

Novis



LETNIK 43,
JULIJ, AVGUST 2016

GLASILO ZDRUŽENJA
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV
SLOVENIJE

7-8

Zakaj predlog ZZDej zasluži podporo

Okrepljene ambulate –
neupoštevanje določil splošnega
dogovora

Nov model obračunavanja
storitev v programu klinična
psihologija

Ureditev izvajanja NZV

Nabava lokalno pridelane hrane
v bolnišnicah

Pogovor z dr. Matejem
Gregoričem, vodjem strokovne
skupine za prehrano in gibanje
na NIJZ

Pogovor z Majo Koković iz
sektorja za javno naročanje na
Ministrstvu za javno upravo

Pogovor z dr. Leno Tajnšek, vodjo
prehrane v Splošni bolnišnici
Jesenice

Razlage Kolektivne pogodbe za
zdravnike in zobozdravnike v
Republiki Sloveniji

Priloga: Program izmenjave
zdravstvenega osebja 2016:
Inovacije v bolnišnicah in
zdravstvu



Impresum revije

ISSN 1580-491

Izdajatelj/Publisher: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, direktor Metod Mezek. **Uredniški odbor/Editorial Board:** mag. Robert Cugelj, prof. dr. Ivan Eržen, doc. dr. Milena Kramar Zupan, Metod Mezek. **Odgovorni urednik/Editor in Chief:** Anton Zorko. **Glavna urednica/Executive Editor:** dr. Saška Terseglav. **Oblikovanje/Design:** Maja Rebov. **Fotografija na naslovnici/Cover photo:** Barbara Klemenc. **Tisk/Print:** Schwarz Print. **Naslov uredništva/Address of the Editorial Office:** Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana, Slovenija. **Telefon/Phone:** +386 (0) 592 27 190. **Telefaks/Fax:** +386 (0) 592 27 199. **E-naslov/E-mail:** novis@zdrzz.si. **Spletna stran/Internet Home Page:** www.zdrzz.si. **Letna naročnina z DDV/Year subscription rates with taxes included:** 80 EUR. **Naklada/Circulation:** 1000 izvodov.

Komentar

1 Zakaj predlog ZZDej zasluži podporo

Aktualno

2 Aktivnosti na področju dogovarjanja na primarni zdravstveni ravni

2 Okrepljene ambulate - neupoštevanje določil splošnega dogovora

3 Nov model obračunavanja storitev v programu klinična psihologija

3 Ustni higienik in čiščenje zobnega kamna pri odraslih kot pravica iz OZZ

4 Ureditev izvajanja NZV

4 Javno naročilo za energente

5 Nabava lokalno pridelane hrane v bolnišnicah

7 Izkušnje bolnišnic pri nabavi živil lokalnega izvora

Pogovor

8 Prehrana v bolnišnici mora predstavljati neločljiv del zdravljenja: pogovor z dr. Matejem Gregoričem, vodjem strokovne skupine za prehrano in gibanje Centra za proučevanje in razvoj zdravja na NIJZ

13 Novosti v novem zakonu so namenjene zlasti poenostavitvi postopkov javnega naročanja: pogovor z Majo Koković iz sektorja za javno naročanje na Ministrstvu za javno upravo

16 Za zdravo prehrano v bolnišnici je pomembna predvsem zavzetost vodstva: pogovor z dr. Leno Tajnšek, živilsko tehnologinjo v Splošni bolnišnici Jesenice

Novosti

20 Razlage Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji

Priloga

Program izmenjave zdravstvenega osebja 2016: inovacije v bolnišnicah in zdravstvu

Revija izhaja desetkrat v letu. Izbor člankov v reviji je del uredniške politike. Prispevki niso honorirani. Odražajo predvsem poglede in stališča avtorjev in ne nujno tudi organizacij, v katerih so ti zaposleni, niti uredniškega odbora Novisa. Prispevki so uredniško pregledani in niso lektorirani. Razmnoževanje publikacije v celoti ali deloma ni dovoljeno. Uporaba in objava podatkov in delov besedila je dovoljena le z navedbo vira.

NOVIS – Novice, Obvestila, Vesti, Informacije, Skupnost. Prva številka Novisa je izšla januarja leta 1974. Revija je namenjena zdravstvenemu managementu. Naročniki Novisa so člani Združenja – slovenski zdravstveni zavodi in drugi (domovi starejših občanov, lekarne ...).

Združenje je član Evropskega združenja bolnišnične in zdravstvene oskrbe (HOPE) www.hope.be.



www.zdrzz.si
www.facebook.com/pages/Zdruzenje-zdravstvenih-zavodov-Slovenije/
<https://twitter.com/ZdruzenjeZDRZZ>



ZDRUŽENJE ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE
ASSOCIATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS OF SLOVENIA



Zakaj predlog ZZDej zasluži podporo

METOD MEZEK, DIREKTOR

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
metod.mezek@zdrzz.si

Področje zdravstva zagotovo potrebuje spremembe, saj je ključna zdravstvena zakonodaja stara že več kot 20 let, kar zdravstvenemu sistemu otežuje uvajanje sprememb, napredek in modernizacijo. To še zlasti občutimo na področju organizacije, vodenja in upravljanja javnih zdravstvenih zavodov, ki bi v moderni družbi morali biti avtonomnejši, z večjimi pristojnostmi, seveda tudi večjo osebno odgovornostjo vodstev.

Resorno ministrstvo se očitno zaveda potrebnih sprememb, saj je le-te nedavno opredelilo v vseh svojih strateških dokumentih. Na osnovi opravljene analize zdravstvenega sistema in predlaganih ukrepov bo nedvomno potrebna celovita sprememba temeljne zdravstvene zakonodaje, sprejem *zakona o zdravstveni dejavnosti in zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Temeljite spremembe obeh omenjenih temeljnih zakonov so velik zalogaj, ki ga v preteklosti nismo uspeli, znali in zmogli opravičiti. Gre za proces, ki trenutno poteka, in bo še največ energije, časa in prizadevanj terjal v prihodnje, ko se bodo predstavniki osrednjih akterjev – izvajalci, plačniki in uporabniki – soočali z različnimi pogledi, mnenji in interesi. Ker bo ta postopek celovite spremembe zdravstvene zakonodaje očitno trajal, lahko razumemo in sprejmemo prizadevanja mini-

strstva, da bi posamezna področja zdravstva uredili posebej, še zlasti tista, ki so v osnovi neurejena in vnašajo nepreglednost ter nezadovoljstvo med izvajalce in uporabnike zdravstvenega sistema.

Spremembe ZZDej

Eno izmed takšnih je zagotovo področje javno-zasebnega modela izvajanja zdravstvene dejavnosti in v skladu s tem urejanje nad vse občutljivega **področja koncesij**. Njihovo neselektivno podeljevanje (kot poskus privatizacije), ki smo mu bili priča v zadnjih dveh desetletjih, je pripeljalo do pojavov posameznih koncesijskih ambulant oziroma dejavnosti, ki so se širile povsem nesistemske in stihijno. Kljub temu da se je to področje z leti reguliralo in delno uredilo, se združenje strinja s predlagateljem, da je treba to področje z zakonom natančneje opredeliti. Nalogo predlagane zakonodaje vidimo predvsem v tem, da podeljevanje koncesij ne sme ogroziti dejavnosti in nadaljnjega obstoja javnih zdravstvenih zavodov in njihovih nalog ter funkcij, ki jih imajo po zakonu; iz tega razloga podpiramo tak zakonski predlog, da bo pred podelitvijo koncesije zahtevana predložitev analize posledic s strani javnega zdravstvenega zavoda, resorno ministrstvo pa bo na podlagi tega izdalo končno soglasje ali ne-

soglasje k podelitvi koncesije. Prav je tudi, da zakon izrecno določa, da se koncesija lahko podeli, če javni zdravstveni zavod ne zagotavlja izvajanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določeno z mrežo javne zdravstvene službe, oziroma če javni zdravstveni zavod ne more zagotoviti dostopnosti zdravstvenih storitev, ki jo določa mreža javne zdravstvene službe. Tudi v združenju ves čas poudarjamo, da mora biti razlog za podelitev koncesije predvsem javni interes, ki izvira iz javne mreže opravljanja zdravstvenih storitev in ne želja ali zahteva posameznega zdravstvenega delavca, kot se je doslej pogosto dogajalo. Ustrezno se nam zdi, da z zakonom podeljena koncesija ne more biti predmet pravnega prometa, v primeru prenehanja oziroma odvzema pa se dejavnost prenese na javni zdravstveni zavod. Med cilji zakona vidimo tudi ukinitve možnosti statusnega preoblikovanja koncesionarja, ki vodi v nepreglednost in zmanjšanje vpliva koncendenta.

Zelo aktualno in po našem mnenju potrebno prioritete zakonske ureditve je tudi področje **sklepanja podjemnih pogodb**. V združenju pozdravljamo predlog zakona v delu, ko javnemu zdravstvenemu zavodu dopušča sklepanje podjemnih in drugih pogodb civilnega prava ne samo s fizičnimi osebami, ampak tudi s pravnimi osebami.

Ker se je oglaševanje in širjenje informacij o vplivih na zdravje in bolezen v preteklem desetletju korenito spremenilo, se zavzemamo in podpiramo tudi ureditev področja, ki ureja **oglaševanje zdravstvene dejavnosti**. Novi načini komuniciranja in možnost hitrih povezav so presegli klasične načine predstavitev lastnosti izdelkov.

Pomislike v predlogu zakona izražamo glede za nas nejasnih določil o dovojenju za izvajanje zdravstvene dejavnosti, predvsem glede odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti. Prav tako izražamo pomisleke glede podeljevanja koncesije, ko se le-ta veže na to, ali je lastnik pravne osebe večinski odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti oziroma s tem povezanim odvzemom pred spremembo zakona podeljenih pravnim osebam (denimo kirurški sanatorij Rožna dolina, kjer lastniki niso odgovorni nosilci, glede na lastniški kapital pa je tudi nemogoče pričakovati, da bi to lahko postali). Zagotovo bo potrebno to regulativno zelo dobro domisliti.

V Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije zaradi vsega zgoraj navedenega načeloma podpiramo trenutni predlog zakona o spremembah in dopolnitvah ZZDej. Dileme, ali sodobnejšo zdravstveno zakonodajo sprejemati postopoma ali čakati na celovito spremembo temeljne zakonodaje nekje v prihodnosti, po našem mnenju ne bi smelo več biti. V sklopu nadaljnjega sprejemanja zakonodaje v združenju pričakujemo poleg obravnavane vsebine, ki jo ureja sprememba zakona o zdravstveni dejavnosti, že napovedano zakonsko ureditev, ki bo urejala področja upravljanja in vodenja zdravstvene dejavnosti oziroma njenih organizacij.

V tej zakonodaji pričakujemo spremembe v smeri večje avtonomije javnih zdravstvenih zavodov in modernejšega korporativnega upravljanja. Te spremembe morajo direktorjem zdravstvenih zavodov zagotoviti in omogočiti več orodij na področju nagrajevanja, kadrovske politike, specializacij, javnih naročil itd. Pomembnejši in zahtevnejši vlogi direktorja sledi tudi večja odgovornost in ne nazadnje tudi primerno nagrajevanje direktorjev, ki je sedaj na vse prej kot sprejemljivi ravni. ■

Aktivnosti na področju dogovarjanja na primarni zdravstveni ravni

MIRIAM KOMAC

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
miriam.komac@zdrzz.si

Kljub poletnemu času se na področju dogovarjanja na primarni zdravstveni ravni odvija vrsto aktivnosti in usklajevanj med združenjem in ostalimi partnerji. V nadaljevanju izpostavljamo tri področja.

Okrepljene ambulate – neupoštevanje določil SD

Ministrstvo za zdravje je v letu 2014 pripravilo in realiziralo pilotni projekt 70 okrepljenih ambulant. Zaradi pozitivnih rezultatov, ki jih je ukrep v letu 2014 in delno v letu 2015 prinesel (zaposlitev večjega števila nezaposlenih mladih zdravnikov, izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, izboljšanje kakovosti in varnosti obravnavanih pacientov in razmejitev dela redne ambulate z izvajanjem službe NMP), je bilo z Aneksom št. 1 k SD 2015 zagotovljeno nadaljnje financiranje projekta od 1. 7. 2015 do preklica. Vlada RS je med drugim tudi ta predlog s sklepom potrdila dne 16. 12. 2015.

Do realizacije sklepa pa ni prišlo. Zdravstveni domovi, ki so upravičeni do okrepljenih ambulant, so namreč bili s strani ZZKS obveščeni, da po navodilu generalnega direktorja ZZKS sklepa Vlade RS v Aneksu št. 1 k SD 2015 ne bodo realizirali in posledično tudi ne bodo sklepali aneksov k pogodbam za zagotavljanje sredstev za zaposlovanje mladih zdravnikov. S tem so zdravstvene domove, ki so upravičeni do zaposlitve mladih zdravnikov, potisnili v težave. Zdravstveni domovi so namreč na podlagi sprejetega sklepa Vlade RS in obvestila Ministrstva za zdravje že pričeli s postopki zaposlovanja in izbire kandidatov za področje okrepljenih ambulant. Nekateri zdravstveni domovi so imeli v okrepljenih ambulantah že zaposlene mlade zdravnike, teh stroškov pa še do danes niso dobili povrnjenih. Tako so nekateri zdravstveni domovi

zaradi neodgovornega ravnanja resornega ministrstva ter enostranske odločitve ZZKS neupravičeno povečali odhodke nad prihodki.

Združenje je glede enostranske odločitve in vztrajanja ZZKS obvestilo Ministrstvo za zdravje z dvema dopisoma in sicer 11. 2. 2016 in 3. 3. 2016 ter zahtevalo, da se kot resorno ministrstvo, odgovorno za delovanje sistema zdravstva, odločno zavzame za spoštovanje določil splošnega dogovora oziroma sklepa Vlade RS in ukrepa. Odgovora nismo prejeli.

V mesecu juniju sta se Ministrstvo za zdravje ter ZZKS dogovorila, da bodo vloge za dodatni tim okrepljene ambulate obravnavali individualno. Pri tem so sprejeli tudi pogoje, na podlagi katerih se posameznemu izvajalcu iz seznama ministrstva odobri dodatni tim za okrepljeno ambulantno ter se mu povrne stroške za zaposlene od 1. 7. 2015 za nazaj. Med drugim so sprejeli tudi ključen pogoj, da lahko pridobijo program okrepljenih ambulant in povračilo stroškov samo javni zdravstveni zavodi, ki imajo zaposlene kadre v skladu s financiranim standardom.

V združenju smo se odzvali z dvema dopisoma, in sicer 12. 6. in 30. 6. 2016, v katerih smo opozorili, da so zahteve in pogoji ZZKS in Ministrstva za zdravje neustrezni glede na vlogo, ki jo imajo zdravniki v okrepljenih ambulantah. Pogojevanje upravičenosti dodatnega tima okrepljene ambulate z dejansko zaposlenimi, pogodbeno dogovorjenim številom zdravnikov v splošnih ambulantah in upoštevanje kriterija 1 zaposleni zdravnik na 1 tim v tem primeru nima smiselne povezave. V posameznih primerih imamo 1 zaposlenega zdravnika na 1.2 tima, kar dopušča zakonodaja.

Resorno ministrstvo smo opozorili, da ne drži njihova trditev, da izvajalcem ostajajo neporabljena sredstva iz naslova manjšega števila zaposlenih zdravnikov družinske medicine kot imajo pogodbeno priznanega število timov splošne ambulate, s katerimi lahko sami financirajo okrepljene ambulate.

Pri omenjenem zapletu se nam pojavlja vprašanje, kako lahko partner v dogovarjanju enostransko blokira izvajanje Aneksa št. 1 k SD 2015 oziroma Sklep Vlade RS in kako lahko za s strani Vlade RS sprejeti sklep resorno ministrstvo naknadno za nazaj določi pogoje realizacije, kar je povsem nerazumljivo in nedopustno. ✕

Nov model obračunavanja storitev v programu klinična psihologija

V Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2016 je Vlada RS sprejela nov model obračunavanja storitev v programu klinična psihologija. Pri prenovi seznama storitev (kataloga) so sodelovali ZZS, predstavniki RSK za klinično psihologijo in Zbornice kliničnih psihologov. Na podlagi razmerja med planiranim in realiziranim obsegom programa klinične psihologije na nacionalni ravni v letih 2013, 2014 in 2015, ter vzporednega evidentiranja v obdobju 1-3/2015 je na predlog ZZS prišlo do povečanja števila točk in vrednosti standarda za 4,1 %. Vrednost 1 tima se poveča za 2.572,52 evrov. Omenjeno povečanje pomeni 147.200,00 evrov dodatnih sredstev na nacionalni ravni.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije na podlagi simulacije realizacije programa po novem modelu ugotavlja, da v okviru nove točkovne vrednosti storitev in časovnega normativa storitev zahtevanega standarda nikakor ne bo mogoče dosegati. V modelu so bile namreč nekatere točkovne vrednosti storitev znižane in niso skladne s časovnimi normativi.

Na sestanku s predstavniki ZZS je bilo potrjeno, da pri oblikovanju cene storitev ZZS ni upošteval vrednosti standarda v Prilogi I k SD 2016 512 033 *Klinična psihologija*, ki določa kalkulativne elemente cene, temveč samo strošek dela kliničnega psihologa ter minimalni obseg materialnih stroškov. Priznana cena za uro dela tima kliničnega psihologa s strani ZZS je 32,23 EUR in ne 46,20 EUR, kot bi bila, če bi upoštevali vrednost standarda. Argument ZZS je, da plačuje zdravstvene storitve, ne pa kadra oz. kapacitet. V modelu manjka z ZZS usklajeno določilo, da je pri enem obisku mogoče večkrat beležiti diagnostično storitev z isto šifro.

Združenje si bo v Aneksu 1 k SD 2016 prizadevalo, da se točkovna vrednost storitev vrne na stanje pred spremembo modela. V kolikor to za partnerje v dogovarjanju ne bo sprejemljivo, bomo zahtevali, da se vzpostavi prvotno stanje pred spremembo modela. ✕

Ustni higienik in čiščenje zobnega kamna pri odraslih kot pravica iz OZZ

Odbor zobozdravstvene dejavnosti je obravnaval problematiko preventivne dejavnosti v zobozdravstvu za odrasle. V Sloveniji preventivni ukrepi (med drugim čiščenje zobnega kamna), ki vodijo do zmanjšanja pojavnosti zobne gnilobe in bolezni obzobnih tkiv, niso dostopni odrasli populaciji v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Odrasle osebe, stare nad 18 let z izjemo študentov, nimajo pravice do preventivnih storitev, ki bi preprečevale nastanek kariesa in paradontalne bolezni. Pobuda in sklep odbora je bil, da je potrebno v sistem obveznega zdravstvenega varstva vključiti ustnega higienika, ki bi lahko pomembno prispeval k večjemu dostopu prebivalstva do preventivnih ukrepov, ki vodijo do izboljšanja ustnega zdravja.

Zaradi odsotnosti preventive v zobozdravstvu za odrasle v razvojnih aktih resornega ministrstva in zaradi vedno slabših rezultatov ustne higijene, pogostnosti kariesa in bolezni obzobnih tkiv v Sloveniji, sta Ministrstvo za zdravje in združenje v letu 2016 prosila Razširjeni strokovni kolegij (RSK) za stomatologijo za strokovno mnenje glede predloga, da čiščenje zobnega kamna pri odraslih postane pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. RSK za stomatologijo je na podlagi obeh predlogov sprejel sklep, da so preventivni postopki v sklopu celostnega stomatološkega zdravljenja ključnega pomena. Za

paciente bi bilo dobro, da bi bila za to namenjena dodatna finančna sredstva, vendar pa morajo te storitve biti realno ovrednotene.

Glede na pobudo Odbora za zobozdravstveno dejavnost, da se prenos te storitve v OZZ podpira pogojno in sicer le v kolikor se uvede v zobozdravstveni tim tudi ustrezen kader (ustni higienik), ki bi to storitev tudi izvajal, je združenje v letu 2016 aktivno pristopilo k realizaciji obeh predlogov. Zavzelo se je, da čiščenje zobnega kamna za odrasle postane pravica iz OZZ ter da se za izvajanje te storitve zagotovi ustrezen kader ter širitev programa. Združenje se namreč tudi zaveda, da samo prenos pravice do te storitve na OZZ ni dovolj, ker bi to pomenilo zmanjšanje normativa za konzervativno in bi se posledično celo poslabšal sistem oskrbe v zobozdravstvu, podaljšale pa bi se tudi čakalne dobe.

Tako je strokovna služba združenja na pobudo Odbora zobozdravstvene dejavnosti pripravila tudi predlog spremembe standarda zobozdravstva za odrasle. Na dogovarjanju za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017 bo združenje (v kolikor se bodo uspešno odvijale tudi aktivnosti na področju čiščenja zobnega kamna) podalo predlog, da se v tim zobozdravstva za odrasle doda 0,25 ustnega higienika iz ur ter povečajo materialni stroški za 2.000 EUR. Normativna vrednost 0,25 tima ustnega higienika bi bila 3.289 točk na letni ravni. Vrednost storitve je po zeleni knjigi 3.14 točke. Vrednost standarda zobozdravstva za odrasle se bi tako povečala za 7.800 EUR. ✕



V SLOVENIJI PREVENTIVNI UKREPI (MED DRUGIM ČIŠČENJE ZOBNEGA KAMNA), KI VODIJO DO ZMANJŠANJA POJAVNOSTI ZOBNE GNILOBE IN BOLEZNI OBZOBNIH TKIV, NISO DOSTOPNI ODRASLI POPULACIJI V OKVIRU OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA.

Ureditev izvajanja NZV

JANJA MOČAN

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
janja.mocan@zdrzz.si

Skladno z napovedjo ministrice za zdravje na zadnjem sestanku z direktorji bolnišnic 20. 6. 2016 po drugačni ureditvi izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva in dežurstva v okviru NZV (v nadaljevanju NZV), vas seznanjamo o procesu usklajevanja in predlogih sprememb.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (v nadaljevanju ZDRZZ) je pri urejanju tega področja sodelovalo na treh sestankih skupaj s predstavniki ministrstva in sindikata Fides. Na sestankih smo se dogovarjali o predlogih spremembe Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva (v nadaljevanju Pravilnik o NZV), in sicer:

Na prvem sestanku (23. 6. 2016) nam je ministrstvo pojasnilo, da so na njihovih predhodnih sestankih s Fidesom že izpostavili problematiko meril za določanje oblik dela, v katerih se zagotavlja NZV (polni delovni čas, dežurstvo, stalna pripravljenost, delo preko polnega delovnega časa, dopolnilno delo). Predlog Fidesa je, da se določila o teh merilih črtajo iz Pravilnik o NZV in da se direktorju prepusti samostojno odločanje o obliki izvajanja NZV. Do tega predloga smo v ZDRZZ izrazili pomislek in predlagali, da se sedanja merila popravijo oz. izboljšajo in ostanejo kot določila pravilnika. Zavezali smo se, da bomo v ZDRZZ pripravili predlog te spremembe.

Na drugem sestanku (4. 7. 2016) smo se pogovarjali, ali je glede na naravo dejavnosti možno izločiti posamezna področja iz dežurstva in stalne pripravljenosti. S strani Fidesa je bilo predlagano, da se kot taka za splošne bolnišnice opredelijo področja iz 16. člena ZZDej, in sicer področja interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali poročniške dejavnosti, zaradi Zakona o duševnem zdravju se doda še področje psihiatrije, po naravi dejavnosti pa izločimo še intenzivne oddelke in urgentne centre.

Pred **tretjim sestankom (7. 7. 2016)** smo v ZDRZZ, potem, ko smo prejeli predlog

Fidesa, oblikovali tri svoje predloge. Predlogom je skupno to, da se s Pravilnikom o NZV opredelijo splošna merila za ugotavljanje obremenjenosti, ta merila pa zavod konkretizira v svojem aktu. Analiza obremenjenosti se izvede ob/zaradi uveljavitve internega akta, nova analiza pa v primeru, ko se okoliščine, na podlagi katerih so ugotovljene obremenitve, bistveno spremenijo (ne pa 1x letno, kakor doslej). Pod bistvenimi spremembami okoliščin razumemo reorganizacijo, uvedbo novih diagnostičnih postopkov, novih programov in podobno.

Predlogi pa se med seboj razlikujejo v obsegu področij, ki so izločeni iz sistema dežurstva in stalne pripravljenosti (torej se na teh področjih delo opravlja kot redno delo ali delo preko polnega delovnega časa), in jih v nadaljevanju navajamo:

- ➔ **Predlog 1** je podoben predlogu Fidesa v delu, ko iz režima dežurstva in stalne pripravljenosti izloča področja interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali poročniške dejavnosti (16. člen ZZDej), področje psihiatrije (zakonsko določena obveznost po prisotnosti v zavodu), zaradi narave dejavnosti pa še področji intenzivnih oddelkov in urgentnih centrov. S predlogom Fidesa se razlikujemo v tem, da Fides kategorično zavrača analizo obremenjenosti;
- ➔ **Predlog 2:** iz sistema dežurstva in stalne pripravljenosti izloča intenzivne oddelke in urgentne cente;
- ➔ **Predlog 3:** v pristojnosti JZZ je, da na podlagi analize obremenitev določi obliko izvajanja NZV.

Po posvetovanju z nekaterimi direktorji bolnišnic smo **na tretjem sestanku 7. 7. 2016** na ministrstvu za zdravje zagovarjali **predlog 2**. Na tem sestanku je bilo s stani Fidesa ponovno poudarjeno, da je treba zdravnikovo prisotnost v JZZ v vsakem primeru šteti kot redno delo (od 00.00 do 24.00) in ne kot dežurstvo, s tem v povezavi pa se je zastavilo vprašanje o potrebnosti dežurstva na sploh. K takim trditvam se je nagibalo tudi nekaj ključnih predstavnikov ministrstva za zdravje. Vnovič smo opozorili, da predlagana rešitev hkrati nujno pomeni zagotovitev dodatnih finančnih sredstev. Ker pa vemo, da

imajo zdravstveni zavodi vrsto zahtev po dodatnih finančnih sredstvih, pa tudi urgentni centri so podfinancirani, se postavlja vprašanje objektivnosti pričakovanj po dodatnih finančnih sredstvih za izvajanje NZV.

Glede na to, da smo v ZDRZZ oblikovali in zagovarjali predlog 2, ki omogoča direktorju, da na podlagi analize obremenjenosti določi obliko izvajanja NZV za vsa področja, razen za intenzivne oddelke in urgentne centre, smo direktorje bolnišnic pozvali, da se o njem tudi opredelijo. ✕

Javno naročilo za energente

SARA ROZMAN

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
sara.rozman@zdrzz.si

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je v začetku leta 2016 izvedlo skupno javno naročilo za dobavo energentov (na portalu e-naročanje objavljeno pod številko JN880/2016 dne 9. 2. 2016 in v Uradnem glasilu EU št. 2016/S 028-044934 dne 10. 2. 2016).

Javno naročilo je bilo izvedeno za 4-letno obdobje in je razdeljeno na naslednje sklope:

1. električna energija z deležem električne energije iz obnovljivih virov in/ali soproduktne električne energije z visokim izkoristkom (87 pooblastil članov),
2. kurilno olje (36 pooblastil članov),
3. utekočinjen naftni plin (čisti propan) (9 pooblastil članov),
4. zemeljski plin (39 pooblastil članov).

Na podlagi prejetih ponudb v 1. fazi je združenje 20. 4. 2016 z 12 ponudniki sklenilo okvirne sporazume. V poletnem času združenje zbira pooblastila in podatke o načrtovani porabi v zavodih, ki bodo podlaga za izvedbo 2. faze javnega naročila v začetku septembra 2016. V njej bo združenje izvedlo elektronska povpraševanja za vse štiri sklope, na podlagi katerih bo vsak zavod sklenil individualno pogodbo z izbranim izvajalcem v vsakem sklopu. ✕

Nabava lokalno pridelane hrane v bolnišnicah

TATJANA JEVŠEVAR

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

tatjana.jevsevar@zdrzz.si



Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano RS je v sodelovanju z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije 14. junija 2016 organiziralo posvet, kjer so bile predstavljene zakonske novosti in možnosti nabave živil lokalnega izvora. Glavni razlog za organizacijo posveta je bil predstavitev zakonodajnih izhodišč in smernic za naročanje živil v javnih zavodih ter predstavitev izkušenj ter predlogov bolnišnic in ponudnikov živil za izboljšanje oskrbe z živili lokalnega izvora.

Zagotavljanje hrane z velikih razdalj spremlja vse večja negotovost. Oskrba z varno in kakovostno hrano iz naše bližine je vedno bolj cenjena in pridobiva na pomenu. Uvožena hrana, zaradi prevoza na velike razdalje in številnih drugih razlogov, izgublja svojo kakovost. Njeni nepotrebno dolgi prevozi tudi slabo učinkujejo na naše okolje. Pri javnem naročanju hrane v javnih zavodih (šolah, vrtcih, bolnišnicah, domovih za ostarele ...) je zato potrebno spodbuditi večje uveljavljanje načela »kratkih nabavnih verig« in povečati delež hrane, ki je bila pridelana in predelana v naši bližini. Pomemben je podatek o letni vrednosti nabavljenih živil v slovenskih bolnišnicah, ki je v letu 2015 znašal 12,6 milijona evrov in predstavlja pomemben potencialni vir prihodkov slovenskih proizvajalcev živil.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je na posvetu predstavilo dosedanje izkušnje slovenskih bolnišnic pri nabavi živil lokalnega izvora z vidika izvedenih postopkov ter ovir in težav, ki so jih zaznali pri tovrstnih nabavah. Podatke, ki so bili predstavljeni, je združenju posredovalo kar 78 % vseh slovenskih bolnišnic, in če upoštevamo, da sta na posvetu svoje podatke predstavili še dve bolnišnici, so bili na posvetu predstavljeni podatki 85 % vseh slovenskih bolnišnic!

Podatki kažejo, da bolnišnice kupujejo živila po postopkih javnega naročanja – praviloma po odprtem postopku. Najpogostejše lokalno kupujejo sadje in zelenjavo, nekateri pa tudi mlečne izdelke in ribe. Večina težav, s katerimi se srečujejo pri nabavi živil lokalnega izvora so: višje cene živil lokalnega izvora do 20 % v primerjavi z živili iz drugega okolja, na razpolago je premajhna količina in skromna ponudba lokalno pridelanih živil, razdrobljenost

ponudnikov, dobava je odvisna od vremenskih razmer, ni ponudnikov za splošno prehrabno blago, ponudniki imajo težave z zagotavljanjem dnevnih dobav ... Na podlagi navedenega smo predstavili tudi predloge nekaterih rešitev, ki bi odpravile večino navedenih težav, in sicer: združevanje manjših ponudnikov v organizacije, ki bi skupno nastopale na trgu in nudile ponudnikom tudi strokovno pomoč, in bolj »ohlapno« zakonodajo, ki ureja postopke nabave živil.

Združenje je ministrstvu za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano podalo pobudo, da skladno z novimi določili ZJN-3 dopolni Priporočila za javno naročanje živil, ki jih je izdelalo oktobra 2013, saj ta predstavljajo pomemben pripomoček bolnišnicam pri pripravi in izvedbi postopka nabave živil in na drugi strani ponudnikom pri pripravi prijave in izvedbe postopka dobave živil.

Združenje je ministrstvu za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano podalo pobudo, da skladno z novimi določili ZJN-3 dopolni Priporočila za javno naročanje živil, ki jih je izdelalo oktobra 2013, saj ta predstavljajo pomemben pripomoček bolnišnicam pri pripravi in izvedbi postopka nabave živil in na drugi strani ponudnikom pri pripravi prijave in izvedbe postopka dobave živil.

Z upoštevanjem predlogov združenja, izdelavo priporočil za nabavo živil resornega ministrstva in prijaznejšo zakonodajo do nabave živil ugotavljamo, da so podani temelji za nabavo večine živil, pridelanih in predelanih v naši bližini. Ustvarjeni so torej vsi pogoji, da preidemo od besed k dejanjem. Pri krepitevi sistema nabav lokalno pridelane hrane pa je seveda potrebno tudi večje zavedanje vodstev in odgovornih za oskrbo z živili v

bolnišnicah, da je za naše uporabnike še kako pomembna oskrba z zdravo pridelano hrano, saj je ta lahko pomočnik in ne ovira pri njihovem zdravljenju! ■



MINISTER ZA KMETIJSTVO, GOZDARSTVO IN PREHRANO MAG. DEJAN ŽIDAN JE POUČIL POMEMBOST KRATKIH VERIG V PREHRANI. LOKALNA PRIDELAVA HRANE, NJENA NABAVA IN UPORABA PREDVSEM V JAVNIH ZAVODIH JE ENA OD GLAVNIH PRIORITET PREHRANSKE POLITIKE.

Izkušnje bolnišnic pri nabavi živil lokalnega izvora

TATJANA JEVŠEVAR

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
tatjana.jevsevar@zdrzz.si

V vseh državah postaja prehranska varnost ena od pomembnejših ukrepov varnosti. Zaradi večanja števila prebivalstva in podnebnih sprememb se daje vedno večji poudarek lokalni samooskrbi. S projektom Uveljavitev načela kratkih verig pri javnem naročanju živil si v Sloveniji prizadevamo povečati stopnjo samooskrbe s kakovostnimi in lokalno pridelanimi živili, zagotoviti zdravo hrano za vse populacije, kakršne so otroci, bolniki in starostniki, spodbuditi trajnostno rabo površin, namenjenih pridelavi živil ter ohraniti delovnih mest na podeželju.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije se je v letu 2015 na povabilo ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano in ministrstva za zdravje vključilo v aktivnosti, kako bi lahko lokalno hrano pripeljali tudi v bolnišnice. Za potrebe posveta Izkušnje bolnišnic pri nabavi živil lokalnega izvora, ki je 14. junija 2016 potekal v Ljubljani, je združenje pripravilo poročilo o izkušnjah ter predloge bolnišnic in ponudnikov živil za izboljšanje oskrbe z živili lokalnega izvora. V prispevku predstavljamo postopke, izkušnje, ovire in težave, ki so jih ugotovile bolnišnice na podlagi dosedanje prakse nabave živil lokalnega izvora za obdobje zadnjih štirih let. Predstavljene podatke nam je posredovalo 21 od 27 bolnišnic ali 78 % vseh bolnišnic, ki so članice združenja. Vprašanja, ki so bila posredovana bolnišnicam, so se nanašala na postopke nabave živil, izkušnje pri nabavi živil lokalnega izvora in najpogostejše ovire in težave pri nabavi živil lokalnega izvora.

Postopki nabave živil

V bolnišnicah nabava poteka po principu odprtega postopka javnega naročila (JN). Naročilo je razdobljeno na več sklopov. Okvirni sporazum je sklenjen za obdobje od 1 do 4 let.

Odpiranje konkurence poteka na 12 mesecev, razen sadja in zelenjave, kjer se odpira na od 14 dni do 6 mesecev.

Pri postopku nabave živil sta izjemi dve bolnišnici (Klinika Golnik in PB Begunje), ki imata sklenjeno pogodbo z zunanjim izvajalcem prehranskih storitev.

Izkušnje pri nabavi živil lokalnega izvora

Bolnišnice navajajo, da posebnih izkušenj nimajo, saj je nabava živil vezana na javno naročilo, kjer se ne sme opredeliti poreklo. Lokalno kupujejo le sadje in zelenjavo, v sezoni izključno pridelano lokalno, saj se razpoložljiva količina poveča. Bolnišnice ugotavljajo, da ni interesa lokalnih ponudnikov, ker ne zagotavljajo zadostnih količin živil. Njihove izkušnje pri nabavi živil lokalnega izvora so večinoma dobre, saj so zadovoljni z dobavo in kvaliteto živil, kupujejo pa lokalno pridelano sadje in zelenjavo, nekateri pa tudi mlečne izdelke.

Ovire in težave pri nabavi živil lokalnega izvora

Največje ovire jim predstavljajo ponujene višje oziroma nekonkurenčne cene. Hkrati ugotavljajo, da je na razpolago premajhna količina živil, zato se sklepajo pogodbe z več ponudniki, kar pomeni več naročil, dobav in administrativnega dela. Bolnišnice ugotavljajo, da ni skupne mreže ponudnikov oziroma povezovanja

manjših ponudnikov ter da jih ovirajo zakonske omejitve za izvedbo postopka za hitre verige.

Glavno težavo bolnišnicam predstavlja skromna ponudba lokalnih ponudnikov, majhno število lokalnih ponudnikov, za katere so ovira tudi predolgi plačilni roki. Ponudniki so manj fleksibilni, imajo probleme s hlajenjem živil, slab vozi park, problem zagotavljanja zahtev HACCP, ne ponujajo porcijske embalaže. Prav tako navajajo, da ni ponudnikov za splošno prehransko blago, dobava je odvisna od vremenskih razmer (toča, zmrzal ...), ponudniki pogosto nimajo potrdil o kakovosti živil, prav tako pa imajo ponudniki pogosto težave z e-poslovanjem. Ena izmed pomembnih ovir je tudi problem zagotavljanja dneve dobave – logistika oziroma razdrobljenost ponudbe (veliko ponudnikov).

Združenje meni, da bi za lažje uvajanje lokalno pridelane hrane v bolnišnice proizvajalci oziroma ponudniki morali poskrbeti za drugačno organizacijo dela oziroma povezovanja (kot npr. zadruga), ki bi združevale manjše ponudnike in jim nudile pomoč pri pridobivanju dokumentacije. Za rizične skupine blaga, kot so meso, jajca, sadje in zelenjava, naj ne bi bil potreben postopek javnega naročanja, zato na tem področju predlagamo bolj ohlapen zakon. ✕



Z UVELJAVITVIJO »NAČELA KRATKIH VERIG« SE BO USTVARILO REALNE POGOJE ZA OSKRBO T.I. OGROŽENIH SKUPIN PREBIVALSTVA S KVALITETNO, LOKALNO PRIDELANO HRANO VIŠJE KAKOVOSTI, NISO PA ZANEMARLJIVI TUDI DRUGI POZITIVNI UČINKI, KOT SO PORAST STOPNJE SAMOOSKRBE S HRANO, ZAGOTAVLJANJE TRAJNOSTNE RABE POVRŠIN, NAMENJENIH PRIDELAVI HRANE IN ZMANJŠEVAJE »OGLJIČNEGA ODTISA« OZIROMA ZMANJŠANJE SPROŠČANJA TOPLOGREDNIH PLINOV ZARADI TRANSPORTA HRANE IZ TUJIH DRŽAV ALI CELO DRUGIH KONTINENTOV.

Prehrana v bolnišnici mora predstavljati neločljiv del zdravljenja

Pogovor z dr. Matejem Gregoričem, vodjem strokovne skupine za prehrano in gibanje Centra za proučevanje in razvoj zdravja na NIJZ

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
saska.terseglav@zdrzz.si



PREHRANSKA TERAPIJA LAHKO V NEKATERIH PRIMERIH DIREKTNO VPLIVA NA POTEK BOLEZNI (TEŽA BOLEZNI, POJAV KOMPLIKACIJ, HITROST OKREVANJA ...) IN S TEM TUDI NA STROŠKE ZDRAVLJENJA. POGOJI ZA UČINKOVITO PREHRANSKO TERAPIJO SO PREDVSEM IZDELANI POSTOPKI ZA NJENO VODENJE IN EVALUACIJO TER INTERDISCIPLINARNI PRISTOP ZDRAVNIKA IN DIETETIKA.

Pred dnevi ste na NIJZ obeležili 30. obletnico ottawske listine, v kateri so že leta 1986 zapisali, da »zdravje ne nastaja v zdravstvenem sektorju, ampak predvsem v vseh drugih sektorjih, in je plod delovanja različnih akterjev v družbi«.

Ottawska listina resnično predstavlja mejnik v razumevanju javnega zdravja in v ospredje postavlja zdravje in pogoje za njegovo vzdrževanje in krepitev. Ključ uspeha je v javnih politikah, aktiviranju skupnosti, ustvarjanju podpornih okolij za zdravje in v zagovorništvu zdravja v skupnosti. V Sloveniji imamo 100-letno tradicijo javnega zdravja, na kar smo ponosni. Že od samega začetka prepoznavamo pomembnost programov in storitev za ranljive skupine, kot so na primer otroci in mladi, matere z otroki, ljudje z nizkim dohodkom, brezposelni, depri-vilirana področja itd.

Kolikšno je po vašem mnenju zavedanje oziroma razumevanje tega načela iz listine pri nas, denimo na področju prehrane?

Še vedno je premajhno zavedanje, da so programi in ukrepi lahko uspešni in učinkoviti le, če so plod medresorskega sodelovanja in vpeti v sistem. Gre za razumevanje javnega zdravja, ki bi ga morali udeleženci drugih politik, ki kreirajo pogoje za zdravje, kot so gospodarstvo, sociala, šolstvo, kmetijstvo itd. Brez poznavanja učinkov posameznih politik na zdravje ne moremo krepi zdravja. Na področju prehrane je treba v prvi vrsti zagotoviti pogoje za lastno pridelavo, ki bo pokrila potrebe prebivalstva v skladu s prehranskimi cilji, bo varna in dostopna za različne ciljne skupine. To razumevanje je še najbolj vidno skozi cilje nove Resolucije o nacionalnem programu prehrane in telesne dejavnosti za zdravje 2015–2025, ki povezuje ključne resorje in partnerje v prizadevanjih, da bi prebivalcem zago-

tovili ne le varno in kakovostno hrano, ampak bi jim omogočali z različnimi ukrepi, da se zdravo prehranjujejo in imajo možnosti za telesno dejavnost. Zaradi številnih prizadevanj v preteklosti pa smo sicer uspeli ohraniti kar nekaj uspešnih in dobro delujočih ukrepov, kot so na primer zakonsko zagotovljena in subvencionirana in s strokovnimi smernicami podprta šolska prehrana, umik avtomatov s hrano in pijačo v šolah, subvencionirana in s smernicami podprta študentska prehrana, pravica do malice med delom, brezplačno razdeljevanje sadja in zelenjave v okviru Sheme šolskega sadja in zelenjave ter drugi ukrepi kmetijske politike, naravnani k povečani lokalni trajnostni oskrbi in zagotavljanju samooskrbe.

Kljub temu se je število čezmerno hranjenih ali debelih, tudi med otroki, od leta 1980 podvojilo. Katere so najpogostejše bolezni, povezane z neustrezno prehrano?

Res je, do leta 2010 smo bili priča stalnemu naraščanju deleža debelih otrok. Vendar pa smo hkrati tudi edina država v Evropi, ki ji je uspelo zajezi to naraščanje in obrniti ta trend, ki je zdaj že peto leto v upadanju, kljub temu da se uvrščamo v zgornjo tretjino držav, ki imajo z razširjenostjo debelosti med otroki resne probleme. Žal takega trenda ne opažamo med odraslimi. Velike spremembe v načinu našega življenjskega sloga ne vodijo le k razvoju debelosti, ampak tudi k številnim drugim kroničnim nenalezljivim boleznim, hkrati pa so lahko vzrok različnih oblik podhranjenosti. S prehrano so neposredno povezane srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen tipa 2, nekatere vrste raka ter debelost, ki predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti v Sloveniji, saj je več kot 70 % vseh smrti posledica najpogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni. Zaradi neustrezne prehrane se vse pogosteje srečujemo z dejavniki tveganja za metabolični sindrom in razvoj kroničnih bolezni, kot so povečana telesna teža, povečan krvni sladkor, povečan krvni tlak in hiperholesterolemija.

Kolikšen delež v stroških predstavljajo bolezni, povezane z debelostjo, pri nas v primerjavi z EU in kakšni so trendi v zvezi s tem?

Podatki na ravni EU kažejo, da predstavljajo stroški bolezni, povezanih z debelostjo, približno 7 % sredstev (to je približno 100 milijard evrov v državah članicah EU) od vseh izdatkov za zdravstveno oskrbo, s tem da k tej številki niso vključeni posredni stroški, ki se nanašajo na slabšo produktivnost zaradi zdravstvenih težav in prezgodnje smrtnosti. V Sloveniji ocenjujemo, da neposredni stroški zdravstvene oskrbe zgoj sladkorne bolezni, ki jo ima približno 7 % ljudi v Sloveniji, znašajo najmanj 114,3 milijona evrov na leto. V primeru, da ne bomo učinkovito ukrepali, se bo število obolelih vsako leto povečalo za približno 3 %. Podatki za leto 2012 kažejo, da ima v Sloveniji telesno maso večjo od priporočene 42 % žensk in 66,6 % moških, trend pa se še povečuje pri moških.

Kaj pa pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave? Ta dva spadata med nepogrešljiv del uravnotežene prehrane.

Med prehranskimi dejavniki za pojavnost KNB se zato še posebej postavlja nezadostno uživanje zelenjave in sadja, prekomerno uživanje jedilne soli, sladkorja, nasičenih in transmaščobnih kislin oziroma živil, ki te maščobne kisline vsebujejo v večji meri. V Sloveniji bi s povečanim

uživanjem zelenjave in sadja na priporočeno raven (najmanj 400–650 g sadja in zelenjave na dan) v prehrani lahko zmanjšali pojavnost srčno-žilnih bolezni za 10 %, možganske kapi za 6 % in nekaterih vrst raka za 6 %.

O hrani veliko razmišljamo, a v resnici o njej ne vemo veliko. Ko zbolimo, redkokdaj pomislimo, kako pomembna je prehranska podpora. Po ocenah je kar od 30 do 40 odstotkov ljudi nad 65. letom starosti podhranjenih. Ko zbolijo, začnejo manj jesti ali pa izbirajo napačno hrano. Če so bolni in ne jedo pravilno, ne zaužijejo dovolj določenih živil, potem je tveganje, da bodo še bolj zboleli, zelo veliko.

Omenili ste podhranjenost. Je ta v času izobilja dobrin resen zdravstveni problem?

Podhranjenost je pogosto povezana s pomanjkanjem hrane, a ne vedno. Danes v družbi izobilja pomeni podhranjenost telesno oslabelost zaradi neakovostne prehrane, ko ob zadostnem energijskem vnosu s hrano ne zaužijemo dovolj za življenje nujno potrebnih hranil. Tako že med otroki ugotavljamo obolevnosti zaradi specifičnih prehranskih primanjkljajev, kot so anemije zaradi pomanjkanja železa, motnje ščitnice zaradi pomanjkanja joda, pomanjkanje zaradi vitamina D ter pomanjkanja zaradi vitaminov skupine B. Posebej ogroženi so tudi starostniki v institucijah in bolniki, kjer pogosto najdemo visoko stopnjo beljakovinsko-energijske in mikrohranilne podhranjenosti, ki sta za njih še posebej nevarna, saj močno vplivata na izide zdravljenja. S prehransko podporo ne moremo preprečiti presnovnega odziva na bolezen, lahko pa zavremo njegov razvoj in zmanjšujemo neugodne funkcionalne spremembe. Še posebej pomembno je, da preprečimo stanja stradanja, ki lahko vodijo v beljakovinsko-energijsko podhranjenost. Telo kroničnih bolnikov je nenehno v stanju, ki vodi v telesni propad. Aktivirani so procesi, ki povzročijo razgradnjo struktur, najbolj ogrožene pa so mišice. Zato je nujno potrebno prilagoditi prehrano višjim potrebam po kakovostnih beljakovinah. Pogosto pa so starejši kronični bolniki tudi podhranjeni zaradi primanjkljaja mikrohranil. Upoštevati je potrebno tudi bolnikovo pogosto zmanjšano sposobnost uporabe (utilizacije) oziroma absorpcije hranil. Povečane potrebe po hranilih so zato pri bolnikih pogosto v ospredju (npr. bolnikov s presnovnimi motnjami, pri različnih dietah, pri bolnikih ob večjih kirurških posegih, pri bolnikih s hudimi poškodbami, vnetji, infekcijskih stanjih, pri jemanju določenih zdravil, antibiotikov itd.). Hranilno siromašni hrani bi se zato morali v bolnišnicah praviloma izogibati.

Najbrž je bolj »skrita« kot debelost.

Podhranjenost je za razliko od debelosti težko razbrati. Največkrat jo lahko opredelimo z izgubo telesne teže in poslabšanjem apetita. Seveda pa suhi ljudje niso nujno podhranjeni, lahko pa so posamezniki, ki imajo na videz povsem normalno telesno težo, vendar zelo zmanjšano količino mišične mase, so ob tem tudi manj gibalno učinkoviti in imajo manjšo telesno zmožnost, s tem pa imajo večje tveganje za zdravstvene posledice. Po drugi strani pa imamo na primer tudi debele otroke, ki pa so gibalno zelo učinkoviti in tem ti odvečni kilogrami ne predstavljajo nobenega posebnega tveganja.

Kdo ji je najbolj podvržen oziroma katere skupine so najpogostejše prizadete?

Podhranjenost je mogoče najti v celotni populaciji, a še posebej pri starejših in bolnikih. O hrani veliko razmišljamo, a v resnici o njej ne vemo veliko. Ko zbolimo, redkokdaj pomislimo, kako pomembna je prehranska podpora. Po ocenah je kar od 30 do 40 odstotkov ljudi nad 65. letom starosti podhranjenih. Ko zbolijo, začnejo manj jesti ali pa izbirajo napačno hrano. In če so bolni in ne jedo pravilno, ne zaužijejo dovolj določenih živil; potem je tveganje, da bodo še bolj zboleli, zelo veliko. Podhranjenost tako lahko vpliva na več zapletov med zdravljenjem (bolnišnične okužbe, počasnejše celjenje ran, funkcionalni upad), na daljšo ležalno dobo, na višjo stopnjo umrljivosti ter na ponovno hospitalizacijo bolnikov. Pri teh bolnikih se v obdobju hospitalizacije podhranjenost samo še poveča.

V domovih za starejše je še slabše, saj je po ocenah celo od 40 do 60 odstotkov ljudi podhranjenih. Pri starejših sta najbolj pogosto prezrti potrebi po zadostnem uživanju tekočin in kakovostnih beljakovinah. Verjetnost za različne oblike podhranjenosti je v starosti, zaradi fizioloških sprememb (upočasnjena prebava, spremenjen hormonski odziv, zmanjšan bazalni metabolizem, oslavljen vonj in okus) in pridruženih bolezenskih stanj, še toliko večja.

Podhranjenost ne predstavlja le slabših zdravstvenih izidov pri posameznikih, ampak tudi veliko breme za zdravstvene sisteme. Če bolniki pridejo v bolnišnico podhranjeni, se čas njihovega bivanja podvoji. Zato bi morali vsakega bolnika ob prihodu najprej pregledati in ugotoviti, ali je podhranjen. Tudi v domovih za starejše bi morali spremljati njihovo tveganje za podhranjenost.

Kakšne so sicer ocene vplivov prehranske in kmetijske politike na zdravje prebivalcev RS?

Slovenija je bila v času pristopa k EU ena redkih držav, ki je poskušala oceniti zdravstvene učinke teh politik z uporabo metode ocene vplivov na zdravje.

Položaj v zvezi s prehransko politiko in javnim zdravjem je izredno zapleten. Trdni znanstveni dokazi priznavajo, da je prehrana pomemben dejavnik pri naraščanju debelosti in nenalezljivih bolezni, kot so bolezni srca in ožilja ter nekatere vrste raka, ki so glavni vzrok prezgodnje umrljivosti. Po pristopu je na nacionalno prehransko politiko bistveno vplivala skupna kmetijska politika EU. Ta je ena od najpomembnejših področnih politik v EU, ki prejema skoraj polovico vseh sredstev iz proračuna EU, zanj pa je značilna podpora proizvajalcem in trgovini. Obenem opažamo naraščanje javnega interesa za varnost in

kakovost živil, proizvodne metode in onesnaževanje okolja. Izziv, s katerim se spoprijemamo, je uravnoteženje nacionalnih interesov, kmetov in prehranske industrije z javnim zdravjem. Na splošno lahko ocenimo, da imajo trenutni ukrepi kmetijske politike, naravnani k povečani lokalni trajnostni oskrbi in zagotavljanju samooskrbe, dober vpliv na zdravje in socialno-ekonomsko blagostanje prebivalcev, seveda pa obstajajo precejšnje rezerve v povečanju samooskrbe s pridelki in izdelki, ki so skladni z nacionalnimi prehranskimi cilji in podpirajo javno zdravje prebivalstva.



Hrana lokalnega izvora ima zaradi optimalne dozorelosti višjo biološko vrednost in zaradi krajše poti od pridelovalca do potrošnika tudi višjo hranilno vrednost.

Kaj bi morale narediti bolnišnice v zvezi z zdravim prehranjevanjem?

Kot prvo je treba zagotoviti zdravo in kakovostno prehrano v skladu s smernicami in priporočili v vseh bolnišnicah in domovih za starejše občane, kar je bilo doslej nekoliko spregledano in slabo nadzorovano. Prehrana v bolnišnici ne sme zadostiti le osnovnim prehranskim potrebam, ampak mora postati neločljiv del zdravljenja (kot prehranska podpora zdravljenju). Že sedaj se za nekatere bolezni prehranska terapija vrednoti kot postopek zdravljenja. Pri boleznih se spremeni presnova in te spremembe se zaradi terapije še poglobijo, zato bolniki potrebujejo presnovnim potrebam prilagojeno prehrano. Pri bolniku, pri katerem obstaja tveganje za pojav slabe prehranjenosti ali je že slabo prehranjen ob sprejetju, mora biti individualna prehranska obravnava integralni del zdravljenja. Sicer pa je potrebno paziti na zmeren vnos energije, ki ga prilagodimo potrebam in stanju bolnika, jedilnike prilagoditi specifičnosti posameznih bolezni ali individualnim potrebam, paziti na gastronomsko sprejemljivost hrane, na zadosten vnos kakovostnih beljakovin (za potrebe izgradnje/obnavljanja skeletne mišičnine), izbirati živila z višjo hranilno vrednostjo (lokalno pridelana hrana, čim manj toplotno in mehansko obdelana), ob tem pa skrbeti tudi za ustrezno hidracijo. Za boljše rezultate zdravljenja pa je nujno tudi poskrbeti za možnost izvajanja gibalnih in kognitivnih dejavnosti za bolnike. Prehranska terapija tako lahko v nekaterih primerih direktno vpliva na potek bolezni (teža bolezni, pojav komplikacij, hitrost okrevanja) in s tem tudi na stroške zdravljenja. Pogoji za učinkovito prehransko terapijo so predvsem izdelani postopki za njeno vodenje in evaluacijo ter interdisciplinarni pristop zdravnika in dietetika, katerega vloga za zdaj sistemsko ni urejena. Se pa v zadnjem času opaža napor nekaterih interesnih združenj in projektov, ki stremijo k urejanju tega področja.

Razlogov, zakaj bolnikom ponuditi lokalno pridelano hrano v bolnišnicah, je torej več.

Hrana lokalnega izvora ima zaradi optimalne dozorelosti višjo biološko vrednost in zaradi krajše poti od pridelovalca do potrošnika

Želimo in prizadevamo pa si, da bi bolnišnično okolje postalo vzor zdravega prehranjevanja z upoštevanjem priporočil. Nikakor ne sme biti bolnišnična prehrana odvisna le od osebne zavzetosti direktorjev, zdravnikov ali svojcev bolnikov, temveč mora biti dostopna in zagotovljena slehernemu bolniku, tudi kot neločljiv del zdravljenja.

tudi višjo hranilno vrednost. Pri daljši verigi, ki vključuje daljši čas od proizvajalca do uporabnika, se značilno zmanjša vsebnost vitaminov in antioksidantov, zlasti vitamina C, prav tako vitaminov A, B in E. Sekundarne zaščitne snovi so pomemben del vsakodnevne prehrane, saj vstopajo v procese zaviranja razvoja raka, srečno-žilnih obolenj in preprečevanja nekaterih drugih bolezni. Hranilna vrednost plodu namreč začne padati, ko je plod odrezan od svojega vira hrane ter vode in mora zaradi tega začeti uporabljati lastne zaloge. Proces propadanja lahko upočasnimo z ustreznim skladiščenjem, česar se poslužujejo predvsem tuji uvozniki sadja in zelenjave. Lokalno pridelano sadje in zelenjava je pobrano v optimalni zrelosti, medtem ko so pridelki iz tujine potrpani pred tehnološko zrelostjo in kasneje umetno dozori med transportom in skladiščenjem. Za bolnike je tako pomembno, da uživajo čim več lokalno pridelane hrane, ki ima več vitaminov, je čim manj toplotno in mehansko obdelana in tako ohrani čim višjo hranilno vrednost. Izogibati se je smiselno tudi tehnološko predelani hrani, ki ima zaradi obsežne industrijske predelave podaljšane obstojnosti in prilagoditev v potrošniku všečni okus in videz, za zdravje manj ugodno sestavo in dodane številne aditive.

Javni zavodi skupaj z ostalim javnim sektorjem porabijo za hrano letno preko 220 milijonov evrov. Ugotavljamo, da javni zavodi kot pomembni porabniki hrane trenutno uporabljajo le manjši del lokalno pridelane hrane, zato je cilj povečati oskrbo javnih zavodov predvsem s kakovostnimi in priporočenimi živili, ki podpirajo nacionalne prehranske cilje, iz domačega okolja.

V državnem merilu so javni zavodi, kot so šole, vrtci, bolnišnice, domovi za starejše idr., pomembni porabniki hrane.

Tako je, te skupaj z ostalim javnim sektorjem porabijo za hrano letno preko 220 milijonov evrov. Ugotavlja se, da javni zavodi kot pomembni porabniki hrane trenutno uporabljajo le manjši del lokalno pridelane hrane, zato je cilj povečati oskrbo javnih zavodov predvsem s kakovostnimi in priporočenimi živili, ki podpirajo nacionalne prehranske cilje, iz domačega okolja. Tudi delo z nacionalno industrijo gre počasi, a vztrajno v smeri prilagajanja izdelkov nacionalnim prehranskim ciljem, saj se pripravlja skupen akcijski načrt za preoblikovanje živil, po vzoru načrta za omejevanje uživanja jedilne soli. Vsako leto se izpelje tudi tekmovanje za študente s področja inovativnosti v živilstvu in razvoja novih živilskih izdelkov. Prav tako je sektor proizvodnje brezalkoholnih

pijač pri GZS podpisal listino s petimi zavezami, s katerimi želijo opozoriti na svojo proaktivnost in pripravljenost na konstruktiven dialog z drugimi deležniki za doseganje ciljev prehranske politike.

Praksa pa kaže, da javni zavodi še vedno večinoma naročajo hrano, ki je cenovno ugodna, a dostikrat manj kakovostna na račun pridelave in predelave ter dolge poti od njene priprave do končnega naročnika. Zelenjava in sadje sta pogosto že vključena v lokalno trajnostno oskrbo javnih zavodov, potrebno pa bo bolj vključiti tudi druga živila iz priporočenih skupin živil.

Kateri primeri dobrih praks v zvezi z uporabo lokalno pridelane hrane so se izkazali za učinkovite in bi jih lahko trajno implementirali v naša okolja?

Slovenija ima na tem področju lastne prakse in izdelane smernice, ki spodbujajo številne deležnike javnega sektorja, da jih uporabljajo na področju javnih naročil. Večina teh smernic za javna naročila temelji na kakovostnih parametrih živil, vendar pa obstajajo tudi prehranske smernice za različne ciljne skupine, ki temeljijo na hranilih (npr. naročajo naj se le mleko in mlečni izdelki z manjšo vsebnostjo maščob). Takšno prakso izvajamo na področju šolske prehrane, kjer lahko rečem, da smo vedno bolj uspešni. Priporočena merila za živila so na primer živila v shemah višje kakovosti (npr. ekološka živila) ali na primer sezonsko sadje in zelenjavo (tehničnih parametri so npr. svežina, omejitve časa med obiranjem in dobavo itd.). V skladu z načeli kratkih verig (v skladu z zakonodajo EU in nacionalno zakonodajo) se spodbuja izločanje sklopov iz postopka javnega naročanja in sklepanje okvirnih sporazumov za izključena živila z lokalnimi dobavitelji.

Poleg tega je bila ustanovljena delovna skupina pri ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport, ki si prizadeva olajšati in poenostaviti postopek javnega naročanja v šolah. Nekaj dobrih praks na tem področju že obstaja. Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano je organiziralo vrsto posvetovanj na to temo s šolami. Te cilje podpirata tudi dva medsektorsko delujoča projekta, Tradicionalni slovenski zajtrk in ukrep skupne kmetijske politike Shema šolskega sadja in zelenjave, ki potekata zelo uspešno. Hkrati pa so nekatera interesna združenja že pričela pripravljati popise živil in živilskih proizvodov, z vsemi opisi, kar bi olajšalo postopek javnih naročil, zlasti raziskavo trga, ki je običajno dolgotrajen začetni proces.

Zdi se, da so dobre prakse zelo razvite na področju šolske prehrane, kar je prav, zelo slabo pa smo na tem področju uspešni na področju zdrave prehrane v bolnišnicah. Kakšna prihodnost se po vašem mnenju obeta zdravi prehrani v bolnišnicah?

Menim, da je ta že zdaj dobra.

Želimo in prizadevamo pa si, da bi bolnišnično okolje postalo vzor zdravega prehranjevanja z upoštevanjem priporočil. Nikakor ne sme biti bolnišnična prehrana odvisna le od osebne zavzetosti direktorjev, zdravnikov ali svojcev bolnikov, temveč mora biti dostopna in zagotovljena slehernemu bolniku, tudi kot neločljiv del zdravljenja. Ne glede na to, da so bolnišnice veliki in kompleksni sistemi, se lahko z ustreznimi podprtim in strokovno podkovanim izvajanjem javnega razpisa vpliva na povečano oskrbo bolnišnic tudi z lokalno pridelano hrano. ■

Novosti v novem zakonu so namenjene poenostavitvi postopkov javnega naročanja

Pogovor z Majo Koković z Ministrstva za javno upravo

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov SLOvenije
saska.terseglav@zdrzz.si



POTROŠNIK OZIROMA NAROČNIK MORA NATANČNO VEDETI, KAKO LAHKO PREVERI, ALI JE ZELENJAVA, KI JO KUPUJE, USTREZNE KAKOVOSTI IN RES LOKALNO PRIDELANA. PRAV ZATO OBSTAJAJO PREDPISI, PO KATERIH SE MORAJO PROIZVAJALCI IN TRGOVCI RAVNATI, KO ŽIVILA OZNAČUJEJO TER ZAGOTAVLJAJO ZA POTROŠNIKA USTREZNO VARNOST IN KAKOVOST PROIZVODA. NEMALOKRAT PA NAROČNIK S TEMI DOLOČILI, OZNAKAMI IN CERTIFIKATI NI DOVOLJ SEZNANJEN.

Kaj nam ponuja in dopušča trenutna zakonodaja na področju preskrbe oz. naročanja živil v bolnišnicah (javnih zavodih) in katere so glavne omejitve na tem področju?

V skladu z zakonom o javnem naročanju (ZJN-3) morajo javni zavodi, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, pri naročanju blaga uporabljati zakon, če je vrednost blaga na letni ravni enaka ali višja od 20.000 evrov. Kadar je vrednost blaga enaka ali višja od 20.000 evrov, mora naročnik obvestila v zvezi z naročilom objaviti tudi v Uradnem list EU. Pri oddaji javnega naročila mora naročnik spoštovati pravila javnega naročanja, med drugim tudi načela javnega naročanja (načelo gospodarnosti, učinkovitosti in uspešnosti, načelo zagotavljanja konkurence med ponudniki, načelo transparentnosti, načelo enakopravne obravnave ponudnikov, načelo sorazmernosti) in načela pogodbe o delovanju EU (načelo prostega pretoka blaga, načelo prostega pretoka storitev, načelo svobode ustanavljanja). V skladu z uredbo o zelenem javnem naročanju je potrebno pri javnem naročanju živil zagotoviti, da je vsaj 10 % živil pridelanih oziroma predelanih na ekološki način. Z namenom skrajšanja dobavnih verig lahko naročnik del živil izloči iz postopka javnega naročanja in jih brez postopka javnega naročanja odda neposredno lokalnemu pridelovalcu oziroma dobavitelju (t. i. uresničevanje načela kratkih verig).

Omejitev zakonodaje je, da naročnik lahko upošteva le najugodnejšo ponudbo. Kaj svetujete naročnikom pri oblikovanju meril za ugotavljanje najugodnejše ponudbe po uveljavitvi ZJN 3?

V skladu s 84. členom ZJN-3 se javno naročilo odda na podlagi ekonomske najugodnejše ponudbe, pri čemer lahko naročnik kot merilo upošteva ceno, stroške v življenjski dobi ali razmerje med kakovostjo in ceno oziroma stroški. Pri javnem naročanju živil mora naročnik predno-



V večjem obsegu bodo v oskrbo javnih zavodov z živil gotovo vključeni tudi lokalni pridelovalci oziroma dobavitelji, kar je pozitivno z vidika zagotavljanja večje svežine, kakovosti in varnosti živil, pa tudi z vidika spodbujanja domačega kmetijstva in gospodarstva.

stno upoštevati kakovost živil, zaradi česar mora ob upoštevanju temeljnih načel javnega naročanja in načel EU med merila za oddajo naročila vključiti zahteve po kakovosti iz shem kakovosti in nacionalnih predpisov ter zahteve glede trajnostne pridelave in predelave živil. Pri oblikovanju konkretnih meril za živila lahko naročniki uporabijo Priporočila za javno naročanje živil in Priročnik z merili kakovosti za javno naročanje hrane v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, ki sta dostopna na spletni strani ministrstva za javno upravo (<http://www.djn.mju.gov.si/sistem-javnega-narocanja/predavanja>), primere dobrih praks zelenega javnega naročanja, ki jih je na svoji spletni strani objavi Evropska komisija (http://ec.europa.eu/environment/gpp/case_group_en.htm), idr. Naročniki ne smejo zahtevati certifikatov (razen v primeru ekoloških živil), lahko pa pri oddaji javnega naročila uporabijo kriterije, ki jih mora izpolnjevati ponudnik, da dobi certifikat. V tem primeru morajo poleg certifikatov sprejeti tudi morebitna druga, primerljiva dokazila. Zahteve in merila morajo biti določena vnaprej, nediskriminatorna, sorazmerna naročilu in preverljiva ter ne smejo vsebovati elementov razlikovanja, vezanih na poreklo živil ali njegovih surovin.

Naročniki ne smejo zahtevati certifikatov (razen v primeru ekoloških živil), lahko pa pri oddaji javnega naročila uporabijo kriterije, ki jih mora izpolnjevati ponudnik, da dobi certifikat. V tem primeru morajo poleg certifikatov sprejeti tudi morebitna druga, primerljiva dokazila.

Nov zakon o javnem naročanju prinaša kar nekaj novosti. Katere so njegove bistvene prednosti, ki urejajo nabavo živil?

Novosti v novem zakonu so namenjene zlasti poenostavitvi postopkov javnega naročanja, in sicer tako na strani naročnika kot ponudnikov. Kot ključni novosti bi lahko izpostavili dve: prvič, omogočeno je obsežnejše uresničevanje načela kratkih verig, kar je primerno zlasti pri naročanju živil, saj lahko naročnik iz posameznega sklopa naročila izloči predmete v višini do 80.000 evrov (doslej je ta omejitev veljala za celoten postopek), vsi izločeni predmeti pa lahko predstavljajo največ 20 % celotnega naročila; in drugič, pri javnem naročanju živil mora naročnik prednostno upoštevati kakovost živil, zaradi česar mora ob upoštevanju temeljnih načel javnega naročanja in načel EU med merila za oddajo naročila vključiti zahteve po kakovosti iz shem kakovosti in nacionalnih predpisov ter zahteve glede trajnostne pridelave in predelave živil.

Druge pomembnejše novosti, relevantne za javno naročanje živil, pa so še naslednje:

➔ z različnimi instrumenti se uvaja poudarek, da mora ponudnik, ki sodeluje pri izvedbi javnega naročila, upoštevati okoljsko, socialno in delovno pravo;

- ➔ iz postopka javnega naročanja se praviloma izloči ponudnik, ki je pravnomočno obsojen za določeno kaznivo dejanje, ima 50 EUR ali več zapadlih, plačanih obveznih dajatev in drugih denarnih nedavčnih obveznosti oziroma nima predloženih obračunov davčnih odtegljajev za dohodke iz delovnega razmerja za zadnjih 5 let (t. i. obrazci REK), je uvrščen v evidenco gospodarskih subjektov z negativnimi referencami ali je bil dvakrat v zadnjih treh letih oglavljen za prekršek v zvezi s plačili za delo;
- ➔ opredeljena so dokazila, ki so primerna za izkazovanje izpolnjevanja posamezne naročnikove zahteve;
- ➔ kot predhoden dokaz naročnik praviloma zahteva lastno izjavo Enotni evropski dokument v zvezi z oddajo javnega naročila – ESPD, katere oblika in vsebina je predpisana s strani EU, dokazila, ki jih iz uradnih evidenc ne more pridobiti sam, pa zahteva naročnik naknadno in le od izbranega ponudnika;
- ➔ pod določenimi pogoji je mogoča odprava napak in pomanjkljivosti ponudb, pri čemer je jasneje opredeljeno tudi, katere računske napake se lahko popravijo;
- ➔ odločitve o oddaji javnega naročila, ki jo mora naročnik sprejeti 5 dni po končanem preverjanju in ocenjevanju ponudb in najkasneje v 90-ih dneh od roka za oddajo ponudb se ponudnikom ne posreduje več po ZUP, temveč se objavi na portalu javnih naročil (razen v postopku s pogajanjimi brez predhodne objave);
- ➔ ponudnik ne more zahtevati dodatne obrazložitve odločitve o oddaji javnega naročila;
- ➔ vpogled je dovoljen le v ponudbo izbranega ponudnika, zahteva pa ga lahko le ponudnik, ki je oddal dopustno ponudbo (glede na staro ureditve je to pravočasna, primerna, pravilna in sprejemljiva ponudba);
- ➔ v določenih, taksativno naštetih primerih se lahko pogodba o izvedbi javnega naročila spremeni brez izvedbe postopka javnega naročanja (npr. v primeru nepredvidljivega, a potrebnega povečanja obsega naročila);
- ➔ o izvajanju okvirnih sporazumov naročnik objavlja obvestila na portalu javnih naročil enkrat vsake tri mesece in z obrazcem, predpisanim s strani Evropske komisije. (Opomba: več informacij lahko najdete na spletni strani ministrstva za javno upravo: <http://www.djn.mju.gov.si/sistem-javnega-narocanja/koristne-informacije>.)

Kakšna prihodnost se po vašem mnenju obeta zdravi prehrani v bolnišnicah?

Naročniki, vključeni v shemo zagotavljanja javne prehrane v javnih zavodih, si prizadevajo zagotavljati čim bolj kakovostno, zdravo in raznovrstno prehrano, vendar morajo pri tem upoštevati finančne omejitve, omejeno ponudbo na trgu ipd., dobavitelje pa izbrati v skladu s pravili javnega naročanja. Ker je bilo treba v okviru meril prednostno upoštevati živila iz shem kakovosti in živila, ki so proizvedena po nacionalnih predpisih o kakovosti živil že od leta 2008 (48. člen ZJN-2) bistvenih sprememb na tem področju ne pričakujemo. Postopki javnega naročanja pa bodo bolj dostopni ponudnikom, zlasti malim in srednjim podjetjem, posledično pa tudi bolj konkurenčni, naročila pa gospodarnejša. V večjem obsegu bodo v oskrbo javnih zavodov z živil gotovo vključeni tudi lokalni pridelovalci oziroma dobavitelji, kar je pozitivno z vidika zagotavljanja večje svežine, kakovosti in varnosti živil, pa tudi z vidika spodbujanja domačega kmetijstva in gospodarstva. ■

Za zdravo prehrano v bolnišnici je pomembna predvsem zavzetost vodstva

Pogovor z dr. Leno Tajnšek, živilsko tehnologinjo v Splošni bolnišnici Jesenice

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
saska.terseglav@zdrzz.si



ZA ZAGOTAVLJANJE KRATKIH VERIG PRI JAVNEM NAROČANJU JE KLJUČNA TRŽNA ANALIZA, KI JO NAROČNIK IZVEDE OB PRI-
PRAVI RAZPISNE DOKUMENTACIJE. NAROČNIK MORA NAMREČ
POZNATI PONUDBO NA LOKALNEM TRGU, IN SICER Z VIDIKA
KAPACITET, CENE IN DEJANSKEGA INTERESA LOKALNIH PRIDE-
LOVALCEV ZA OSKRBOVANJE NAROČNIKA.

Kdo vse so glavni snovalci javnega razpisa za živila v bolnišnici?

Javni razpis za živila v splošni bolnišnici Jesenice pripravlja služba za nabavo in javna naročila v sodelovanju z administrativnim dietetikom, ki v okviru osnovne naloge zagotavljanja prehransko ustreznih in kakovostnih živil za javni razpis opredeli vrste potrebnih živil in merila za njihovo kakovost. Podlaga za ta merila so zahteve, ki jih določa terapevtska prehrana pacientov. Prehrana namreč ne predstavlja le pacientovega ugodja, temveč je tudi nepogrešljiv del njegovega zdravljenja. Za paciente, ki so ena od najbolj občutljivih skupin ljudi, je izrednega pomena, da so živila varna, preverjene kakovosti ter da vsebujejo kar največjo možno količino zaščitnih snovi, ki izvirajo predvsem iz svežih, najboljše lokalno dobavljenih živil. S tesnim sodelovanjem sodelavcev iz nabavne ter prehranske službe, pa tudi medicinskih sester, ki spremljajo odziv pacientov na ponujeno prehrano, se lahko vedenje o kakovosti in vrsti dobavljenih živil učinkovito dopolnjuje s hitro odzivnostjo ter možnostjo ustreznega ukrepanja. Zelo pomemben, a prevečkrat spregledan člen v prehranski verigi od vil do pacientovih vilic je tudi bolnišnična kuharska ekipa, ki lahko celo iz najboljših surovin, živil, dobavljenih po skrbno pripravljenem javnem razpisu, pripravi le povprečno jed, npr. le »nekaj za pod zob«, brez zelene hranilne vrednosti. Lahko se celo zgodi, da kuharska ekipa z nenadzorovano tehnološko pripravo hranljivo bogato živilo spremeni v nepotrebno obremenitev za telo; lahko pa dobavljena kakovostna živila previdno ohrani ter pripravi iz njih okusne in hranljive jedi, na najbolj skrben način. Tako pripravljene jedi pacientom predstavljajo celo »zdravilo za dušo in telo«; znano je namreč, da pacienti, ki uživajo kakovostna živila, hitreje ozdravijo tako v bolnišnici kot doma.

Zakonodajne zahteve in priporočila za javno naročanje živil so od 1. aprila 2016 dalje, odkar velja nov zakon o javnem naročanju živil ZJN-3, ugodnejše kot v preteklosti. Kaj kaže praksa?

ZJN-3 pri izboru živil iz ponudbe na javni razpis dovoljuje prednostno upoštevanje živil iz shem kakovosti, živil, ki so pridelana oziroma predelana po nacionalnih predpisih o kakovosti živil, ter trajnostno pridelanih oziroma predelanih živil z zagotovljeno višjo kakovostjo z vidika večje svežine oziroma nižjih okoljskih obremenitev pri prevozu. Žal pa je praksa takšna, da je ponudnikov z različnimi shemami kakovosti živil zelo malo, pa še ti želijo svoje izdelke ponuditi po višji ceni, ki pa je mnogokrat previsoka glede na še dovoljen strošek, ki je namenjen živilom za paciente. Priporočila za javno naročanje živil usmerjajo odgovorne v javnih zavodih k temu, da zaradi upoštevanja načel gospodarnosti, učinkovitosti ter uspešnosti in vključitve manjših lokalnih ponudnikov svoja javna naročila pripravljamo v obliki več manjših sklopov živil. Pri tem je treba upoštevati, da smo naročniki zaradi omejenih kadrovskih zmožnosti pri upravljanju pogodb z dobavitelji primorani sklepati pogodbe z omejenim, še razumnim številom ponudnikov, zato je medsebojna povezljivost različnih manjših ponudnikov, ki bi nam lahko zagotavljala obsežnejši izbor živil, večje količine lokalno pridelanih živil ter ugodnejše cene, zelo zaželeni.

Zelo pomemben, a prevečkrat spregledan člen v prehranski verigi od vil do pacientovih vilic je tudi bolnišnična kuharska ekipa, ki lahko celo iz najboljših surovin, živil, dobavljenih po skrbno pripravljenem javnem razpisu, pripravi le povprečno jed, npr. le »nekaj za pod zob«, brez zelene hranilne vrednosti.

Kaj se prednostno upošteva pri merilih za izbiro ponudbe pri naročanju živil? Kje naletite na probleme?

Pri merilih za izbiro ponudbe živil se prednostno upošteva ustreznost kriterijev kakovosti, ki so bili podani dobaviteljem. Nadaljnji kriterij je cena živila, izbira gre v prid živilu z ekonomsko ugodnejšo ceno. Žal pa ekonomsko ugodnejše cene niso vedno skladne s potrebami po kakovostni hrani. V kolikor se na razpis živil ne prijavi noben dobavitelj, ki bi zagotavljal ustrezno živilo, smo primorani živilo dobavljati izven javnega razpisa. To je največkrat potrebno pri dietnih živilih s posebnimi zahtevami (npr. živila, prilagojena zahtevam za prehrano alergikov, pacientov s celiakijo, fenilketonurikov, sladkornih bolnikov, dojenčkov oziroma otrok do 1. leta starosti itd.). Pri upoštevanju meril za izbiro ponudbe je največ problemov pri skupini

svežega sadja in zelenjave, saj je lahko npr. sadje iz Italije prav takšne navidezne kakovosti kot sadje lokalnih ponudnikov, le okoljski ogljikov odtis je precej bolj obremenilen. V SBJ trenutno poteka dobava živil še po ZNJ-2, kjer se okoljski odtis prednostno še ne upošteva.

Kljub ugodnejši zakonodaji strokovnjaki na tem področju pogosto opozarjate na velike, včasih nepremostljive težave, na katere še vedno naletite pri dobavi živil?

Največje težave pri dobavi živil so hkrati tudi najpogostejše. Vse več je nesporazumov pri komunikaciji z osamljenimi ponudniki živil, ki so že skoraj brez konkurence. Različna združevanja podjetij prav tako ne prinašajo fleksibilnosti. Npr. na javni razpis za podsklope živil, ki jih nujno potrebujemo, se je prijavil le po en dobavitelj, kvečjemu kdaj dva. Na sklop svežega sadja in zelenjave so se prijavili trije različni ponudniki, nobeden od njih ni proizvajalec, vsi so le posredniki. Edino na sklop mesa in mesnih izdelkov se je prijavilo celo pet ponudnikov – proizvajalcev. Prevzemnik živil, ki mora urejati tudi dobavnice ter potrjevati račune, ima s takšnimi dobavitelji vedno več težav. Poleg tega je kakovost preko posrednikov dobavljenih živil vedno bolj vprašljiva, saj za določen artikel, dogovorjen preko javnega razpisa, dobavitelj enkrat pripelje artikel od enega proizvajalca, naslednjič od drugega itd. Prevečkrat se zgodi, da prihajajo od trgovcev v hišo živila brez specifikacij, potrebna so neprestana opozorila. Zaposleni, ki mora skrbeti za prevzem živil, ima tako z različnimi reklamacijami, napačnimi cenami na dobavnicah ter drugimi napakami vse več dela in postaja preobremenjen.

Ekološka pridelava hrane je vse bolj aktualna in cenjena, saj ozaveščenost vse bolj narašča, vendar pri uvajanju le-te v zavodih še nismo preveč uspešni. Zakaj ne?

Prednosti ekoloških živil so v občutno nižji vsebnosti različnih strupenih kemikalij (pesticidov, težkih kovin, nitratov itd.), v višji vsebnosti vitaminov (npr. vitamin C) in mineralov (npr. Mg, Fe, P, Se, Zn, Cr), encimov ter ostalih pozitivno delujočih mikrohranilnih in zaščitnih snovi (sekundarnih rastlinskih metabolitov), ki prispevajo h krepitvi zdravja. Delujejo protivnetno, protibakterijsko, protivirusno in antioksidativno ter stimulirajo imunski sistem. Zaradi več suhe snovi imajo bistveno bolj naraven okus. Ekologiji prijazna pridelava podpira naravno danost okolja, kmetje svojih živali ne krmijo z gensko spremenjeno krmo, živina pa preživi najmanj polovico leta na pašnikih. Ekološko meso je zato manj zamaščeno oziroma je bolj mesnato, zato ima visoko hranljivo biološko vrednost. Je brez ostankov hormonov, antibiotikov ter se pri toplotni obdelavi ne izceja kot konvencionalno pridelano meso, zato je izkoristek precej večji. Žal so ekološka živila dražja (vsaj za dvakrat) od konvencionalnih, zato jih zaradi zmanjševanja oziroma optimiziranja stroškov živil v splošni bolnišnici Jesenice ne uporabljamo v večjih količinah. Sicer pa tudi vse, kar označujemo kot ekološko pridelano hrano, ni vedno tudi zdravo (na primer pojav glivičnih obolenj in mikotoksinov), po drugi strani pa so lahko zdrava tudi konvencionalno pridelana živila, če so pri njihovi pridelavi upoštevana načela sonaravne pridelave.



Vodstvo postavlja stroškovne meje, ki se jih ne sme prekoračiti, marsikdo pa pri tem pozablja, da zmanjševanje stroškov v nedogled ni mogoče, saj je nižanje stroškov v določenem območju premo sorazmerno s padcem kakovosti prehranske storitve.

Kateri osnovni pogoji morajo biti izpolnjeni, da se bo zdravo, lokalno pridelano oziroma ekološko hrano lahko uvajalo v bolnišnično prehrano?

Prednosti lokalno pridelanih živil so politične, okoljske ter tudi zdravstvene. Slovenija z domačo pridelavo ne pokriva potreb po kmetijsko živilskih izdelkih, zato je preveč odvisna od drugih držav. Lokalno pridelana živila spodbujajo ohranjanje podeželja in delovnih mest na podeželju ter varovanje okolja. Lokalno pridelana hrana vsebuje več bioaktivnih snovi, je praviloma bolj kakovostna, ker je bolj sveža, ter ne obremenjuje okolja z dolgimi transportnimi potmi, kjer se izgublja biološka vrednost živil, za sabo pa puščajo tudi večji ogljikov odtis. Ker bi z lokalno dobavljeno hrano poskrbeli za dobro prehransko podporo pacientov v bolnišnici, bi lahko prihranili pri zdravstvenih stroških, saj je prehrana podpora zdravljenju. Z oddaljenostjo izvora izdelkov se povečuje možnost za dodane aditive, konzervanse in druge kemikalije, ki v živilih ohranjajo svežino. Vodstvo bi s podporo lokalno dobavljeni hrani poskrbelo za delo, zadovoljstvo in zdravje okoliških kmetov, ki bi bolnišnici zagotavljali hrano. Vsekakor je potreben nadzor nad kakovostjo lokalno dobavljene hrane, katere kakovost močno variira. Potrebno je poskrbeti za ustrezno kadrovsko zastopnost strokovno usposobljenih ljudi, ki bi skrbeli za nabavo in dobavo lokalno pridelanih živil.

Nabavna in prehranska služba bi se morali še močneje povezati ter delovati skupno. Za zdravo, lokalno pridelano oziroma ekološko prehrano v bolnišnici je pomembna predvsem zavzetost vodstva, ki postavi zdravo prehrano pacientov na prvo mesto ali pa v poplavi drugih težav na to niti ne pomisli. Vodstvo postavlja stroškovne meje, ki se jih ne sme prekoračiti, marsikdo pa pri tem pozablja, da v nedogled zmanjševanje stroškov ni mogoče, saj je nižanje stroškov v določenem območju premo sorazmerno s padcem kakovosti prehranske storitve.

Kakšna prihodnost se po vašem mnenju obeta zdravi prehrani v bolnišnicah?

Menim, da se ljudje v splošnem vse bolj zavedajo pomena prehrane. Glede na finančne težave mnogih bolnišnic se bo kakovost prehranskih storitev, v katero je trenutno še vključeno dobavljanje manj kakovostnih, delno pa tudi že kakovostnejših (sheme) ter lokalno pridelanih živil, sprva verjetno še zniževala. Vsekakor pa bo vse več zahtev s strani stroke, ki narekuje zdravo in uravnoteženo prehrano kot človekovo osnovno pravico. Vse več pa bo tudi lokalnih ponudnikov kakovostne hrane. Potrebna je le še volja zaposlenih v javnem sektorju, da samoiniciativno raziskujejo domači trg ter poiščejo potencialne pridelovalce kakovostnih živil, potreben pa je tudi navdih vodilnih, ki bodo takšna prizadevanja podprli. ■

PRIPOROČILA potnikom, ki bodo potovali na OI v Brazilijo

Svetujemo:

- uživajte varno hrano in pijačo
- pijte zadosti tekočine
- zaščitite se pred piki komarjev
- zaščitite se pred soncem
- varno spolnost (zaščita s kondomom)



Več na spletni strani NIJZ www.nijz.si/olimpijskeigre2016
Svetovanje in cepljenje v ambulantah za potnike: www.nijz.si/ambulante

Svetujemo, da poskrbite za ustrezno zavarovanje.
Brezplačna telefonska številka za nujno zdravniško pomoč v Braziliji je 192.

Razlage Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji (KPZZ)a

Sprejete na seji 3. septembra 2014 z nadaljevanjem 3. februarja 2015

Odbor za razlago Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v RS je na podlagi 9. točke obligacijskih določb Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 14/94, 15/94, 22/96, 39/98, 46/98, 97/00, 60/08, 40/12 in 46/13) na seji dne 3. septembra 2014 z nadaljevanjem 3. februarja 2015 sprejel naslednje razlage:

VI. DELOVNA RAZMERJA

10. Delovni čas

33. člen

Strokovna priprava na delo poteka strnjeno na začetku dnevnega delovnega časa v ustreznem prostoru zavoda, razen če se zdravnik in delodajalec dogovorita drugače. Ker strokovna priprava poteka v okviru delovnega časa, mora tako dogovorjen način organizacije strokovne priprave ustrezati definiciji delovnega časa po zakonu, ki ureja delovna razmerja.

Posebni tarifni del Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike zaradi realizacije Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 60/08).

6. člen

Invazivno diagnostiko in terapijo kolektivna pogodba definira kot posebni delovni pogoji. Zato je pod tem pojmom razumeti samo tiste diagnostične ali terapevtske postopke določene stroke, ki predstavljajo večjo stopnjo invazivnosti kot običajni diagnostični ali terapevtski postopki v tej stroki.

Urgentna služba pomeni organiziran delovni proces, namenjen obravnavi stanj, ki po medicinski oziroma stomatološki doktrini zahtevajo obravnavo pacienta takoj ali najpozneje v 24 urah, z namenom preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja ali smrti pacienta (urgentna stanja). Pri tem ni pomembno, ali se urgen-

tna služba izvaja v obliki rednega oziroma nadurnega dela, dežurstva ali stalne pripravljenosti. Organiziran delovni proces pomeni:

- da pri delodajalcu obstaja delovišče, ki je na določen dan namenjeno samo oskrbi urgentnih stanj (opravljanje urgentne službe ob rednem delu); ali
- da mora biti zdravnik ali zobozdravnik ob določenem terminu prisoten na svojem običajnem ali posebnem delovišču samo za oskrbo urgentnih stanj (opravljanje urgentne službe poleg rednega dela).

Sprejete na seji 31. novembra 2015

Odbor za razlago Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v RS je na podlagi 9. točke obligacijskih določb Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 14/94, 15/94, 22/96, 23/96, 39/98, 46/98, 97/2000, 87/03, 3/04, 50/05, 57/06, 60/08, 83/10, 89/10, 91/10, 1/11, 5/12, 19/12, 40/12, 54/12, 3/13, 46/13, 67/13, 7/14, 38/14, 52/14, 3/15, 9/15 in 55/15) na seji dne 17. 11. 2015 sprejel naslednje razlage:

VI. DELOVNA RAZMERJA

12. Odsotnost z dela z oziroma brez nadomestila plače

48. člen

V čas 45 dni za pripravo specialističnega izpita so všteti tudi dnevi, ko se specialistični izpit opravlja.

III. POGOJI ZA DELO SINDIKATA ZDRAVNIKOV

4. člen

Udeležba na letni konferenci, ki jo organizira sindikat na državni ravni, se za delegata letne konference obravnava enako kot obveznosti sindikalnega zaupnika na državni ravni.

Posebni tarifni del Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike zaradi realizacije Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 60/08, 36/09, 44/09, 97/09, 29/10, 91/10 in 38/14).

II. TARIFNI DEL

6. člen

Intenzivne enote psihiatričnih oddelkov ustrezajo definiciji dela v intenzivnih enotah po 6. členu Posebnega tarifnega dela KPZZ.

Sprejete na seji 1. marca 2016

Odbor za razlago Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v RS je na podlagi 9. točke obligacijskih določb Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 14/94, 15/94, 22/96, 23/96, 39/98, 46/98, 97/00, 87/03, 3/04, 50/05, 57/06, 60/08, 83/10, 89/10, 91/10, 1/11, 5/12, 19/12, 40/12, 54/12, 3/13, 46/13, 67/13, 7/14, 38/14, 52/14, 3/15, 9/15, 55/15 in 4/16) na seji dne 1. 3. 2016 sprejel naslednje razlage:

III. POGOJI ZA DELO SINDIKATA ZDRAVNIKOV

4. člen

Delodajalec je v sklopu dolžnosti tehnične izvedbe obračuna in plačevanja članarine dolžan sindikat tudi mesečno obvestiti o obračunani članarini za člana sindikata za pretekli mesec v obliki, ki jo za delovanje sindikata potrebuje sindikat.

Posebni tarifni del Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike zaradi realizacije Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 60/08, 36/09, 44/09, 97/09, 29/10, 91/10, 38/14 in 4/16)

II. TARIFNI DEL

6. člen

Delodajalec mora predvideti PPD že ob sklenitvi pogodbe o zaposlitvi. PPD se določi glede na predvidevanja delodajalca, torej ob zaposlitvi oziroma ob dejanski spremembi pogojev, ki narekujejo sklenitev nove pogodbe o zaposlitvi iz naslova spremenjenih okoliščin. ✕

SILVAN SAKSIDA, DR. MED.

Predsednik Odbora za razlago kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v RS

Vabimo vas na
11. Športne igre slovenskih bolnišnic,
ki bodo potekale 10. septembra 2016 na Otočcu in bodo
tudi letos enodnevne.



Letošnje športne igre slovenskih bolnišnic organizira Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije v sodelovanju s Splošno bolnišnico Novo mesto.

Udeleženci se bodo lahko pomerili v naslednjih disciplinah: tek, plavanje, tenis, namizni tenis, odbojka na mivki, nogomet, golf, košarka, balinanje, badminton, veščine v pustolovskem parku (za vodje ekip ali direktorje zavodov) in srednjeveške igre (netekmovalna disciplina).

Več informacij dobite na e-naslovu: gp.zdruzenje@zdrzz.si.

Prijazno vabljeni k sodelovanju!

Organizacijski odbor 11. Športnih iger slovenskih bolnišnic



ŽE OD ROJSTVA SEM
POZITIVEC.
Darujem z veseljem.

DARUJ
ENERGIJO ZA ŽIVLJENJE

Vsi krvodajalci so si podobni, a vsak je nekaj posebnega. Zavedajo se, da z darilom življenja prejemnikom omogočajo življenje in veselje. Radi pomagajo in z veseljem darujejo. To je tisto, kar jih dela posebne.

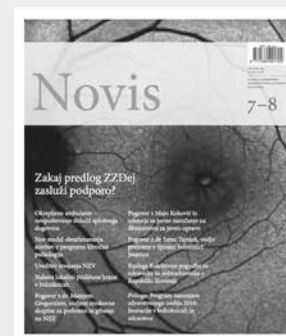
www.daruj-kri.si

Daruj kri 

ZBRALA IN UREDILA:
Maja Zdolšek
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
maja.zdolsek@zdrzz.si

[PRILOGA]

Program izmenjave zdravstvenega osebja 2016: Inovacije v bolnišnicah in zdravstvu



Program izmenjave zdravstvenega osebja 2016: Inovacije v bolnišnicah in zdravstvu

Program izmenjave je ...

4-tedenski strokovni program – izmenjava znanj in strokovnih veščin med zdravstvenimi strokovnjaki znotraj držav članic Evropske unije in Švice. Slovenija v njem sodeluje že sedmo leto. Za koordinacijo programa skozi vse leto skrbi strokovna služba združenja v sodelovanju s koordinatorji tujih držav. Izbrani udeleženec programa izmenjave je napoten v izbrano državo, kjer zanj skrbi ustanova gostiteljica (bolnišnica, ministrstvo za zdravje, center na primarni ravni itd.). Tekom izmenjave spoznava temo programa (vsako leto je drugačna) in dobre prakse povezane z njo. Seznani se s tujim zdravstvenim sistemom in drugačnimi pristopi dela. Zadnjih nekaj dni programa udeleženec preživi na zaključni evalvacijski konferenci, ki je obvezni del programa izmenjave in poteka vsako leto v drugem evropskem mestu.

Nosilec programa izmenjave je združenje v sodelovanju HOPE – Evropsko zvezo bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij

HOPE predstavlja nacionalna javna in zasebna združenja bolnišnic in njihove lastnike, bodisi zveze lokalnih in regionalnih organov bodisi nacionalne zdravstvene službe v državah Evropske unije in Švice. Prizadeva si za izboljšanje zdravja vseh evropskih državljanov in za visoke standarde bolnišnične obravnave. Pospesuje učinkovitost in humanost pri organizaciji in izvajanju bolnišničnih in drugih zdravstvenih storitev (vir: <http://www.hope.be/>).

Program izmenjave je namenjen

Vsem zdravstvenim delavcem in sodelavcem, ter ostalemu osebju, zlasti tistemu, ki opravlja delo na vodilnih in vodstvenih delovnih mestih. Udeleženci programa morajo izpolnjevati pogoj treh let delovnih izkušenj (njihovo delo mora biti povezano z upravljanjem ali vodenjem), ter imeti ustrezno znanje tujega jezika, ki ga zahteva država gostiteljica. V večini primerov je to angleščina, z izjemo Avstrije, Nemčije, Švice (nemščina), Belgije (poleg angleščine tudi francoščina), Luksemburga in Francije (francoščina) ter Španije (potrebno je znanje španščine).

Splošna pravila, ki veljajo pri odhodu v tujino

- ➔ namestitev in en obrok dnevno zagotovi gostitelj,
- ➔ denarno nadomestilo za čas odsotnosti (plača) in drugi stroški izmenjave (potni stroški itd.) so stvar dogovora med udeležencem izmenjave in njegovim delodajalcem.

Slovenski zdravstveni strokovnjaki že sedmo leto na tuje

Enomesečni program izmenjave zdravstvenega osebja vsako leto ponudi vpogled v evropske zdravstvene sisteme skoraj dvesto strokovnjakom

Enomesečni program izmenjave zdravstvenega osebja je v letu 2016 potekal že petintridesetič zapored in ponudil vpogled v evropske zdravstvene sisteme 134 zdravstvenim strokovnjakom iz različnih evropskih držav. Letošnji program je bil namenjen temi: »Inovacije v bolnišnicah in zdravstvu: pot naprej«.

Trajanje programa izmenjave:

Program izmenjave je potekal od 9. maja 2016 do 8. junija 2016.

Slovenski udeleženci:

- Silvana Šonc (Splošna bolnišnica Sežana)
- Mojca Miholič (Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani)
- Mirjana Rajer (Onkološki inštitut Ljubljana)
- Sara Rozman (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije)

Zaključna evalvacijska konferenca je potekala v Rimu

Na tri dni trajajoči zaključni prireditvi v Rimu so se udeleženci izmenjave zbrali, da bi si izmenjali izkušnje gostovanja v vsaki od evropskih držav. Sledile so njihove predstavitve, ki so bile obenem izvirni prikaz zdravstvenih sistemov vseh držav, udeleženk programa. V nadaljevanju vam predstavljamo poročila in vtise slovenskih udeležencev, ki so se udeležili programa izmenjave. ■

Tudi letošnje leto ste vabljeni, da se v čim večjem številu odzovete na naše povabilo za sodelovanje.

Tema programa izmenjave za leto 2017 bo povezana z inovacijami na področju procesov dela. Natančnejši naziv teme in kraj zaključne konference bosta znana naknadno.

Več informacij o programu dobite:

- na spletni strani Evropske zveze bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (<http://www.hope.be/hope-exchange-programme/>),
- pri koordinatorki izmenjave za Slovenijo, Maji Zdolšek, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (maja.zdolsek@zdrzz.si),
- sledite nam lahko tudi na FB strani združenja in FB strani HOPE exchange programme.



PREDSTAVNIKI ORGANOV HOPE, MED NJIMI TUDI SLOVENSKI GUVERNER MAG. SIMON VRHUNEC (UKC LJUBLJANA).

Program izmenjave na Danskem

Dobra je samo tista inovacija, ki prinaša dobrobit za bolnika

DOC. DR. MIRJANA RAJER, DR. MED.,
SPECIALISTKA ONKOLOGIJE Z RADIOTERAPIJO
Onkološki inštitut Ljubljana

Kraj izmenjave: Kopenhagen, Kolding, Aarhus

Trajanje izmenjave: 8. maj–3. junij 2016

Building bridges ali vzpostavitev mostov v in za prihodnost

Letošnja izmenjava v okviru programa HOPE je potekala na temo inovacij v zdravstvu. Gre za zelo aktualno temo, saj smo v zdravstvu priča velikim in hitrim spremembam, ki pa jim včasih zaradi organizacijskih in finančnih pri-manjkljavev pri nas težko sledimo. Tako se nas je 10 udeležencev iz celotne Evrope zbralo v Kopenhagnu, kjer smo skupaj preživeli nekaj dni in pričeli s programom. Prvi dnevi so bili namenjeni spoznavanju udeležencev in zdravstvenih sistemov iz držav, iz katerih prihajajo. Izmenjava izkušenj se je nadaljevala še kasneje tekom programa. Tako smo na koncu ugotovili, da je HOPE danskim udeležencem prinesel spoznavanje ne le enega, temveč 10 zdravstvenih sistemov širom Evrope.

Program izmenjave

Uvodnemu delu je sledil odhod v prvo bolnišnico, kjer smo preživeli dva tedna. V mojem primeru je bila to manjša regionalna bolnišnica v kraju Kolding. Danska ima že dolgo tradicijo sodelovanja v programu, kar je eden od razlogov za dobro organiziranost. Pripravili so nam pester in zanimiv program. V času obiska pri njih smo spoznali bolnišnico ter do potankosti videli in slišali, kako poteka gradnja bolnišnice (prijazno so nas oblekli v gradbeno opremo in pokazali celotno novogradnjo, ki je večina tam zaposlenih še ni videla). Ne samo novosti v gradbeništvu, imeli smo priliko spoznati tudi, kako poteka uvajanje novosti v celotnem zdravstvu. Obiskali smo tudi prostore regije in občine, kjer so nam razložili, kako poteka organizacija in financiranje zdravstva pri njih. Ravno ti dve ustanovi namreč igrata ključno vlogo pri vodenju zdravstva, česar v Sloveniji nismo navajeni. Predstavitev se je lepo zaokrožila z individualnimi dnevnoma. Vsak udeleženec si je izbral področje, ki ga je še posebej zanimalo in tako smo lahko neposredno primerjali področja dela, ki jih najbolj poznamo. Drugi del programa sem preživela v Aarhusu ter tamkajšnji univerzitetni bolnišnici. Program je potekal podobno kakor v prvem delu, kar nam je dalo odličen vpogled v razlike med bolnišnicami, pa tudi razlike med dvema regijama. Naše učenje smo lepo zaokrožili z individualnimi dnevi, kjer smo ponovno spoznali posebnosti lastnega področja dela in navezali stik z danskimi kolegi.

Glavna spoznanja in primerjava tujih praks z domačimi

V okviru programa smo imeli lepo priložnost dodobra spoznati danski zdravstveni sistem in njegove posebnosti. Podobno kakor pri nas, je tudi danski zdravstveni sistem javno financiran. Za razliko od Slovenije, na Danskem nimajo zdravstvenih zavarovanj, ampak je zdravstvo financirano iz davkov, ki so zelo visoki (npr. davek na dohodke je 50–65 %). Kljub javnemu financiranju je racionalizacija v zdravstvu zelo izražena in človek na trenutke kar ne more verjeti, da bolnišnice niso privatne ustanove. Tako se recimo zelo veliko dela na skrajšanju trajanja hospitalizacij. Trenutno je povprečje hospitalizacij 2,9 dni, želijo pa jih skrajšati na 2,4 dneva. V tem duhu poteka tudi njihovo delo, veliko je ambulan-

tnega dela in ogromno posegov naredijo v okviru dnevne bolnišnice, kjer bolniki še isti dan gredo domov. Tako imajo npr. organizirane porode, menjave kolkov in druge posege, zaradi katerih so pri nas bolniki še vedno dlje v bolnici. Primerno temu je organizirana edukacija bolnikov in svojcev; vsak bolnik, ko gre na večji poseg in po njem še isti dan domov, mora imeti ob sebi posebej izučenega svojca. Ali je to za bolnike vedno dobro in ali imajo zaradi kratke hospitalizacije kaj več zapletov, nam niso znali povedati, saj še ne razpolagajo z rezultati te racionalizacije. V duhu racionalizacije je tudi nova uredba, da morajo vse nove bolnišnice imeti le enoposteljne sobe. Ravno gradnja novih bolnišnic ter zapiranje ali združevanje že obstoječih bolnišnic, je na Danskem stalni proces, ki poteka že 40 let. Danska ima 5 milijonov prebivalcev in trenutno gradi 14 novih bolnišnic, katerim pravijo »superbolnice«, ker gre za združevanje malih bolnic v večje (kot sta recimo naša klinična centra). Vzporedno z gradnjo novih bolnišnic, kot že rečeno, poteka zapiranje starih, pri čemer te bolnišnice niso res nujno »stare«, ampak so to lahko tudi zgradbe stare 20 ali 30 let.

Primerjava med danskim zdravstvenim sistemom in našim je precej zanimiva. Na Danskem smo spoznali veliko stvari, ki so bolj urejene kot v Sloveniji, pa tudi nekatere, ki so enako ali celo slabše. Tako je npr. zelo dobro, da imajo obvezne časovne roke. Vsak bolnik ima pravico, da pride do diagnoze v 30 dneh in do začetka zdravljenja še nadaljnjih 30. V kolikor mu javno zdravstvo ne more zagotoviti postavitve diagnoze v 30 dneh (v primeru, da bolnik ne more biti slikan z magnetno resonanco), lahko bolnik to preiskavo opravi v privatni ustanovi, država pa mu mora stroške povrniti. V nekaterih primerih, ko je z zdravljenjem potrebno pričeti pred 60 dnevi (recimo pri zdravljenju raka), imajo izdelane posebne hitre klinične poti, ki jim pravijo *cancer pathways*, preko katerih bolnik zelo hitro pride do diagnoze in zdravljenja. Da ni vse zlato, kar se (tudi na Danskem) sveti, smo v tem mesecu prav tako spoznali. Tako smo videli napake pri gradnji novih bolnišnic, pa tudi zaskrbljenost osebja glede varnosti in osamljenosti bolnikov v obvezno enoposteljnih sobah ni zanemarljiva.

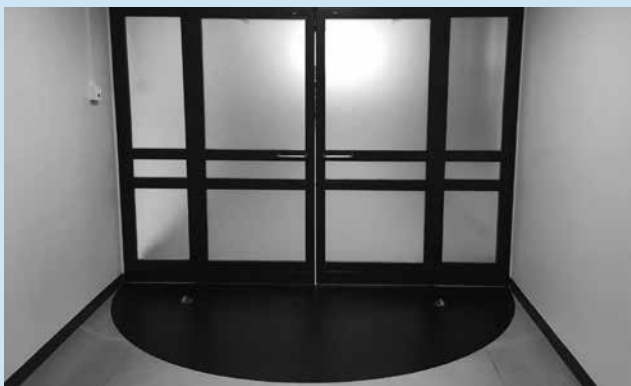
“Za razliko od Slovenije, na Danskem nimajo zdravstvenih zavarovanj, ampak je zdravstvo financirano iz davkov, ki so zelo visoki (npr. davek na dohodke je 50–65 %). Kljub javnemu financiranju je racionalizacija v zdravstvu zelo izražena in človek na trenutke kar ne more verjeti, da bolnišnice niso privatne ustanove.”

Primeri dobrih praks

V duhu letošnje teme HOPE programa »Inovacije v zdravstvu«, smo se tudi udeleženci osredotočili na inovacije. Danska, ki je bogata in socialna država, vlaga veliko denarja v zdravstvo. Tako smo uspeli videti veliko stvari, ki jih pri nas ni, ker so zelo drage. Primeri takih novosti so program za otroke pri slikanju z magnetno resonanco. Otrok je deležen najprej izobraževanja o preiskavi, ki je tehnološko podprto tako, da lahko v mini napravo vstavi igračo robota ali žival in sam »opravi« slikanje ter ugotovi, kaj je z igračo narobe. Med samo preiskavo pa lahko s posebnimi pripomočki gleda risanke ali starše. Namen te opreme je,



GRADNJA NOVE BOLNIŠNICE V KOLDINGU. NA SLIKI JE PRIKAZANA ZUNANJOST NOVIH BOLNIŠKIH SOB. GRE ZA ENOPOSTELJNE SOBE IN VSAKA OD NJIH IMA SVOJE OKNO, SAJ MORAJO VSI BOLNIKI (KAKOR TUDI ZAPOSLENI) IMETI DOSTOP DO DNEVNE SVETLOBE.



VRATA NA ODDELKU, KJER JE VELIKO BOLNIKOV Z DEMENCO. ČRNI POLKROG – NAMIŠLJENA LUKNJA PREPREČI, DA BI LJUDJE Z DEMENCO ODHAJALI IZ ODDELKA.



SIMULACIJA OPERACIJSKE SOBE VKLJUČNO S SIMULACIJO ZUNANJEGA OKNA (VSAKA OPERACIJSKA SOBA MORA IMETI DNEVNO SVETLOBO).

da bi otrokom preiskavo približali in zmanjšali število potrebnih anestezi. Uspeli smo tudi spoznati in v živo videti nov center za zdravljenje s protoni (posebna tehnika obsevanja bolnikov z rakom). Glede na izjemno visoko ceno takega centra pri nas verjetno nikoli ne bomo imeli.

Na nas so naredile vtis inovacije, za katere ni potrebno veliko denarja, prinašajo pa veliko dobrobit za bolnike. Primer take inovacije so vrata na oddelku, kjer biva veliko bolnikov z demenco. Gre za običajna bolnišnična vrata, pred katerimi so narisali črn polkrog, ki spominja na luknjo. Pred uvedbo tega polkroga je veliko bolnikov zapuščalo oddelk, po uvedbi pa se zaradi strahu pred črno »luknjo« prestrašijo in skozi vrata ne odhajajo več.

Bolj kot inovacije, povezane z denarjem, pa so na nas naredile vtis inovacije, za katere ni potrebno veliko denarja, prinašajo pa veliko dobrobit za bolnike. Primer take inovacije so vrata na oddelku kjer je veliko bolnikov z demenco (Slika 2). Gre za običajna bolnišnična vrata, pred katerimi so narisali črn polkrog, ki spominja na luknjo. Pred uvedbo tega polkroga je veliko bolnikov zapuščalo oddelk, po uvedbi pa se zaradi strahu pred črno »luknjo« prestrašijo in skozi vrata ne odhajajo več. Da je zadeva učinkovita, nam je potrdilo tudi osebje, ki tudi samo večkrat zastane, preden stopi v črni polkrog – namišljeno luknjo.

Velik vtis so na nas pustili tudi t.i. *Healthcare innovation* centri. To so ustanove, kjer se združita zdravstvo in gospodarstvo, kjer skupaj izdelujejo nove stvari. V enem takih centrov smo videli simulacijo operacijske sobe. V tej simulirani operacijski dvorani je 33 zdravstvenih delavcev (zdravniki specialisti različnih strok, medicinske sestre ...) skupaj iskalo in našlo najboljšo rešitev za vsako malenkost (kje bo stala operacijska miza, luči, stoli, pripomočki ...).

Evalvacijska konferenca v Rimu

Po končanem mesecu dni izmenjave na Danskem smo se vsi udeleženci skupaj z nacionalnimi koordinatorji in vodstvom HOPE dobili na zaključni konferenci v Rimu. Tam smo se pbliže spoznali in si izmenjali izkušnje tako s slovenskimi kakor tudi z udeleženci iz drugih držav. Letošnja zaključna konferenca je bila še posebej svečana, saj HOPE letos praznuje 50 obletnico delovanja. Vrh konference so kakor vsako leto predstavljale predstavitve udeležencev iz vsake države gostiteljice. Pri vseh je bil poudarek na videnih inovacijah v zdravstvu. Zaključno sporočilo naše danske skupine je bilo: »Dobra je samo tista inovacija, ki prinaša dobrobit za bolnika.« ✕

Program izmenjave v Angliji

Ko razum prevlada nad tehnologijo

MOJCA MIHOLIČ DR. MED, SPECIALISTKA DRUŽINSKE MEDICINE

Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani

Kraj izmenjave: Derby

Trajanje izmenjave: 9. maj–3. junij 2016

V začetku letošnjega leta sem se prijavila na program izmenjave HOPE v Angliji. Prvotnemu presenečenju ob potrditvi udeležbe in vsej hvaležnosti zanjo so sledili tedni razmišljanja in priprav na izmenjavo. Pred odhodom smo udeleženci prejeli ustrezna navodila, kam bomo potovali, kje živeli in kakšna je organizacija obiskane zdravstvene ustanove, v mojem primeru bolnišnice v Derbyju. Obenem smo morali pripraviti predavanje o organizaciji zdravstvenega sistema, od koder prihajamo, svojem delovnem mestu in sebi.

Prva dva dneva izmenjave sem preživela v Londonu, s celotno skupino devetih kolegov, ki so bili prav tako izbrani za izmenjavo in nameščeni po različnih krajih Anglije in Škotske. Spoznali smo gospo Tracy Lonetto, programsko vodjo (*UK National Coordinator HOPE, NHS Leadership Academy*), ki je vodila uvodna predavanja osredotočena na vodenje (*Leadership academy*). Obenem nas je usmerjala k čim bolj tvornemu načinu razmišljanja in opazovanju med bivanjem po bolnišnicah in pripravi zaključne predstavitev.

10. maja 2016 sva s špansko kolegico zdravnico polni pričakovanj odpotovali v Derby, kjer naju je pričakala lokalna koordinatorka gospa Anna Skalbania. Predstavila nama je kraj bivanja, razkazala nama je bolnišnico in nama podala program kroženja z natančnim urnikom.

V bolnišnici imajo že osemnajst mesecev petkrat na teden delujoči kotichek hub, ki je namenjen vsem bolnikom, svojcem in drugim, ki bi si želeli dodatnega pogovora o njihovi težavi, povezani z zdravljenjem, s stisko ob negi svojcev, možnostih, ki jih zdravstveni sistem nudi ipd.

Dan kasneje, 11. maja 2016, sva imeli predstavitev pred številnimi poslušalci (direktor bolnišnice in ostalo osebje). Zanimivo je bilo, kako zvedavo so poslušali o različnosti, pa tudi o podobnostih naših zdravstvenih sistemov; podrobno so naju izprašali in nama priredili kar se da prijazen uvod v tritedensko bivanje v bolnišnici.

Bolnišnica v Derbyju je učna ustanova, saj zajema del študijskega programa medicine Univerze v Nottinghamu. Pokriva približno 600 000 prebivalcev Derbyshira in jo zaradi visokih standardov predstavljajo kot eno najčistejših in najkvalitetnejših bolnišnic v deželi. Usmerjeni niso samo v »golo« zdravljenje, pač pa v preventivno dejavnost in splošno dobro počutje prebivalstva. To lahko dejansko zazna še tako nevešči opazovalec. Bolnišnica je velika in ima več kot 8000 zaposlenih. Poleg zdravnikov in zdravstvenega osebja imajo zaposlene t.i. podporne time. Posebno prijetno je bilo videti številne nasmejane prostovoljce, ki nesebično pomagajo pri dnevni logistiki iskanja pravega nadstropja, prevozu nepokretnih in pri dodatnih dejavnostih.



AVLA V DERBY TEACHING HOSPITAL.



PREDSTAVITEV UDELEŽENCEV IZMENJAVE V ANGLIJI NA ZAKLJUČNI KONFERENCI V RIMU.

Program izmenjave

Program izmenjave, ki sem se ga udeležila, je vseboval naslednje aktivnosti:

- Urejanje birokratskih zaznamkov in kartice prepoznavnosti (*ID badge*).
- Srečala sem se z z direktorico, ki vodi razvoj vodilnih kadrov (*leadership development* managerko), ki je spregovorila in predstavila pomembnost posameznikovega samorazvoja, v smislu prevzemanja vodenja in odgovornosti pri razvoju določenih kliničnih in organizacijskih sposobnosti. Vsak je lahko vodja določenega projekta znotraj že utečenih dejavnosti.
- Obiskala sem vodji skupine za klinično naročanje (*CCG clinical commissioning groups*), ki sta predstavili novost organiziranosti NHS od leta 2012. CCG so klinično vodene skupine, ki vključujejo tudi zdravnike splošne medicine po določenih geografskih področjih. Omogočajo jim večji vpogled, kaj populacija dejansko potrebuje, kako se naj načrtuje, naročuje, kupuje v določenem časovnem obdobju. Potrebe se spreminjajo in s CCG postane dejavnost aktualizirana, prilagojena času in potrebam.
- Enkrat tedensko poteka veliki klinični obhod (*grand round*). Udeležijo se ga lahko vsi zaposleni. Prvo tako srečanje je bilo namenjeno gastroenterologiji (*mortality review*). Naslednje je bilo namenjeno predstavitvi neonkoloških, umirajočih bolnikov (predstavitev s strani večih kliničnih strok). Zadnje je bilo posvečeno izobraževanju in predstavitvi študija medicine po UK.
- Srečanje s predstavnikom medicinske fakultete, ki je predstavil organizacijo študija in nadaljnje možnosti zaposlovanja mladih zdravnikov. Omenil je pomen GMC-ja.

Vsak zaposleni ima znotraj delovnega časa tudi svoj čas za izobraževanje, izpopolnjevanje in nosi pri sebi t. i. training passport, v katerega si vpisuje obvezna izobraževanja (npr. varnost pri delu, tečaj skrbi za hrbtenico, reševanje konfliktov, varnost pred okužbami, protipožarna varnost ...) in tista, ki ga kot posameznika zanimajo (npr. coaching).

- Srečanje s predstavnikom, ki vodi stanje prostih in zasedenih postelj v bolnici (*bed meeting*). Šestkrat dnevno preverjajo pretok bolnikov, koliko jih bo odpuščenih, kdaj bodo odpuščeni, kam bodo nameščeni novi ... Taka organiziranost je ugledna, strokovno podprta in v njej sodeluje do 10 uslužbencev, v glavnem diplomirane medicinske sestre.
- Izbira »fleksibilnih sester«; to je osebe, ki ni stalno zaposlena v bolnišnici, pač pa le ob določenih dnevih, oziroma ob večjih potrebah po kadru (npr. ob večjem prilivu bolnikov, epidemijah ...).
- Enodnevna indukcija, oziroma uvajanje novih kadrov na delo. Vsi novo zaposleni se morajo udeležiti številnih predavanj (varstvo pri delu, šola za zdravo hrbtenico, varovanje osebnih podatkov, reševanje konfliktov ...). V bolnišnici vlada velik pretok delavcev in tako indukcijo organizirajo praktično dvakrat mesečno.
- Obisk zdravnika, konzultanta, ki vodi oddelek za simulacije in učenje kliničnih veščin. Kot zdravnica sem se večkrat udeležila različnih praktičnih vaj na lutki, s katero so uprizarjali možne klinične zaplete bolezni. S študenti smo morali na

lutki prikazati kako in zakaj bi ukrepali ob določenih zapletih. Temu so sledile tudi vaje oživiljanja in prve pomoči.

- Obisk knjižnice in glavne knjižničarke. Pomenkovala sem se o kliničnih študijah, o kritičnem vrednotenju člankov in študij. Skupaj sva ocenjevali statistično verodostojnost nekega članka. V bolnišnici zelo spodbujajo pisanje strokovnih člankov. Knjižničarji so postali člani tima pri predstavitvah bolnikov.
- Srečanje z gospo, ki je uvedla klinični *coaching* in prejela nagrado 2016 na *NHS Leadership awards*, kot *Coach of the year*. S svojo metodo je pripomogla k zmanjšanju bolnikovih ponovnih sprejemov (znotraj 30 koledarskih dni). Tudi sama sem to metodo predstavila kot največjo inovacijo bolnišnice Derby.
- Znotraj bolnišnice deluje tudi enota t. i. privatna bolnišnica, ki je povsem samoplačniška. Direktorica deluje pod okriljem bolnišnice. Operacije in ostale dejavnosti izvajajo z opremo in materiali bolnišnic (tudi operacijske hale so od bolnišnice), pa vendar omogočajo premožnejšim bolnikom, da se določeni posegi pri njih izvajajo prednostno, seveda samoplačniško.
- Obiskala sem številne fizioterapevtske dejavnosti. Izrecno me je zanimalo obravnavanje *limfedema*, ki uživa v derbyski bolnišnici poseben sloves.
- Omogočili so mi številna srečanja s predstavniki finančnega direktorata in vodji uprav ter s kirurškim menedžmentom. Posebno pozornost namenjajo rekrutiranju zdravniškega in ne zdravniškega osebja. Za tovrstna področja organizacije imajo mnogo zaposlenih.
- Obiskala sem farmacevtski oddelek, ki ga odlikuje zelo dobra organiziranost in posebnost, saj lahko specializirani farmacevt predpisuje tudi zdravila in nadzira medikamentozno zdravljenje določenih bolnikov. Zdravnikom lahko svetuje, katera zdravila se naj opustijo ali dodajo. Nekateri posebno izobraženi farmacevti posedujejo pozivnik in so prisotni na klic ob akutnih, urgentnih stanjih prve pomoči.
- V bolnišnici imajo že osemnajst mesecev petkrat na teden delujoči kotichek *hub*, ki je namenjen vsem bolnikom, svojcem in drugim, ki bi si želeli dodatnega pogovora o njihovi težavi, povezani z zdravljenjem, s tisko ob negi svojcev, možnostih, ki jih zdravstveni sistem nudi ipd.
- Na lastno željo sem obiskala glavnega predstavnika za družinsko medicino okrožja Derby in psihiatrično bolnišnico. Predstavili so mi težave v zvezi s pomanjkanjem zdravniškega kadra na primarni ravni in omenili doktrino zdravljenja psihiatričnih bolnikov.

Glavna spoznanja in primerjava tujih praks z domačimi

Primerjava dela, organizacije in virov financiranja zdravstvenega sistema med Anglijo/UK in Slovenijo je zame dokaj težavna naloga. Delo v Derbyju je bilo vezano predvsem in zgolj na bolnišnico, medtem ko sem sama v Sloveniji zaposlena na primarnem nivoju, v zelo specifični ambulanti za študente zdravstvenega doma.

Spoznala sem, da je delo v učni ustanovi v Derbyu prijetno, urejeno in spoštovanja vredno. To se čuti, vidi in meri na vsakem koraku. Po številnih ekranih na zidovih predvajajo podatke, informacije, novosti, koristna sporočila, ki jih kar ne moreš spregledati (kot na primer slogana *Talking about dying won't make it happen!* ali *pa Nothing about me without me!*).

Bolnišnična oprema je bogata, podpirajo tudi obiske umetnikov, ki podarjajo slike in umetniške izdelke, na obisk prihajajo tudi glasbene skupine, da razvedrijo bolnike. Tedensko prireajo okrogle mize za laično javnost (v času mojega bivanja so pripravili predavanja na temo demence, skrbništva otrok, umiranja ...). Ni zaznati občutka nenehnega hitenja, neprijaznosti, nevzgojenosti in dejansko ima vsak občutek, da je ne glede na spol, barvo kože in starost, popolnoma sprejet znotraj bolnišnice.

Ugotovili so, da so razlogi za ponovni prihod pogosto nemedicinske narave in da se določeni bolniki vračajo nazaj na urgenco zaradi nepoznavanja bolezni, nepoznavanja zdravil, zaradi ostalih »človeških« dejavnikov.

Osebe je, tako kot prebivalstvo v Derbyju, multikulturno in multietično. Velik je priliv indijske in kitajske skupnosti, številni začasno zaposleni pa so iz nekdanjih angleških kolonij.

Uprava bolnišnice se osredotoča na vprašanje, kako čim bolj zmanjšati število nenujnih obiskov urgence, podobno kot v Sloveniji. Mnogi bolniki se tudi tam raje obračajo k urgentnim zdravnikom, kot da bi čakali na svojega osebnega splošnega zdravnika. Čakalna doba za splošnega zdravnika je po pripovedovanju v Angliji bistveno daljša kot v Sloveniji. Mesečni dohodki zaposlenih so za nekajkrat višji na vseh ravneh in delujejo dokaj stimulativno na zaposlene.

Vsak zaposleni ima znotraj delovnega časa tudi svoj čas za izobraževanje, izpopolnjevanje in nosi pri sebi t. i. *training passport*, v katerega si vpisuje obvezna izobraževanja (npr. varnost pri delu, tečaj skrbi za hrbtenico, reševanje konfliktov, varnost pred okužbami, protipožarna varnost ...) in tista, ki ga kot posameznika zanimajo (npr. coaching).

Večkrat letno tako zaposleni kot tudi bolniki izpolnjujejo vprašalnike o zadovoljstvu pri delu. Resno upoštevajo mnenje posameznika in spodbujajo negativno in pozitivno kritiko (npr. priznavanje napak pri delu). Odkrito se pogovarjajo o težavah, ki so vezane na delovni proces in o medosebnih odnosih.

Primer dobre prakse

Najbolj zgleden primer dobre prakse, ki sem jo opazila in zaznala med svojim bivanjem v bolnišnici Derby je zagotovo uvedba kliničnega *coachinga*. Zaradi številčnega ponovnega urgentnega sprejema določenih bolnikov, ki so že bili hospitalizirani in so se v 30 koledarskih dneh znova vrnili preko urgentne službe v bolnišnico, so naredili pilotski projekt in poskušali ugotoviti, kaj je glavni razlog. Bolnike, pri katerih je bila verjetnost takega ponovnega sprejema največja (KOPB, bolniki s srčnim popuščanjem in s pljučnico) so ob ponovnem sprejemu trikrat intervjuvali s tehniko *clinical coachinga*. Intervjuje so vodili farmacevtski tehniki. En intervju so izvedli po odpustu.

Ugotovili so, da so razlogi za ponovni prihod pogosto ne-medicinske narave in da se določeni bolniki vračajo na urgenco zaradi nepoznavanja bolezni, zdravlil ali ostalih »človeških« dejavnikov.

S pomočjo te metode so v zadnjem letu zmanjšali ponovni sprejem bolnikov za 10 % in prihranili več deset tisoč funtov (in postelj). S špansko kolegico sva tovrstno inovacijo predstavili kolegom v Londonu. Bili so tako navdušeni, da smo izdelali skupinsko prezentacijo in jo predstavili na AGORI v Rimu z naslovom: »Mindset revolution competes high tech.«

Evalvacijske konference v Rimu (AGORA 2016) se žal nisem udeležila in se 3. junija 2016 vrnila na svoje delovno mesto. Iskreno se zahvaljujem vsem, ki so mi z izmenjavo HOPE omogočili obisk Anglije, Derby teaching hospital. Spoznala sem veliko prijetnih ljudi, tako strokovnjakov, kot tudi običajnih, meni kolegalno naklonjenih oseb. Mreža ljudi, ki sem si jo med bivanjem ustvarila, bo plemenitila tako moje strokovno kot tudi osebno življenje in človeško nrav. ✕

Program izmenjave na Malti

Zdravstvene storitve v bolnikovo okolje

MAG. SILVANA ŠONC

DIREKTORICA BOLNIŠNICE SEŽANA

Kraj izmenjave: Valletta, Goza

Trajanje izmenjave: 9. maj–3. junij 2016

Malta je v okviru programa izmenjave to leto gostila dve udeleženci. Prvi dan izmenjave je bil namenjen spoznavnemu srečanju s koordinatorko programa Michelle Galea, ki dela na direktoratu za finance za zdravstvo oz. ekonomiko.

Malta je bila zaradi svojega ključnega strateškega položaja sredi Sredozemskega morja v vsej svoji zgodovini križišče zelo različnih kultur. Na otoku živi 423.000 prebivalcev. Le-to se v poletnih mesecih poveča za skoraj 1,5 mio. Med turistično ponudbo Maltežani štejejo tudi kakovostno in razmeroma hitro dostopno zdravstveno varstvo. Lahko jo prištevamo k državam z največjim deležem zdravstvenega turizma. Zdravstveni sistem na Malti naj bi bil eden boljših med članicami EU.

O življenju na otoku in delu na področju zdravstva domačini govorijo z veliko ljubeznijo. Pozitiven odnos do matične države, zdravstvenega sistema in tudi do bolnikov je mogoče čutiti na vsakem koraku. Optimistično gledajo v prihodnost, saj načrtujejo in že uresničujejo številne zastavljene cilje: gradnja v bolnika orientiranega zdravstvenega sistema, uveljavitev holističnega pristopa pri obravnavi bolnika in približevanje zdravstvenih storitev v bolnikovem domačem okolju.

Program izmenjave

Prvo srečanje v okviru programa je bilo v centru *Month Carmel Hospital*, v bolnišnici za mentalno zdravje. Bilo je namenjeno uvodni predstavitvi zdravstvenega sistema oziroma malteške nacionalne zdravstvene strategije do leta 2020, nacionalnega programa za zdravljenje raka, dojenja in zdravljenja diabetesa z načrtovanimi reformami zdravstvenega sistema v prihodnosti.

O življenju na otoku in delu na področju zdravstva domačini govorijo z veliko ljubeznijo. Pozitiven odnos do matične države, zdravstvenega sistema in tudi do bolnikov je mogoče čutiti na vsakem koraku. Optimistično gledajo v prihodnost, saj načrtujejo in že uresničujejo številne zastavljene cilje.

Zdravstvo se na Malti financira iz davkov in iz sredstev zasebnih zavarovalnic. Poleg državnih bolnišnic deluje v državi tudi nekaj privatnih zdravstvenih ustanov, tako na primarni kot sekundarni ravni. Sami ocenjujejo sistem zdravstva kot razmeroma lahko dostopen vsem kategorijam prebivalstva.



OGLAŠEVANJE ORGANIZACIJE ZDRAVSTVENE OSKRBE NA DOMU V HOSPITAL MADER DEI.



NACIONALNA KLICNA LINIJA ZA DEMENTNE OSEBE 1771. SLEDNJO SO UVEDLI S SPREJEMOM NACIONALNE STRATEGIJE ZA POMOČ DEMENTNIM OSEBAM. PSIHOsocialno pomoč nudijo tako dementnim osebam kot njihovim svojcem.

Kot primer dobre prakse javno zasebnega partnerstva predstavijo tudi splošno bolnišnico na otoku Goza. V času izmenjave nam je bila dana priložnost obiskati številne zdravstvene ustanove na primarnem in sekundarnem nivoju in nekaj socialnih ustanov (skupaj 13) ter se srečati z njihovim najožjim vodstvom in strokovnim kadrom različnih profilov - direktorji, zdravniki, medicinskimi sestrami, vodji posameznih oddelkov in služb, medicinske rehabilitacije in drugimi. Znotraj zdravstvenih organizacij so nam bili predstavljeni številni oddelki in službe ter klinike, specialistične ambulate, predvsem pa njihovi načrti za prihodnost. Predstavili so nam delo na novih zdravstvenih programih, vizijo za izboljšanje organizacije dela, kakovosti in varnosti za bolnike.

V osrednji bolnišnici, kjer je bil izveden velik delež programa izmenjave, so nam celostno predstavili strokovne načrte za prihodnost, ki so vključevali tudi vidike ekonomike, informacijskega sistema, nadzora financ, obračuna storitev, javnih naročil in podporne zdravstvene dejavnosti (kot npr. lekarno). Storitve imajo normirane - za vsako je opredeljen časovni normativ, kar je tudi podlaga za financiranje. Lahko smo videli, da se tudi delo pri opravljanju zdravstvenih storitev da časovno izmeriti.

Glavna spoznanja in primerjava tujih praks z domačimi

Za zelo uspešno obdobje na področju nadgradnje zdravstvene dejavnosti ocenjujejo že obdobje zadnjih 10 let, ker jim država namenja iz leta v leto več finančnih sredstev. Leta 2006 so zgradili povsem novo splošno bolnišnico Hospital Mader Dei z obsežno ambulantno dejavnostjo. Le-ta je tudi največja učna ustanova za zdravstvene delavce na Malti. Izgradili so tudi bolnišnico za zdravljenje onkoloških bolnikov z naj sodobnejšo opremo. Načrtujejo še izgradnjo otroške bolnišnice.

Trenutno na Malti še vedno kot slabost zdravstvenega sistema ocenjujejo prenizek odstotek DBP za zdravstvo v primerjavi z drugimi državami v EU, neselektivnost pri napotitvah na hospitalno zdravljenje, predolgo ležalno dobo, visoko stopnjo kroničnih obolenj - med slednje spadajo: kardiovaskularne bolezni, diabetes in astma. Imajo visok delež starejšega prebivalstva, ki prestavlja v strukturi prebivalstva že 15,5 %. Med članicami EU beležijo nadpovprečno stopnjo debelosti pri obeh spolih in tudi že pri otrocih.

Ocenjujejo, da so njihove aktivnosti na deinstitalizaciji na področju duševnega zdravlja še vedno skromne. Tako so pripravili povsem nov strateški dokument na področju skrbi za duševno bolne in sicer »projekcija zdravljenja duševno bolnih v obdobju do leta 2020«. Z ustanovitvijo dnevniš centrov in hostlov za duševno bolne so tako storili prve korake h integraciji duševno bolnih v družbo. Istočasno vodijo aktivnosti za prenos zdravljenja akutnih duševnih bolezni v splošne državne bolnišnice.

Tudi Malta se srečuje s vse bolj starajočo se populacijo in s številnimi težavami zdravljenja, rehabilitacije in oskrbe le-te. Veliko težavo jim predstavljajo odpusti bolnikov v domačo oskrbo, ker trenutno še nimajo razvite dovolj velike in dostopne mreže za začasno ali dolgotrajno oskrbo v okolju, kjer živijo.

Na Malti se aktivno pripravljajo na realizacijo načrtov iz svojih strateških dokumentov za krepitev zdravstvenega varstva v lokalnih skupnostih, na uvajanje nekaterih novih oblik skrbi prebivalstva na njihovem domu, tudi zdravljenje, rehabilitacijo ter preventivno dejavnost.

Dobro so že razvili mrežo za socialno oskrbo starejše populacije na domu, gospodinjstvo pomoč in dostavo hrane. Projektno vodijo tudi servis za rehabilitacijo bolnikov na domu. Potrebe starejše populacije v tem centru ugotavlja oziroma triažira najprej medicinsko osebje, ki le-tem nudi že osnovno zdravstveno oskrbo, predvsem pa deluje kot koordinator ostalih služb in dejavnosti za pomoč starejši bolni po-

pulaciji na domu. Pomembno vlogo pri obravnavi te populacije ima tudi socialna služba. V letu 2015 so obravnavali na domu 1824 oseb, na čakalni listi pa so jih imeli v decembru še 1405. Potreb je vedno več, zaradi finančnih omejitev pa za enkrat ne morejo pokriti vseh potreb.

Njihova vizija je organizacija take oblike zdravljenja in oskrbe, s katero se s pomočjo holistične obravnave doseže optimalna kakovost življenja tako starejše populacije kot populacije z motnjami v duševnem zdravju. Za starejšo populacijo imajo že razvite različne oblike spremljanja na domu z uporabo IT tehnologije, sistema Telecar, telefonske povezave, ko oseba lahko pokliče pomoč v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja ali druge potrebe 24 ur 7 dni v tednu. Uvedli so tudi nacionalno linijo 1777 za dementne osebe.

Na podlagi izkušenj lahko ocenjujem, da se je zdravstvena politika na Malti lotila svojih ključnih sprememb in nadgradnje zdravstvenega sistema sistematično. Najprej je sprejela ključne strateške dokumente, ki so podlaga za uvajanje sprememb in iskanje odgovorov na nove potrebe tako bolnikov kot celotnega zdravstvenega sistema, predvsem pa je dala možnost za novosti in inovacije. Novim nalogam namreč sledi finančna podpora. Zaradi sistematičnega pristopa sam sistem tako doživlja manj stresa in, kakor sami ocenjujejo, manj nepredvidenih in nenačrtovanih situacij. Želijo bolniku prijazen in varen zdravstveni sistem, osrednja opredelitev pa jim je zdravljenje in obravnava bolnikov v okolju, kjer živijo. To zagotovo lahko štejemo za enega od najpomembnejših oz. smejših načrtov malteškega zdravstvenega sistema. Po zgledu Malte bi bilo potrebno naš zdravstveni sistem nadgraditi ravno v tem delu.

Na podlagi izkušenj lahko ocenjujem, da se je zdravstvena politika na Malti lotila svojih ključnih sprememb in nadgradnje zdravstvenega sistema sistematično. Najprej je sprejela ključne strateške dokumente, ki so podlaga za uvajanje sprememb in iskanje odgovorov na nove potrebe tako bolnikov kot celotnega zdravstvenega sistema, predvsem pa je dala možnost za novosti in inovacije.

Evalvacijska konferenca v Rimu

Srečanje udeležencev izmenjave Hope 2016 v Rimu je svojevrstna izkušnja. Tako kot so si med seboj različni zdravstveni sistemi z vidika same organizacije, financiranja, materialnih in kadrovskih pogojev, so si dokaj različni tudi koraki in prizadevanja za nove razvojne programe oz. inovacije, kar je bil cilj samega programa letošnje izmenjave. Vsem državam udeleženkam programa pa je skupna takšna vizija za prihodnost, v kateri je bolnik kot partner v procesu zdravljenja v središču pozornosti. Graditi se mora na sodelovanju vseh poklicnih skupin, saj ima vsaka po svoje znanje, ki pomembno pripomore h kvalitetnejši obravnavi in boljšemu zdravstvenemu izidu za bolnika. Potrebna je sprememba v pristopu, in sicer iz integrirane zdravstvene oskrbe h holistični obravnavi bolnika. ✕

Program izmenjave na Portugalskem

Partnerski pristop k inovacijam

SARA ROZMAN, UNIV. DIPL. POL.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

Kraj izmenjave: Lizbona

Trajanje: 9. maj 2016–3. junij 2016

Izmenjave sem se udeležila na Portugalskem skupaj še z devetimi udeleženci iz osmih različnih držav, od tega smo bili štirje v Lizboni. Imeli smo različne profile izobrazbe in delovnih mest v bolnišnicah; sama sem bila edina, ki nisem zaposlena v bolnišnici. Prav zato in zaradi naših različnih interesov je imel vsak udeleženec različen individualen program v svoji gostiteljski bolnišnici, po enkrat tedensko pa smo imeli še lokalno in nacionalno srečanje. Na teh srečanjih smo imeli različne ogledne in predavanja, osredotočena na inovacije, ki so bile letošnja tema programa, zatem pa skupinsko delo – pripravo končne portugalske predstavitve izmenjave na zaključni konferenci v Rimu.

Portugalski zdravstveni sistem

Portugalska je država 10,5 milijona prebivalcev in približno isto gostoto poselejenostjo kot Slovenija. Ima Baveridgev model zdravstvenega sistema, zato se zdravstvo financira iz proračuna, torej iz davkov državljanov. Ustanovitelj vseh javnih bolnišnic in zdravstvenih domov je Ministrstvo za zdravje, pri čemer so bolnišnice finančno samostojne, zdravstveni domovi pa ne, temveč so pod finančnim upravljanjem regionalne zdravstvene uprave. Veliko bolnišnic in zdravstvenih domov je združenih v centre, prav tako je precej razvito tudi privatno zdravstvo oz. javno-zasebno partnerstvo.

Program izmenjave

V času izmenjave me je gostil Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG), ki je eden od treh portugalskih onkoloških institutov. Pokriva zdravljenje onkoloških bolnikov iz Lizbone in celotnega ozemlja južno od nje, vključno z otočji Madeira in Azori. V bolnišnici sem imela najprej srečanje s širšim vodstvom, nato pa v naslednjih štirih tednih predstavitev večine upravnih služb, oddelka za kakovost in naslednjih kliničnih področij: oddelka za radioterapijo in slikovno diagnostiko (nuklearne medicine, radiologije in radioterapije), oddelka za laboratorijsko diagnostiko, kirurškega oddelka ter kliniko za družinsko tveganje, preventivo in genetiko ter lekarne. Kot del svojega programa sem imela tudi ogled institucije SPMS – javne agencije za skupne dejavnosti, ki deluje pod okriljem ministrstev za zdravje in finance. Ta izvaja nekatera skupna javna naročila, ki jih določa ministrstvo za zdravje, in je razvila tudi enotne informacijske sisteme (za javno naročanje in eZdravje), ki jih morajo uporabljati vsi zdravstveni zavodi.

V sklopu dveh lokalnih srečanj z ostalimi udeleženci iz Lizbone smo imeli ogled primarnega zdravstvenega centra v Oeirasu, kjer so nam predstavili delovanje primarnega zdravstva, in ogled najstarejše lizbonske privatne bolnišnice CUF Infante Santo. Ta deluje v skupini, ki upravlja več privatnih bolnišnic in bolnišnic z javno-zasebnim partnerstvom. Predstavili so nam projekt gradnje nove privatne bolnišnice, ki nas je navdušila z novim pristopom načrtovanja, izhajajoč iz potreb pacientov. Tako so pred pripravo prvotnih načrtov med pacienti in različnimi profili zdravstvenih delavcev, ki delajo v ostalih njihovih bolnišnicah, izvedli vprašalnike, nato pa se lotili načrtovanja. Načrtovali so tudi transportno dostopnost, možnosti prilaganja prostorov in širjenja določenih specializacij, za katere vemo, da bodo v prihodnosti bolj potrebne zaradi razširjenih bolezni dandanes, ter holistični pristop zdravljenja pacientov.

Inovacije na Portugalskem

Nacionalna srečanja z vsemi portugalskimi udeleženci in koordinatorji so potekala vsakič v drugem kraju: prvo je bilo na Univerzi Nova v Lizboni, drugo v bolnišničnem centru São João v Portu, tretje v regijski bolnišnici v Figueiri da Foz in četrto v univerzitetnem kliničnem centru v Coimabri.

Ker je bila letošnja tema izmenjave »Inovacije v bolnišnicah in zdravstvu – pot naprej«, smo se tako udeleženci kot tudi naši gostitelji osredotočili na različne inovacije in dobre prakse, ki so zares izstopale in bi jih bilo smiselno vpeljati tudi drugod. In ni jih bilo malo!

Značilnost vseh vidnih inovacij je bilo sodelovanje različnih institucij in interesnih skupin, zato smo tudi našo predstavitev poimenovali »Innovation through partnership«. Inovacije, ki smo jih vključili v predstavitev, smo razdelili v tri skupine:

1. partnerstva za inovativno tehnologijo,
2. partnerstva za inovativne procese,
3. partnerstva za inovativno integracijo.

V sklopu *partnerstev za inovativno tehnologijo* so nekateri udeleženci obiskali dva medicinska tehnološka »start up« inkubatorja, v katerih s pomočjo inovatorjev z idejami, univerz z raziskovalnimi znanji, investitorjev z zadostnimi sredstvi in bolnišnic z možnostjo testiranja razvijajo tehnološke inovacije, ki jih kasneje uporabljajo v bolnišnicah. Tako so v Institutu Pedro Nunes razvili virtualnega pacienta, ki študentom medicine in specializantom omogoča učenje kliničnih veččin odločanja na enostavnejši, varnejši in cenejši način kot tradicionalni načini. V BIOCANT Parku pa so razvili posebno gensko mapiranje, ki tudi zdravnikom, ki

niso specialisti na področju genetike, omogoča enostavno odčitavanje rezultatov, sama metoda pa ni namenjena le preventivnemu odkrivanju raka, ampak je tudi za paciente neinvazivna.

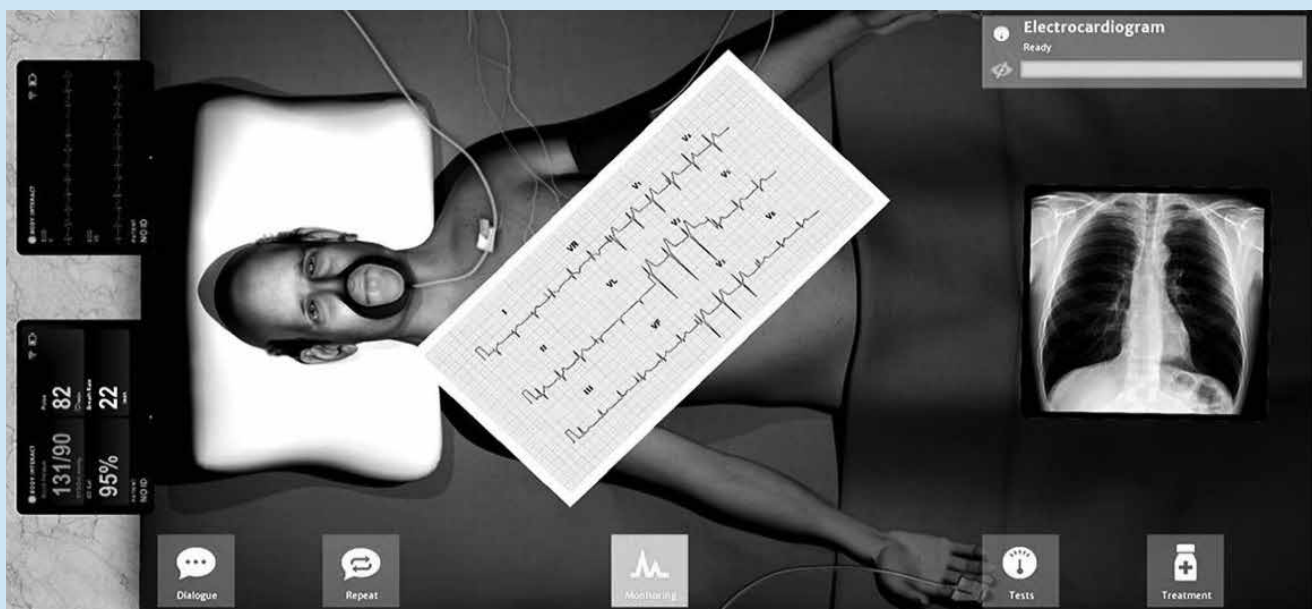
Zaradi pomanjkanja denarja na Portugalskem so se razvila tudi različna partnerstva za inovativno integracijo, kjer na inovativen način sodelujejo zdravstveni zavodi, zavodi iz socialno varstvenega sektorja pa tudi ne-profitne organizacije.

Med *partnerstvi za inovativne procese* smo opazili, da zdravstveni zavodi ponekod vpeljujejo različne oblike metode kazean oz. metode vitke organizacije, in sicer na način, da ta deluje kot logistični sistem, ki dobro vključuje materiale, informacije in zaposlene, ki jih uporabljajo. Sistemi delujejo kot notranje partnerstvo, saj zaposleni sodelujejo s svojimi znanji in idejami, razviti pa so tako, da jim prihranijo čas, zmanjšujejo odpadni material ter znižujejo stroške, hkrati pa lahko zaposleni več časa namenijo pacientom. Tudi pri tem sklopu smo prikazali dva primera.



»ZDRAVLNI VRT« BODOČE BOLNIŠNICE.

VIR: CUF INFANTE SANTO



VIRTUALNI PACIENT, RAZVIT V TEHNOLOŠKEM INKUBATORJU. VIR: TAKE THE WIND

Zaradi pomanjkanja denarja na Portugalskem so se razvila tudi različna *partnerstva za inovativno integracijo*, kjer na inovativen način sodelujejo zdravstveni zavodi, zavodi iz socialno varstvenega sektorja pa tudi neprofitne organizacije. Prvi tak primer je projekt UMAD, v katerem javne bolnišnice sodelujejo z neprofitno fundacijo. Tako socialno in finančno ogroženim družinam zagotavljajo zadostno zdravstveno pomoč, hkrati pa zmanjšujejo število ponovnih obiskov. Pri tem fundacija zagotavlja kombije, bolnišnice pa zdravstveno osebje. Drugi primer je projekt »Health in Holidays«, ki ga organizira primarni zdravstveni center Oeiras. V tem projektu splošni zdravniki vsako leto izberejo 28 osamljenih oseb starih nad 65 let, ki preživijo en teden v hotelu s 4 zvezdicami skupaj z zdravstvenim in socialnim osebjem. Cilj je holističen pristop, torej ne le popolna zdravstvena oskrba in pregledi, ki jim jih v tem času izvedejo, temveč tudi druženje in navezava novih poznanstev, ki dolgoročno vplivajo na zdravje teh oseb, zato se tudi naknadno manj vračajo k zdravnikom.

Evalvacijska konferenca v Rimu

Na zaključni konferenci v Rimu so udeleženci iz vseh 18 držav predstavili inovacije, ki so jih opazili na svoji izmenjavi in so nanje naredile največji vtis. Prvič do zdaj so bile na programu tudi okrogle mize »World Cafe«, na katerih smo z udeleženci iz ostalih držav izmenjevali izkušnje in mnenja o različnih tematikah. Hkrati je bila zaključna konferenca namenjena praznovanju 50-letnice organizacije HOPE, zato so nekateri nekdanji predsedniki organizacije v svojih govorih predstavili svoje videnje na to evropsko povezovanje in sodelovanje bolnišnic in zdravstva na splošno.

In če zaključim z zaključno mislijo naše končne predstavitve v Rimu: »Zdravstveni zavodi ne morejo biti inovativni brez povezovanja. Pot naprej je mogoča le z ustvarjanjem sinergij skozi partnerstva med različnimi področji in uporabniki (tudi pacienti), v katerih vsak prispeva svoj del znanja in izkušenj.« ❌

Zaključne konference programa izmenjave v preteklih letih in njihove teme:

2016

Inovacije v bolnišnicah in zdravstvu: pot naprej, *Rim*

2015

Bolnišnice 2020: zdravstvo in bolnišnice v prihodnosti, *Varšava*

2014

Kakovost zdravstvene oskrbe: izzivi v bolnišničnem okolju, *Amsterdam*

2013

Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe: kako upravljati s tveganji na področju varnega zagotavljanja zdravstvenih storitev v evropskih zdravstvenih sistemih, *Haag*

2012

Staranje populacije: staranje zaposlenih, *Berlin*

2011

Boljše zdravje: skupni izziv za bolnišnice in osnovno zdravstveno varstvo, *Turku (Finska)*

2010

Kronične bolezni: klinični in upravljavski izziv, *Kopenhagen*