delovanja Zavoda).

---

<sup>1</sup> ZUDV je zunanje presoje SVK izvedel v letu 2023, 2024, 2025. Zunanji presojevalci v vzorcu niso ugotovili neskladnosti.

Strategija kakovosti in varnosti velja za obdobje 2025 – 2030 in je živi dokument, ki se bo prilagajal spremembam zakonodaje, potreb uporabnikov in strokovnem razvoju. Uresničevanje strategije bo spremljala Komisija za kakovost, ki bo letno poročala vodstvu in javnosti.

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

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

LETNI CILJI (2025)	AKTIVNOSTI V LETU 2025	Realizacija (DA/NE)
<b>Cilj 1: Vzpostavitev in krepitev celovitega sistema vodenja kakovosti</b>	Posodobitev dokumentacije, odgovornosti Vzpostavitev matrike pravnih aktov Vzpostavitev matrike nadomeščanj Uvedba PDCA za ključne procese Prenova procesa Rehabilitacije, posodobitev registra dokumentov	DA DELNO DA DA DA
<b>Cilj 2: Krepitev kulture varnosti in sistema poročanja o varnostnih incidentih/odklonih</b>	Udeležba na usposabljanju Kakovost in varnost v zdravstvu Priprava posodobljenega navodila za varnostne incidente Analiza varnostnih incidentov na Kolegiju zdravstvene nege Analiza varnostnih incidentov na Komisiji za kakovost Uvedba razkritja incidentov Letno poročilo o varnostnih incidentih	DA NE DA NE NE DA
<b>Cilj 3: Redno spremljanje in poročanje kazalnikov kakovosti in izidov obravnave</b>	Določitev ključnih kazalnikov, glede na metodologijo MZ Mesečno spremljanje in kvartalno poročanje na MZ, JAKZ Analiza kazalnikov kakovosti na Kolegiju zdravstvene nege Analiza kazalnikov kakovosti na Komisiji za kakovost Digitalizacija spremljanja kazalnikov kakovosti Javna objava kazalnikov kakovosti na spletni strani zavoda	DA DA DA NE NE DA
<b>Cilj 4: Krepitev kompetenc zaposlenih na področju kakovosti in varnosti</b>	Letni program izobraževanj ( <i>kakovost, varnost, komunikacija, deeskalacije, pozitivna vedenjska podpora</i> ) Uvedba spirale znanja Delavnica za uporabo NANDA-I, NIC, NOC	DA DA DA

	Izobraževanje WHO - Quality rights z namenom zmanjševanja uporabe restriktivnih ukrepov	DA
	Redno izvajanje supervizij, intervizij in Balintovih skupin	DA
<b>Cilj 5: Krepitev individualizirane, holistične obravnave uporabnikov</b>	Uvedba procesa zdravstvene nege (6 faz)	DA
	Uporaba NANDA-I, NIC, NOC	DA
	Vključevanje uporabnikov, staršev/svojcev/zastopnikov v načrtovanje	DA
	Merjenje zadovoljstva uporabnikov	DA
	Izvajanje samozagovorništva, programa podpornih oseb in aktivno vključevanje v Svet uporabnikov s podpornimi osebami	DA
	Redna evalvacija individualnih načrtov (IN)	DA
<b>Cilj 6: Preprečevanje tveganj za uporabnike</b>	Posodobitev registra tveganj (2x letno)	DA
	Sistematično ocenjevanje tveganj	DA
	Uvedba preventivnih ukrepov	DA
	Redno spremljanje učinkovitosti ukrepov	DA
	Izdelava individualne ocene tveganj za posamezne aktivnosti pri uporabnikih	DA
<b>Cilj 7: Transparentnost delovanja zavoda</b>	Objava kazalnikov kakovosti na spletni strani	DA
	Redna komunikacija z notranjo in zunanjo javnostjo	DA
	Priprava letnega poročila (2025) o kakovosti in varnosti v ZUDV	DA
	Dornava	DA
	Priprava <a href="#">Trajnostnega poročila ZUDV Dornava 2025</a>	DA

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

##### 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)*)

Zagotavljanje kakovosti in varnosti uporabnikov je eno temeljnih vodil delovanja javnega socialnovarstvenega zavoda (ZUDV Dornava). V Zavodu redno spremljamo kazalnike kakovosti na področju zdravstvene dejavnosti z namenom zagotavljanja varne, kakovostne in k uporabnikom osredotočene zdravstvene obravnave.

V letu 2025 smo zabeležili povečanje števila poškodb in padcev, kar povezujemo z novimi sprejemi uporabnikov z najtežjimi zdravstvenimi stanji, s poslabšanjem zdravstvenega in funkcionalnega stanja uporabnikov, napredovanjem kroničnih in nevroloških bolezni, prisotnostjo vedenjskih in čustvenih težav ter vplivom medikamentozne terapije.

Na področju upravljanja z zdravili varnostnih incidentov v letu 2025 nismo zabeležili.

Na področju RZP/PZP smo zaznali zmanjšanje števila primerov, kar kaže na učinkovito izvajanje preventivnih ukrepov. Poseben poudarek je bil namenjen rednemu ocenjevanju tveganja za nastanek RZP/PZP, doslednemu izvajanju preventivnih ukrepov, skrbni negi kože ter pravočasnemu prepoznavanju zgodnjih znakov poškodb. K izboljšanju rezultatov so prispevali tudi večja ozaveščenost zaposlenih, doslednejše dokumentiranje ter boljše interdisciplinarno sodelovanje pri obravnavi ogroženih uporabnikov.

#### 4.2.2 Prikaz trendov na področju kazalnikov za leta 2023, 2024 in 2025

V tabeli so prikazani kazalniki kakovosti na področju zdravstvene nege.

Kazalnik	Merljiva dosežena vrednost za leto 2023	Merljiva dosežena vrednost za leto 2024	Merljiva dosežena vrednost za leto 2025
Varnostni incidenti na področju upravljanja z zdravili	4	1	0
Prevalenca padcev uporabnikov	45	23	33
Poškodbe	87	62	102
Prevalenca RZP/PZP pri uporabnikih v IV/SVZ	9	6	4

V nadaljevanju na grafu prikazujemo trende na področju kazalnikov kakovosti na področju zdravstvene nege za obdobje 2023 – 2025.



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

Oddelek za zdravstveno nego je v letu 2025 nadaljeval z aktivnostmi za krepitev kakovosti in varnosti obravnave uporabnikov.

Število izvedenih negovalnih vizit se je postopno povečevalo (iz 7 v letu 2023 na 10 v letu 2025). Negovalne vizite predstavljajo pomembno orodje za sistematično spremljanje kakovosti zdravstvene nege, neposredno presojo izvajanja negovalnih postopkov ter prepoznavanje priložnosti za izboljšave v delovnem okolju. Povečanje njihovega števila kaže na večjo usmerjenost v sprotno spremljanje aktivnosti zdravstvene nege, zgodnje odkrivanje odstopanj ter krepitev strokovne podpore zaposlenim.

Podoben trend je zaznati tudi pri številu internih strokovnih nadzorov s svetovanjem (iz 3 v letu 2023 na 6 v letu 2025). Ti nadzori vključujejo tudi svetovalno komponento, kar prispeva k dvigu strokovne ravni izvajanja zdravstvene nege in večji enotnosti izvajanja aktivnosti v oddelku zdravstvene nege. Povečanje števila internih strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni negi odraža sistematičen pristop k zagotavljanju kakovosti ter kulturo nenehnega izboljševanja. Izrazito povečanje števila PVU ukrepov v letu 2025 (134 v primerjavi z 38 v letu 2024) predstavlja pomembno odstopanje, ki zahteva vsebinsko razlago.

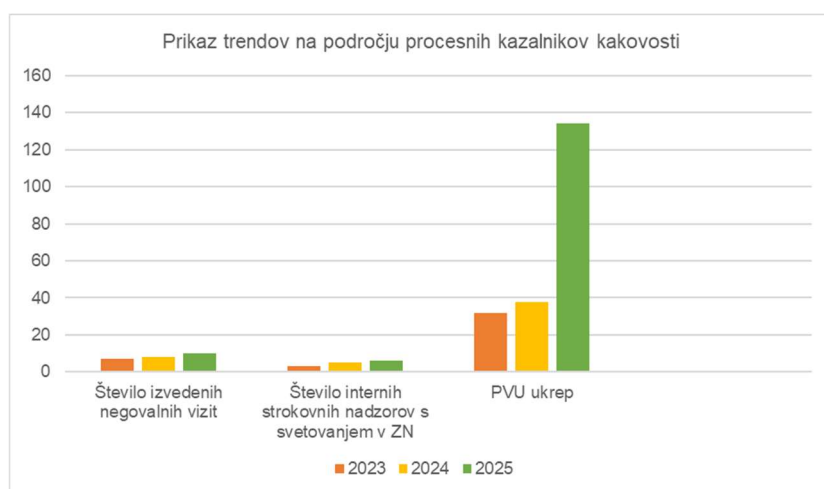
Povečanje je v prvi vrsti povezano s poslabšanjem zdravstvenega stanja obstoječih uporabnikov, napredovanjem kroničnih in nevroloških bolezni, prisotnostjo čustvenih in vedenjskih težav, sprejemom novega uporabnika s pridruženimi psihiatričnimi motnjami. Ti dejavniki povečujejo tveganje za vedenjske eskalacije, nemir, agresijo in nesodelovanje, kar vodi v pogostejšo uporabo PVU ukrepov. Navkljub vsemu pa je bilo ugotovljeno o, da so bile te metode deeskalacije pri uporabnikih v letu 2025 uspešno uporabljene v več kot 300 primerih pri treh uporabnikih, kar kaže na znaten napredek v preprečevanju incidentov brez uporabe posebnih varovalnih ukrepov (PVU). Kot rezultat usposabljanja in izobraževanja na podlagi Quality rights so deeskalacijske pristope zaposleni začeli beležiti sistematično, kar je omogočilo lažje spremljanje učinkovitosti in vključevanje izkušenj v vsakodnevno delo.

Vodstvo je prepoznalo pomen vključevanja dodatnih strokovnih delavcev. Le to je omogočilo razširitev individualnega in skupinskega dela. Uvedli so se redni razbremenilni pogovori z zaposlenimi in uporabniki po incidentih. Uvedli smo Balintove skupine, ki so okrepile refleksijo, strokovno podporo in razumevanje vzrokov incidentov. Na ravni timskega sodelovanja se je povečalo sprotno reševanje izzivov in vsakodnevna komunikacija med zaposlenimi.

Sočasno povečanje števila negovalnih vizit in internih strokovnih nadzorov kaže na proaktiven odziv na zaznane potrebe v praksi ter na okrepljeno vlogo vodenja zdravstvene nege pri zagotavljanju varne in kakovostne obravnave.

Kazalnik	Merljiva dosežena vrednost za leto 2023	Merljiva dosežena vrednost za leto 2024	Merljiva dosežena vrednost za leto 2025
Število izvedenih negovalnih vizit	7	8	10
Število internih strokovnih nadzorov s svetovanjem v ZN	3	5	6
PVU ukrep	32	38	134

Prikaz trendov (2023, 2024, 2025) na področju procesnih kazalnikov kakovosti.



Za nadaljnje izboljševanje kakovosti obravnave bomo izvajali naslednje ukrepe:

- nadaljnje povečevanje obsega in kakovosti negovalnih vizit, z večjim poudarkom na analizi ugotovitev in prenosu dobrih praks v vsakodnevno delo,
- nadgradnja internih strokovnih nadzorov s svetovanjem v smeri bolj ciljno usmerjenih nadzorov glede na pogostejša tveganja in odstopanja,
- sistematično spremljanje kazalnikov kakovosti in njihova redna obravnava na kolegijih zdravstvene nege,
- krepitev kompetenc zaposlenih (strokovna izobraževanja, delavnice, supervizija),
- izboljšanje interdisciplinarnega sodelovanja pri obravnavi kompleksnih uporabnikov,
- uvedba dodatnih preventivnih in deeskalacijskih pristopov za zmanjševanje potrebe po PVU ukrepih,
- redna analiza izvedenih PVU ukrepov z namenom prepoznavanja možnosti za njihovo zmanjševanje in izboljšanje obravnave.

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

Zavod uporablja nacionalne in strokovne smernice ter druge mednarodno priznane smernice, ki jih prilagajamo potrebam uporabnikov z motnjami v razvoju in pridobljeno možgansko poškodbo.

- Smernice za preprečevanje padcev
- Smernice za preprečevanje poškodb kože

- Smernice za varno ravnanje z zdravili
- Smernice za obravnavo bolečine
- Smernice za preprečevanje okužb in higieno rok
- Smernice za prehransko obravnavo uporabnikov
- Smernice za obravnavo vedenjskih izzivov otrok/mladostnikov in odraslih
- Smernice za paliativno oskrbo

Standardni operativni postopki (SOP), ki smo jih posodobili ali uvedli in zagotavljajo enotno, varno in strokovno obravnavo uporabnikov.

#### **Zdravstvena nega**

- SOP za preprečevanje padcev
- SOP za ravnanje z zdravili
- SOP za preprečevanje poškodb kože
- SOP za higieno rok
- SOP za dokumentiranje zdravstvene nege (NANDA-I, NIC, NOC)

#### **Fizioterapija in delovna terapija**

- SOP za uporabo pripomočkov in opreme (robotska roka)

#### **Kodeksi**

- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije
- Kodeks etike fizioterapevtov
- Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije
- Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu

#### **Primeri dobrih praks:**

- **Uvedba spirale znanja** (*model Nonake in Takeuchi*): znanje mora biti prenosljivo na druge zaposlene. S tem se zagotavlja nadaljnji razvoj zavoda v okolju in proaktivno reagiranje na spremembe. Je nujen element, ki omogoča vrednost znanja.
- **Krožki kakovosti**: priprava izhodišč v letu 2025. Implementacija na področju zdravstvene nege, fizioterapije in delovne terapije v letu 2026.
- **Drugi primeri (kakovost v praksi)**: [ZUDV Dornava - ZUDV](#)

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

Notranje presoje so bile izvedene skladno z letnim načrtom notranjih presoj za leto 2025. Presojanih je bilo 10 področij, tudi področje zdravstvene nege in fizioterapije.

Na področju zdravstvene nege je bilo podano 1 priporočilo. Sprejet je bil ukrep s takojšnjo realizacijo. Na področju fizioterapije so bila podana 3 priporočila. Sprejeti ukrepi se nanašajo na vnos podatkov v informacijski sistem in izboljšanje komunikacije.

Področje delovne terapije v letu 2025 ni bilo vključeno v vzorec notranjih presoj.

Neskladij v okviru notranjih presoj zdravstvene dejavnosti ni bilo ugotovljenih.

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

ZUDV Dornava je pridobil certifikat za sistem vodenja, kar potrjuje, da imamo vzpostavljen in ustrezno vzdrževan sistem, ki izpolnjuje zahteve standarda ISO 9001:2015 (certifikat št.: Q-2478, z dne 28. 2. 2024 in velja do 28. 2. 2027. Certifikat je veljaven s priložo Q-2478/01.

Imamo tudi pridobljena certifikata: Družini prijazno podjetje in Družbeno odgovorni delodajalec (napredni).



LETO: 2023 CP1	
UKREP	REALIZACIJA
Vodstvo zavoda pripravi povabilo za zaposlene in jih povabi k posredovanju predlogov za slogan zavoda. Povabilo se zaposlenim posreduje po e-pošti in objavi na intranetni strani zavoda (zaposleni lahko podajo predloge na spletni povezavi).	Realizirano
V procesno shemo zavoda, se v proces vodenja umesti strokovna vodja zavoda (sprememba statuta ZUDV). Umesti se sistem vodenja kakovosti. V dokumentu Poslovnih vodenja kakovosti ZUDV se doda razmejitev med vodjo kakovosti in skrbnikom sistema vodenja kakovosti.	Realizirano
Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v letu 2024 se posreduje vsem zaposlenim po e-pošti, objavi se povabilo vodstva k sodelovanju na intranetni strani zavoda. Zaposlenim se na sestankih predstavi namen merjenja organizacijske klime in možnosti predlaganja izboljšav. Pričakujemo 60 % realizacijo vzorca. Ciljna vrednost pri posameznih trditvah zadovoljstva najmanj 3,5 (PV=3,5).	Realizirano
Register tveganj se zaradi boljše preglednosti posamezne stopnje tveganja obarva.	Realizirano
Pripravi se povabilo za zaposlene k sodelovanju za notranje presojevalce sistema vodenja kakovosti. Pristopi se k planiranju in organiziranju dvodnevne usposabljanja za notranje presojevalce (plan izobraževanje 2024). Izdela se dokument za izvajanje notranjih presoj v zavodu.	Realizirano
Dokument o obvladovanju dokumentov se ustrezno dopolni s pravili arhiviranja in sledenjem sprememb. Revizija dokumentov SVK bo potekala na vsake tri leta.	Realizirano
LETO: 2024 CP2	

Posodobitev pravilnika o organizaciji in sistemizaciji delovnih mest v ZUDV. V posodobljene opise delovnih mest umestiti naloge s področja kakovosti. Uskladitev opisa delovnega mesta skrbnika sistema vodenja kakovosti in vodje kakovosti s PVK.	Realizirano
V analizo rezultatov o zadovoljstvu uporabnikov, svojcev in zaposlenih vključiti povprečno vrednost na posamezno trditev/postavko. Za posamezno področje (zadovoljstvo uporabnikov, svojcev in zaposlenih) se izdela poročilo, ki vsebuje opis metodologije. Poročilo z analizo se posreduje vodjem OE in DE ter se obravnava na organih/kolegijih/sestankih. Seznanitev vseh deležnikov z rezultati in ukrepi.	Realizirano
Posodobitev obstoječega Navodila za uporabo PVU. V navodilo se ustrezno umesti/navede zakonodajna izhodišča. Delovna skupina, ki je pripravila delovno navodilo presodi o predlogu uvedbe sodelovanja psihologa.	Realizirano
Odgovorne osebe procesov se pozove, da preverijo ali obstajajo neobvladani dokumenti na njihovem področju delovanja. Dokumente, ki jih je potrebno vključiti v sistem vodenja kakovosti odgovorne osebe posredujejo skrbnici sistema vodenja kakovosti.	Realizirano
Posodobitev obrazca Odkloni v zdravstveni negi in oskrbi se doda informacija o realizaciji preventivnih ukrepov. Vodja zdravstvene nege razmisli o umestitvi obrazca v informacijski sistem DOMIS, kjer se naj dokumentirajo preventivni ukrepi, ki so bili sprejeti za preprečevanje odklonov. Analiza preventivnih ukrepov se naredi dvakrat letno (junij, december) in se predstavi na kolegiju zdravstvenega varstva.	Realizirano
Celovito prenoviti spletno stran zavoda, ki bo odražala njegovo dejavnost, skladno s statutom in organigramom ZUDV. Na spletni strani se objavijo aktualne informacije tudi s področja sistema vodenja kakovosti in drugih pridobljenih certifikatov. Posodobitev intraneta za zaposlene.	Realizirano
V zapisnike organov/kolegijev/delovnih sestankov in drugo, ki se izvajajo v ZUDV obvezno vključiti evidenco prisotnih in odsotnih zaposlenih na sestanku. Seznaniti vodje OE, vodje DE, vodje služb na kolegiju/sestanku. Navedeno se vključi v posodobitev navodila za obvladovanje dokumentov preko SVK.	Realizirano
Za opremo, ki mora biti redno vzdrževana v ZUDV se pripravi delovno navodilo. Za aparature, ki so redno vzdrževane se vzpostavi register/mapa iz katere je razvidno, kdaj je bil opravljen pregled/servis, kdo je odgovorna oseba/skrbnik aparature, zbirna dokumentacija o napravi z navodili za uporabo.	Realizirano
Vzpostavi se register DE ZUDV, kjer se uporabljajo kemikalije. V delovno navodilo se vključi ravnanje s kemikalijami, njihovo označevanje, skladiščenje, dostopnost, določijo se odgovorne osebe/skrbniki po deloviščih. Vzpostavi se mapa z dokumentacijo (varnostni listi), ki so na vpogled na deloviščih.	Realizirano
Prenovi se navodilo za obvladovanje dokumentov v ZUDV. Vsak dokument mora imeti: pripravil/a, pregled/a, odobril/a.	Realizirano

Posodobitev pritožbenega sistema v ZUDV. Celovito zbiranje pritožb in pohval na enem mestu. Vključiti tudi odzivni čas pritožb in način reševanja.	Realizirano
Uvedba enotnega obrazca za korektivno ukrepanje v obliki Excelove preglednice.	Realizirano
Pregled kazalnikov kakovosti po posameznih procesih in izključiti podvajanje.	Realizirano
Obrazec Dokument zdravstvene nege ob premestitvi uporabnika se dopolni z navedbo, kdo je obrazec izpolnil v ZUDV in kdo je v drugem zavodu sprejel uporabnika. Po uskladitvi se mora uporabljati samo elektronski obrazec iz Domisa.	Realizirano
Pripravi se slikovni plakat ali zloženka s temeljnimi postopki oživiljanja za DE.	Realizirano
Pri prenovi dokumentov z opisi procesov se navedejo sklici na navodila, obrazce in drugo (navedba oznake dokumenta).	Realizirano
Ponovni pregled glavnih in podpornih procesov v ZUDV z morebitnimi spremembami.	Realizirano
Pripravi se navodilo za rokovanje s ključi in evidenco prejema/vračila ključa.	Realizirano
V mesečno spremljanje količine odpadkov vključiti tudi relativne vrednosti glede na število uporabnikov. Mesečno poročilo naj obsega absolutne in relativne vrednosti.	Realizirano
Preveriti, ali je čiščenje vbodnega termometra v ZUDV ustrezno, glede na higienske standarde.	Realizirano
Na podlagi letnega načrta dela skladno s pogodbo ZZZS se naj mesečno preverja realizacija programa dela. Odgovorna oseba za splošno ambulanto v socialno varstvenem zavodu pripravi letno poročilo o realizaciji programa dela z morebitnimi ukrepi v primeru odstopanj.	Realizirano
Ustrezno zapisati čas odprtih živil, pred pripravljenih oz. gotovih živil, ki se shranjujejo v zaprtih posodah. Izvleček navodil se namesti na mestu shranjevanja. Dopolniti obrazec "Monitoring temperatur v hladilnikih, zmrzovalnikih in hladilnih vetrinah" z dovoljenim odstopanjem od predvidene temperature.	Realizirano
Na prenovljeni spletni strani ZUDV se dodajo informacije oddelka za svetovanje (socialne službe), z objavo potrebne dokumentacije, povezav, ki bodo v pomoč svojcem/zastopnikom. Objavijo se navodila za sprejem.	Realizirano
Vzpostaviti kontrolo temperature s preverjenimi (kalibriranimi) termometri za hladilnike, v katerih se shranjujejo zdravila.	Realizirano
Priprava navodila za pregled zdravil po DE s seznamom zdravil in pripomočkov, ki se uporabljajo na lokacijah. V navodilo se naj opozori na rok veljavnosti odprtih mazil, krem in gelov, ki se jih uporablja pri uporabnikih in njihovo spremljanje (npr. zapisati datum odprtja mazila na škatlico in navesti datum veljavnosti, v primeru, da ni posebej navedeno).	Realizirano

Na kolegiju zdravstvene nege razmisliti o zamenjati zdravila Suprarenin z adrenalinom, ki ne potrebuje hladne verige.	Realizirano
Priprava seznama/registra dokumentov, s katerimi se morajo seznaniti novo zaposleni in pripravniki, glede na področje dela.	Realizirano
Pol-letni pregled in dopolnitev registra tveganj po opredeljenih procesih ZUDV	Realizirano
V registru tveganj prenoviti metodologijo ocenjevanja tveganj.	Realizirano
<b>LETO: 2024 RP</b>	
Register tveganj se bo pri naslednjem pregledu posodobil tako, da bo navedeno vsako tveganje ločeno. Za vsako tveganje se bo naredila ocena verjetnosti in posledic z navedenimi ukrepi, roki in odgovorno osebo.	Realizirano
Pripravi se seznam dobaviteljev, ki so kritični oz. na črni listi.	Realizirano
Po pregledu navodila za obvladovanje sprememb dokumentov se je vodstvo odločilo, da ohrani obstoječi sistem, ker je natančen in pregleden, ohrani prvotno avtorstvo dokumenta in njegove spremembe.	Realizirano
Skladno s Pravilnikom o izvajanju pravice do pritožbe, podaje pobud in pohval s strani uporabnikov socialnovarstvenih storitev v ZUDV Dornava, ki je stopil v veljavo 3. 2. 2025, se pri obravnavi pritožb upoštevajo določila 5. člena pravilnika, kjer je navedeno, v katerih primerih pritožba ni obravnavana. Delo pritožbene komisije je podrobno določeno v IV poglavju pravilnika, kjer je določeno, da komisija po obravnavi izda sklep ali je pritožba utemeljena ali ni utemeljena. V primeru utemeljene pritožbe zavod nemudoma sprejme ustrezne ukrepe za odpravo ugotovljenih neskladnosti, kar zagotavlja izboljšanje kakovosti storitev in odpravo nepravilnosti. Za zagotavljanje večje transparentnosti se pripravi interni zapisnik vseh obravnavanih pritožb in sprejetih ukrepov, ki bo na voljo vodstvu zavoda in pristojnim nadzornim organom.	Realizirano
V zavodu se pripravi letni načrt sestankov po OE, DE in službah zavoda. Pripravi se navodilo za zapise sestankov, z navodilom za oblikovanje sklepa (zaporedna številka sklepa, zapis sprejetega ukrepa na podlagi ugotovljenega odstopanja, rok za realizacijo sklepa in odgovorno osebo/odgovorne osebe. Realizacija sprejetih sklepov se spremlja v matriki.	Realizirano
Prenovila se bo metodologija ocenjevanja pomembnosti tveganj (verjetnost in posledica) v zavodu, glede na njegove posebnosti.	Realizirano
Preglednica se bo posodobila v skladu s priporočilom, tako, da bo dodan podatek o terminu naslednjega pregleda (kjer je to možno).	Realizirano
Služba za osnovno oskrbo in vzdrževanje vodi evidenco izobraževanj v tabeli. Avtomatsko povezavo med dokumenti informacijski sistem trenutno ne omogoča. Povezava se bo vzpostavila ob prenovi kadrovske informacijskega sistema.	Realizirano
<b>LETO: 2025 RP</b> (V teku realizacije. Določene so odgovorne osebe in roki za realizacijo).	

V delovno navodilo Onboarding se k splošnim vsebinam dodajo vsebine, s katerimi se mora novozaposleni seznaniti tekom uvajanja v delovni proces na posameznem področju dela. Delovna skupina uskladi postopek vkrcavanja (po korakih), terminologijo za celotni proces in senčenje, kot obliko profesionalnega in kariernega razvoja.	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na podlagi analize stanja v zavodu se pripravijo delovna navodila za vse nove tehnike/oblike dela, kjer se prepozna večje tveganje.</li> <li>2. Pripravi se delovno navodilo za uporabo robota za rehabilitacijo roke in se seznanijo vse zaposlene na področju rehabilitacije.</li> </ol>	
Pregledajo in revidirajo se obstoječi pravilniki o internih strokovnih nadzorih, kjer se opredeli tudi planiranje strokovnih nadzorov. Pristopi se k letnemu planiranju internih strokovnih nadzorov in hospitacij ter drugo.	
Vodje OE, DE in služb se seznanijo, da na dnevni red sestanka umestijo točko dnevnega reda pregled realizacije sklepov po organih in delovnih telesih. Za spremljanje realizacije sklepov po organih, delovnih telesih se obvezno uporabi preglednica sprejetih sklepov, ki se kontrolno preveri dvakrat na leto (maj, november). Dopolni se delovno navodilo za obvladovanje dokumentacije.	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vročitveni list se umesti v sistem obvladanih dokumentov.</li> <li>2. Vse novosti in spremembe morajo biti dokumentirane v zapisnikih vodij OE, DE-BE, služb uprave. Pripravi se obvestilo za vodje procesov, ki prične veljati s 1. 2. 2026.</li> </ol>	
Pristopi se k revidiranju obrazca Individualni - osebni načrt uporabnika (datum začetka) in implementacija v informacijski sistem zavoda.	
Revidira se opis procesa Kuhinja, v katerem se upoštevajo usmeritve podane na zunanji presoji.	
Komisija za sprejeme in odpuste dosledno upošteva proste kapacitete in zmožnosti. Pri podaji ugotovitve je prišlo do odstopanja pri razumevanju termina zunanji uporabnik. Gre dejansko za uporabnika zavoda, ki nima namestitve z zavodu, ampak prihaja v dnevno obravnavo (ni samoplačnik storitev ipd.). Delovni urniki zaposlenih glede obravnave uporabnikov se usklajujejo glede na ugotovljene individualne potrebe iz IN (osebnega načrta) uporabnika, pri čemer se upoštevajo veljavni kadrovske normativi, kar pomeni, da zaposleni niso preobremenjeni. Predvideno število vključenih uporabnikov je v skladu s pogodbenimi obveznostmi izvajalca.	Priporočilo ni bilo sprejeto.

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

V letu 2025 je bil opravljen en razgovor o varnosti (9. 10. 2025). Razgovor je bil opravljen za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Razgovor je bil opravljen na podlagi obvestila iz splošne bolnišnice o kakovosti zdravstvene nege in oskrbe uporabnika. Vodstvo OE je opravilo razgovor z zaposlenimi na delovni enoti, opravil se je pregled celotne zdravstvenonegovalne dokumentacije uporabnika. Sprejeti so bili štirje ukrepi. Varnostni pogovor je bil izveden z namenom pregleda strokovnega delovanja, krepitve zavedanja o pomenu varnosti uporabnika ter

spodbujanju odgovornega beleženja dokumentacije zdravstvene nege. Sprejeti ukrepi so izboljšali strokovno delo, varnost uporabnika ter kakovost izvajanja zdravstvene nege.

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

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

Kazalnik varnostnih incidentov na področju upravljanja z zdravili izkazuje izrazit pozitiven trend v obdobju 2023–2025. Število odklonov pri ravnanju z zdravili se je postopno zmanjševalo (iz 4 v letu 2023 na 1 v letu 2024 in 0 v letu 2025), kar kaže na doseganje zastavljenega cilja ter na izboljšanje varnosti pri delu z zdravili.

Dosežen rezultat je odraz doslednega upoštevanja standardnih postopkov pri pripravi in aplikaciji zdravil in večje pozornosti zaposlenih pri ravnanju z zdravili. K zmanjšanju varnostnih incidentov so prispevali tudi interni strokovni nadzori s svetovanjem v zdravstveni negi, večja ozaveščenost zaposlenih ter kontinuirano izobraževanje na tem področju.

Kljub doseženemu cilju je potrebno rezultat interpretirati previdno, saj obstaja možnost ne poročanja incidentov. Zato je ključno ohranjati kulturo varnosti, ki spodbuja ne obtožujoče poročanje o varnostnih incidentih.

Za ohranjanje dosežene ravni in nadaljnjo krepitev varnosti bomo izvajali naslednje ukrepe:

- nadaljnje dosledno izvajanje standardnih postopkov pri ravnanju z zdravili (priprava, aplikacija, dokumentiranje),
- redno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih na področju varne uporabe zdravil,
- spodbujanje kulture varnosti in poročanja o varnostnih incidentih brez sankcioniranja,
- izvajanje rednih internih strokovnih nadzorov s poudarkom na ravnanju z zdravili,
- uvedba ali nadgradnja dvojnega preverjanja pri tveganih zdravilih oziroma postopkih,
- redna analiza morebitnih varnostnih incidentov ter uvajanje korektivnih in preventivnih ukrepov,
- zagotavljanje jasnih, dostopnih in posodobljenih navodil za delo z zdravili.

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

##### **4.8.1 Interni strokovni nadzori 2025 v zdravstveni negi**

V okviru internega strokovnega nadzora s svetovanjem v zdravstveni negi je bilo ugotovljeno, da se v delovnem prostoru za zdravstvene delavce v dejavnosti zdravstvene nege nahajajo interna navodila, ki niso ustrezno urejena v skladu z vsemi zahtevami sistema vodenja kakovosti po ISO standardu, saj dokumenti ne vsebujejo vseh obveznih elementov – glave dokumenta, datuma priprave, navedbe avtorja, kar zmanjšuje njihovo sledljivost, preglednost in zanesljivost uporabe v praksi.

Neustrezno upravljanje dokumentacije predstavlja tveganje za neenotno izvajanje postopkov, možnost uporabe zastarelih ali nepreverjenih navodil ter posledično vpliva na kakovost in varnost zdravstvene nege.

Nadzor je prav tako izpostavil potrebo po doslednejšem spoštovanju predpisanih postopkov, uporabi uradnih obrazcev ter sprotnem in natančnem vnašanju podatkov.

Za izboljšanje stanja in uskladitev z zahtevami kakovosti so bili izvedeni naslednji ukrepi:

- pregled in sistematična ureditev vseh internih navodil na enoti v skladu z ISO standardom (ustrezna struktura dokumenta, označevanje, datumi, avtorstvo, verzija dokumenta),
- odstranitev ali zamenjava vseh neustreznih oziroma zastarelih navodil iz delovnega okolja,
- dosledna uporaba uradno potrjenih obrazcev pri delu,
- krepitev kulture sprotnega in natančnega dokumentiranja v zdravstveni negi,
- okrepitev internih strokovnih nadzorov z namenom spremljanja skladnosti z navodili in pravočasnega ukrepanja ob odstopanjih.

#### **4.8.2 Interni strokovni nadzori 2025 v rehabilitaciji**

Izvedena sta bila 2 interna strokovna nadzora v fizioterapiji in 2 interna strokovna nadzora v delovni terapiji. Komisija je pregledala dokumentacijo, infrastrukturo – terapevtski prostor in opremo, ni ugotovila nepravilnosti. Izboljšave so predvsem v infrastrukturi – novi terapevtski prostori v dnevnem centru Maribor.

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

Področje preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom (OPZ), v Zavodu sistematično usklajuje in nadzoruje Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO).

V letu 2025 so bile aktivnosti usmerjene v zmanjševanje tveganj za prenos okužb, zgodnje odkrivanje večkratno odpornih mikroorganizmov ter krepitev kompetenc zaposlenih. KOBO se je sestala na treh rednih sejah in sprejela letni načrt izobraževanj.

**Ključne izvedene aktivnosti v letu 2025 so bile:**

##### **1. Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih**

Izobraževanje zaposlenih ostaja temeljni ukrep za zagotavljanje varnega in kakovostnega okolja:

- izvedeni sta bili 2 izobraževanja s področja OPZ (v obsegu 11 ur, s preverjanjem znanja), skupaj za 71 udeležencev,
- redno se izvajajo izobraževanja o higieni rok z neposrednim opazovanjem izvajanja,
- izvedeni sta bili 2 izobraževanja o čiščenju in razkuževanju (91 udeležencev),
- izvedena so bila 4 usposabljanja o ravnanju s čistili po načelih HACCP (53 udeležencev).

**Ocena:** dobra vključenost zaposlenih in kontinuirano izvajanje izobraževanj.

##### **2. Nadzor nad večkratno odpornimi mikroorganizmi (VOB)**

Sistem presejalnega testiranja vključuje:

- odvzem kužnin ob sprejemu (če izvidi niso priloženi),
- odvzem po hospitalizaciji, daljši od 5 dni

**Rezultati 2025:**

- 2 kolonizaciji z VOB po hospitalizaciji,
- 1 kolonizacija ob sprejemu.

**Ocena:** sistem omogoča pravočasno prepoznavo tveganj in preprečevanje širjenja.

### 3. Preprečevanje respiratornih okužb in cepljenje

- izvedena izobraževanja za starše o preprečevanju okužb, ravnanju ob izbruhu bolezni ter pomen preventivnega cepljenja,
- organizirano cepljenje proti gripi in covidu-19 za uporabnike in zaposlene,

**Ocena:** preventivne aktivnosti ustrezno podpirajo zmanjševanje sezonskih tveganj.

### 4. Nadzor nad kakovostjo pitne vode

- odvzetih 10 vzorcev vode (topla in hladna voda – legionela),
- na 2 lokacijah ugotovljeno srednje tveganje (prisotnost legionele).

#### Ukrepi:

- izvedeni tehnični in organizacijski korektivni ukrepi,
- podana pisna navodila zaposlenim,
- izvedeno kontrolno vzorčenje.

**Rezultat:** uspešna sanacija – legionela v ponovnih vzorcih ni bila več prisotna.

**Ocena:** učinkovit odziv na zaznano tveganje.

### 5. Spremljanje kakovosti kopalne vode

Z namenom zagotavljanja zdravstvene ustreznosti kopalne vode v terapevtskem bazenu se izvaja vzorčenje ustreznosti kopalne vode, kjer se preverja mikrobiološke, fizikalne in kemijske parametre:

- odvzetih 11 vzorcev kopalne vode,
- analizirani mikrobiološki, fizikalni in kemijski parametri,
- neskladnosti niso bile ugotovljene.

**Ocena:** stabilna in ustrezna kakovost vode v terapevtskem bazenu.

### 6. HACCP nadzor

V letu 2025 so se v okviru zagotavljanja varnosti živil in skladnosti s HACCP načeli izvajali redni notranji in zunanji nadzori v kuhinjah in čajnih kuhinjah enot ZUDV Dornava. Izvedene so bile naslednje aktivnosti:

- 16 notranjih HACCP nadzorov v čajnih kuhinjah delovnih enot,
- 2 notranja HACCP nadzora v centralni kuhinji,
- 3 HACCP nadzori s strani NLZOH v kuhinji Maribor,
- 7 HACCP nadzorov s strani NLZOH v kuhinji Dornava.

Pri notranjih nadzorih so bila v treh enotah ugotovljena neskladja, za katera so bili določeni korektivni ukrepi. V vseh primerih so bili izvedeni ponovni pregledi, pri katerih je bilo potrjeno, da so bila neskladja odpravljena.

Pri zunanjih nadzorih, izvedenih s strani NLZOH, so bila neskladja ugotovljena v dveh primerih v kuhinji Dornava in v enem primeru v kuhinji Maribor. Tudi v teh primerih so bili izvedeni ustrezni korektivni ukrepi ter dodatna izobraževanja zaposlenih.

**Ocena:** z rednim izvajanjem nadzorov in doslednim odpravljanjem neskladij se zagotavlja visoka raven varnosti živil ter skladnost z veljavno zakonodajo in internimi standardi.

### 7. Spremljanje količine odpadkov in rokovanje z njimi

V ZUDV Dornava se redno spremljajo količine nastalih odpadkov z namenom zagotavljanja ustreznega ravnanja ter zmanjševanja vpliva na okolje. Spremljanje vključuje:

- količino odpadne hrane,

- količino infektivnih odpadkov,
- količino odpadkov iz zdravstva.

Rezultati spremljanja v letu 2025 kažejo zmanjšanje količine vseh obravnavanih vrst odpadkov. Navedeno je mogoče pripisati rednemu izobraževanju zaposlenih ter stalnemu opozarjanju na pravilno ravnanje z odpadki.

**Ocena:** trend zmanjševanja količine odpadkov kaže na izboljšanje ravnanja z odpadki ter večjo ozaveščenost zaposlenih.

## 8. Spremljanje higiene rok

Higiena rok predstavlja enega ključnih kazalnikov kakovosti in varnosti obravnave. Spremljanje izvajanja higiene rok je bilo v vseh enotah zavoda uvedeno v preteklem letu.

Z namenom zagotavljanja kakovostne in varne obravnave so bila najprej izvedena izobraževanja zaposlenih o pravilnem izvajanju higiene rok, nato pa je bilo uvedeno sistematično opazovanje izvajanja higiene rok pri postopkih in posegih v zdravstveni negi in oskrbi, ki predstavljajo največje tveganje za prenos VOB.

Za zagotavljanje varne obravnave je ciljna doslednost izvajanja higiene rok najmanj 75 %. V letu 2025 je bila na ravni zavoda dosežena skupna doslednost **83,83 %**, kar presega zastavljeni cilj.

Doslednost higiene rok glede na posamezne indikacije je bila v letu 2025 naslednja:

- pred stikom z uporabnikom: 88,28 %
- pred aseptičnim postopkom: 80,60 %
- po stiku s kužninami: 83,33 %
- po stiku z uporabnikom: 87,95 %
- po stiku z okolico uporabnika: 74,00 %

**Ocena:** dosežena skupna skladnost presega ciljno vrednost, kar kaže na dobro implementacijo standardov higiene rok. Najnižja skladnost je bila zaznana pri higieni rok po stiku z okolico uporabnika, kar predstavlja priložnost za nadaljnje izboljšave.

## 9. Spremljanje čiščenja in razkuževanja

Čiščenje in razkuževanje prostorov in opreme je ključni element zagotavljanja varnosti in preprečevanja prenosa VOB. Ciljna vrednost zagotavljanja varnosti je vsaj 70 % dosežena skladnost pregleda čiščenja in razkuževanja. V letu 2025 je bila dosežena **84,21 %** kakovost čiščenja in razkuževanja in se je napram preteklemu letu povečala za 20,67 %. Kljub povečanju kakovosti čiščenja, se v posameznih enotah pojavljajo težave, kar predstavlja tveganje.

Za zagotavljanje varnosti in zmanjšanje tveganj, so bile speljane naslednje aktivnosti:

- izobraževanje za zaposlene s področja čiščenja
- priprava enotnih navodil za področje čiščenja
- izvedba nadzora čiščenja s pomočjo UV lučke ter z odvzemom ATP brisov.

**Ocena:** kljub splošnemu izboljšanju se v posameznih enotah še vedno pojavljajo odstopanja, kar predstavlja potencialno tveganje za prenos VOB. To nakazuje potrebo po nadaljnjem ciljno usmerjenem spremljanju, dodatnem usposabljanju zaposlenih ter doslednem izvajanju nadzora, zlasti v enotah z nižjo skladnostjo.

### **Prepoznana tveganja na področju POBO**

V letu 2025 so bila prepoznana naslednja ključna tveganja:

- vnos večkratno odpornih mikroorganizmov ob sprejemu ali po hospitalizaciji,
- pojav legionele v vodovodnem sistemu,
- tveganje za prenos okužb zaradi neustrezne higiene rok ter neustreznega čiščenja in razkuževanja,
- sezonski porast respiratornih okužb.

### **Izvedeni in načrtovani ukrepi na področju POBO**

Za obvladovanje tveganj so bili izvedeni oziroma se kontinuirano izvajajo naslednji ukrepi:

- redno in ciljno usmerjeno izobraževanje zaposlenih,
- sistematično presejalno testiranje na VOB,
- stalni nadzor nad higieno rok,
- redni pregledi čiščenja in razkuževanja,
- redno vzorčenje pitne in kopalne vode,
- takojšnje izvajanje korektivnih ukrepov ob odstopanjih,
- promocija cepljenja ter ozaveščanje uporabnikov in zaposlenih.

Področje preprečevanja in obvladovanja okužb ter zagotavljanja varnosti živil je v ZUDV Dornava v letu 2025 delovalo sistematično in učinkovito. Z vzpostavljenimi preventivnimi ukrepi, rednim nadzorom ter pravočasnim odzivanjem na zaznana odstopanja je bila zagotovljena visoka raven varnosti za uporabnike in zaposlene.

Priložnosti za izboljšave ostajajo predvsem na področju:

- nadaljnje krepitve kulture varnosti,
- doslednega spremljanja izvajanja higiene rok,
- rednih pregledov čiščenja in razkuževanja ter,
- zgodnjega prepoznavanja tveganj in njihovega učinkovitega obvladovanja.

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

Letno poročilo o pritožbah, pohvalah in pobudah za leto 2025 je pripravljeno skladno z 22. členom Pravilnika o izvajanju pravice do pritožbe, podaje pohval in pobud s strani uporabnikov socialnovarstvenih storitev v ZUDV Dornava, ki določa obveznost priprave letnega poročila do 31. januarja za preteklo leto ter natančno opredeljuje vsebinske elemente poročila, in sicer: število prejetih pritožb, pohval in pobud, njihovo analizo, razloge za pritožbe in pohvale, podatke o rešenih in nerešenih pritožbah z obrazložitvami, povprečni čas reševanja pritožb ter število realiziranih pobud.

#### **Pregled prejetih vlog**

V letu 2025 je bilo evidentiranih:

- 24 pritožb,
- 5 pohval in
- 3 pobude uporabnikov socialno varstvenih storitev.

#### **Analiza prejetih pritožb uporabnikov socialnovarstvenih storitev**

Najpogostejši razlogi za pritožbe so bili:

- **pomanjkljiva ali neustrezna komunikacija:**
  - nejasne informacije glede zdravstvenega stanja uporabnikov,
  - slaba komunikacija ob premestitvah uporabnikov,
  - nezadostno obveščanje svojcev oziroma pritožnikov;
- **neprimerno ravnanje ali vedenje zaposlenih:**
  - neustrezen odnos do uporabnikov,
  - neprimerno vedenje posameznih zaposlenih,
  - pritožbe nad strokovnostjo ali načinom dela zaposlenih;
- **neodzivnost na pritožbe ali pobude:**
  - prepočasno ali nezadostno ukrepanje ob že podanih pritožbah,
  - občutek, da pritožbe niso bile pravočasno obravnavane;
- **premesitve uporabnikov:**
  - nestrinjanje uporabnikov ali svojcev s premestitvijo na drugo enoto,
  - občutek neupravičenosti ali slabe obrazložitve premestitve;
- **sobivanje in medosebni odnosi med uporabniki:**
  - konflikti med uporabniki v skupnih prostorih ali sobah,
  - nestrinjanje s sobivanjem z določenimi uporabniki,
  - pritožbe nad vedenjem posameznih uporabnikov;
- **prehrana: nezadovoljstvo s kakovostjo, vrsto ali ustreznostjo prehrane;**
- **uporaba posebnih ukrepov: pritožbe glede vezanja uporabnika na invalidski voziček;**
- **bivalni pogoji in okolje:**
  - pritožbe nad razmerami v zavodu (neurejenost mobilnih hišic, razmere v delovni enoti dnevnega centra Maribor v času gradnje in selitve v prizidek),
  - pritožbe sosedov oziroma okolice zaradi vedenja uporabnikov ali vpliva zavoda.

### **Reševanje pritožb**

V letu 2025 je bilo število rešenih pritožb 20, število nerešenih pritožb pa 4.

Razlogi za nerešene pritožbe:

- pritožbeni postopek še v teku,
- zadeva je bila predana v sodni postopek oziroma v obravnavo drugim pristojnim institucijam.

### **Povprečni čas reševanja pritožb**

Povprečni čas reševanja pritožb v letu 2025 je znašal 3,6 delovnih dni, kar kaže na relativno hitro in učinkovito obravnavo prejetih zadev. Potrebno je poudariti, da je natančno merjenje povprečnega časa oteženo, saj je bilo več pritožb v službo za splošne zadeve posredovanih šele v fazi, ko je postopek reševanja že potekal ali je bila pritožba že razrešena, zato datumi v povezavi s posameznimi pritožbami niso znani (prejem pritožbe, odgovor na pritožbo ipd.). Navedeno deloma kaže na to, da zaposleni v praksi ne upoštevajo dosledno določb pravilnika glede predpisanega postopka evidentiranja in reševanja pritožb.

### **Analiza prejetih pohval uporabnikov socialnovarstvenih storitev**

Pohvale so se nanašale predvsem na:

- strokovno in srčno delo zaposlenih,
- kakovostno komunikacijo z uporabniki in svojci,
- podporo uporabnikom pri razvoju samostojnosti in samozagovorništva,

- prizadevnost celotnih timov posameznih enot.

Prejete pohvale so bile posredovane posameznim zaposlenim oz. delovnim enotam s strani strokovne vodje in/ali vodje organizacijske enote.

## **Analiza prejetih pobud uporabnikov socialnovarstvenih storitev**

### **Vsebina pobud**

Pobude so se nanašale na:

- želje po premestitvah uporabnikov med enotami,
- ukinitve tople malice.

### **Realizacija pobud**

V letu 2025 ni bila realizirana nobena pobuda. Pobudi, povezani s premestitvijo uporabnikov, nista bili izvedeni zaradi pomanjkanja prostih kapacitet. Prav tako ni bila realizirana pobuda glede ukinitve tople malice; o njej se je razpravljalo na Svetu uporabnikov, pri čemer topli obrok pripada posamezniku, ki je vključen v storitev VVZPP.

## **Analiza ustnih pritožb uporabnikov socialnovarstvenih storitev podanih in razrešenih neposredno na delovnih enotah**

Pravilnik o izvajanju pravice do pritožbe, podaje pohval in pobud s strani uporabnikov socialnovarstvenih storitev v 6. členu določa, da ustno pritožbo uporabnika socialnovarstvenih storitev, podano neposredno na delovišču zavoda, obravnava vodja delovišča. Vsaka obravnavana in razrešena ustna pritožba se evidentira v tabelo za evidentiranje pritožb uporabnikov socialnovarstvenih storitev na deloviščih ZUDV Dornava. Vodja delovišča je dolžan enkrat mesečno, najkasneje do 8. dne v mesecu, izpolnjeno tabelo posredovati službi za splošne zadeve po elektronski pošti.

V letu 2025 Služba za splošne zadeve ni prejela nobene evidentirane ustne pritožbe, ki bi bila obravnavana in razrešena neposredno na deloviščih. Možno je, da uporabniki socialnovarstvenih storitev v letu 2025 niso podali ustnih pritožb na deloviščih. Prav tako je mogoče, da so bile morebitne ustne pripombe uporabnikov sproti razrešene v okviru vsakodnevne komunikacije in jih vodje zato niso zaznale kot formalne pritožbe. Ne izključuje pa se niti možnost, da vodje ustnih pritožb niso evidentirale, kljub obveznosti evidentiranja v skladu s pravilniki.

## **Merjenje zadovoljstva uporabnikov, staršev/skrbnikov**

- **Zadovoljstvo uporabnikov institucionalnega varstva odraslih (IVO, DI)**

Zavod vsako leto izvede merjenje zadovoljstva različnih deležnikov. Zavod si prizadeva za prijetno, spodbudno in varno okolje za vse uporabnike v instituciji in izven nje v skupnosti. Z anketiranjem uporabnikov smo želeli pridobiti podatke, kako se počutijo v zavodu, kaj jim je všeč in kaj nam predlagajo, da lahko izboljšamo. Vprašalnik za merjenje zadovoljstva uporabnikov smo prilagodili tako, da smo uporabili emotikonsko lestvico/lestvico nasmehov zadovoljstva (1-3). Analiza deskriptivnih podatkov, zbranih od skupno 108 anketirancev, omogoča vpogled v zaznavanje kakovosti življenja, medosebnih odnosov in zadovoljstva z aktivnostmi znotraj institucije.

Rezultati kažejo, da anketiranci (uporabniki) v veliki meri zaznavajo svoj bivalni prostor kot čist, urejen in prijeten, s povprečjem 1,04 in minimalno standardno deviacijo 0,21. Podobno je zaznava zasebnosti in miru v lastni sobi ocenjena s povprečjem 1,18 in standardno deviacijo 0,48, kar kaže na splošno pozitivno izkušnjo, z nekoliko večjo variabilnostjo pri doživljanju mirnega okolja.

Odnosi z zaposlenimi so prav tako pozitivno ocenjeni; anketiranci navajajo, da se osebje obnaša prijazno (povprečje 1,17, SD = 0,37) in jih poslušajo, ko izrazijo svoje mnenje (povprečje 1,15, SD = 0,39). Nadalje je zaznava možnosti komunikacije z zaposlenimi ocenjena s povprečjem 1,18, z relativno majhno disperzijo (SD = 0,44), kar nakazuje na konsistentnost zaznav med anketiranci.

Podoben trend je opazen pri odnosih z drugimi uporabniki in avtonomiji pri odločanju o vsakodnevnih aktivnostih. Medtem ko odnosi z ostalimi stanovalci kažejo povprečje 1,23, je možnost samostojnega odločanja o obrokih in aktivnostih ocenjena z nekoliko višjim povprečjem 1,36, kar pomeni, da čeprav so medosebni odnosi večinoma pozitivni, zaznava avtonomije med anketiranci niha.

Zaznava kakovosti hrane kaže zelo zadovoljive rezultate, s povprečjem 1,04, medtem ko izkušnje s prostovoljci dosegajo povprečje 2,23, z petimi manjkajočimi vrednostmi, kar nakazuje, da nekateri anketiranci morda nimajo pogoste ali enako pozitivne interakcije s prostovoljci. Vključenost v skupine za samozagovorništvo in poznavanje postopkov za podajanje pritožb ali predlogov kažeta povprečji 2,41 in 1,52. Ti rezultati kažejo, da medtem ko večina anketirancev razume notranje postopke, del njih ni vključen v aktivno samozagovorništvo, kar lahko kaže na potrebo po dodatni podpori in spodbujanju participacije.

Zadovoljstvo z dejavnostmi prostega časa, s povprečjem 1,61 in standardno deviacijo 0,66, kaže relativno pozitivno zaznavo ponujenih aktivnosti, z večjo disperzijo mnenj, kar lahko odraža različne interese in potrebe anketirancev.

Deskriptivna analiza kaže, da anketiranci večinoma doživljajo svoj fizični prostor, odnose z zaposlenimi in medsebojne odnose kot zadovoljive ter so informirani o postopkih in vključeni v aktivnosti. Največje razlike v zaznavah so evidentirane pri vprašanih, povezanih z interakcijo s prostovoljci, participacijo v samozagovorniških skupinah in zadovoljstvom z aktivnostmi prostega časa, kar identificira potencialna področja za institucionalna izboljšanja glede participacije in podpore anketirancem. Na podlagi tega smo predlagali pet priporočil. Natančna analiza je predstavljena v poročilu Glas deležnikov za leto 2025.

- **Zadovoljstvo uporabnikov varstveno delovnega centra (VDC)**

Z anketiranjem uporabnikov, ki so vključeni v storitve varstveno delovnega centra smo želeli pridobiti podatke, ki se nanašajo na njihovo zadovoljstvo z obstoječimi delavnicami in kaj si želijo v prihodnje. Vprašalnik za merjenje zadovoljstva uporabnikov smo prilagodili tako, da smo uporabili emotikonsko lestvico/lestvico nasmehov zadovoljstva/ nezadovoljstva (1-3).

Rezultati ankete med uporabniki VDC-ja kažejo visoko zadovoljstvo in pozitivno izkušnjo v skoraj vseh preučenihih vidikih. Večina anketirancev je izpostavila, da z veseljem prihajajo na delavnice, pri čemer se 99 % anketirancev (100 od 101) popolnoma strinja s trditvijo, da jim je obisk delavnic prijeten. Odnosi z zaposlenimi so prav tako ocenjeni zelo pozitivno – 87 % uporabnikov (88 anketirancev) meni, da se zaposleni do njih obnašajo prijazno, enako število (88 anketirancev, 87 %) pa meni, da jih zaposleni poslušajo, ko nekaj povedo, medtem ko 94 % (95 anketirancev) izpostavlja, da jim zaposleni pomagajo postati bolj samostojni. Zadovoljstvo z delom je prav tako izrazito visoko, saj je 94 % anketirancev (95 od 101) zadovoljnih z delom, ki ga opravljajo.

Kar zadeva avtonomijo in možnost menjave dela, 76 % anketirancev (77 od 101) meni, da lahko, če jim trenutna zaposlitev ne ustreza, dobijo drugo zaposlitev, medtem ko 22 % izkazuje nevtralno mnenje, le 2 % pa se ne strinja. Socialni odnosi med uporabniki so prav tako večinoma pozitivni –

82 % anketirancev (83 od 101) meni, da so njihovi odnosi z drugimi uporabniki prijetni in spoštljivi. Zadovoljstvo z osnovnimi storitvami, kot je hrana, je prav tako visoko: 81 % anketirancev (82 od 101) meni, da je hrana v delavnicah dobra. Večina anketirancev (84 % ali 85 anketirancev) prav tako ve, kako izraziti pohvalo, pritožbo ali predlog, kar kaže na transparentno in participativno okolje.

Po drugi strani pa so dejavnosti prostega časa, kot so izleti, pikniki in druženja, dobile nekoliko nižje ocene – 70 % anketirancev (71 od 101) je zadovoljnih s temi dejavnostmi, medtem ko 16 % izraža nezadovoljstvo, kar kaže na potrebo po dodatnih prilagoditvah in vključevanju uporabnikov v načrtovanje teh dejavnosti. Zadovoljstvo s prevozom na delavnice je visoko (92 % anketirancev ali 93 od 101), vendar standardni odklon kaže, da obstaja manjše število uporabnikov, ki niso popolnoma zadovoljni.

Na splošno rezultati kažejo, da so uporabniki zadovoljni, z visokim stopnjo soglasja med anketiranci pri skoraj vseh trditvah. Edini segment, kjer obstaja večja raznolikost mnenj, se nanaša na dejavnosti prostega časa (prostočasne aktivnosti), kar predstavlja prostor za izboljšave in prilagoditev interesom uporabnikov. Skupno anketa kaže na inkluzivno, podporno in motivirajoče okolje, v katerem uporabniki čutijo zadovoljstvo z delom, dobro komunikacijo z zaposlenimi in možnost izražanja svojih potreb ter mnenj. Podanih je bilo pet priporočil.

- **Zadovoljstvo staršev s storitvami vzgoje in izobraževanja**

Poslanstvo organizacijske enote vzgoja in izobraževanje je zagotavljati kakovostne storitve vzgoje, izobraževanja, usposabljanja, podpore in varstva otrok s posebnimi potrebami in s celovitim pristopom krepiti njihovo avtonomijo, razvoj in socialno vključenost. Svojci/starši so zadovoljstvo ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici. Ocena 1 je pomenila, da se s trditvijo niti malo ne strinjajo do 5 – popolnoma oz. zelo se strinjam).

Analiza deskriptivnih podatkov za trditve Q1a–Q1d, ki se nanašajo na kakovost komunikacije zaposlenih, jasnost informacij ter obveščanje preko digitalnih kanalov, kaže na izrazito visoke ravni zadovoljstva med anketiranimi starši/svojci. Vse štiri trditve imajo povprečne ocene nad vrednostjo 4 na Likertovi lestvici od 1 do 5, kar kaže na pretežno pozitivno percepcijo in visoko oceno dela zaposlenih ter digitalnih komunikacijskih kanalov zavoda.

1. Najvišje ocenjena trditev je **Zaposleni z mano komunicirajo prijazno in spoštljivo**, s povprečno oceno 4,89 (SD = 0,32). Ta rezultat kaže, da anketiranci skoraj popolnoma potrjujejo, da je komunikacija zaposlenih prijazna, profesionalna in temelji na spoštovanju. Ker je medosebna komunikacija temelj kakovostnega odnosa med uporabnikom in izvajalcem storitev, tako visoka ocena predstavlja pomemben indikator kakovosti dela v zavodu. Majhna standardna deviacija kaže na visoko homogenost odgovorov oziroma močan konsenz (strinjanje) med anketiranci.
2. Druga trditev **Zaposleni z mano komunicirajo jasno in razumljivo**, je prav tako visoko ocenjena (M = 4,63; SD = 0,68). Čeprav nekoliko nižja od prve trditve, povprečna ocena še vedno jasno kaže na pozitivno percepcijo komunikacijskih kompetenc zaposlenih. Rahlo večja variabilnost odgovorov lahko nakazuje, da manjši del anketirancev občasno naleti na težave pri razumevanju informacij ali da doživeto jasnost komunikacije lahko zavisi od specifičnih situacij, konteksta ali posameznega zaposlenega.
3. Tretja trditev **Vsebine in informacije na spletni strani zavoda so jasne in uporabne**, ima povprečno oceno 4,63 (SD = 0,52), vendar največje število manjkajočih odgovorov (N = 8 veljavnih, 11 manjkajočih). To nakazuje dve ključni ugotovitvi. Prvič, anketiranci, ki uporabljajo spletno stran, jo večinoma ocenjujejo kot jasno in uporabno. Drugič, veliko število

manjkajočih odgovorov lahko pomeni, da precejšen del anketirancev ne uporablja spletne strani kot vira informacij. Možni razlogi vključujejo starostno strukturo vzorca, omejeno digitalno pismenost ali raje neposredno komunikacijo z zaposlenimi.

4. Najnižjo povprečno oceno med analiziranimi trditvami ima **Objave zavoda na družbenih omrežjih omogočajo dober vpogled v življenje in dogajanje v zavodu** ( $M = 4,29$ ;  $SD = 0,61$ ), čeprav je tudi ta relativno visoka. Ta rezultat kaže na pozitivno, a nekoliko zmernejšo percepcijo informativnosti in transparentnosti družbenih omrežij. Kot pri Q1c, nekateri anketiranci niso odgovorili na vprašanje, kar lahko implicira omejeno uporabo družbenih omrežij pri starejši populaciji. Vendar pa tisti, ki so odgovorili, ocenjujejo objave kot koristne in dovolj informativne.

Skupno gledano rezultati kažejo, da imajo anketiranci izjemno pozitivno percepcijo komunikacije in obveščanja s strani zavoda. Najvišja raven zadovoljstva je povezana z medosebno komunikacijo zaposlenih, digitalni kanali pa so prav tako visoko ocenjeni, vendar z večjim deležem anketirancev, ki jih ne uporabljajo. Te ugotovitve kažejo, da so zaposleni ključna kontaktna točka in osnovni vir informacij za večino anketirancev, medtem ko imajo digitalni kanali pomemben potencial za nadaljnje krepitve transparentnosti in dostopnosti informacij – zlasti med uporabniki, ki aktivno uporabljajo spletne vsebine. Podali smo štiri priporočila.

Razvidno je visoko zadovoljstvo staršev s počutjem otroka v šoli. Trditve so bile ocenjene od 4,32 do 4,72. Analiza postavk (3) kaže na visoko stopnjo zadovoljstva staršev glede šolskih izkušenj njihovih otrok, pri čemer rezultati odražajo pozitiven odnos do rednega obiskovanja pouka, zaznavnega napredka v razvoju ter zadovoljstva otrok po vrnitvi iz šole. Povprečna ocena za redno obiskovanje šole ( $PV = 4,72$ ,  $SD = 0,66$ ) nakazuje, da večina učencev dosledno sodeluje pri učnih dejavnostih, kar predstavlja ključni pogoj za njihov razvoj. Starši prav tako zaznavajo napredek svojih otrok, kar se odraža v povprečju 4,32 ( $SD = 0,95$ ), pri čemer nekoliko večja variabilnost kaže na individualne razlike v dosežkih in zaznavanju razvoja. Zadovoljstvo otrok po vrnitvi iz šole ( $PV = 4,63$ ,  $SD = 0,55$ ) dodatno potrjuje, da šolsko okolje nudi pozitivne in spodbudne pogoje za učenje, nizka standardna deviacija pa odraža visoko stopnjo soglasja med starši. Celovito gledano rezultati kažejo, da šola uspešno zagotavlja prisotnost, razvoj in čustveno zadovoljstvo otrok, pri čemer se potencial za izboljšave lahko dodatno uresniči z individualizirano podporo, ki omogoča viden napredek vsakemu otroku/učencu, zlasti tistim, katerih dosežki trenutno odstopajo od povprečja.

Analiza postavk Q3a–Q3h kaže na visoko stopnjo vključenosti staršev v izobraževalni proces svojih otrok ter na visoko raven informiranosti o dejavnostih šole. Povprečne ocene, ki so blizu vrednosti 1, kažejo, da starši redno sodelujejo na roditeljskih sestankih in govorilnih urah, medtem ko je njihovo sodelovanje pri pripravi individualiziranih programov skoraj popolno. Informiranost o napredku otroka, izvajanju izobraževalnega programa ter možnostih kontaktiranja pristojnih oseb za nasvet ali vprašanje dodatno potrjuje, da šola zagotavlja transparentno in dosledno komunikacijo s starši. Rahlo višja variabilnost pri postavki Q3h nakazuje, da manjše število staršev občasno ni popolnoma seznanjeno s postopki za vlaganje pritožb, pohval in pobud, kar predstavlja možno točko za dodatno informiranje. Celovito gledano rezultati kažejo, da starši šolo doživljajo kot odprto in angažirano institucijo, ki omogoča aktivno sodelovanje in pravočasno obveščanje, s čimer se spodbuja skupna odgovornost za razvoj in napredek učencev.

Starši so obe trditvi, ki se nanašata na njihovo zadovoljstvo s šolskim okoljem in materialnimi pogoji ocenili visoko, z oceno 4,71. Analiza postavk Q4a in Q4b kaže na visoko raven zadovoljstva staršev glede materialnih in prostorskih pogojev šole. Povprečna ocena 4,71 za obe postavki nakazuje, da

večina staršev meni, da ima šola ustrezne pripomočke, opremo in materiale, potrebne za izobraževanje in razvoj njihovih otrok, ter da so učilnice primerne in prijazne za učence. Nizka standardna deviacija pri Q4b (SD = 0,47) odraža visoko soglasje med starši o primernosti učilnic, medtem ko nekoliko večja variabilnost pri Q4a (SD = 0,74) nakazuje, da manjše število staršev meni, da bi bilo posamezne materiale ali opremo mogoče dodatno izboljšati. Celovito gledano rezultati kažejo na pozitivno percepcijo šolskega okolja in podporo optimalni učni izkušnji učencev.

Analiza dodatnih komentarjev in predlogov staršev kaže na visoko stopnjo zadovoljstva s ponujenimi storitvami v OE VIZ in šolskim programom. Starši izpostavljajo kakovost dela zaposlenih, organiziranost prostorov in angažiranost zaposlenih, kar nakazuje, da zavod uspešno zadovoljuje osnovne potrebe otrok in zagotavlja varno ter spodbudno okolje. Posebno pozitivno so ocenjeni prostorski in socialni vidiki, zlasti v delovni enoti VIZ Mala Nedelja, kjer starši prepoznajo organiziranost skupnega prostora, občutek nadomestne družine ter higieno in prijetno vzdušje v učilnicah. Ti dejavniki potrjujejo, da fizično in socialno okolje pomembno prispeva k zadovoljstvu otrok in občutku varnosti.

Hkrati manjše število komentarjev nakazuje na področja, ki zahtevajo dodatne izboljšave. Starši navajajo izzive, povezane s higieno sob in bazena (lokacija Dornava), izgubo ali poškodbo otroških oblačil pri pranju, težave s klimatizacijo prostorov v poletnih mesecih ter občasne pomanjkljivosti pri spremljanju zdravstvenega stanja otrok. Takšne slabosti poudarjajo potrebo po dodatnem osredotočanju na logistične in tehnične vidike dela, da bi izboljšali izkušnjo staršev in zagotovili varnost otrok.

Starši prav tako podajajo konkretne predloge za izboljšanje dela v organizacijski enoti VIZ, vključno s pogostejšo in terapevtsko komunikacijo o zdravstvenem stanju otroka, povečano in načrtovano uporabo virov, kot je bazen, ter dodatne higienske (čistoča sob) in organizacijske izboljšave v bivalnih sobah in skupnih prostorih. Na splošno komentarji potrjujejo, da starši prepoznajo visoko kakovost izobraževanja in skrbi za otroke, medtem ko manjše število sugestij nakazuje možne smeri institucionalnega izboljšanja.

- **Zadovoljstvo svojcev s storitvami institucionalnega varstva odraslih**

Zavod si prizadeva za prijetno, spodbudno in varno bivalno okolje za vse uporabnike v instituciji in izven nje v skupnosti. Z anketiranjem uporabnikov smo želeli pridobiti podatke svojcev, kako so zadovoljni s storitvami v organizacijski enoti institucionalno varstvo odraslih.

Razvidno je, da so svojci posamezne trditve ocenili od 3,78 do 4,87.

Analiza podatkov iz vprašalnika kaže različne ravni zadovoljstva svojcev glede komunikacije z zaposlenimi, kakovosti informacij na spletni strani, aktivnosti na družbenih omrežjih in dostopnosti jedilnikov na spletu. Za vsako vprašanje je bila izvedena deskriptivna statistika, vključno s številom veljavnih in manjkajočih odgovorov, minimumom, maksimumom, povprečno vrednostjo in standardnim odklonom. Negativne vrednosti (-1) so bile obravnavane kot manjkajoči podatki.

1. **Zaposleni z mano komunicirajo prijazno in spoštljivo.** Vsi anketiranci (N = 90) so dali veljavne odgovore, brez manjkajočih podatkov. Minimalna ocena je bila 3, maksimalna 5, povprečje 4,87 s standardnim odklonom 0,37. Rezultati kažejo visoko raven zadovoljstva uporabnikov in zelo homogena izkušnja, saj so skoraj vsi anketiranci ocenili komunikacijo z zaposlenimi z najvišjo oceno.

2. **Zaposleni z mano komunicirajo jasno in razumljivo.** Tudi tukaj so vsi odgovori veljavni (N = 90), z minimalno oceno 2 in maksimalno 5. Povprečje je 4,88, standardni odklon 0,44. Rezultati potrjujejo visoko raven zadovoljstva glede jasnosti in razumljivosti komunikacije, z malo variabilnosti izkušenj med anketiranci.
3. **Vsebine in informacije na spletni strani zavoda so jasne in uporabne.** Od 90 anketirancev jih je 50 imelo manjkajoče podatke (-1). Minimalna ocena je bila 3, maksimalna 5, povprečje 4,08, standardni odklon 0,83. Veliko število manjkajočih vrednosti kaže, da mnogi anketiranci niso uporabljali spletne strani ali niso mogli oceniti vsebine. Zmerno povprečje in večji standardni odklon kažeta na različne izkušnje tistih, ki so ocenjevali stran.
4. **Objave zavoda na družbenih omrežjih omogočajo dober vpogled v življenje in dogajanje v zavodu.** Od 90 anketirancev jih je 40 imelo manjkajoče podatke. Minimalna ocena je bila 4, maksimalna 5, povprečje 4,43, standardni odklon 0,66. Rezultati kažejo, da večina anketirancev meni, da objave na družbenih omrežjih nudijo dober vpogled v delovanje zavoda, standardni odklon pa nakazuje na določene razlike v izkušnjah.
5. **Jedilnike na spletni strani zavoda je mogoče enostavno spremljati.** 45 anketirancev ni dalo veljavnega odgovora. Minimalna ocena je bila 1, maksimalna 5, povprečje 3,78, standardni odklon 1,27, kar kaže na največjo raznolikost izkušenj med svojci. Nekateri svojci imajo težave s spremljanjem jedilnika na spletni strani, medtem ko so drugi popolnoma zadovoljni.

Splošna analiza kaže, da svojci najbolj cenijo komunikacijo z zaposlenimi (Q1a in Q1b), ki je bila ocenjena zelo visoko in z homogeno izkušnjo. Zadovoljstvo z informacijami na spletni strani in objavami na družbenih omrežjih (Q1c in Q1d) je zmerno do visoko, medtem ko je zadovoljstvo z spremljanjem jedilnika na spletni strani zavoda (Q1e) relativno nižje in kaže največjo variabilnost med anketiranci. Rezultati nakazujejo, da je treba posebej posvetiti pozornost digitalnim vsebinam in dostopnosti informacij, da se zagotovi konsistentna uporabniška izkušnja.

- **Zadovoljstvo prostovoljcev**

Prostovoljci so pomemben del naše skupnosti, saj s svojo prisotnostjo, časom in srčnostjo bogatijo vsakdan naših uporabnikov ter dopolnjujejo delo zaposlenih. Zato je pomembno, da spremljamo tudi njihovo zadovoljstvo – ne le kot izraz hvaležnosti, temveč kot način, da razumemo njihove izkušnje, potrebe in pričakovanja. Prostovoljci so ključni deležnik našega delovanja, saj soustvarjajo kakovostne odnose, prinašajo dodatno toplino v aktivnosti in pomagajo graditi okolje, v katerem se vsi počutimo bolj povezani. Z rednim spremljanjem njihovega zadovoljstva krepimo partnerstvo, ki je temelj uspešnega in trajnega prostovoljskega sodelovanja.

Rezultati kažejo, da se prostovoljci najpogosteje vključujejo v dejavnosti druženja in pogovorov (kategorija 6), kar predstavlja tretjino vseh izbir. Pomemben delež sodeluje tudi v dejavnostih dnevne pomoči uporabnikom (25 %). Enakomerno so zastopane priložnostne dejavnosti (enourne delavnice) in kategorija »Drugo« (po 16,7 %). Najmanj pogosto zastopano področje so ustvarjalne delavnice (8,3 %).

Kategorija 7 (»Drugo«) vključuje dodatne komentarje anketirancev, kot so:

- *»tukaj bi moralo biti možnih več odgovorov«*
- *»učni proces«*

To kaže, da nekateri prostovoljci sodelujejo tudi v izobraževalnih ali specifičnih projektnih dejavnostih, ki niso bile izrecno ponujene v možnostih. Delovna skupina mora pregledati in popraviti merski instrument za izvedbo v letu 2026.

Večina anketirancev je svojo prostovoljno izkušnjo ocenila zelo pozitivno. Razvidno je, da skoraj 55 % zadovoljstvo ocenjuje kot zelo dobro (5), dodatnih 27,3 % pa kot dobro (4). Le dva anketiranca imata nevtralno ali negativno mnenje: eden je izbral niti slabo niti dobro (3), eden pa zelo slabo (1). Povprečna ocena 4,36 kaže na visoko stopnjo zadovoljstva s prostovoljstvom v ustanovi, medtem ko je mediana 5, kar pomeni, da je polovica vzorca dala najvišjo oceno.

Večina anketirancev ocenjuje komunikacijo z zaposlenimi v zavodu kot zelo pozitivno. Najpogostejši odgovor je zelo dobro (5), ki ga je izbralo 7 anketirancev (58,3 %), medtem ko 4 anketiranci (33,3 %) ocenjujejo komunikacijo kot dobro (4). Le en anketiranec (8,3 %) je komunikacijo ocenil kot zelo slabo (1). Povprečna ocena je 4,33, mediana pa 4,5, kar kaže na visoko stopnjo zadovoljstva med prostovoljci. Prevladujoč trend je, da večina anketirancev meni, da je komunikacija z zaposlenimi odlična, medtem ko le majhno število izraža nezadovoljstvo. Ti rezultati kažejo, da je komunikacija v zavodu učinkovita in da jo prostovoljci dobro sprejemajo ter da večina prostovoljcev interakcijo z osebjem dojema pozitivno.

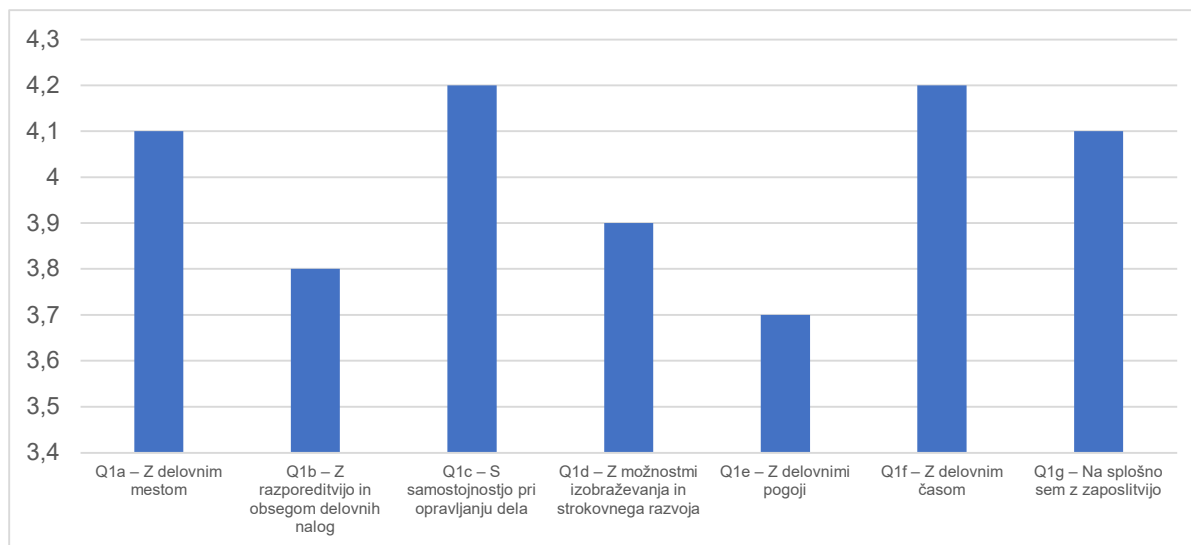
Večina anketirancev (58,3 %) ni podala predlogov ali pa je prenehala izpolnjevati vprašalnik, kar lahko pomeni, da niso imeli konkretnih predlogov ali pa so vprašanje ocenili kot nezavezujoče. Med konkretno izraženimi predlogi (5 anketirancev, 41,7 %) so bili:

- Izobraževanje zaposlenih (8,3 %) – boljše razumevanje vloge prostovoljcev s strani zaposlenih.
- Dejavnosti in igre za uporabnike (8,3 %) – več ustvarjalnih dejavnosti, npr. družabne igre.
- Boljša informiranost in nove priložnosti (8,3 %) – več informacij o možnostih prostovoljstva.
- Vključevanje v praktično delo (8,3 %) – npr. kopanje ali druge praktične dejavnosti.
- Povečanje števila prostovoljcev (8,3 %) – vključevanje več ljudi v program.

- **Zadovoljstvo zaposlenih**

Vprašalnik o zadovoljstvu zaposlenih je izpolnilo 194 zaposlenih (od 532 zaposlenih v letu 2025), kar predstavlja 36,5 % realizacijo vzorca).

**Graf 1: Prikaz zadovoljstva zaposlenih z delom in pogoji dela**



Analiza zadovoljstva zaposlenih temelji na sedmih dimenzijah, ki zajemajo različne vidike delovnih izkušenj: zadovoljstvo z delovnim mestom, razporedom in obsegom delovnih nalog, samostojnostjo pri delu, možnostmi izobraževanja in strokovnega razvoja, delovnimi pogoji, delovnim časom ter splošno zadovoljstvo z zaposlitvijo v zavodu. Podatki so bili zbrani od skupno 194 anketirancev, z možnostjo ocenjevanja po Likertovi lestvici od 1 do 5, kjer ocena 1 pomeni zelo nezadovoljen/nezadovoljna, ocena 5 pa zelo zadovoljen/zadovoljna.

- Zadovoljstvo z delovnim mestom** – Povprečna vrednost znaša 4,1 (SD = 0,9), kar kaže na relativno visoko zadovoljstvo zaposlenih z njihovim delovnim mestom. Distribucija ocen pokaže, da večina anketirancev (80) ocenjuje zadovoljstvo z delovnim mestom z oceno 4, medtem ko manjše število anketirancev (6) izraža minimalno zadovoljstvo. Ti rezultati nakazujejo, da zaposleni večinoma pozitivno dojemajo svoje delovno mesto, čeprav obstajajo manjša odstopanja, ki lahko kažejo na specifične težave v določenih timih ali oddelkih.
- Zadovoljstvo z razporeditvijo in obsegom delovnih nalog** – Ta dimenzija ima povprečno vrednost 3,8 (SD = 1,1), kar kaže na zmerno zadovoljstvo. Največ odgovorov je skoncentriranih pri ocenah 4 (70 anketirancev) in 3 (45 anketirancev). Relativno večja standardna deviacija kaže na raznolikost percepcije razporeditve nalog med zaposlenimi. To lahko nakazuje na potrebo po dodatni koordinaciji delovnih nalog ali pregledu obremenitve zaposlenih.
- Zadovoljstvo s samostojnostjo pri opravljanju dela** – Zadovoljstvo s samostojnostjo pri delu kaže najvišjo povprečno vrednost 4,2 (SD = 1,0). Večina anketirancev ocenjuje to dimenzijo z ocenami 4 in 5, kar implicira, da zaposleni cenijo avtonomijo in možnost samostojnega odločanja pri opravljanju svojih nalog. Ta rezultat kaže na močan pozitiven vidik delovnega okolja, ki prispeva k skupnemu zadovoljstvu.
- Zadovoljstvo z možnostmi izobraževanja in strokovnega razvoja** – Povprečna vrednost znaša 3,9 (SD = 1,1), kar kaže na zmerno do visoko zadovoljstvo. Največ anketirancev ocenjuje to dimenzijo z ocenami 4 (70 anketirancev) in 3 (48 anketirancev). Rezultati nakazujejo, da obstajajo zadostne priložnosti za strokovno izpopolnjevanje, vendar bi se razvojni programi lahko dodatno optimizirali, da bi zadovoljili različne strokovne potrebe

zaposlenih, zato je potrebno ciljno planiranje. V zavodu je potrebno več pozornosti nameniti kariernemu/strokovnemu razvoju zaposlenih (vertikalna, horizontalna, krožna karierna pot).

5. **Zadovoljstvo z delovnimi pogoji** – Delovni pogoji imajo najnižjo povprečno vrednost 3,7 (SD = 1,3), z relativno visoko disperzijo ocen. Največ ocen je skoncentriranih pri 3 in 4, pomembno število anketirancev (15–25) pa je dalo ocene 1 in 2. To kaže na obstoj določenih težav v delovnem okolju, vključno s prostori, opremo ali varnostjo, ki bi lahko negativno vplivale na zadovoljstvo in produktivnost zaposlenih.
6. **Zadovoljstvo z delovnim časom** – Povprečna vrednost za to dimenzijo znaša 4,2 (SD = 1,0), kar kaže na visoko zadovoljstvo s fleksibilnostjo in organizacijo delovnega časa. Distribucija odgovorov pokaže, da večina anketirancev ocenjuje to dimenzijo z ocenami 4 in 5, kar implicira, da so organizacijski ukrepi glede delovnega časa učinkoviti in dobro sprejeti.
7. **Splošno zadovoljstvo z zaposlitvijo** – Splošno zadovoljstvo z zaposlitvijo pokaže povprečno vrednost 4,1 (SD = 1,0). Večina anketirancev ocenjuje splošno zadovoljstvo z ocenami 4 in 5, kar potrjuje, da kljub določenim težavam v posameznih vidikih dela, **so zaposleni na splošno zadovoljni s svojo zaposlitvijo v ZUDV Dornava**. Analiza deskriptivne statistike in frekvenčne razporeditve pokaže, da so zaposleni v ZUDV Dornava na splošno zadovoljni s svojim delovnim mestom in zaposlitvijo, s posebnim poudarkom na samostojnosti pri delu in organizaciji delovnega časa. Najnižja zadovoljstva so izražena glede delovnih pogojev, kar nakazuje, da obstaja prostor za izboljšanje opreme, varnosti in delovnega okolja. Razlike v percepciji razporeditve in obsega delovnih nalog prav tako kažejo na potrebo po dodatnem spremljanju in optimizaciji delovnih procesov.

Na splošno rezultati nakazujejo, da zavod ima solidno osnovo za zadovoljstvo zaposlenih, vendar obstaja nekaj področij, ki zahtevajo dodatno pozornost in intervencijo za doseg. Na podlagi tega smo oblikovali šest priporočil.

Razvidno je, da so bile vse štiri trditve ocenjene med 3,7 do 3,9, kar nakazuje na zmerno do visoko zadovoljstvo, pri čemer sta najmočnejši dimenziji seznanjenost s postopki proti nasilju in konstruktivno reševanje konfliktov.

Analiza deskriptivnih in frekvenčnih podatkov nakazuje, da zaposleni v socialnovarstvenem zavodu na **splošno pozitivno dojemajo delovno klimo, komunikacijo med sodelavci, način reševanja konfliktov ter postopke v primeru nasilja na delovnem mestu**. Povprečne ocene (3,7–3,9) kažejo zmerno do visoko zadovoljstvo, pri čemer sta najmočnejši dimenziji seznanjenost s postopki proti nasilju in konstruktivno reševanje konfliktov.

Kljub temu prisotnost nižjih ocen (1–2) pri vseh dimenzijah nakazuje na potrebo po dodatnih intervencijah, zlasti:

- Krepitev kulture medsebojnega spoštovanja na posameznih oddelkih/delovnih enotah.
- Ohranjanje in izboljševanje jasne in odprte komunikacije med deležniki.
- Redna izobraževanja o asertivni komunikaciji, konstruktivnem reševanju konfliktov in z ukrepanjem ob pojavu nasilja na delovnem mestu.

Cilj teh ukrepov je zagotoviti, da imajo vsi zaposleni enako percepcijo varnega in profesionalnega delovnega okolja, kar dolgoročno prispeva k produktivnosti in zadovoljstvu zaposlenih.

Predstavljamo tudi zadovoljstvo zaposlenih z neposredno vodjo. Anketirani so trditve ocenili z ocenami od 3,7 do 4,0, kar kaže na zmerno do visoko zadovoljstvo, medtem ko obstoječa variabilnost in nižje ocene (1–2) nakazujejo na posamezne pomanjkljivosti ali percepcijske razlike med zaposlenimi v zavodu.

Analiza kaže, da zaposleni v Zavodu prepoznajo visoko vrednost svojega dela in uporabnikov, vendar obstajajo sistemski problemi v komunikaciji, nagrajevanju in virih, ki omejujejo njihovo motivacijo in zadovoljstvo. Negativni kodirni odgovori (-1, -3) poudarjajo pomen intervencij na področju podpore zaposlenim, ravnotežja med administrativnim in neposrednim delom z uporabniki ter transparentnega upravljanja nagrad in napredovanja.

Na podlagi predlaganih priporočil morajo vodje procesov pripraviti ukrepe, ki se bodo obravnavali na poslovnem kolegiju in strokovnem timu.

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

V letu 2025 smo izvedli dvodnevno izobraževanje za vodje procesov s področja kakovosti in delavnico za notranje presojevalce.

Za leto 2026 je izdelan na področju zdravstvene dejavnosti program usposabljanj skladno s Pravilnikom o zahtevah za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu - [Pravilnik o zahtevah za pridobivanje in vzdrževanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu \(PISRS\)](#). Za ciljno izobraževanje zaposlenih v zdravstveni dejavnosti je odgovorna vodja OE Zdravstveno varstvo.

#### 4.12 Načrt za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov za leto 2026

V tabeli prikazujemo cilje za leto 2026 s sprejetimi ukrepi.

CILJ 2026	UKREPI
<b>Cilj 1: Krepitev celovitega sistema vodenja kakovosti</b>	Posodobitev procesov
<b>Cilj 2: Krepitev kulture varnosti in sistema poročanja o incidentih</b>	Izboljšanje varnostne kulture Analiza varnostnih incidentov na Komisiji za kakovost
<b>Cilj 3: Sistematično spremljanje kazalnikov kakovosti</b>	Redno zbiranje, analiza podatkov in sprejem ukrepov
<b>Cilj 4: Krepitev individualizirane obravnave uporabnikov</b>	Standardizacija procesne metode dela
<b>Cilj 5: Krepitev kompetenc zaposlenih</b>	Izobraževanja in uvajanja zaposlenih
<b>Cilj 6: Preprečevanje tveganj za uporabnike</b>	Sistematično obvladovanje tveganj, prenova registra tveganj
<b>Cilj 7: Transparentnost zavoda</b>	Javno poročanje in komuniciranje
<b>Cilj 8: Razvoj in uporaba kliničnih smernic, SOP in dobrih praks</b>	Krožki kakovosti Uvedba dobrih praks (komunikacija, interdisciplinarnost)
<b>Cilj 9: Digitalizacija procesov</b>	Uvedba digitalnih rešitev na področju zdravstvene dejavnosti in kakovosti v zavodu

**Direktorica zavoda**  
Ivanka Limonšek

## Priloga 1:

Dejavnosti zavoda:

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava opravlja dejavnost, ki je usklajena z Uredbo o uvedbi in uporabi standardne klasifikacije dejavnosti Uradni list RS, št. 69/07 in 17/08 in obsega:

- A 01.110 Pridelovanje žit (razen riža), stročnic in oljnic
- A 01.130 Pridelovanje zelenjadnic in melon, korenovk in gomoljnic
- A 01.190 Pridelovanje cvetja in drugih enoletnih rastlin
- A 01.250 Gojenje drugih sadnih dreves in grmovnic
- A 01.270 Gojenje rastlin za izdelavo napitkov
- A 01.280 Gojenje začimbnih, aromatskih in zdravilnih rastlin
- A 01.300 Razmnoževanje rastlin
- A 01.430 Konjereja
- A 01.450 Reja drobnice
- A 01.460 Prašičereja
- A 01.470 Reja perutnine
- A 01.490 Reja drugih živali
- A 01.640 Obdelava semen
  
- A 02.300 Nabiranje gozdnih dobrin, razen lesa
  
- C 10.320 Proizvodnja sadnih in zelenjavnih sokov
- C 10.390 Druga predelava in konzerviranje sadja in zelenjave
- C 10.710 Proizvodnja kruha, svežega peciva in slaščic
- C 10.720 Proizvodnja prepečenca in piškotov; proizvodnja trajnega peciva in slaščic
- C 10.730 Proizvodnja testenin
- C 10.830 Predelava čaja in kave
- C 10.860 Proizvodnja homogeniziranih in dietetičnih živil
- C 10.890 Proizvodnja drugih prehrabnih izdelkov, drugje nerazvrščenih
  
- C 11.030 Proizvodnja sadnih vin in podobnih fermentiranih pijač
  
- C 13.200 Tkanje tekstilij
- C 13.910 Proizvodnja pletenih in kvačkanih materialov
- C 13.920 Proizvodnja končnih tekstilnih izdelkov, razen oblačil
- C 13.930 Proizvodnja preprog
- C 13.960 Proizvodnja tehničnega in industrijskega tekstila
  
- C 14.120 Proizvodnja delovnih oblačil
- C 14.130 Proizvodnja drugih vrhnjih oblačil
- C 14.190 Proizvodnja drugih oblačil, pokrival in dodatkov
- C 14.310 Proizvodnja nogavic
- C 14.390 Proizvodnja drugih pletenih in kvačkanih oblačil
  
- C 16.100 Žaganje in skobljanje lesa ter impregniranje lesa
- C 16.230 Stavbno mizarstvo in tesarstvo
- C 16.240 Proizvodnja lesene embalaže
- C 16.290 Proizvodnja drugih izdelkov iz lesa, plute, slame in protja
  
- C 17.210 Proizvodnja valovitega papirja in kartona ter papirne in kartonske embalaže
- C 17.230 Proizvodnja pisarniških potrebščin iz papirja
- C 17.290 Proizvodnja drugih izdelkov iz papirja in kartona
  
- C 18.120 Drugo tiskanje
- C 18.200 Razmnoževanje posnetih nosilcev zapisa C
  
- 22.290 Proizvodnja drugih izdelkov iz plastičnih mas
  
- C 23.410 Proizvodnja gospodinjske in okrasne keramike
  
- C 25.9 Proizvodnja drugih kovinskih izdelkov

C 31.090 Proizvodnja drugega pohištva

C 32.130 Proizvodnja bižuterije

C 32.400 Proizvodnja igrač in rekvizitov za igre in zabavo

C 32.990 Drugje nerazvrščene predelovalne dejavnosti

D 35.119 Druga proizvodnja električne energije

D 35.130 Distribucija električne energije

D 35.140 Trgovanje z električno energijo

E 38.1 Zbiranje in odvoz odpadkov

E 39.00 Saniranje okolja in drugo ravnanje z odpadki

F 43.3 Zaključna gradbena dela

F 43.342 Pleskarska dela

G 47.190 Druga trgovina na drobno v nespecializiranih prodajalnah

G 47.210 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s sadjem in zelenjavo

G 47.220 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah z mesom in mesnimi izdelki

G 47.240 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s kruhom, pecivom, testeninami, sladkornimi izdelki

G 47.761 Trgovina na drobno v cvetličarnah

G 47.782 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah z umetniškimi izdelki

G 47.790 Trgovina na drobno v prodajalnah z rabljenim blagom

G 47.8 Trgovina na drobno na tržnicah in stojnicah

H 49.310 Mestni in primestni kopenski potniški promet

H 49.391 Medkrajevni in drug cestni potniški promet

I 56.101 Restavracije in gostilne

I 56.102 Okrepčevalnice in podobni obrati

I 56.103 Slašičarne in kavarne

I 56.210 Priložnostna priprava in dostava jedi

I 56.290 Druga oskrba z jedmi

I 56.300 Strežba pijač

J 58.110 Izdajanje knjig

J 58.140 Izdajanje revij in druge periodike

J 58.190 Drugo založništvo

M 69.200 Računovodske, knjigovodske in revizijske dejavnosti; davčno svetovanje

M 70.2 Podjetniško in poslovno svetovanje

M 72.190 Raziskovalna in razvojna dejavnost na drugih področjih naravoslovja in tehnologije

M 72.200 Raziskovalna in razvojna dejavnost na področju družboslovja in humanistike

M 74.200 Fotografska dejavnost

N 81.2 Čiščenje

N 81.300 Urejanje in vzdrževanje zelenih površin in okolice

N 82.1 Pisarniške dejavnosti

N 82.190 Fotokopiranje, priprava dokumentov in druge posamične pisarniške dejavnosti

N 82.300 Organiziranje razstav, sejmov, srečanj

N 82.920 Pakiranje

N 82.990 Drugje nerazvrščene spremljajoče dejavnosti za poslovanje

O 84.110 Splošna dejavnost javne uprave

O 84.120 Urejanje zdravstva, izobraževanja, kulturnih in drugih socialnih storitev, razen obvezne socialne varnosti

P 85.100 Predšolska vzgoja

P 85.200 Osnovnošolsko izobraževanje

P 85.500 Drugo izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje

P 85.510 Izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje na področju športa in rekreacije  
P 85.520 Izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje na področju kulture in umetnosti  
P 85.590 Drugje nerazvrščeno izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje  
P 85.600 Pomožne dejavnosti za izobraževanje

Q 86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost  
Q 86.220 Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost  
Q 86.230 Zobozdravstvena dejavnost  
Q 86.909 Druge zdravstvene dejavnosti

Q 87.200 Dejavnost nastanitvenih ustanov za oskrbo duševno prizadetih, duševno obolelih in zasvojenih oseb  
Q 87.900 Drugo socialno varstvo z nastanitvijo

Q 88.109 Drugo socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe  
Q 88.9 Drugo socialno varstvo brez nastanitve  
Q 88.910 Dnevno varstvo otrok  
R 90.010 Umetniško uprizarjanje  
R 90.020 Spremljajoče dejavnosti za umetniško uprizarjanje  
R 90.030 Umetniško ustvarjanje

R 91.011 Dejavnost knjižnic  
R 91.012 Dejavnost arhivov

R 93.190 Druge športne dejavnosti  
R 93.299 Druge nerazvrščene dejavnosti za prosti čas

S 95.110 Popravila in vzdrževanje računalnikov in perifernih enot  
S 95.290 Popravila drugih osebnih ali gospodinjskih izdelkov

S 96.010 Dejavnost pralnic in kemičnih čistilnic  
S 96.021 Frizerska dejavnost  
S 96.090 Druge storitvene dejavnosti, drugje nerazvrščene

T 98.100 Raznovrstna proizvodnja dobrin v gospodinjstvih za lastno rabo