

Novis



LETNIK 43,
OKTOBER 2016

GLASILO ZDRUŽENJA
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV
SLOVENIJE

10

Je eNaročanje nov pripomoček za upravljanje v zdravstvu?

Pridobivanje kompetenc
s področja kakovosti

Vpliv nočnega dela na
spanje in življenje

Centralna cenovna
evidenca

Prenova spremljanja
zunajbolnišničnih
obravnav (eSZBO)

Pogovor z mag. Andrejo
Cerkvenik Škafar, direktorico
Bolnišnice za ginekologijo
in porodništvo Kranj



2



11

Komentar

1 Je eNaročanje nov pripomoček za upravljanje v zdravstvu?

eNaročanje pa je tudi pomembno orodje vseh, ki sodelujejo pri upravljanju sistema zdravstvenega varstva. Omogoča pridobivanje informacij, ki so doslej manjkale, kar je v veliki meri oteževalo ustrezno načrtovanje razvoja zdravstvenih zmogljivosti.

Aktualno

2 Pridobivanje kompetenc s področja kakovosti

Objavljamo rezultate Nacionalne ankete o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnost pacientov 2016, ki jo je pripravila delovna skupina Sveta za kakovost pri ministrstvu za zdravje.

5 Vpliv nočnega dela na spanje in življenje

Petina prebivalstva opravlja izmensko delo, od tega jih 10-38 % razvije motnjo spanja zaradi izmenskega dela. Posebej ogroženi so starejši in ženske, ki sestavljajo glavnino zdravstvenega kadra, zato je ta motnja še posebej pomemben problem v populaciji zdravstvenih delavcev.

8 Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017

- 8 Centralna cenovna evidenca
- 8 Prenova spremljanja zunajbolnišničnih obravnav (eSZBO)
- 9 Razlage Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije

Pogovor

- 11 Veliko ljudi ne ve, da nadzor in storitve obravnave zdravega novorojenčka v Sloveniji sploh niso plačane
Pogovor z mag. Andrejo Cerkenvik Škafar, direktorico Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj

Novosti v zavodih

- 15 Vrstromat v SB Jesenice
- 15 Darovalci, hvala!
- 16 19. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu, Maribor, 20. in 21. oktober 2016
- 21 Pregled dogodkov/napovednik

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.

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



Je eNaročanje nov pripomoček za upravljanje v zdravstvu?

PROF. DR. IVAN ERŽEN

Nacionalni inštitut za javno zdravje
ivan.erzen@nijz.si

Je, in to zelo vsestranski! Drži, da je v prvi vrsti namenjen pacientom, ki jim končno omogoča uresničevanje pravic, opredeljenih v zakonu o pacientovih pravicah. Rešitev, ki jim je na voljo, jim daje možnost vpogleda v čakalni seznam in pregled glede razpoložljivosti posameznih izvajalcev v zvezi z zdravstveno storitvijo, ki jo potrebujejo. Na ta način postaja pacient vedno bolj vpet v postopke, povezane z njegovim zdravljenjem.

eNaročanje pa je tudi pomembno orodje vseh, ki sodelujejo pri upravljanju sistema zdravstvenega varstva. Omogoča pridobivanje informacij, ki so doslej manjkale, kar je v veliki meri oteževalo ustrezno načrtovanje razvoja zdravstvenih zmogljivosti. Na voljo bodo podatki o zahtevah zavarovancev glede koriščenja zdravstvene dejavnosti. Seveda je znano, da teh zahtev ne moremo preprosto enačiti z dejanskimi potrebami, ki so odraz zdravstvenega stanja posameznikov, je pa nesporno dejstvo, da vplivajo na čakalne dobe, in jih je potrebno podrobneje proučiti. Treba je ugotoviti, ali je povečanje zahtev, ki se odraža v daljšanju čakalnih dob, posledica začasnega ali trajnega zmanjšanja kapacitet, ali pa so povečane potrebe posledica slabšanja zdravstvenega stanja. Glede na ugotovljene vzroke bo potrebno načrtovati ustrezne ukrepe za zagotovitev izvajanja teh zdravstvenih storitev ter na ta način zadovoljiti potrebe pacientov. Seveda so zahteve pogosto tudi nerealne in spodbujene ali s strani pacienta ali zdravstvenih delavcev. V tem primeru morajo biti ukrepi drugačni, večinoma vezani na opolnomočenje zdravstvenih delavcev in pacientov.

Velika stopnja preglednosti nujenja in dejanskega izvajanja posameznih zdravstvenih stori-

tev ima velik pomen tudi za izvajalce teh storitev, ki na mikro nivoju spremljajo obremenitve zaposlenih in jih usklajujejo, hkrati pa jim to omogoča tudi dober pregled nad opravljenim delom ter hitro prilagajanje pogodbeno dogovorjenemu programu. Na drugi strani pa to pomeni, da ima tudi plačnik boljši vpogled v opravljeno delo. To morda ne ustreza vsem, vendar pa menim, da je med nami prisotno večinsko stališče o tem, da je bistvenega pomena to, da je dobro delo pošteno plačano in obratno, torej, da je glede na obseg financiranja potrebno opraviti ustrezno delo.

Ob vseh prednostih, ki jih prinaša eNaročanje v sistem zdravstvenega varstva, se postavi vprašanje, kako to, da je pri sami implementaciji toliko zastojev.

Centralni sistem eNaročanje, ki je bil razvit, povezuje informacijske sisteme vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Tu težav ni. V tem trenutku je eNaročanje dejansko tehnično zagotovljeno vsem izvajalcem. Trenutno predstavlja glavni izziv opredelitev in poimenovanje posameznih vrst zdravstvenih storitev. Različni izvajalci namreč enake storitve različno poimenujejo. To pa pomeni velike težave pri vzpostavljanju enotnega sistema eNaročanje, saj komunikacija na vsebinski ravni ne poteka gladko. Ne glede na sedanje težave pa si vsi, ki so vključeni v proces implementacije te rešitve, prizadevajo tudi te zadnje ovire čim prej odpraviti, in sicer na način ter s ciljem, da bo aplikacija v celoti čim prej v uporabi. Pohvalno je, da je med tistimi, ki si prizadevajo za uveljavitev eNaročanja, veliko zdravstvenih delavcev. To je dokaz več, da je rešitev med izvajalci dobrodošla. Prepričan sem, da bo takšno stališče kmalu tudi na strani pacientov. ■

Pridobivanje kompetenc s področja kakovosti

Nacionalna anketa o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov 2016

Ministrstvo za zdravje je v svetu za kakovost imenovalo delovno skupino za pripravo izhodišč za izobraževanje pridobivanja kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov. Anketna raziskava o stanju izobraževanja o kakovosti in varnosti v visokošolskih zavodih, ki izvajajo študijske programe s področja zdravstva (klasifikacija ISCED 72), je bila prvič izvedena leta 2008. Rezultati so bili predstavljeni na posvetu z naslovom »Ready for the Future. Defining European Healthcare through Innovation and Quality« v Kranjski gori leta 2008, ko je Slovenija predsedovala Svetu EU (Robida 2008).

ANDREJ ROBIDA, BISERKA SIMČIČ, BRIGITA SKELA SAVIČ, ZALIKA KLEMENC KETIŠ

Delovna skupina sveta za kakovost pri ministrstvu za zdravje

Rezultati anketne raziskave med omenjenimi visokošolskimi zavodi (n=7) v letu 2008 in slabo uresničevanje priporočil Luksemburške deklaracije (2005), Evropske komisije iz leta 2009, kjer se je Slovenija skupaj z Romunijo uvrstila na zadnje mesto izpolnjevanja priporočil Evropske komisije o varnosti pacientov (Evropska komisija, 2014), so spodbudili ministrstvo za zdravje, da je v Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) opredelilo vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti kot pomemben strateški cilj (Simčič, 2010).

Izziv na področju izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov je sistemizacija pristopa in formalizacija izobraževalnih okvirov, zlasti znotraj visokošolskih ustanov na področju medicine in zdravstvene nege. Namen je zagotovitev splošnih znanj in veščin s področja kakovosti ter varnosti za doseganje uspešnejše zdravstvene obravnave, kot so: večšine vodenja, komunikacija, medosebni odnosi, sistem osredotočenja na pacienta, izgradnja timov, kakovost in varnost zdravstvene obravnave itd. Do uresničitve tega strateškega cilja ni prišlo (Simčič, 2015).

Prva naloga imenovane delovne skupine je bila, da ponovno pregleda stanje glede visokošolskega izobraževanja o kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov.

Namen anketne raziskave ni bil pridobivanje natančnih vsebin predmetov kakovosti in varnosti v zdravstvu, pač pa priprave izhodišč za vpeljevanje zahtev po kompetencah diplomantov vseh študijskih programov na področju zdravstva.

Metode

Delovna skupina je pripravila strukturiran vprašalnik na podlagi preteklega vprašalnika (Robida, 2008).

Vprašalnik je vseboval devet vprašanj, z možnostjo podajanja mnenj, komentarjev in predlogov na koncu vprašalnika. Vprašalnik je bilo mogoče izpolniti v elektronski obliki in je bil razposlan na e-naslove dekanatov enajstih visokošolskih zavodov.

V spremnem pismu smo razložili pomembnost izobraževanja s tega področja znanosti in tudi pomanjkljivosti glede na poročilo Evropske komisije (Evropska komisija, 2014). V primeru neodzivnosti v roku smo vprašalnik poslali še 3-krat s ponovno prošnjo, da ga odgovorni v visokošolskem zavodu izpolnijo. Zagotovili smo anonimnost odgovorov.

Rezultati

Od enajstih visokošolskih zavodov smo dobili vrnjenih osem vprašalnikov (73 %). Kljub večkratnim pozivom nismo dosegli 100-odstotne odzivnosti.

Kakovost in varnost sta zelo pomembni v stroki zdravstvene nege in na področju zdravstva na sploh. Ne glede na to, da nimamo samostojne učne enote za obravnavo področja kakovosti, je zelo pomembno, da so vsebine integrirane v vse strokovne predmete.

Rezultati anketne raziskave kažejo, da so kakovost in varnost resneje vzeli visokošolski zavodi, ki izobražujejo druge zdravstvene poklice in ne tisti, ki izobražujejo zdravnike.



Rezultati kažejo, da imajo predmet z vsebinami o kakovosti in varnosti v zdravstvu vsi visokošolski zavodi, ki so odgovorili na zastavljena vprašanja. Vsebina je oblikovana v samostojni predmet študijskega programa prve stopnje na petih visokošolskih zavodih in na treh na ravni drugostopenjskega študija (strokovnega magisterija). Drugje strokovnega ali znanstvenega magistrskega študija s preučevanega področja nimajo.

Predmet je izbiran na prvi bolonjski stopnji na štirih visokošolskih zavodih, na treh je obvezen, en visokošolski zavod nima ne enega ne drugega, en visokošolski zavod pa ima oboje. Poučevanje poteka na prvi bolonjski stopnji v 1. ali 2. ali 3. letniku, v enem visokošolskem zavodu v vseh treh letnikih. Na drugi bolonjski stopnji je predmet izbiran na štirih, na treh je obvezen, en visokošolski zavod pa ima le tri ure vsebin s področja kakovosti in varnosti v sklopu drugih predmetov. V enem visokošolskem zavodu je predmet obvezen in izbiran. Poučevanje poteka v 1. ali 2. letniku. Modalna vrednost ur predmeta na prvi stopnji je 45, en visokošolski zavod ni podal odgovora. Na drugi bolonjski stopnji je razpon ur predmeta od 45 do 100, dva visokošolska zavoda nista odgovorila. Kakovost in varnost se poučujeta pri drugih predmetih na treh visokošolskih zavodih.

Vsebine v visokošolskih zavodih so zelo različne. Opis predmeta je poslal en visokošolski zavod, dva visokošolska zavoda sta poslala povezavo do svoje spletne strani. Pet visokošolskih zavodov meni, da bi moral biti predmet samostojen, medtem ko se en zavzema za kombinacijo samostojnosti predmeta in vključevanja v druge predmete.

Za integrirano izobraževanje, torej za vse zdravstvene poklice, se je opredelilo šest visokošolskih zavodov, v enem ocenjujejo, da to ne bi bilo dobro, medtem ko enega odgovora nismo prejeli. Primerjava odzivnosti je pokazala, da smo v letu 2008 dobili odgovore od štirih od skupno sedmih visokošolskih zavodov (57 %) in v letu 2016 od osmih od skupno enajstih (73 %). En zavod ni odgovoril ne v letu 2008 ne v letu 2016.

Komentarje je podalo pet visokošolskih zavodov:

- *Mnenja smo, da je potrebno pri večini predmetov nameniti del vsebine tudi kakovosti in varnosti pacientov. Seveda pa je odvisno od nosilcev predmetov, v kolikšni meri so kompetentni za podajanje teh vsebin.*
- *Kakovost in varnost sta zelo pomembni v stroki zdravstvene nege in na področju zdravstva na sploh. Ne glede na to, da nimamo samostojne učne enote za obravnavo področja kakovosti, je zelo pomembno, da so vsebine integrirane v vse strokovne predmete.*

- *Kakovost in varnost je pomembna za vse zaposlene v zdravstvenem sistemu. Skupen predmet bi pomagal h krepitvi kulture za doseganje ciljev.*
- *Kompetence na področju kakovosti in varnosti pacientov so ključne za uspešno delo vseh zdravstvenih delavcev na vseh strokovnih področjih v zdravstvenem sistemu. Zato je na tem področju pomembno kontinuirano izobraževanje bodočih zaposlenih kot tudi kontinuirano vseživljenjsko izobraževanje že zaposlenih v zdravstvu.*
- *Integralen pristop pri poučevanju gradi na spoznavanju in obvladovanju situacij, pri čemer se srečujejo različna znanja (različni predavatelji) znotraj istega kompleksnejšega predmeta. Ob razvoju zdravlila je že v prvih fazah potrebno upoštevati tudi varnost pacientov na koncu verige preskrbe z zdravili. Ob delu z biološkim materialom v medicinskem laboratoriju je potrebno razumeti ukrepe z vidika varnosti delavca, varnosti pacienta, zaščite vzorca in zaščite podatkov. Zato imamo navedene tematike v programih, ki izobražujejo zdravstvene delavce (EM farmacija, S1 Laboratorijska biomedicina in S2 Laboratorijska medicina), zajete v več predmetih in je nemogoče natančno opredeliti točno število ur za posamezno tematiko po posameznih predmetih in posameznem pro-*

gramu. To je potem analiza študijskih programov in ne anketa (ki je kljub poznavanju programov ni mogoče izpolniti v 10 minutah od danes na jutri).

Razprava

Zaradi nespodbudnih rezultatov anketne raziskave v letu 2008 je ministrstvo za zdravje pripravilo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu s akcijskim načrtom, kjer je bil eden izmed strateških ciljev tudi izobraževanje s področja kakovosti in varnosti pacientov. Strateški cilj ni bil realiziran v celoti. Štirje visokošolski zavodi od sedmih so imeli vsebine kakovosti in varnosti vključene ob raziskavi leta 2008. V času do tisti raziskave so bili ustanovljeni še štirje visokošolski zavodi na področju zdravstva.

Rezultati anketne raziskave kažejo, da so kakovost in varnost resneje vzeli visokošolski zavodi, ki izobražujejo druge zdravstvene poklice in ne tisti, ki izobražujejo zdravnike. Ena medicinska fakulteta ni odgovorila, druga ima zelo malo vsebin s področja kakovosti in varnosti pacientov.

Neodzivnost na povabilo k izpolnitvi vprašalnika, kljub večkratnim zaprosilom, kaže bodisi na nizko zavedanje odgovornih o pomembnosti umestitve vsebin s področja kakovosti in varnosti, bodisi na splošno prisotnost nizke kulture kakovosti in varnosti v slovenskem področju, bodisi da so bili odgovorni za izpolnjevanje vprašalnika ali preveč zaposleni ali pa se jim ni zdelo dovolj pomembno odgovoriti.

Večina vključenih visokošolskih zavodov namenja predmetu 45 ur in se zavzema za samostojen predmet, ki naj bi bil skupen za vse zdravstvene poklice. Jasno je, da gre tu za skupne vsebine osnov kakovosti in varnosti v zdravstvu, ostale specifične pa naj bi se poučevale pri posameznih predmetih. Predmet ni povsod obvezen.

Omejitve raziskave

V raziskavi smo se omejili samo na visokošolsko izobraževanje, ne pa tudi na srednješolsko izobraževanje zdravstvenih smeri. Pomembno bi bilo pridobiti tudi podatke o tovrstnem izobraževanju specializantov in že zaposlenih v zdravstvu, ki v času študija niso slišali nobenih oziroma skoraj nobenih vsebin o kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva.

V prihodnosti vidimo to kot področja, ki jih je potrebno analizirati tudi s pomočjo kvalitativnih metod. Prav tako bi bilo smiselno izvesti

poglobljeno analizo predmetnikov in usposobljenosti visokošolskih učiteljev s področja kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva, ki te vsebine predavajo in učijo.

Zaključek

Kljub napredku v primerjavi z letom 2008 ocenjujemo, da je potrebno poenotiti študijske izide in kompetence za kakovost in varnost v sistemu zdravstvenega varstva na ravni države, medtem ko način izvajanja in priprava podrobnih programov ni naloga delovne skupine, temveč izvajalcev izobraževanja glede na zahteve kriterijev kompetenc na področju kakovosti in varnosti bodočih zdravstvenih strokovnjakov.

Izhodišča za ureditev področja daje tudi dopolnjena Direktiva 2013/55/EU za regulirane poklice v zdravstvu, ki za najštevilnejšo poklicno skupino v zdravstvu jasno opredeljuje sposobnost, da morajo medicinske sestree izobražene po predpisani direktivi imeti »sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati« in »sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege s ciljem izboljšanja svoje poklicne prakse« (Direktiva 2013/55/EU). Navedeno od visokošolskih zavodov zahteva dopolnitev študijskih programov s predmetnimi vsebinami za doseganje predpisanih sposobnosti. Realizacijo tega mora nadzirati regulator direktive v vsaki državi.

Glede na rezultate in dogajanja v naprednih državah bo delovna skupina pripravila kome-

tence na nacionalni ravni, ki jih potrebujejo bodoči zdravstveni strokovnjaki na področju kakovosti in varnosti sistema zdravstvenega varstva, in priporočila tudi izobraževanje visokošolskih učiteljev za ti dve področji. Zavedamo se, da samo uvedba ustreznih predmetov v visokošolske programe ne bo dovolj. Potrebno je neprestano izobraževanje iz kakovosti in varnosti, ki mora postati obvezna sestavina profesionalnega izobraževanja in obvezna vsebina za pridobitev in obnavljanje licenc za delo.

Literatura

- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. Official Journal of the European Union, L354/132. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TEXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].
- Evropska komisija. Luksemburška deklaracija, 2005.
- Priporočila Sveta z dne 9. junija 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. (2009/C 151/01).
- Report from the Commission to the Council. The Commission's second report to the Council on the implementation of Council recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, 2014.
- Robida A. Health professions education in Slovenia. A new challenge to overcome a quality gap. Kranjska gora, 2008.
- Simčič B (ed). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.
- Simčič B. Analiza realizacije strateških ciljev. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ministrstvo za zdravje, interni dokument, 2015.
- Svet Evrope, Odbor ministrov. Priporočilo Rec (2006) odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu.
- Sprejel odbor ministrov 24. maja 2006 na 95. ■



Vpliv nočnega dela na spanje in življenje*



KRISTINA ZIHERL, DR. MED.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni
in alergijo Golnik
kristina.ziherl@klinika-golnik.si

Petina prebivalstva opravlja izmensko delo, od tega jih 10-38 % razvije motnjo spanja zaradi izmenskega dela. Posebej ogroženi so starejši in ženske, ki sestavljajo glavni zdravstvenega kadra, zato je ta motnja še posebej pomemben problem v populaciji zdravstvenih delavcev. Izmensko delo ima neposredne posledice za zdravje zaradi zmanjšanja budnosti, kar vodi v večje število napak, poškodb in nesreč. Ljudje, ki razvijejo motnjo zaradi izmenskega dela pogosteje zbolijo za srčno-žilnimi obolenji, gastrointestinalnimi težavami, depresijo, anksioznostjo, sindromom izgorelosti in nenazadnje tudi rakom. Izmensko delo negativno vpliva tudi na socialne stike, pomeni obremenitev za družinsko življenje in vodi pogosteje v nezdravo vedenje. Pomembno je prepoznavanje ogroženih skupin za razvoj motnje zaradi izmenskega dela, prilagoditev delovnih razmer in edukacija delavcev, ki delajo izmensko glede priložitvenih mehanizmov na nočno delo, da se zmanjšajo škodne posledice na zdravje in življenje.

Uvod

Nočno delo lahko vodi v tako imenovano motnjo spanja zaradi izmenskega dela. Motnja se

kaže ali z prekomerno dnevno zaspanostjo ali z nespečnostjo. Simptomi so posledica neuje-manja notranjega cirkadianega ritma spanja-budnosti z delovnim urnikom (ICSD 3 2014). Izmensko delo, posebej nočno delo, ima številne negativne posledice za zdravje, poleg prekomerne dnevne zaspanosti in nespečnosti, je najpogostejša posledica zmanjšana budnost, ki se kaže v upočasnenih reakcijskih časih, manjši sposobnosti odločanja, procesiranja informacij in nezmožnost ohranjanja pozornosti. To vodi v napake, poškodbe in nesreče, ki bi jih sicer lahko preprečili (Vyas in drugi 2012). Dolgoročno pa lahko pride do kognitivnega upada, kronične utrujenosti, neplodnosti, srčnožilnih in gastrointestinalnih bolezni, anksioznosti, depresije, povečan je tudi riziko za razvoj raka (Bjorvatin, Gronfier 2014).

20 % populacije opravlja izmensko delo, od tega jih 10-38 % razvije motnjo zaradi izmenskega dela. Prevalenca je višja pri starejših, ženskah, zaradi česar je posebej ogrožena populacija zdravstveno osebje – tako v negovalnem kot v zdravniškem kadru prevladuje ženski spol (Bjorvatin, Gronfier 2014).

Cikel spanje-budnost

Regulacija spanja in budnosti je vezana na cirkadiani ritem, ki ga uravnava endogeni ritmovnik v suprakiazmatičnem jedru ter na homeostazo spanje-budnost. Naš cirkadiani ritem je približno 24-urni ritem, ki uravnava številne procese v telesu. Homeostaza spanje-budnost pa dejansko



Zavedati se moramo, da smo ljudje dnevna bitja, da se nikoli ne prilagodimo popolnoma na nočno delo in sami slabo ocenjujemo svoje sposobnosti ob pomanjkanju spanja.

... dremanje naredi nočno delo bolj varno in bi ga bilo smiselno uvesti v nočno oziroma izmensko delo (Ruggeiro in drugi 2014).

predstavlja t.i. spalni pritisk med budnostjo in slabi med spanjem ter je posledica nabiranja hipnogenih substanc v možganih. Kadar je naš cirkadiani "drive" za budnost na najnižji točki in ko je spalni pritisk najvišji, smo najbolj zaspani in je spanec najučinkovitejši (Đogaš, Pecotić, Valić 2014). Interakcija med tema dvema procesoma omogoča konsolidiran spanec ponoči in konsolidacijo budnosti preko dneva.

Motnja spanja zaradi izmenskega dela

Izmensko delo, kamor spada tudi nočno delo, lahko vodi v motnjo spanja zaradi izmenskega dela. Gre za neujemanje endogenega cirkadianega ritma in delovnega ritma, ki nam je vsiljen (Zee in drugi 2013). Učinek izmenskega dela, še poslabša deprivacija spanja, saj praviloma delavec preko dneva v celoti ne nadoknadi manjka spanca ponoči (čas spanja je pogosto < 4h). O motnji spanja zaradi izmenskega dela govorimo, kadar človek navaja prekomerno dnevno zaspanost ali nespečnost, ki je vezana na delo, ki sovпада z običajnim časom za spanje. Ob tem morajo biti simptomi prisotni vsaj 3 mesece, dokazati moramo motnjo cirkadianega ritma ter ob tem motnje spanja ne moremo razložiti z drugo boleznijo (ICSD 3 2014). Ljudje smo različno dovzetni za razvoj tovrstne motnje spanja. Izkazalo se je, da mlajši, moški, večerni kronotip, bolj fleksibilni ljudje, manj nevrotični, bolj ekstrovertirani ljudje ter ljudje z določenimi genetskimi

predispozicijami manj verjetno razvijejo motnjo spanja zaradi izmenskega dela (Saksvik in drugi 2011). Težave imajo pogosteje delavci, ki opravljajo nočne, jutranje izmene ali tisti, ki opravljajo dolge izmene na delu (>24 h). Motnja spanja zaradi izmenskega dela lahko vztraja tudi, ko ne delamo več izmensko (ICSD 3 2014).

Vpliv nočnega dela na zdravje

Izmensko delo vpliva na zdravje preko treh mehanizmov: zaradi same motnje ritma spanje-budnost, zaradi spremenjenega vedenja (prehranjevalne navade, razvade itd ...) ter zaradi okrnjenosti socialne interakcije, saj je večji del prostega časa namenjen regeneraciji (Rajaratnam in drugi 2013).

Neposredne posledice za zdravje so vezane na zmanjšano budnost izmenschkih delavcev, ki vodi v povečan riziko za nesreče. Velike katastrofe, kot so jedrska nesreča *The Three Mile Island* v Černobilu, so bile posledica človeške napake zaradi izmenskega dela (Rajaratnam in drugi 2001). Večje je tudi tveganje za prometne nesreče (OR 2-4) (Barger 2005) in za medicinske napake (Landrigan, NEJM 2004).

Izmenski delavci smo bolj nagnjeni k gastrointestinalnim težavam, srčno-žilnim boleznim, metabolnemu sindromu, raku in neplodnosti. Že pred dvajsetimi leti so opravili veliko prospektivno študijo pri medicinskih sestrah, kjer so dokazali, da izmensko delo vodi v ve-

čje tveganje za srčno-žilna obolenja, tveganje pomembno poraste, ko izmensko delo traja 6 let ali več (Kawachi in drugi 1995). Izmensko delo je tudi dejavnik tveganja za debelost, tako pri ženskah kot pri moških (Karlsson in drugi 2001), in je vezano na vedenje – uživanje sladkih pijač (Tada in drugi 2014). Ob tem je tudi tveganje za razvoj sladkorne bolezni večje, posebej pri medicinskih sestrah (Pan in drugi 2011). Pogosteje prihaja do sindroma iritabilnega kolona in do bolečin v trebuhu; domneva se, da je v patogenezi iritabilnega kolona pomembna motnja cirkadianega ritma (Nojkov in drugi 2010). Pojavnost pljučnega raka je večja pri medicinskih sestrah, ki delajo več kot 15 let izmensko, to velja za kadilke in ne za nekadilke (Schernhammer in drugi 2013). Povezava med pojavnostjo raka dojke in izmenskega dela je dokaj trdna, zelo verjetna je tudi povezava pri raku endometrija (Viswanathan, Schernhammer 2009). Sindrom izgorevanja je pogostejši pri zdravstvenih delavcih, ki delajo izmensko, se pa stanje lahko izboljša, če imajo dovolj priložnosti za spanje in dovolj dela prostih dni (Wisetborisut in drugi 2014).

Nočni delavci popijejo več kave, zaužijejo več kalorij, pogosteje kadijo in manj spijo (Ramin in drugi 2015). Težje si organizirajo socialne aktivnosti in usklajujejo družinsko življenje kot splošna populacija, kar vpliva tako na sestavo kot organizacijo družine (Costa 2003).

Prilagoditev na nočno delo

Ključno pri obvladovanju težav s spanjem in budnostjo pri izmenskih delavcih je, da ohranjamo budnost med delovnim časom in socialnimi aktivnostmi, ter da omogočimo obnovitveni spanec, ko je to zaželeno. V sklopu tega je v prvi vrsti potrebno izbrati najprimernejšo obliko izmenskega dela – prehajanje med jutranjo-popoldansko-nočno izmeno. Idealno bi bilo, da bi lahko prepoznali ljudi, ki so bolj dovzetni za razvoj motnje spanja zaradi izmenskega dela. Pomembno je zgodnje prepoznavanje pridruženih motenj spanja (OSAS, nespečnost) in motenj razpoloženja (Rajaratnam in drugi 2013). Zavedati se moramo, da smo ljudje dnevna bitja, da se nikoli ne prilagodimo popolnoma na nočno delo in sami slabo ocenjujemo svoje sposobnosti ob pomanjkanju spanja. Nujna je edukacija glede opozorilnih znakov čezmerne zaspanosti, nočnega dela, priporočil glede optimalne adaptacije na izmensko delo (Petrov in drugi 2014).

Budnost lahko ohranjamo s pomočjo kofeinskih napitkov, vendar pa je ključna primerna strategija uporabe kofeina s poznavanjem razpolovnega časa in stranskih učinkov. Modafinil je zaenkrat edino zdravilo, ki je registrirano za ohranjanje budnosti pri izmenskih delavcih (Morgenthaler in drugi 2007).

Dremanje lahko občutno zmanjša zaspanost in izboljša storilnost, potrebno pa je dobro planiranje dremežev. Kljub problemu spalne inercije se zdi, da dremanje naredi nočno delo bolj varno in bi ga bilo smiselno uvesti v nočno oziroma izmensko delo (Ruggeiro in drugi 2014). V adaptaciji na nočno delo je pomembna tudi primerna izpostavljenost svetlobi, ki ima od vsega največji vpliv na naš cirkadiani ritmovnik. Načrt izpostavljenosti svetlobi je potrebno prilagoditi načinu izmenskega dela. Zelo priporočljivo je, da ima delavec pred izmeno priložnost za dremanje, da se mu zagotovi priložnost za obnovitveni spanec po nočnem delu in da spi vsaj 7 ur na dan (Rajaratnam in drugi 2013).

Zaključki

Izmenski, še posebej nočni delavci, smo zaradi motnje spanja, ki je posledica takšnega načina dela ter deprivacije spanja bolj nagnjeni k napakam, nesrečam, poškodbam in dolgoročnim kvarnim vplivom na zdravje. Ključna, tako z vidika zdravja kot z ekonomskega vidika, je dobra

organiziranost izmenskega dela, ki omogoča tudi počitek ali dremanje med nočno izmeno, kot tudi edukacija delavcev glede prilagoditve življenja na izmensko delo. Vse več je študij, ki dokazujejo, da je z navedenimi ukrepi možno škodljive učinke iz zdravja, ki so posledica izmenskega dela, zmanjšati. ■

Literatura

- American Academy of Sleep Disorders. The international classification of sleep disorders; 3rd edn., American Academy of sleep disorders. Darien, IL, 2014.
- Bjorvatn B, Gronfier C. Circadian rhythm sleep disorders. In: Bassetti CL, Dogaš Z, Peigneux P, eds. ESRs European Sleep Medicine Textbook. 2014.
- Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, Czeisler CA; Harvard Work Hours, Health, and Safety Group. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med.* 2005 Jan 13;352(2):125-34.
- Boulos MI, Murray BJ. Current evaluation and management of excessive daytime sleepiness. *Can J Neurol Sci.* 2010;37:167-76.
- Costa G. Shift work and occupational medicine: an overview. *Occupational Medicine* 2003;53:83-88
- Dogaš Z, Pecotič R, Valič M. Physiological basis of sleep. In: Bassetti CL, Dogaš Z, Peigneux P, eds. ESRs European Sleep Medicine Textbook. 2014.
- Farzianpour F, Nosrati SA, Foroushani AR, Hasanpour F, Jelodar ZK, Keykale MS et al. Relationship Between Shift Work and Personality Traits of Nurses and Their Coping Strategies *Global Journal of Health Science*; 2016;Vol. 8, No. 5;
- Karlsson B, Knutsson A, Lindahl B. Is there an association between shift work and having a metabolic syndrome? Results from a population based study of 27,485 people. *Occup Environ Med.* 2001 Nov;58(11):747-52.
- Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Speizer FE et al. Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation.* 1995 Dec 1;92(11):3178-82.
- Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004 Oct 28;351(18):1838-48.
- Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C, et al. Practice Parameters for the Clinical Evaluation and Treatment of Circadian Rhythm Sleep Disorders: An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep.* 2007;30(11):1445-1459.

- Nojkov B, Rubenstein JH, Chey WD, Hoogerwerf WA. The Impact of Rotating Shift Work on the Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in Nurses. *The American journal of gastroenterology.* 2010;105(4):842-847
- Pan A, Schernhammer ES, Sun Q, Hu FB. Rotating Night Shift Work and Risk of Type 2 Diabetes: Two Prospective Cohort Studies in Women. *Group L, ed. PLoS Medicine.* 2011;8(12)
- Petrov ME, Clark CB, Molzof HE, Johnson RL, Cropsey KL, Gamble KL. Sleep Strategies of Night-Shift Nurses on Days Off: Which Ones are Most Adaptive? *Frontiers in Neurology.* 2014;5:277.
- Ramin C, Devore EE, Wang W, Pierre-Paul J, Wegrzyn LR, Schernhammer ES. Night shift work at specific age ranges and chronic disease risk factors. *Occupational and environmental medicine.* 2015;72(2):100-107.
- Rajaratnam SM, Arendt J. Health in a 24-h society. *Lancet* 2001; 358: 999-1005
- Rajaratnam, SM Mark E Howard and Ronald R Grunstein. Sleep loss and circadian disruption in shift work: health burden and management. *Med J Aust* 2013; 199 (8): 11-15
- Ruggiero JS, Redeker NS. Effects of Napping on Sleepiness and Sleep-Related Performance Deficits in Night-Shift Workers: A Systematic Review *Biol Res Nurs.* 2014 Apr; 16(2): 134-142.
- Saksvik IB, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Pallesen S. Individual differences in tolerance to shift work—a systematic review. *Sleep Med Rev.* 2011 Aug;15(4):221-35
- Schernhammer ES, Peskanich D, Liang G, Han J. Rotating Night-Shift Work and Lung Cancer Risk Among Female Nurses in the United States. *American Journal of Epidemiology.* 2013;178(9):1434-1441.
- Tada Y, Kawano Y, Maeda I, Yoshizaki T, Sunami A, Yokoyama Y et al. Association of Body Mass Index with Lifestyle and Rotating Shift Work in Japanese Female Nurses. *Obesity.* 2014 Dec;22(12):2489-93
- Viswanathan AN, Schernhammer ES. Circulating Melatonin And The Risk Of Breast And Endometrial Cancer In Women. *Cancer letters.* 2009;281(1):1-7.
- Vyas MV, Garg AX, Iansavichus AV, et al. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. *The BMJ.* 2012;345
- Wisethoriset A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P. Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine* 2014;64:279-286
- Zee PC, Attaria H, Videnovic A. Circadian rhythm abnormalities. *Continuum (Minneapolis).* 2013 Feb; 19(1 (Sleep Disorders)): 132-147.

*Prispevek avtorice je bil objavljen v zborniku 6. Slovenski pnevmološki in alergološki kongres 2106: timska obravnava bolnika s pljučno boleznijo. Zbornik predavanj: program za zdravstveno nego. Bled, 7. in 8. oktober 2016.

Strokovno srečanje Programa Svit - SVITOV DAN 2016

NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE 13. DECEMBRA 2016 TRETJE LETO ZAPORED ORGANIZIRA STROKOVNO SREČANJE PROGRAMA SVIT. SVITOV DAN 2016 BO POTEKAL V AVSTRIA TREND HOTELU V LJUBLJANI.

Program Svit je državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki, ki na območju celotne Slovenije organizirano poteka že 7 let. Na letošnjem strokovnem

srečanju se bomo osredotočili predvsem na tehnike nemedikamentoznega obvladovanja bolečin na kolonoskopiji, v sklopu česar bo potekalo tudi praktično delo v delavnicah, novosti v zvezi s pripravo sladkornih bolnikov na kolonoskopijo in izsledke raziskave med izbranimi osebnimi zdravniki o podpori za vključevanje v Program Svit.

Srečanje je namenjeno vsem, vključenim v izvajanje Programa Svit, vodnikom programa in širši strokovni javnosti. **Udeležba na srečanju je brezplačna.**

Prijava na elektronskem naslovu <https://www.ika.si/a/103841> je mogoča najkasneje do 2. decembra 2016 oziroma do zapolnitve prostih mest.

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017

UPRAVNI ODBOR SKUPŠČINE ZDRUŽENJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE JE NA 20. SEJI 18. 10. 2016 OBRAVNAVAL PREDLOGE ZA SPLOŠNI DOGOVOR ZA POGODBENO LETO 2017.

Strokovna služba združenja je pripravila in članom upravnega odbora predstavila predloge, ki so jih oblikovali in potrdili na Odboru osnovne zdravstvene dejavnosti, Odboru bolnišnične dejavnosti in Odboru psihiatrične dejavnosti. Iz predlogov so prisotni izločili predloge v zvezi s plačevanjem medbolnišničnih prevozov (23 in 24 predlog v gradivu), ki med primarno in sekundarno ravno niso usklajeni. Problematiko v zvezi s prevozi je treba nasloviti na Ministrstvo za zdravje s pobudo, da se področje uredi v samem Pravilniku o prevozih pacientov. Prisotni so potrdili predlagane predloge sprememb za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017 in se dogovorili za naslednje prioritete:

1. postopen dvig cen zdravstvenih storitev, in sicer s 1. 1. 2017 za 5 %, v letu 2018 za dodatnih 5 % in v letu 2019 še za 5 %,
2. dvig amortizacije na raven leta 2009,
3. financiranje novih urgentnih centrov in pediatričnih urgentnih centrov,
4. plačilo diagnostike po realizaciji,
5. zagotovitev sredstev za napredovanja,
6. pogodbene kazni. ✕

Centralna cenovna evidenca

UPRAVNI ODBOR SKUPŠČINE ZDRUŽENJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE JE NA 20. SEJI 18. 10. 2016 OBRAVNAVAL PODROČJE VZPOSTAVITVE CENTRALNE CENOVNE EVIDENCE.

Združenje se je na pobudo UKC Maribor sestalo s predstavniki UKC Maribor za sklenitev dogovora za vzpostavitev centralne cenovne evidencie. Zaposleni iz UKC Maribor bi vzpostavili šifrance in poskrbeli za vnosno masko za zbiranje podatkov pri bolnišnicah in zdravstvenih domovih. Podatki naj bi se zbirali

pri združenju. Združenje bi za vzpostavitev centralne cenovne evidencie zagotovilo plačilo, in sicer največ polovico plače zaposlenemu v UKC Maribor, ki bi pokrilo to področje. Za nadaljnje plačilo bi se dogovorili naknadno (vzdrževanje). Še vedno bi veljalo pravilo, da kdor posreduje podatke, ima pravico vpogleda v evidenco vseh sodelujočih v projektu. Potrebno bi se bilo dogovoriti tudi pravico interpretiranja podatkov medijem in drugim zainteresiranim. Za ta del bi bil odgovorno in pristojno samo združenje.

UKC Maribor in združenje bosta pripravila začetno vnosno masko in poiskala možnost vzpostavitve šifrantov. Združenje bo pozvalo izvajalce za posredovanje podatkov. ✕

Prenova spremljanja zunajbolnišničnih obravnav (eSZBO)

KOMISIJA ZA INFORMACIJSKE SISTEME SKUPŠČINE ZDRUŽENJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE JE NA 13. SEJI 17. OKTOBRA 2016 OBRAVNAVALA PROBLEMATIKO PRENOVE SPREMLJANJA ZUNAJBOLNIŠNIČNIH OBRAVNAV (eSZBO).

Predsednik Komisije za informacijske sisteme Marko Oberstar je uvodoma dejal, da je komisija projekt že obravnavala na svoji 6. seji v letu 2015 in na takraten osnutek metodoloških navodil ter terminski načrt podala nekatere predloge in pripombe.

NIJZ je dokončal metodološka navodila ter pripravil nov terminski načrt, zato smo predstavnike NIJZ ponovno povabili na sejo komisije, da predstavijo:

- vsebino projekta (načrtovane spremembe),
- terminski načrt (uvredbo pilotov, obvezno uvedbo v vseh zavodih, področja uvedbe),
- okvirno oceno stroškov nadgrajen oz. celotnega projekta.

Nato je Rade Pribakovič predstavil nov enoten sistem za spremljanje zunajbolnišničnih obravnav (eSZBO), ki ga uvaja NIJZ. Povedal je, da bo eSZBO zagotavljal zdravstvene podatke na ravni posameznega stika pacienta z izvajalcem zdravstvene dejavnosti.

NIJZ je prejel na osnutek lanskih metodoloških navodil precej predlogov in pripomb (tudi od združenja), ki jih je preučil in vgradil v metodološka navodila. Trenutna verzija metodoloških navodil je objavljena na spletni strani NIJZ. Prav tako je NIJZ izdelal aplikacijo za sprejem in kontrolo podatkov, ki jih bodo pošiljali izvajalci zdravstvene dejavnosti v sklopu tega projekta.

Cilj eSZBO je združitev nekaterih do sedaj ločenih načinov poročanja v enoten sistem, ki bo zagotavljal celovit pregled nad izvajalci in njihovimi vsebinami zunajbolnišničnih obravnav, vzpostavil varen in učinkovit prenos, kontrolo, obdelavo in skladiščenje podatkov o zunajbolnišničnih obravnavah ter zagotovil statistične podatke in hitre izpise za ključne uporabnike (Ministrstvo za zdravje, izvajalce zdravstvene dejavnosti, ZZS, NIJZ ...).

Seznam vsebinskih področij znotraj eSZBO: splošni podatki o zunajbolnišnični obravnavi, poškodbe in zastrupitve, nosečnost, otroci in mladostniki, dojenje, fetalne smrti, sterilizacije, referenčne ambulante družinske medicine, patronažna zdravstvena nega, vzgoja za zdravje skupin, zdravstvenovzgojni centri in bolniški stalež.

Poročanje je načrtovano tako, da se bo vse podatke, ki jih je o pacientih in njihovih stikih oz. obiskih mogoče, pridobivalo prek KzzOnLine sistema, kljub temu pa bo 5-7 novih podatkov za vnos pri posameznem obisku. Poponoma prenovljena je patronažna dejavnost, kar je bila tudi zahteva stroke.

Pripombe so dale tudi programske hiše, in sicer predvsem na to, da bo potreben vnos novih (dodatnih) podatkov ter na izvedljivost projekta, saj se trenutno ukvarjajo predvsem z eNaročanjem.

NIJZ načrtuje do konca oktobra dokončati metodološka navodila in do konca leta pridobiti zavode, ki bodo sodelovali v pilotnem testiranju. Do zdaj s strani zavodov za to ni interesa, saj NIJZ nima sredstev, da bi zavodom lahko financirali pilotno testiranje. Preučuje pa predlog združenja, podan na Odboru osnovne zdravstvene dejavnosti, da zavodom, ki bodo sodelovali v pilotu, ne bi bilo potrebno plačati nadgradnje zalednih sistemov, ampak bi si njihov delež stroškov nadgradenj razdelili ostali zavodi. Obvezna uvedba za vse izvajalce naj bi se pričela s 1. 1. 2018.

Programske hiše so NIJZ posredovale okvirno oceno celotnega potrebnega dela za nadgradnje zalednih sistemov za vse zavode, ki uporabljajo njihove rešitve: List – 80 človek/dni, Src

Infonet – 150 človek/dni, Audax – 50 človek/dni, Comtrade – 80-200 človek/dni, Pinna – 36 človek/dni in Nova Vizija – 135 človek/dni. Ocene programskih hiš so odvisne od tega, koliko zavodov pokrivajo.

NIJZ se skuša dogovoriti tudi z ZZS, da bi se projekt financiral nacionalno, vendar to ni verjetno, zato bodo verjetno morali zavodi nadgradnje plačati sami.

Helena Ulčar Šumčič je izpostavila, da združenje ves čas zagovarja stališče, da mora biti naročnik projekta tudi plačnik. Ker bodo v projektu nastali dodatni stroški za zavode, je potrebno nujno zagotoviti vir financiranja v splošnem dogovoru ali proračunu.

Mladen Stanojevič je dodal, bodo zavodi imeli dodatne stroške tudi dolgoročno zaradi povišanja stroškov za vzdrževanje, zato bi bil nujno potreben stabilen vir financiranja.

Metod Mezek je predlagal, da se vzporedno z aktivnostjo na vsebini projekta in pridobitvi pilotnih zavodov izvedejo tudi aktivnosti za financiranje projekta, in sicer kot predlog za splošni dogovor.

V zvezi s to tematiko so člani komisije sprejeli sklep, da NIJZ do 19. 10. 2016 posreduje združenju predlog o financiranju eSZBO s finančnimi posledicami in obrazložitvijo, da ga lahko združenje vključi med predloge za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017. ✕

Razlage Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije

ODBOR ZA RAZLAGO KOLEKTIVNE POGODBE ZA DEJAVNOST ZDRAVSTVA IN SOCIALNEGA VARSTVA SLOVENIJE JE NA 75. SEJI 19. MAJA 2016 OBRAVNAVAL NASLEDNJE VLOGE IN PODAL ODGOVORE:

Vprašanje: Ali je zavod dolžan izplačati razliko v plači zaradi prerazporeditve na nižje vrednoteno delovno mesto, kot ga je delavka zasedala pred nastankom invalidnosti za 4 ure, za kolikor je še zaposlena pri delodajalcu? Delavka namreč trdi, da je prikrajšanje v finančnem smislu precejšnje, saj je pred nastopom invalidnosti za poln delovni čas prejela plačo v višini 2.331,36 evrov,

po nastanku invalidnosti na novem delovnem mestu pa skupaj z nadomestilom ZPIZ prejema 1.666,19 evrov.

Odgovor: Delavcu pripada plača po delovnem mestu, za katerega ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi. Kot invalid ima delavec lahko pravico do nadomestila zaradi invalidnosti (izplačevalec ZPIZ) oziroma delne invalidske pokojnine v primeru krajšega delovnega časa (ravno tako izplačevalec ZPIZ), na podlagi 96. člena kolektivne pogodbe pa lahko ima tudi pravico do nadomestila (povračila) razlike zaradi zmanjšane plače na drugem ustreznem delu invalida II. ali III. kategorije, ki je po odločbi ZPIZ razporejen (ima sklenjeno novo pogodbo o zaposlitvi) na drugo ustrežno delo. Navedeni člen pa ne določa, da je zavod dolžan plačati nadomestilo (povračilo) razlike zaradi zmanjšane plače tudi v primeru, ko ZPIZ odloči, da je delavec za svoje delo sposoben, vendar pod določenimi pogoji (npr. 4 ure dnevno).

Določba 96. člena ureja primere plačil razlik v plači, ki nastanejo invalidu zaradi razporeditve na drugo ustrežno delo na podlagi odločbe ZPIZ in sklenitve pogodbe o zaposlitvi za drugo delovno mesto. Iz te določbe izhaja, da je delavec upravičen do nadomestila (povračila) razlike v prejemkih, ki nastane zaradi preemstitve (sklenitve pogodbe o zaposlitvi) na drugo delovno mesto, ki je nižje ovrednoteno. Nižje ovrednoteno delo je predvsem posledica nižjega plačnega razreda delavca invalida zaradi preemstitve na nižje ovrednoteno delovno mesto, v določenih primerih pa tudi zaradi nižje ovrednotenih dodatkov delavca, s katerimi so ovrednoteni določeni pogoji dela in odgovornosti pri delu delavca na delovnem mestu.

96. člen tako določa obveznost nadomestila (povračila) razlike zaradi nižjih prejemkov v primeru, ko delavec invalid ne more več opravljati svojega dosedanjega dela in prejema zmanjšano plačo na drugem ustreznem delu, ne pa tudi v primeru, ko je za svoje delo sposoben in še naprej opravlja delo na svojem delovnem mestu, vendar pod določenimi pogoji (npr. delo s krajšim delovnim časom od polnega, npr. 4 ure dnevno).

Pod pojmom »plača, kakršno bi imel, če bi še delal poln delovni čas na starem delovnem mestu« je treba upoštevati vse elemente plače delavca, tako kot če bi delal (ni mogoče posameznega elementa plače opustiti, na primer plače iz naslova delovne uspešnosti, dodatkov za težje pogoje dela in drugih dodatkov).

Določitev metodologije za izračun razlike po 96. členu kolektivne pogodbe ni v pristojnosti Odbora za razlago kolektivne pogodbe. Stvar zavoda je, da odloči, kakšna bo metodologija za izračun razlike nadomestila zaradi zmanjšane plače delavca na drugem delovnem mestu, kadar gre za delavca, ki je razporejen na drugo ustrežno delo zaradi neposredne nevarnosti za nastanek invalidnosti oziroma za invalida II. ali III. kategorije, ki kljub nadomestilu razlike, ki jo prejema od ZPIZ, prejema iz naslova plače za delo in prejemkov ZPIZ nižje prejemke, kot bi znašala plača.

Prejemke iz naslova invalidnosti zaradi zmanjšane plače na drugem ustreznem delu, katerega delavec prejema od ZPIZ, je treba prišteti k bruto plači, ki jo delavec prejema na delovnem mestu, na katerega je razporejen (ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi) zaradi invalidnosti.

Primer načina izračuna razlike po 96. členu:

Obstoječa ureditev

Delo s krajšim delovnim časom -> delna invalidska pokojnina

Invalid (II. ali III. kategorije), ki pridobi pravico

→ do dela s krajšim delovnim časom od polnega,

→ dobi delno invalidsko pokojnino.

Delna invalidska pokojnina se odmeri v %, ki ustreza skrajšanju polnega delovnega časa (od invalidske pokojnine, ki bi mu sicer pripadala), npr.

→ 50 % invalidske pokojnine, če dela s polovičnim delovnim časom.

Če je hkrati tudi premeščen na drugo delovno mesto (ni več zmožen za delo na delovnem mestu, na katero je razporejen), se mu delna invalidska pokojnina poveča za 30 %.

Zaposlitev na drugem delovnem mestu

-> nadomestilo za invalidnost

Invalid (III. kategorije) zaradi nastanka invalidnosti

→ sklene pogodbo o zaposlitvi za drugo ustrežno delovno mesto,

→ pridobi pravico do nadomestila za invalidnost.

Nadomestilo se odmeri v višini 25 % invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala.

Razlika v prejemkih – po 96. členu KP dejavnosti

Po 96. členu KP se razlika iz sredstev delodajalca lahko izplača

→ za primer pod B,

→ tudi za primer pod A, a le ko je invalid tudi premeščen.

Po 96. členu KP se razlika – iz sredstev delodajalca – ne izplača

→ za primer pod A v primeru, ko invalid ni premeščen.

Vprašanje: S 1. 3. 2016 se je upokojila invalidka ZPIZ, v zavodu zaposlena tri leta, s skrajšanim delovnim časom 4 ure dnevno. Ji pripada odpravnina zaradi prenehanja pogodbe o zaposlitvi zaradi upokojitve?

Odgovor: Odbor ni pristojen razlagati določila zakonov. Ne glede na to pa navaja, da za javne uslužbenke velja posebna ureditev urejanja plač, stroškov in prejemkov iz delovnega razmerja, kar praviloma urejajo vsakoletni interventni predpisi.

Ker pa gre za javno uslužbenko, ji zato zaradi prenehanja pogodbe o zaposlitvi zaradi izpolnitve pogojev za pridobitve pravice do starostne pokojnine, pripada odpravnina na način in pod pogoji, kot to velja za javni sektor, in sicer ZUPPJS16.

Vprašanje: Ali delavcu, ki stalno opravljajo delo na terenu, pripadeta iz tega naslova dva dneva dodatnega dopusta ali zgolj en dan?

Odgovor: Za delo v posebnih pogojih (peta alineja 4. točke 36. člena) pripadata delavcu dva dneva letnega dopusta, če dela najmanj pod enim posebnim pogojem.

Posebni pogoji, določeni v peti alineji 4. točke 36. člena, pa se ne seštevajo.

Ali delavcu, ki ima s pogodbo o zaposlitvi določen 5-dnevni delovni teden, dejansko pa ima tako razporeditev delovnega časa, da ima dvakrat mesečno 6-dnevno delovno obveznost, pripada dodaten dopust po 37. členu?

37. člen določa, da so le delavci, ki imajo tako razporeditev delovnega časa, da delajo šest dni v tednu (ne dežurajo), upravičeni do povečanja dopusta po 37. členu.

Odbor ni pristojen za presojo izvajanja pogodbe o zaposlitvi.

Ne glede na to pa odbor meni (delavčeva razporeditev delovnega časa ni skladna z določilom pogodbe o zaposlitvi), da se pravica po tem členu presoja glede na dejansko razporeditev delovnega časa delavca.

Vprašanje: Na kakšen način se razlaga odbor v besedilu: »Ker določba pri določanju urne postavke osnove za nadomestilo plače eksplicitno navaja plačane ure rednega delovnega časa in dela preko polnega delovnega časa (nadurno

delo), odbor meni, da se pri določanju osnove ne upošteva tisti del plače in število plačanih ur v preteklem mesecu, ki predstavljajo obvezno prisotnost v času dežurstva (neefektivne ure) in stalne pripravljenosti na domu po drugem in tretjem odstavku 87. člena.«

Odgovor: Navedena razlaga se zaradi spremenjenega načina vrednotenja dežurstva ne uporablja več.

Vprašanje: Odbor prosijo za razlago 32. člena pogodbe v smislu, ali 32. člen kolektivne pogodbe predstavlja pravno podlago za uvedbo dežurstva in stalne pripravljenosti le za zdravstvene delavce in sodelavce ali tudi za ostale delavce, kadar je to potrebno zaradi narave dela.

Odgovor: 32. člen kolektivne pogodbe še vedno velja in predstavlja podlago za uvedbo dežurstva, stalne pripravljenosti, razporeditve delovnega časa in izmenskega dela na vseh delovnih mestih v zavodu, kjer je potrebno zaradi narave dela na posameznih delovnih mestih zagotavljati nepretrgano zdravstveno ali drugo varstvo oziroma opravljanje storitev.

Vprašanje: Ali se sme z internimi navodili za odmero letnega dopusta zavoda določiti dodaten dopust za zaposlene, ki skladno s pooblastili izvajajo naloge vodenja? Kolektivna pogodba v 2. točki splošnih določb v petem odstavku določa, da se določbe te kolektivne pogodbe uporabljajo kot splošen akt v smislu zakona o delovnih razmerjih, v kolikor ni s posamično kolektivno pogodbo, statutom organizacije ali drugim njenim splošnim aktom določeno drugače. Kolektivna pogodba določa tudi, da se z akti iz petega odstavka ne sme zmanjšati pravic in obveznosti, določenih s to pogodbo.

16. člena zakona o javnih uslužbencih določa, da delodajalec javnemu uslužbencu ne sme zagotavljati pravic v večjem obsegu, kot je to določeno z zakonom, podzakonskim predpisom ali s kolektivno pogodbo, če bi s tem obremenil javna sredstva.

Menijo, da lahko, saj 16. člen ZJU odkazuje na kolektivno pogodbo, panožna kolektivna pogodba pa na zavodske kolektivne pogodbe, splošne akte delodajalca ...

Odgovor: Odbor meni, da 2. točka kolektivne pogodbe sicer daje podlago npr. za sklepanje zavodskih kolektivnih pogodb, vendar pa je treba to pravico presojati tudi z vidika predpisov, ki urejajo delovnopравни položaj javnih uslužben-

cev, predvsem 16. člena zakona o javnih uslužbencih, za razlago katerega pa odbor ni pristojen.

Vprašanje: Ali fizioterapevtu pripadajo dodatni trije dnevi dopusta iz naslova odgovornosti za diagnostiko in terapijo po tretji alineji 4. točke 36. člena kolektivne pogodbe?

Odgovor: V prilogi kolektivne pogodbe (seznam delovnih mest – 29. in 36. člen) so določena delovna mesta, ki nosijo odgovornost za diagnostiko ali terapijo oziroma imajo ordinacijski čas oziroma delajo s strankami in jim iz tega naslova pripada dodaten dopust.

Ker med njimi ni delovnega mesta fizioterapevt, mu letni dopust iz tega naslova ne pripada.

Vprašanje: Ali se delavcu, ki je zaposlen za krajši delovni čas (KDČ), izplača celoten ali sorazmerni del regresa za letni dopust?

Iz določila tretjega odstavka 65. člena zakona o delovnih razmerjih izhaja, da ima delavec, ki je sklenil pogodbo o zaposlitvi za krajši delovni čas, pogodbene in druge pravice ter obveznosti iz delovnega razmerja kot delavec, ki dela polni delovni čas, in jih uveljavlja sorazmerno času, za katerega je sklenil delovno razmerje, razen tistih, za katere določa zakon drugače.

Iz določila drugega odstavka 63. člena Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva pa izhaja, da delavcem, ki delajo najmanj s polovičnim delovnim časom, pripadajo povračilo stroškov v zvezi z delom in drugi prejemki po tej pogodbi v enakih zneskih kot delavcem, ki delajo s polnim delovnim časom.

Odgovor: 63. člen kolektivne pogodbe določa, da delavcem, ki delajo najmanj s polovičnim delovnim časom, pripadajo povračilo stroškov v zvezi z delom in drugi prejemki po tej pogodbi v enakih zneskih kot delavcem, ki delajo s polnim delovnim časom.

Ker je določilo 63. člena kolektivne pogodbe še vedno v veljavi, delavcem, ki delajo z najmanj polovičnim delovnim časom, pripadajo povračilo stroškov v zvezi z delom in drugi prejemki po tej pogodbi v enakih zneskih kot delavcem, ki delajo s polnim delovnim časom, in je ugodnejše od zakonskega določila.

Predsednica Odbora za razlago Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije

Darja Vižintin Zupancič, univ. dipl. ekon. ✕

Veliko ljudi ne ve, da nadzor in storitve obravnave zdravega novorojenčka v Sloveniji sploh niso plačane

Intervju z mag. Andrejo Cerkvenik Škafar, direktorico Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj

Mag. Andreja Cerkvenik Škafar, specialistka pediatrije, direktorica Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj zase meni, da opravlja enega izmed najlepših del na svetu. »Delo neonatologinje, torej oskrba in zdravljenje novorojenčka, je prežeto s pozitivno energijo, dobrim občutkom, neizmerno srečo, ker gre za tisti del medicine, ki se večinoma ukvarja s pozitivnimi vidiki – rojstvom otrok.« Kot direktorica se po drugi strani nujno ukvarja tudi s težavami, finančnimi omejitvami, varčevanju, nenehnim pritiskom o ukinitvi bolnišnice. Torej problemi, ki imajo ogromen vpliv na ljudi in so pogost razlog za naraščanje nezadovoljstva. Naj bodo ti še tako pereči, ji nanje uspe vselej pogledati in zaključiti s pozitivnimi vidiki. Zadovoljno mamico. Zdravim otročkom. Predanim zaposlenim – ki bi se jim »na tem mestu rada zahvalila za vse neprespane noči in angažma, ki jih nudijo našim pacientom, da bomo imeli veliko zdravih otrok«. Nekaj misli, ki sva jih predebatirali v kratkem pogovoru, je zdaj pred vami.

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
saska.terseglav@zdrzz.si

V BGP Kranj ste v mesecu septembru prejeli certifikat klinične odličnosti v porodništvu, in sicer kot prva bolnišnica na svetu. Kaj ponuja ta standard oziroma zakaj ste se odločili za certificiranje?

Klinični standard AACI (American Accreditation Commission International) za porodniške storitve izboljšuje varnost žensk in otrok, nudi dober okvir za podporo pri doseganju izboljšav kakovostne oskrbe žensk in otrok, vključuje tudi obvladovanje tveganj v kulturo porodničnic ter zmanjšuje verjetnost pojava kliničnih napak, s tem pa tudi zmanjšuje stroške, povezane z dodatnim zdravljenjem in daljšo hospitalizacijo. Pridobitev tega certifikata je za nas v prvi vrsti priložnost, da bodočim staršem pokažemo, da nudimo kakovostne in varne storitve in da si prizadevamo za nenehno izboljševanje le-teh. Sama presoja, ki so jo izvedli zunanji presojevalci, za nas pomeni objektivni vpogled v zagotavljanje kliničnih storitev kot tudi konstruktivno povratno informacijo. Certifikat za nas pomeni seveda tudi pohvalo, priporočila presoje pa so tako za nas zaposlene kot za širšo javnost dokaz naše zavezanosti k nenehnemu izboljševanju.

Kakšno povratno informacijo so vam dali presojevalci?

Presojevalci so bili nad rezultati celostne obravnave žensk v naši bolnišnici in tudi sicer v celi državi navdušeni. Pohvalili so povezovanje primarne in sekundarne ravni na področju ginekologije in porodništva, celostno in kontinuirano oskrbo nosečnice oziroma porodnice, povezavo teh z izbranim ginekologom, predvsem pa so bili očarani nad nizkim številom mrtvorojenih, nizko umrljivostjo novorojenčkov in mamic med porodom in nizko neonatalno umrljivost, kar je gotovo rezultat dolgoletnega dobrega dela in odlične organizacije na področju porodništva. Rezultati v Angliji so bistveno slabši. Veliko pozitivnih praks smo jim pokazali! Zavedamo se, da skrbimo za eno izmed najbolj

občutljivih populacij, to so nosečnice, porodnice in novorojenčki. Vse svoje znanje smo usmerili v to, da bi se bolnice pri nas počutile dobro in da bi imele občutek individualne obravnave. Prav na ta osebni pristop smo zelo ponosni, saj menimo, da je rojstvo otroka eden izmed najlepših trenutkov v življenju nas staršev in si ga kot takega za vedno vtisnemo v spomin.

Koliko porodov letno mora imeti porodnišnica, da lahko govorimo o njeni varnosti in kakovosti?

Po vseh evropskih in svetovnih merilih smo BGP Kranj s številom porodov med 1500 in 1600 idealna porodnišnica; varnost in kakovost

Po vseh evropskih in svetovnih merilih smo BGP Kranj s številom porodov med 1500 in 1600 idealna porodnišnica; varnost in kakovost obravnav naj bi bila najboljša pri številu porodov med 1200 in 2000 letno.

obravnav naj bi bila najboljša pri številu porodov med 1200 in 2000 letno. S tem številom obravnav, ki jih dosegamo, si lahko pridobimo številne izkušnje in znamo suvereno, korektno in strokovno opravljati delo tudi v primerih, ko ne gre vse tako, kot si vsi želimo, torej v primeru zapletov. Zato imamo na posameznega zdravnika dovolj primerov, da so vsi naši specialisti suvereni pri svojem delovanju. Z nenehnim izobraževanjem skrbimo za visoko strokovno usposobljenost svojega kadra, ki je seveda na visoki kakovostni ravni. V mislih imamo tako zdravnike različnih specialnosti, specialiste ginekologe, pediatre, anesteziologe kot tudi medicinske sestre, saj delujemo kot tim in smo 24 ur na dan na razpolago porodnicam in novorojenčkom.

V sklopu sodobne medicinske obravnave nudite ženskam (bolnicam, porodnicam, otročnicam) vrsto modernih pristopov, ki vplivajo na njihovo zadovoljstvo in dobro počutje.

Ankete, ki jih opravljamo med svojimi bolnicami, kažejo na njihovo 99-odstotno zadovoljstvo z našo obravnavo in pristopi. Ena izmed dodanih vrednosti, ki jih nudimo, je možnost 24urnega bivanja partnerja, saj se nam zdi pomembno, da je družina skupaj od samega začetka, in opažamo, da pristop uporabljajo kar nekajkrat na mesec. V spektru za lajšanje porodnih bolečin – za te se odloči več kot 60 % žensk, od tega več kot 50 % za epiduralno analgezijo – sta pri nas zelo popularni hipnoza in akupunktura, kar izvajajo anesteziologi. Akupunktura je v zadnjih mesecih pokazala svoje mesto zlasti ob nenapredovanju poroda, saj z njeno pomočjo med porodom beležimo večje število spontanih vaginalnih rojstev. Hipnozo izvaja predstojnik anesteziologov in reanimatologov dr. Rozman, ki nadaljuje tradicijo profesorja dr. Marjana Pajntarja, zaradi katerega je bila naša porodnišnica že v bivši Jugosla-

viji poznana kot vrhunska ustanova. Trenutno se za izvajanje hipnoze usposabljata dve naši babici. Ob vseh možnostih, ki jih nudimo, smo eni izmed prvih, ki smo uvedli porod pri carskem rezu v lokalni anesteziji, torej, da je porodnica ob carskem rezu budna, ima ob glavi prisotnega moža in ji takoj po ekstrakciji otroka lahko položimo na prsi in tako poskrbimo, da ni prekinjena vez med mamico in otrokom, ki je trajala 9 mesecev.

Ali v vaši regiji beležite porode na domu?

Sama menim, da je še vedno veliko bolj varno rojevanje v porodnišnicah. V naši bolnišnici imamo sistem, ki mamicam omogoča tudi individualne prilagoditve. Prisluhujemo tistim mamicam, ki želijo takoj po porodu domov, in jih spodbudimo, da se vrnejo na preglede. Na Gorenjskem sicer beležimo nekaj porodov na domu, letos jih vemo za vsaj 5. Ministrstvo za zdravje smo pozvali, da obvesti vse diplomirane babice, ki imajo z njihove strani dovoljenje za vodenje porodov na domu, naj te o poteku poroda obvestijo najbližjo porodnišnico in enoto NMP. Vendar se žal to vedno ne zgodi, kljub temu pa mamice vedno pripelejo na pregled novorojenčka v porodnišnico, da jih pogleda specialist, da opravimo presejalne teste in vse preiskave, ki jim sicer pripadajo, kot če bi rodile v porodnišnici. Ta storitev seveda ni vrednotena, zato je ne moremo korektno beležiti in zanje prejeti plačila.

Koliko dobi za porod na domu diplomirana babica in koliko je vrednoten pri vas?

Po navedbah staršev samostojne diplomirane babice, ki vršijo porode na domu, računajo za svojo storitev do 2000 evrov; to plača porodnica sama, za bolnišnični porod, ki vključuje sam proces poroda, oskrbo novorojenčka, lajšanje bolečine, poporodno oskrbo mamice, pa dobimo 1000 evrov.

Vi sicer redno opozarjate na dejstvo, da področje ginekologije in porodništva ni korektno financirano.

V spektru za lajšanje porodnih bolečin sta pri nas zelo popularni hipnoza in akupunktura, kar izvajajo anesteziologi.

Tisto, kar me najbolj boli, je neprepoznavanje pomembnosti oskrbe zdravega novorojenčka. Kljub vsem bojem od leta 2005 dalje, ko je bil objavljen pravilnik o oskrbi novorojenčka, nam do danes ni uspelo doseči, da bi nam MZ in ZZS priznala tudi plačilo za tovrstno oskrbo. Menim, da je to izjemno pomembno področje preventivne dejavnosti, ko imamo zbranih 99 % otrok, zanje opravljamo številne presejalne teste (pregled očesnega ozadja, UZ srca, kolkov ...), vendar nam za to ni priznano plačilo. Na drugi strani pa vsi poudarjamo, kako pomembna je preventiva, pa ne le za kakovosten začetek življenja, tudi s stroškovnega vidika.



Ti poskusi združevanja BGP Kranj in SB Jesenice so stari že več desetletij. Moje osebno mnenje, ki je sinhrono tudi z izsledki sodobne literature, je, da imajo v svetu prednost specializirane bolnišnice. Te so veliko bolj fleksibilne, imajo veliko večje število primerov na posameznega zdravnika, so zato tudi varnejše in nudijo kakovostnejše obravnave. Po izkušnjah se je vedno združevalo »manj k več«, in ne obratno.

FOTO: GORAZD KAVČIČ

To pa ni edina težava, s katero se soočate.

Poleg neplačila zdravih novorojenčkov je prisotno tudi nekorektno plačilo ginekoloških operacij. Sodobne metode ginekološke obravnave priporočajo laparoskopski pristop, ki je seveda zaradi materialnih stroškov dražji. Iz lastnih izračunov, pa tudi s strani ZZS je bilo že večkrat dokazano, da je SPP za laparoskopske operacije vsaj za 30 % podcenjen. Posledično se srečujemo s težavami pri poslovanju, ki jih skušamo reševati po najboljših močeh, toda nikoli za ceno kakovosti obravnave! Menim, da si ženske zaslužimo najsodobnejše operativne postopke, ki krajšajo hospitalizacijo, bolniški stalež, izboljšajo kakovost življenja in omogočajo, da se hitreje vrnejo v delovne okolje, kar za sistem in državo na drugi strani pomeni prihranek.

Žalostni ste tudi zaradi prostorov, v katerih delujete. Omenili ste, da če se vaše bolnice nad čim potožijo, se nad okoljem, v katerem prebivajo.

Bolnišnica na tej lokaciji deluje več kot 50 let in v vsem tem času ni bila celostno obnovljena. Izpadli smo iz energetske sanacije v okviru MZ, ki nam sicer obljublja, da bomo leta 2018 med tistimi ustanovami, ki bodo vključene v projekt energetske sanacije. Tudi porodni blok kar vpije po prenovi. Kljub tem da si ženske praviloma zapomnijo večino dogodkov v porodnišnici, zbledi pa njihov spomin o tem, v katerih porodnih sobah so bivale, preprosto ne moremo nadomestiti pomanjkljivosti fizičnega okolja z odličnim strokovnim znanjem, prijaznostjo, individualnim pristopom. Ženske si zaslužijo prostore, ki niso čisto nič luksuzni, ampak takšni, ki jim omogočajo osnovno udobje. Dostojne prostore si zaslužijo tudi zaposleni. Ponosna sem na svoje sodelavce,

Tisto, kar me najbolj boli, je neprepoznavanje pomembnosti oskrbe zdravega novorojenčka.

ker dejansko delajo srčno. Na vsakem koraku vidiš njihovo individualno zavzetost, nenehno želijo po izboljševanju. Prav te dni pa smo s strani ministrstva za zdravje pridobili soglasje za projekt prenove porodnega bloka, gre za znesek v višini 517.000 evrov brez DDV. Tega smo resnično veseli!

Tudi sicer sodobne aparature nabavljate s pomočjo donatorskih sredstev.

Kar se tiče preskrbe s sodobnimi aparaturami, lahko trdim, da smo zanje dobro poskrbeli v teh letih. Večino aparatov smo kupili samo s pomočjo donacijskih akcij, npr. digitalni mamograf. Letos smo pristopili k izvajanju programa Dora, za katerega beležimo izjemno dober odziv, in prepričana sem, da gre ta na račun dobrih dolgoletnih izkušenj, ki jih imajo ženske s prihajanjem v našo ustanovo. Pohvale so številne. Navkljub vsem težavam, ki jih naštevam, smo z vztrajnim, varnim in kakovostnim delom dokazali, da z jasno strategijo razvoja, dolgoletni-

mi izkušnjami, visoko strokovnostjo in prijaznostjo ter homogenostjo kolektiva, ki odlično dela, sodimo v vrh porodništva, kar potrjuje tudi prejet certifikat.

Kljub temu da si ženske praviloma zapomnijo večino dogodkov v porodnišnici, zbledi pa njihov spomin o tem, v katerih porodnih sobah so bivale, preprosto ne moremo nadomestiti pomanjkljivosti fizičnega okolja z odličnim strokovnim znanjem, prijaznostjo, individualnim pristopom. Ženske si zaslužijo prostore, ki niso čisto nič luksuzni, ampak takšni, ki jim omogočajo osnovno udobje.

Kaj menite o priključitvi vaše bolnišnice k SB Jesenice?

Ti poskusi združevanja BGP Kranj in SB Jesenice so stari že več desetletij. Moje osebno mnenje, ki je sinhrono tudi z izsledki sodobne literature, je, da imajo v svetu prednost specializirane bolnišnice. Te so veliko bolj fleksibilne, imajo veliko večje število primerov na posameznega zdravnika, so zato tudi varnejše in nudijo kakovostnejše obravnave. Po izkušnjah se je vedno združevalo »manj k več«, in ne obratno.

Tudi sama sem s pomočjo sodelavcev izdelala projekt ginekologije in porodništva na Gorenjskem, v katerem sem izdelala mrežo primarne ravni, združila ginekologijo in porodništvo v Kranju. Ta projekt smo obravnavali na seji sveta zavoda in ga posredovali tudi na ministrstvo za zdravje, vendar odgovora nanj nismo prejeli. Mislim, da je to zelo občutljivo področje, ki ga ne bi smeli urediti s politično odločitvijo, ampak se mora o tem izreči stroka. Najprej bi bil potreben korekten pogovor vseh akterjev, ki jih ta proces združevanja zadeva, nato pa se naj išče konsenze. Pri združevanju ne gre za enkratno odločitev, ampak v bistvu za grob poseg v obstoječo ureditev, ki bo prinesla posledice. Razmisliti je denimo potrebno, kam se bodo preusmerile porodnice. En del porodnic bi se zagotovo preusmeril v ljubljanski UKC, ker pa je to terciarna ustanova, bo to zagotovo dražje. Po vseh bogatih izkušnjah pa trdim, da bi ob korektnem financiranju področja ginekologije in plačila zdravih novorojenčkov naša bolnišnica suvereno in odlično delovala, saj smo se še v vseh teh letih uspešno prilagajali vsem spremembam v plačnem sistemu. Na tem mestu pa bi seveda rada poudarila tudi vlogo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, katerega članica smo in na katerega pomoč in pomembno vlogo pri pogajanju računamo. ■

Vrstomat v SB Jesenice

Splošna bolnišnica Jesenice se aktivno vključuje v projekte za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in skrajševanje čakalnih dob. Poleg pobud, ki jih predlagamo v projektih ministrstva za zdravje, uvajamo tudi interne novosti, ki bodo olajšale dostopnost do zdravstvenih storitev v bolnišnici že pred vključitvijo sistema eNaročanja. Januarja 2017 je namreč načrtovana obvezna uporaba eNapotnic za napotovanje na sekundarni in terciarni nivo zdravstva po celotni Sloveniji.

Oktobra je poskusno začel delovati prvi **vrstomat**, ki je nameščen v pritličju upravne stavbe za potrebe tamkajšnjih specialističnih ambulant, mesec kasneje bo vrstomat nameščen tudi v glavni stavbi bolnišnice.

Vpisovanje pacientov, ki so z veljavno napotnico naročeni na pregled ali preiskavo, se bo namesto v sprejemni pisarni izvedlo na vrstomatu. Večini pacientov tako ne bo več treba čakati pred okenci sprejemne pisarne.

Pacient bo kartico zdravstvenega zavarovanja vstavljal v vrstomat in prejel bo listič s podatki o lokaciji ambulante, izvajalcu, predvideni uri pregleda in vrstnem redu vpisa. Osebe bolnišnice bo pacientom v začetnih mesecih pomagalo pri uporabi vrstomata, saj si želimo, da bi uporabniki novost dobro sprejeli in hitro prepoznali prednosti, ki jih prinaša.

Sistem bodo lahko uporabljali pacienti, ki so naročeni na pregled ali preiskavo in so v bolnišnico že predhodno dostavili veljavno napotnico ter imajo kartico zdravstvenega zavarovanja z veljavnim zavarovanjem.

Pacienta, ki so bili ob zadnjem pregledu v naših ambulantah naročeni na nadaljnji kontrolni pregled ali preiskavo in so ob tem prejeli navodilo, naj napotnico ob prihodnjem obisku prinesejo s seboj, smo pozvali, naj napotnico čim prej pošljejo na naš naslov in na njej zapišejo datum in uro pregleda. Enako velja tudi v primeru, če se na pregled ali preiskavo naročijo preko elektronskega obrazca na spletni strani bolnišnice.

Kot smo javnost že obveščali, bomo v prihodnje večino informacij o predvidenem terminu pregleda, preiskave ali posega posredovali pacientom prek SMS-obvestil ali na njihovo željo po e-pošti. Da bi prihajajoče novosti uvedli v obojestransko zadovoljstvo

s čim manj stresa, bomo uporabnike redno informirali preko medijev, spletne strani in pisnih obvestil. ✕

Darovalci, hvala!

ZAVOD REPUBLIKE SLOVENIJE ZA
TRANSFUZIJSKO MEDICINO
REGISTER SLOVENIJA-DONOR



17. septembra smo praznovali svetovni dan darovalcev krvotvornih matičnih celic. Glavno sporočilo svetovnega praznovanja je zahvala darovalcem krvotvornih matičnih celic (KMC) po celem svetu – nesorodnim darovalcem, sorodnim darovalcem, darovalcem pokrovnične krvi, ki so že darovali svoje celice in vsem potencialnim darovalcem, vpisanim v svetovni register, ki so pripravljeni darovati.

Svetovni register BMDW, v katerega je vključen tudi naš register Slovenija-Donor, trenutno šteje okoli 28 milijonov potencialnih darovalcev krvotvornih matičnih celic.

Praznovanje je namenjeno ozaveščanju javnosti o potrebi in pomembnosti darovanja KMC, saj je zdravljenje in življenje transplantiranih oseb odvisno od pripravljenosti darovalcev.

Obolelih z malignimi in drugimi boleznimi kostnega mozga, ki jim pri zdravljenju lahko pomaga le ustrezen darovalec, je vsak dan več. Doslej so darovalci s svojimi krvotvornimi ma-

tičnimi celicami rešili po svetu na stotine tisoč življenj – v Sloveniji že več kot 200 bolnikov.

Svetovni register BMDW (Bone Marrow Donors Worldwide), v katerega je vključen tudi naš register Slovenija-Donor, trenutno šteje okoli 28 milijonov potencialnih darovalcev krvotvornih matičnih celic.

Slovenski nacionalni register Slovenija-Donor ima skoraj 17.000 članov, združuje nesorodne darovalce KMC in tako omogoča iskanje bolniku tkivno skladnega darovalca. Tkivna skladnost je ključnega pomena za uspešno transplantacijo. S sodelovanjem s svetovnim registrom darovalcev KMC je iskanje mogoče tudi med darovalci iz vsega sveta.

Ogromno število članov svetovnega registra BMDW daje več upanja, nekaterim bolnikom pa edino upanje za ozdravitev. Z največjo verjetnostjo bolniku zaradi podobnosti lahko najdemo darovalca v njegovi lastni družini, takoj za tem pa v njegovi lastni populaciji. Zato je še kako pomembno, da širimo nacionalne registre.

Za veliko otrok in odraslih, ki potrebujejo transplantacijo KMC, pa kljub 28 milijonom potencialnih darovalcev ne uspejo najti bolniku ustreznega darovalca, ki bi mu omogočil zdravljenje. Samo s povečevanjem nabora darovalcev se bolnikom povečuje možnost, da zanj najdemo ustreznega darovalca.

Darovalci iz registra Slovenija-Donor, ki so bili povabljeni k odvzemu za konkretnega bolnika, so največkrat darovali krvotvorne matične celice za naše bolnike, ravno tako pa so pomagali tudi tujim, ki so njihovo pomoč potrebovali. Po drugi strani smo za veliko večino naših bolnikov ustreznega nesorodnega darovalca našli v tujih registrih, večinoma v nemških, kar kaže, da je pri transplantacijah KMC izjemnega pomena mednarodno sodelovanje. Zato vsak potencialni darovalec, ki se vpiše v register SD in svetovni register BMDW, postane na voljo vsem bolnikom po svetu, ki bi ga glede na tkivno skladnost potrebovali.

Z velikim spoštovanjem se zahvaljujemo vsem darovalcem, tudi tujim, ter vsakemu posamezniku, ki je z vpisom v register kjerkoli na svetu izkazal svojo pripravljenost darovati celice.

Če bi se želeli pridružiti svetovni družini darovalcev, vas vabimo, da preberete osnovne informacije o vpisu, izboru in darovanju KMC, ki so dostopne na spletni strani www.ztm.si/slovenija_donor. ✕

Spremembe in novosti v zdravstvu

19. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu. Maribor, 20. in 21. oktober 2016

Društvo ekonomistov v zdravstvu je 20. in 21. oktobra v Mariboru organiziralo 19. jesensko srečanje članov. Z naslovom Spremembe in novosti v zdravstvu so bile zajete različne teme, ki pa so, kot je v uvodniku zapisal mag. Franc Hočevar, med seboj močno povezane in tudi usodne za prihodnost javnega zdravstva. Kot je običajno, jesensko srečanje odpira tista vprašanja, ki so aktualna v tem času. Pomemben del posega na področja kontrolnih in nadzornih služb. Spremembe in novosti prinaša Nacionalna strategija razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti do leta 2025. Drugi dan je bil namenjen predstavitvi prenovne zdravstvene zakonodaje in problematiki nove organiziranosti urgentnih centrov.

NEVENKA BANOVIĆ

DEVZ

Predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu ga. Nevenka Banović je najprej pozdravila udeležence srečanja, potem pa predala besedo mag. Francu Hočevarju, ki je skupaj z ga. Darjo Vižintin Zupančič vodil četrtkov program.



Prvo temo **Nadzori izplačevanja plač v zavodih s področja zdravstvenega varstva – ugotovitve Inšpektorata za javni sektor** je predstavila ga. Lidija Apohal Vučković, glavna inšpektorica na Inšpektoratu za javni sektor.

Inšpektorat za javni sektor (IJS) je organ v sestavi Ministrstva za javno upravo, v njem delujeta dve inšpekciji: Upravna inšpekcija in Inšpekcija za sistem javnih uslužbencev, predvsem ugotovitve slednje so pomembne za delovanje zdravstvenih zavodov. Pristojnost za nadzor nad določanjem in izplačevanjem plač je dobila v letu 2011, z nadzori pa je začela v letu 2012. Do konca leta 2015 je prejela 1304 zadeve, rešila jih je 1238 oz. 95 %. Kršitve so bile ugotovljene v 2/3 rešenih zadev. Avtorica je pojasnila način dela ter vrste in postopek nadzora. Na podlagi pobud so opravljali nadzore sistematizacije delovnih mest, prevedbe plač, uvrstitve v izhodiščni razred, položajne dodatke, določitve plače po prenehanju mandata, ocenjevanja delovne uspešnosti ter dežurstva in nadurnega dela direktorjev in

njihovih pomočnikov. Sistemski nadzori so bili opravljeni na področju povečanega obsega dela, tržne dejavnosti in dežurstva. Prisotne je seznanila s pomembnejšimi ugotovitvami nadzorov in najpogostejšimi ukrepi, ki so bili naloženi direktorjem zdravstvenih zavodov po ugotovljenih nepravilnostih, ter s postopkom po zaključku inšpekcijskega nadzora.



Dr. Miroslav Kranjc, vrhovni državni revizor na Računskem sodišču RS je pojasnil **Vlogo Računskega sodišča RS in njegovo presojo smotrne uporabe javnih virov**. Ta je določena

že z Ustavo RS (v 150. členu) kot najvišji organ kontrole državnih računov, državnega proračuna in celotne javne porabe, ki je neodvisno pri svojem delu. Revidira lahko pravilnost in smotnost poslovanja ter akte o preteklem, kakor tudi o načrtovanem poslovanju uporabnika javnih sredstev. Revidiranje pravilnosti poslovanja je pridobivanje ustreznih in zadostnih podatkov za izrek mnenja o skladnosti poslovanja s predpisi in usmeritvami, ki jih mora upoštevati uporabnik javnih sredstev pri svojem poslovanju. Revidiranje smotnosti poslovanja pa je pridobivanje ustreznih in zadostnih podatkov za izrek mnenja o gospodarnosti, mnenja o učinkovitosti ali mnenja o uspešnosti poslovanja. Računsko so-

dišče je neodvisno od subjekta revizije. Njegova dodana vrednost je pot k izboljšanju, saj svetuje izboljšave med in po izvedenih revizijah, »follow-up« je del postopka. Državnemu zboru daje informacije, priporočila in zagotovila za boljši nadzor nad aktivnostmi in naporu revidirancev. O presoji smotrne uporabe javnih virov je bilo opravljenih skupno 1898 revizijskih in porevizijskih poročil, to je 60-70 povprečno letno, v teku pa je 93 revizij.



Mag. Metka Cerar iz Inštituta za javno finančno pravo je pojasnila, zakaj so **Priporočila revizorja lahko dober pripomoček za odpravljanje napak in za razvoj javnega zdravstvenega zavoda**.

Že po definiciji je notranje revidiranje neodvisna in nepristranska dejavnost dajanja zagotovil in svetovanja, zasnovana za dodajanje vrednosti in izboljševanje delovanja organizacije, pomaga ji uresničevati cilje s sistematičnim in metodičnim ocenjevanjem in izboljševanjem uspešnosti upravljanja tveganj, kontrolnih postopkov in upravljanja organizacije. Pri notranjem revidiranju je pomembnih pet elementov, to so: vrste revizije (revizije računovodskih izkazov, revizije zakonitosti in revizije smotrnosti poslovanja), določitev predmeta (potrebno je izhajati iz ocene tveganja in/ali registra tveganj in/ali pričakovani vodstva), izvajalec revizije (mora biti vpisan v register, ki ga vodi Ministrstvo za finance), usposobljenost vodje revizije (to so lahko preizkušeni državni revizor, državni revizor, preizkušeni državni notranji revizor, državni notranji revizor in preizkušeni notranji revizor) in podana priporočila vodstvu (to bi morala biti največja dodana vrednost notranje revizije). Če se vodstvo aktivno vključi v izbiro področja revizije, v izbiro izvajalca revizije in skrbno prouči revizijska razkritja, bodo priporočila revizorja ne le dober, pač pa odličen pripomoček za odpravljanje napak in za nadaljnji razvoj zdravstvenega zavoda.

O tem, kakšna je **Uporabnost in izvedba revizijskih priporočil za management** je govorila **doc. dr. Milena Kramar Zupan**, direktorica Splošne bolnišnice Novo mesto. Na zahtevo Sveta zavoda je v prvih mesecih letošnjega leta Inštitut za javno finančno pravo iz Ljubljane opravil delno



izredno revizijo poslovanja in sicer pregled finančnega poslovanja zavoda v zadnjih dveh letih s poudarkom na stroških dela in materialnih stroških. Ugotovljene so bile nepravilnosti v poslovanju ter pomanjkljivosti pri delovanju notranjih kontrol. Od 28 nepravilnosti oz. revizijskih priporočil jih je bilo več kot polovica (16) s stopnjo izredno visoko ali visoko, kar pomeni nujnost takojšnjega ukrepanja. Konec leta 2015 je bolnišnici za pokritje obveznosti primanjkovalo 8,5 mio evrov, zato mora skupaj z ustanoviteljem nemudoma najti vire za pokrivanje izgube in poplačilo zapadlih obveznosti. Vsa priporočila s stopnjo izredno visoko so že bila realizirana, za tiste s stopnjo visoko tveganje pa so določeni roki realizacije. Revizijsko priporočilo je objektivna zunanja slika stanja in pomeni nujnost ukrepov. Za management je to pripomoček za pravočasno reagiranje in sprejemanje ukrepov za odpravo neugodnih razmer in posledic ter orodje za učinkovitejše in uspešnejše vodenje zavoda, je pa tudi pripomoček za komuniciranje z deležniki (nižje vodstvene ravni, sindikati, Svet zavoda) o stanju in potrebnih ukrepih.



Ga. Tatjana Jevšvar iz Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije je predstavila temo z naslovom **Ali interni revizor nadzira ali proaktivno sodeluje s poslovanjem v osnovnem zdravstvu?**

V uvodu je na kratko pojasnila pravne temelje za vzpostavitev notranje revizije, kaj mora upoštevati notranji revizor pri svojem delu ter kakšna je odgovornost posloводства. Sodobni notranji revizor je svetovalec, usmerjen v izboljšanje poslovanja, daje novo vrednost procesu, ki ga proučuje in nadzira. V nadaljevanju je seznanila prisotne z rezultati ankete, ki jo je v začetku leta 2015 izvedlo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije z namenom, da ugotovi, ali obstaja potreba po izvedbi skupnega javnega naročila za zagotovitev storitev notranjega revidiranja. V anketi je sodelovalo 65 zdravstvenih zavodov (72 % vseh) in le 6 jih ima lastno no-

trajno revizijsko službo, večinoma pa revidiranje izvajajo zunanji izvajalci. Prisotne je seznanila s predlogom novega Zakona o javnih financah, ki ga je na začetku letošnjega leta pripravilo Ministrstvo za finance, in bi prinesel pomembne spremembe na področju organizacije in izvajanja notranjega nadzora javnih financ, med drugim tudi dvig kriterija, ki pogojuje obveznost izvedbe vsakoletne notranje revizije, kar pa ne prinaša napredka pri izvajanju notranje revizijske dejavnosti, še posebej na področju izvajanja svetovanja in s tem proaktivnega sodelovanja notranjih revizorjev s poslovanjem – predvsem v osnovnem zdravstvu. O predlogu novega zakona naj bi v kratkem odločala Vlada RS.



V nadaljevanju je bila predvidena tema **Notranji revizor je pomemben pomočnik pri vodenju javnega zdravstvenega zavoda**, ki pa jo **g. Jože Veternik**, direktor Osnovnega zdravstva

Gorenjske (odsoten zaradi bolezni) ni mogel predstaviti, nekaj poudarkov iz njegovega prispevka je podala **ga. Darja Vižintin Zupančič**. Direktor Osnovnega zdravstva Gorenjske, ki ima organizirano lastno revizijsko službo že od leta 2009, se zaveda prednosti priporočil in ugotovitev notranje revizije, ki zelo učinkovito pomagajo pri odločanju in uspešnem poslovanju.



Naslednjo temo **Nacionalna strategija razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti do leta 2025 – uvod v okroglo mizo** bi morala predstaviti **ga. Vesna Kerstin Petrič** iz Ministrstva za zdravje,

ki pa je tudi zbolela. Namesto nje je moderator **mag. Franc Hočevar** posredoval nekaj poudarkov iz njenega prispevka. Zdravstveni sistemi se zaradi demografskih in epidemioloških sprememb, povečevanja socialno-ekonomskih razlik, mobilnosti prebivalstva, omejenih virov in razvoja sodobnih tehnologij povsod v razvitem svetu soočajo z novimi izzivi, ki zahtevajo korenite spremembe v njihovem upravljanju, financiranju in organizaciji. Poseben izziv pred-

stavljajo neenakosti v zdravju, ki so posledica razlik v dostopnosti do kakovostnih preventivnih in drugih zdravstvenih programov zaradi slabe informiranosti uporabnikov, socialne izključenosti, nezadostne pokritosti ali pomanjkanja ustreznih usposobljenih kadrov. Po drugi strani je hiter razvoj komunikacij prinesel boljšo informiranost in tudi večja pričakovanja prebivalstva, ki se kot enakopraven partner želi vključiti v skrb za svoje zdravje. Osnovna zdravstvena dejavnost je bila prepoznana, tako pri Svetovni zdravstveni organizaciji, kot pri OESD in Evropski komisiji, kot ključna za izboljšanje kakovosti oskrbe v celotnem zdravstvenem sistemu. Zdravstveni sistemi, ki temeljijo na močni osnovni zdravstveni dejavnosti, dokazano prispevajo k boljšim zdravstvenim rezultatom, večji enakosti zdravstvene obravnave in na sploh bolj učinkovitem zdravstvenem sistemu. Vrednote večine reformnih prizadevanj v evropskih državah ostajajo solidarnost, enakost in socialna pravičnost, namen sprememb pa je predvsem zagotavljanje vzdržnosti zdravstvenega sistema, ki naj bi omogočil učinkovito, kakovostno in vsem dostopno zdravstveno oskrbo tudi v prihodnje. Za uspešen proces do leta 2025 pa žal ne bo dovolj samo dober načrt, ampak predvsem pripravljenost in zaveza vseh za njegovo izvajanje.



Na okrogli mizi so sodelovali g. Metod Mezek, direktor Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, (namesto odsotnega g. Jožeta Veternika), ga. Metka Petek Uhan, direktorica Zdravstvene-

ga doma Ptuj, in mag. Marjan Ferjanc, direktor Splošne bolnišnice Celje. **G. Metod Mezek** je v uvodu poudaril, da so usmeritve, zapisane v nacionalni strategiji, dobre. Pot do racionalizacije zdravstva gre skozi primarno zdravstvo. Tudi z vidika perspektive je treba tja usmeriti dodatna sredstva. Vlaganje v preventivo je dolgoročno najcenejše. Zdravstveni domovi se krepijo, postajajo centri zdravja, pacienti se učijo zdravo živeti. S tem, ko se bo krepilo primarno zdravstveno varstvo, se bo zmanjšal pritisk na sekundarno. Trend pa je žal še vedno v naraščanju, kar je slabo. Na koncu pa je še dodal, da se ne strinja, da bi se koncesije podeljevale kot некоč – glede na razne pritiske – in poudaril, da imajo v Združe-

nju zdravstvenih zavodov Slovenije zdravstveni domovi vso podporo.



Ga. Metka Petek Uhan je naprej rekla, da Resolucija prinaša velike izzive za primarni nivo. Urgentni centri bodo uspešno delovali ob sodelovanju primarnega in sekundarnega nivoja.

Zdaj ljudje uporabljajo UC zato, da preskakujejo čakalno vrsto. Primarni nivo je usmerjen v aktivno iskanje novih vsebin. Poudarjeno je sodelovanje z lokalnimi skupnostmi in s sekundarnim nivojem – primarni nivo pa je vratar v zdravstveni sistem. Zmanjšuje se število opredeljenih oseb na zdravnika, zdravstvene organizacije in stroka želijo le 1200 opredeljenih oseb, ne pa 1500 količnikov. Problem je primanjkljaj družinskih zdravnikov. Zdaj jih kroži na specializaciji 371, a do leta 2025 to ne bo dovolj. Zdravstveni domovi lahko dajo le pobudo za večje število specializacij, a to je »v rokah« Zdravniške zbornice. Delati je potrebno bolj kvalitetno. Marsikaj se da spremeniti, npr. z uvedbo eNaročanja.



Mag. Marjan Ferjanc je opozoril, da ne bomo ničesar naredili, če se že na začetku omejimo. Napraviti je treba standarde za obravnavo v primarnem zdravstvenem sistemu in enako tudi

za obravnavo v sekundarnem zdravstvenem sistemu. Opredeliti je treba naloge, šele potem pa tudi sredstva za njihovo izvajanje. Ne strinja se, da je primarno zdravstvo degradirano, temveč je v celoti zdravstvo podhranjeno. Poudarjene so bile nepotrebne hospitalizacije: kaj je nepotrebna hospitalizacija, je strokovna dilema. Prisotne je povprašal, kakšne rezultate so prinesle referenčne ambulante. In na koncu še dodal, da se strinja, da je nujno potrebno okrepiti primarno zdravstvo z zdravništvom.

Najprej se je oglasila **doc. dr. Milena Kramar Zupan**, ki je dejala, da potrebujemo natančne standarde, problem so nepotrebne napotitve, podvaja se veliko storitev, sekundarno zdra-



vstvo je preobremenjeno in je predrago, zato lahko sledi kolaps. **G. Metod Mezek** je opozoril, da noben sistem ne more toliko ustvariti, kot lahko zdravstvo porabi (ne zapravi!). Pa

tudi ostali sodelujoči pri okrogli mizi so dodali še nekaj misli, na koncu pa se je oglasil še **g. Zlatko Lazarevič**, iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, ki je opozoril na odhajanje zdravstvenega kadra v nove urgentne centre ter vedno večji priliv pacientov, ki tudi po nepotrebnem prihajajo v klinični center.



Pred odmorom za kosilo je bil na programu še zbor članov in **volitve v organe** Društva ekonomistov v zdravstvu. Dosedanja predsednica ga. **Nevenka Banovič** se je zahvalila vsem za

dolgoletno sodelovanje in predala besedo novo imenovani predsednici **ga. Heleni Ulčar Šumčič**, ki se je zahvalila za zaupanje vsem članom.

Četrtekovo popoldne je kot običajno namenjeno spoznavanju prelepe Slovenije. Žal nam je dež onemogočil sprehod po vinorodnih krajih, pač pa smo si lahko ogledali spominsko sobo na posesti Meranovo in proizvodnjo v oljarni Fram.

Zvečer je bila v hotelu Habakuk še večerja ob dobri glasbi, ki jo je izvajala skupina Export B, za obilo smeha pa je poskrbel še g. Vinko Šimek. Druženje se je nadaljevalo pozno v noč.



V petek sta program vodila **mag. Rosvita Svenšek** in **g. Vojko Mihelj**. Najprej je bila na programu **Predstavitve Podravske zdravstvene regije**, ki jo je pripravil **g. Stane Frim**, direktor Ob-

močne enote Maribor Zavoda za zdravstveno varovanje Slovenije. Nekaj osnovnih statističnih podatkov: v tej regiji, ki je druga največja v Sloveniji, živi 323 000 prebivalcev (15,6%) na 10,7% površine, kar pomeni, da je gostota prebivalstva

skoraj polovico večja od povprečja v RS. Bruto domači proizvod na prebivalca dosega 82,6%, medtem ko je stopnja registrirane brezposelnosti večja za desetino. Odstotek umrlih pred 65. letom je tretji najvišji v Sloveniji. Odstotek bolniškega staleža (4,62%) presega slovensko povprečje (4,05%). Ekonomsko in socialno stanje regije se odraža v zdravstvenem stanju prebivalstva, saj je pričakovana življenjska doba 75,3 leta, kar je 3 leta manj od slovenskega povprečja. Obstoječa mreža izvajalcev zdravstvenih storitev sicer omogoča prebivalcem, da večino zdravstvenih storitev uresničijo v lastni regiji, kjer so poleg 20 javnih zavodov (3 bolnišnice, 5 zdravstvenih domov, 4 lekarne, 4 domovi starejših občanov in 4 socialni zavodi) še 304 zasebni izvajalci. Težave so na nekaterih področjih zaradi pomanjkanja zdravnikov, vendar izvajalci večinoma realizirajo v pogodbah dogovorjeni program. Potrebno je sprejeti zavezujoča merila za prilagajanje zdravstvenih kapacitet potrebam prebivalcev, kar pomeni spremembe v javni mreži.



Naslednji je bil **g. Tomaž Glažar**, iz Ministrstva za zdravje, ki je govoril o **Prenovi zdravstvene zakonodaje, oceni stanja in izzivih**. Prisotnim je najprej prenesel pozdrave ministrice, ki je

žal tokrat ni bilo z nami. Sredi lanskega leta je bila sprejeta Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025, letos aprila pa še Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025. Do sedaj so bili sprejeti Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja, Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija ter 16 podzakonskih aktov, 5 akcijskih in drugih načrtov, Uredba o spremembi in dopolnitvi Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog, Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020, 15 pravilnikov... V postopku sprejemanja sta 2 zakona: Zakon o lekarniški dejavnosti in Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov, ki sta povzročila kar precej burne odzive. V pripravi je kar nekaj zakonov, poleg Zakona o zdravstve-

nih delavcih, Zakona o pacientovih pravicah in Zakon o dolgotrajni oskrbi, še tista dva, ki ju vsi najbolj nestrpno pričakujemo, saj sta sedanja stara že 25 let – to sta Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Veliko novosti je tudi na področju vodenja in upravljanja javnih zdravstvenih zavodov, ki bo po novem opredeljeno v Zakonu o vodenju in upravljanju. Zakon pripravljata delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, ki sledi usmeritvam, da se vodstvu javnih zdravstvenih zavodov ponudijo orodja predvsem na področju kadrovske politike in lastninjenja, ki bodo pripomogla k učinkovitemu vodenju in upravljanju.



O **Prenovi zdravstvene zakonodaje, oceni stanja in izzivih – pričakovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije** je govoril **g. Marjan Sušelj**, v.d. generalnega direktorja Zavoda

za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Kdo je odgovoren za slabosti zdravstvenega sistema in njihovo odpravo? Imamo zastarele predpise z delnimi spremembami, ki jih prinašajo številne novele v okviru drugih predpisov. Pri prenovi predpisov, ki se pripravljajo pod časovnim pritiskom, se ne spoštuje predpisanih rokov in postopkov, prav tako ni ustreznega sodelovanje javnosti, potrebna je odzivnost – obveščanje o razlogih za (ne)upoštevanje mnenj, saj mora veljati moč argumentov in ne argument moči. Nova temeljna zdravstvena zakonodaja mora sočasno in celovito urediti vsebinsko povezana in soodvisna področja. Potrebno je opredeliti in razmejiti ravni zdravstvene dejavnosti, opredeliti javno zdravstveno službo kot tudi sredstva za njeno izvajanje, kakšne so obveznosti izvajalcev, vsekakor pa določiti merila za postavitve mreže javnega zdravstvenega sistema in urediti področje koncesij. V nadaljevanju je govoril o sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, o prenovi kategorij zavarovanih oseb kot tudi o zakonski določitvi pravic oz. njihovem obsegu. Nazadnje, a vsekakor ne najmanj pomembno pa so finančni viri: izenačiti je potrebno bremena za financiranje zdravstvenega varstva in zaostri odgovornost pri plačevanju prispevkov za osnovno zdravstveno zavarovanje. Svojo

predstavitev je zaključil s predlogom o krepitvi avtonomije ZZZS, ki je kupec zdravstvenih storitev v imenu in za račun zavarovanih oseb.

Sledila je krajša razprava in v zraku je obviselo vprašanje: »Kakšen je ‚timing‘ za posamezne zakone?«. Vsi, ki delamo v zdravstveni dejavnosti, si želimo, da bodo sprejeti čimprej!



Pred odmorom je bila na programu še ena tema: **Sprememba Zakona o lekarniški dejavnosti**, ki jo je predstavil **g. Miran Golub**, predsednik Lekarniške zbornice Slovenije. Priprava

zakona se je začela lani maja, celo leto se je usklajevalo besedilo. Vlada RS ga je obravnavala na začetku oktobra, a zakon ni dobil podpore. Poleg splošnih določb je opredeljena lekarniško dejavnost, kakovost in varnost, kdo so izvajalci lekarniške dejavnosti, kdo izdaja dovoljenja za izvajanje lekarniške dejavnosti in kako je z licencami, posebno poglavje pa je namenjeno pripravi zdravil. Nosilec lekarniške dejavnosti je magister farmacije z licenco, izvajalec lekarniške dejavnosti pa je fizična ali pravna oseba s koncesijo, javni zavod in bolnišnica. Lekarniška dejavnost se izvaja v lekarni, podružnici lekarne in s priročno zalogo zdravil. Geografska merila za mrežo so 400 m na urbanih območjih in 5 km na drugih območjih, zdravnik, ki je oddaljen več kot 10 km, pa ima priročno zalogo. Vertikalne povezave med izvajalci so prepovedane! Izvajalci lekarniške dejavnosti na primarni ravni so tudi koncesionarji. Na sekundarni ali terciarni ravni je lekarna samostojna enota bolnišnice. Strokovno delo v lekarni opravljajo: magistri farmacije, magistri farmacije specialisti in farmacevtski tehniki oz. tehničarji. Poleg izdaje zdravil nekatere lekarne pripravljajo magistralna zdravila in izdelujejo galenska zdravila. Proti koncu je še pojasnil, zakaj so potrebne licence, za kateri kader je članstvo v zbornici obvezno in kdo opravlja nadzor nad izvajanjem zakona.

Po odmoru je sledil nov sklop tem o urgentnih centrih. Najprej je **mag. Dušanka Petrič** iz Službe za razvoj in organizacijo dejavnosti nujne medicinske pomoči na Ministrstvu za zdravje predstavila **Glavno problematiko pri**



vzpostavljanju urgentnih centrov. Začela je z vprašanjem in tudi odgovorila nanj, kakšen sistem NMP si želimo: dostopen, strokoven, varen, sodoben, prožen, analitičen in celovit.

Gradniki v sistemu so urgentni centri, dispečerski centri zdravstva, satelitski urgentni centri, mobilne enote reanimobila, mobilne enote NRV, helikopterska NMP, mreža dežurnih služb in tudi prvi posredovalci – laiki. Vse se je začelo pred letom dni, ko je MZ sprejelo Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. V Sloveniji zdaj deluje 10 urgentnih centrov. Dispečerski centri so v fazi izgradnje, nabave opreme in izobraževanju kadra. Dežurne službe so se iz bližnjih zdravstvenih domov preselile v urgentne centre, ostala zunajbolnišnična dejavnost NMP deluje na enak način kot prej. MZ je zagotovilo dodatna sredstva za krepitev mobilnih enot z reševalci, kar omogoča aktivacijo ekipe z in brez zdravnika. Mreža prvih posredovalcev se širi, zahvaljujoč predvsem lokalnim skupnostim in gasilcem. Vzpostavljen je bil nadzor, njegov namen je ugotavljanje delovanja posameznih enot in UC kot celote, pregled organizacije dela, funkcionalnosti prostorov, kadrovske strukture in dokumentacije. Opozorila je na glavne pomanjkljivosti in težave delovanja, ki so bile ugotovljene ob nadzorih. Dva inštruktorja v vsakem UC opazujeta postopke na področju triaže in pomagata izvajalcem. MZ je pripravilo tudi nekatere ukrepe za izboljšanje delovanja UC.



Sledil je prispevek **dr. Franca Vindišarja**, strokovnega direktorja Splošne bolnišnice Celje, **Problematika nove organiziranosti urgentnih centrov – strokovni vidiki.** Pravne osnove so bile

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2023, Resolucija o nacionalnih projektih za obdobje 2007-2023 in Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013. S pridobitvijo evropskih sredstev v višini 35 mio evrov se je začelo graditi in do konca leta 2015 je bilo odprtih 8 UC,

z manjšo zamudo pa še v Izoli. Organizacija nujne medicinske pomoči (NMP) je bila pred vzpostavitvijo urgentnih centrov organizirana na predbolnišnični in bolnišnični ravni. Prvi cilj je bil vsekakor zagotovitev organizacije, ki omogoča zagotavljanje NMP na enem mestu – da bi pacienti dobili zdravstveno oskrbo brez prehajanja med izvajalci. Ustanovljena je bila delovna skupina za pripravo Enotne metodologije organizacije UC. S strokovnega stališča je bil relativno zgodaj izpostavljen problem, kateri pacienti bodo obravnavani v UC. Nekateri so bili naklonjeni ohranitvi obstoječe organizacije, drugi so pričakovali novo organizacijo, ki bo zagotovila ločeno obravnavo urgentnih in elektivnih pacientov na vseh specialističnih področjih. Odprto ostaja še vprašanje obravnave otrok, vendar je, predvsem zaradi pomanjkanja prostora za zdaj obveljalo, da vsaka bolnišnica poišče svojo rešitev. Po skoraj letu dni delovanja so prisotni naslednji problemi: pomanjkanje specialistov urgentne medicine in ustrezno usposobljenih triažnih sester, neustrezna informacijska podpora, nedorečenost načina evidentiranja storitev, neustreznost sedanje stopnje nujnosti obravnave... Za učinkovito delovanje UC je nujno potrebno zagotoviti ustrezno financiranje.



V nadaljevanju je **ga. Petra Kokoravec**, direktorica Zdravstvenega doma Nove Gorice predstavila **Urgentni center v očeh zdravstvenega doma.** ZD Nova Gorica deluje na področju šestih

občin in pokriva približno 600 km², kjer živi 60.000 prebivalcev, ki jim zagotavljajo storitve iz primarnega zdravstvenega varstva, storitve iz sekundarnega pa izvaja Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca v Šempetru, ki je oddaljen 5 km od Nove Gorice. Konec lanskega leta je začel delovati urgentni center in sredi januarja so preselili dežurno ambulanto. Navedla je pozitivne in negativne izkušnje, med prvimi je vsekakor ta, da dežurni zdravnik ni nikoli sam, ne obravnava več nujnih stanj, večja je možnost diagnostike. Vstop in registracija pacientov je na enem mestu. Žal pa se je v teh mesecih nabralo tudi veliko negativnih izkušenj: povečalo se je število obravnav, saj nekateri pacienti zlorabljajo UC za

dostop do drugih storitev, še vedno se podvaja-jo obravnave. Po njenem mnenju je bilo odprtje urgentnih centrov preuranjeno, saj so (v Novi Gorici, pa ne samo tam) imeli zidovje, ne pa tudi ustreznega kadra, predvsem zdravnike specialiste urgentne medicine. Dežurna služba pa bi morala biti še vedno locirana izven urgentnega centra, saj bi le tako lahko opravljala v polni meri vse svoje funkcije, tako s strokovnega vidika kakor tudi z vidika »vratarja« v zdravstveni sistem.

Razprava, ki je sledila, je samo potrdila, da je in bo še nekaj časa ta tema zelo aktualna, saj je potrebno rešiti kup nedorečenosti pri organiziranosti urgentnih centrov, preden bo dosežen cilj, to je, da bo pacient na enem mestu dobil ustrezno, kakovostno in hitro zdravstveno obravnavo. Ministrstvo za zdravje pa se bo moralo tudi sestati z vsemi bolnišnicami, ki imajo nove urgentne centre in pregledati dejanske stroške, ki v novi organizaciji nastajajo.

Za konec še moje vprašanje, ki pa ga v Mariboru nisem izrekla na glas: kdaj bo Ljubljana dobila nov urgentni center?

Tokratno srečanje je zaključila dosedanja predsednica Društva ekonomistov Nevenka Banovič, ki se je zahvalila vsem predavateljem in tudi udeležencem srečanja ter jih pozvala k oddaji anketnih listov. Kot običajno so bile izžrebane tri številke (46, 165 in 64), trem udeležencem so bile poleg čokolade Maribor podeljene steklenica vina, olja in škatlica čaja.

Analiza vrnjenih 105 anketnih listov je pokazala, da je bila najbolje ocenjena organizacija srečanja, in sicer s povprečno oceno 4,89, kar je za 0,16 višja ocena kot na lanskem 18. srečanju v Radencih (4,73), a malce nižja kot na 17. jesenskem srečanju v Podčetrtku, ko je bila dosežena rekordna ocena 4,95. Tokratni izbor tem so poslušalci ocenili s 4,56 (lani 4,47, predlani 4,65) in tehnično izvedbo s 4,65 (4,63; 4,89), družabnemu delu pa je bilo prisojeno 4,78 (4,66; 4,89). Ponderirana ocena tokratnega jesenskega srečanja članov društva v Mariboru (po vseh štirih kriterijih) je 4,72, kar je 0,10 več kot v Radencih, a 0,12 manj kot v Podčetrtku. Povprečne ocene predstavitev posameznih referatov so se gibale od 3,85 do 4,67 (na 18. srečanju od 3,80 do 4,63, na 17. srečanju pa od 4,03 do 4,87) in taka je bila ponderirana povprečna ocena vseh tem 4,17 (4,26; 4,43). To je izziv za novo vodstvo, da se v prihodnje še bolj potrudi pri izboru aktualnih tem in avtorjev, saj bo le tako zagotovljena številna udeležba. ■

PREGLED DOGODKOV

Seje odborov dejavnosti Združenja

**12. seja Odbora psihiatrične
bolnišnične dejavnosti**
6. oktober 2016

1. Potrditev zapisnika 11. seje Odbora psihiatrične bolnišnične dejavnosti
2. Priprava predlogov za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017
3. Poslovanje psihiatričnih bolnišnic
4. Informacija o projektu preverbe Modre knjižice standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov v praksi
5. Razno

**6. seja Komisije Odbora
osnovne zdravstvene
dejavnosti**
4. oktober 2016

1. Potrditev zapisnika 5. seje Komisije Odbora osnovne zdravstvene dejavnosti
2. Napotitve na sekundarno in terciarno raven
3. Poslovanje zdravstvenih domov s poudarkom na presežku prihodkov nad odhodki
4. Porast bolniškega staleža v breme ZZS
5. Razno

**18. seja Odbora bolnišnične
dejavnosti**
11. oktober 2016

1. Potrditev zapisnika 17. seje Odbora bolnišnične dejavnosti
2. Oblikovanje predlogov za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017
3. Plačilo mrliško pregledne službe in sanitarne obdukcije v bolnišnici – pobuda SB Jesenice
4. Razno

**18. seja Odbora osnovne
zdravstvene dejavnosti**
12. oktober 2016

1. Potrditev zapisnika 17. seje Odbora osnovne zdravstvene dejavnosti
2. Prenova Spremljanja zunajbolnišničnih obravnav (eSZBO)
3. Predstavitve predlogov za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017
4. Poročilo o obravnavanih temah na 6. seji Komisije Osnovne zdravstvene dejavnosti
5. Razno

**13. seja Komisije za
informacijske sisteme**
17. oktober 2016

1. Potrditev zapisnika 12. seje Komisije za informacijske sisteme
2. Prenova Spremljanja zunajbolnišničnih obravnav (eSZBO)
3. Poročanje in odprta vprašanja v zvezi s projektom eNaročanje
4. Razno

20. seja Upravnega odbora
18. oktober 2016

1. Potrditev zapisnika 19. seje Upravnega odbora
2. Obravnava rezultatov poslovanja javnih zdravstvenih zavodov v prvem polletju leta 2016
3. Obravnava rezultatov poslovanja Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije v prvem polletju leta 2016
4. Predstavitve predlogov za Splošni pogovor za pogodbeno leto 2017
5. Skupna baza cen materialov in zdravil
6. Včlanitev ZD Žalec v Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
7. Poročilo s sestanka s predstavniki ZZS
8. Razno

14. seja Pravne komisije
26. oktober 2016

1. Potrditev zapisnika 13. seje Pravne komisije
2. Obravnava izhodišč glede napovedane stavke sindikata Fides
3. Vprašanja članov
4. Razno

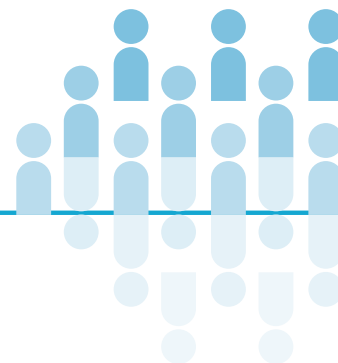
Drugi dogodki

9. november 2016

Posvet o javnem naročanju
Organizator: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
Kraj: Ljubljana

Posvet direktorjev in drugih vodstvenih delavcev v zdravstvu

Debeli rtič, Mladinsko zdravilišče in letovišče RKS
24. in 25. november 2016



Program.

Četrtek, 24. 11. 2016

9.00–9.45	Sprejem udeležencev
9.45–10.00	Uvodni pozdrav Metod Mezek, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
10.00–10.20	Aktualne razmere v zdravstvu Sandra Tušar, Ministrstvo za zdravje
10.20–10.50	Prispevek managementa javnih zdravstvenih zavodov k učinkovitejšemu in uspešnejšemu zdravstvenemu sistemu Tomaž Glažar, Ministrstvo za zdravje
10.50–11.20	Predvidene spremembe na področju upravljanja s čakalnimi vrstami Tanja Mate, Ministrstvo za zdravje
11.20–11.40	Odmor
11.40–12.10	eNaročanje prof. dr. Ivan Eržen, NIJZ
12.10–13.00	eNaročanje in ukrepi za odpravljanje čakalnih dob – primer dobre prakse dr. Aleksander Stepanović, Jože Veternik, OZG Kranj Karmen Janša, Janez Poklukar, SB Jesenice
13.00–15.00	Odmor za kosilo
15.00–15.30	Kontinuirano črpanje evropskih sredstev za razvoj zdravstva Beno Stern, Infinita
15.30–16.00	Predstavitve primera projekta v zdravstvu - Združeni za zdravje mag. Stanislav Pušnik, ZD Ravne na Koroškem
16.00–16.30	Odmor za kavo

16.20–16.50	Predstavitve pozitivne prakse na področju kakovosti ZD Ljubljana Robertina Benkovič, ZD Ljubljana
16.50–17.30	Zagotavljanje varnosti bolnikov v Kliniki Golnik dr. Saša Kadivec, Petra Svetina, Klinika Golnik
19.30	Skupna večerja

Petek, 25. 11. 2016

9.30–10.30	Javno zdravstvo kot moment izgubljenega humanizma Janez Markeš, Delo
10.30–10.45	Odmor za kavo
10.45–11.30	Ciljno vodenje kot orodje za razvoj Primož Klemen, Profil Group, mag. Robert Cugelj, URI - Soča
11.30–12.30	Sestanki - spregledano orodje vodenja Tatjana Zidar Gale, Šola asertivnega komuniciranja
12.30–13.00	Razprava in zaključek

Prijave

Prijave sprejemamo do 15. 11. 2016 oziroma do zapolnitve prostih mest na spletnem obrazcu <https://www.zdrzz.si/Dogodki/>.

Kotizacija, gradivo, prenočišče

Kotizacije za posvet za člane združenja ni.

Gradivo za srečanje in potrdilo o udeležbi boste prejeli ob registraciji. Prenočišče si udeleženci zagotovite sami. Parkirišča so za udeležence posveta zagotovljena.

Dodatne informacije

Dodatne informacije dobite v tajništvu združenja, telefon: 0592 27 190, e-pošta: gp.zdruzenje@zdrzz.si.

