Splošna bolnišnica Jesenice

zbornik

ob 60 letnici
Splošne bolnišnice Jesenice
in 110 letnici
bolnišnične dejavnosti
na Jesenicah

Dan se nikoli ne zaustavi!

Spomini in prihodnost, prepleteni v prazničnem trenutku sedanjosti bodi vez, ki naj nas prepleta.

Splošna bolnišnica Jesenice

60 let

110 let bolnišnične dejavnosti na Jesenicah

Jesenice, maj 2008

Splošna bolnišnica Jesenice

Uvodne misli
poslovnega in strokovnega direktorja ter glavne medicinske sestre

Igor Horvat, univ. dipl. inž. stroj., **direktor Splošne bolnišnice Jesenice**

Letnica 1851 omenja začetke delovanja zdravstvene službe na Jesenicah. Dokument oz. tlorisni načrt z datumom 14. junij 1893 kaže načrte predhodnice današnje bolnišnice (Bolnišnica bratovske skladnice – Werks Spittal in Assling). Zgrajena je bila v letih 1895–96 na mestu, kjer je bil pozneje Dispanzer za medicino dela. Takratno bolnišnico z osemnajstimi posteljami je zgradila Kranjska industrijska družba. Za tiste čase je to pomenilo velik napredek na področju zdravstva ljudi. S širjenjem industrije in z razvojem mesta je rasla tudi bolnišnica. Do začetka druge svetovne vojne je imela že petdeset postelj.

Potrebe po zdravljenju v bolnišnici so prerasle njene dotedanje možnosti skoraj deset let prej. V letu 1932 so se porodile ideje o novi bolnišnici. Kot ves svet je gospodarska kriza prizadela tudi to območje. Tako se je gradnja nove bolnišnice, na današnji lokaciji, začela šele tik pred drugo svetovno vojno v letu 1939. S prvotno načrtovanih sto dvajset postelj so Nemci zmogljivosti bolnišnice povečali še za dodatnih petdeset postelj. Za tiste čase so bili to pogumni načrti. Vojno obdobje je prineslo recesijo v gradnji in dela so se ustavila. Tako so gradnjo bolnišnice nadaljevali po koncu druge svetovne vojne. Uradno odprtje bolnišnice je bilo 11. aprila 1948.

To je bila v tistem času najbolj moderna bolnišnica na Balkanu. Imela je dva oddelka (kirurški in internistični oddelek). Leto in pol pozneje so odprli ginekološko-porodniški oddelek. Skoraj desetletje pozneje, v letu 1959, pa je nastal otroški oddelek. Z razvojem tehnologije je bil v letu 1969 odprt radiološki oddelek. Še nekaj let pozneje je samostojno pot nadaljevala anesteziološka dejavnost.

Kljub drznim načrtom in trdemu delu bolnišnica nikoli ni imela preveč kadrov. Z razvojem zdravstvene stroke in širitvijo dejavnosti v bolnišnici so potrebe po kadrih naraščale, obenem pa tudi potrebe po novih dodatnih prostorih. Tako je bil leta 1979 dograjen ambulantno-poliklinični objekt, ki je že kmalu postal utesnjen. V letih 1990 do 1993 so bila narejena prenovitvena dela po bolnišnici. Zadnji večji poseg v bolnišnici je bila nadgradnja bolnišnice z novim pediatričnim oddelkom v letu 1998. V letu 2005 je bila prepotrebna sanacija premajhnih operacijskih prostorov.

V današnjem času bolnišnica doživlja tako rekoč novi razcvet. Kljub nenehnemu pomanjkanju kadra in denarnih sredstev bolnišnico vseskozi prenavljamo in opremljamo skladno s svojimi možnostmi. Bolnišnica je bila prva v Sloveniji, ki je bila popolnoma digitalizirana, kar pomeni, da klasičnih rentgenskih slik ni več. Povezljiva je po vsem svetu z drugimi bolnišnicami, ki uporabljajo sodobno tehnologijo.

Pred vrati imamo zelo pričakovano gradnjo novega prizidka, ki se vleče že od leta 1993. V njem bodo ‘novo domovanje’ našli: kirurgija z novimi operacijskimi prostori, centralna sterilizacija, centralna intenzivna terapija, internistična intenzivna terapija, urgentne službe, lekarna, patologija. Torej novih 5000 m^2 prostorov. V starih prostorih bo obnovljena kuhinja, jedilnica in garderobe za zaposlene. Prav tako velik projekt nas čaka s prenovitvijo energetske oskrbe bolnišnice, kjer želimo posodobiti gretje, prezračevanje in hlajenje prostorov in zmanjšati porabo energije ter posledično stroškov

zanjo. Ob tem se začenja projekt ureditve prometa in parkirišč znotraj kompleksa bolnišnice ter ureditev sodobnega heliporta, ki bo prav tako prvi tovrstni objekt v Sloveniji za potrebe urgentne službe.

Globalni trendi v industriji in razvoju družbe tudi javni sektor in bolnišnice silijo k skrbnemu koriščenju danih sredstev. Torej z omejenimi sredstvi narediti čim več ob čim manjših stroških. Temu posvečamo veliko pozornosti in energije. Največkrat je zelo težko najti ravnovesje med željami, potrebami, zahtevami in možnostmi vseh in vsakogar. Zavedati se moramo, da ne varčujemo pri bolniku, temveč za bolnika. Kar je pomembna razlika.

Zaposlenih nas je danes šeststo. Zavedamo se ključnega pomena zaposlenih, zato vlagamo precej sredstev v izobraževanje. Bolnišnica dosega rezultate na različnih področjih strokovnega dela tako na medicinskem kot negovalnem področju. V zadnjih letih posvečamo veliko pozornosti tudi drugačnemu organiziranju dela. Na tem področju smo v Sloveniji na nekaterih poteh pionirji. Postavili smo oddelek enodnevne bolnišnice, ki je velika uspešnica.

Vsega, kar danes bolnišnica je, ne bi bilo brez ljudi, brez zaposlenih v bolnišnici, ki so in smo velik del svojega življenja preživeli v bolnišnici in z bolniki ter za bolnike. Ni vse samo v stavbah, najsodobnejši tehnološki opremi, najbolj dognanih metodah zdravljenja, najbolj izobraženih zaposlenih. Včasih veliko več zaležeta razumevanje in prijazna beseda tako med zaposlenimi kot pri bolniku. Največje bogastvo in kapital, ki ga ima bolnišnica, so ljudje, ki z dušo in s srcem pomagajo pri novem življenju, ga ohranjajo in nazadnje lajšajo zadnje trenutke našega življenja.

Zaposleni smo ponosni na vse predhodnike, ki so utirali pot bolnišnici na poti njenega razvoja. Po tej poti danes hodimo mi. Delamo trdo, predano in z ljubeznijo. Le tako bomo lahko kos izzivom sodobnega časa. Nikoli pa ne smemo pozabiti, da to, kar delamo, delamo za človeka, bolnika, ki pride k nam zato, ker potrebuje pomoč.

Vizija splošne bolnišnice Jesenice

Želimo postati najboljša slovenska bolnišnica, primerljiva s podobnimi bolnišnicami v evropskem prostoru,

v kateri bo vsak bolnik deležen najboljše osebne obravnave in kakovostne oskrbe. Želimo, da se bolniki pri nas počutijo zaželeni in varni, imajo dostop do zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih sodelavcev, da so dobro seznanjeni s svojim stanjem, zaposleni pa smo jim ves čas na voljo.

Spodbujamo sodelovanje med zaposlenimi in jim omogočamo osebni in strokovni razvoj ter tako zagotavljamo poudarjeno pripadnost in zavzetost vsakega zaposlenega v Splošni bolnišnici Jesenice.

Igor Rus, dr. med., spec. internist, **strokovni direktor bolnišnice**

V prvi samostojni bolnišnični številki glasila Slovenskega zdravniškega društva – Zdravniškega vestnika – sem uvodnik začel s stavkom: »Nekaj o bolnišnici, ki stoji na začetku – za nekatere pa tudi na koncu mesta, ki bo aprila 2008 stara 60 let in v kateri so najprej delovali učitelji in nato njihovi učenci, ki so nato postali učitelji učencem, ti pa so danes še vedno učitelji,« predvsem pa zdravniki, ki se vsakodnevno skupaj z drugimi sodelavci razdajajo in zapuščajo sledi svojega delovanja času in prostoru, ki se marsikdaj nikoli ne konča.

Bolnišnica, ki na tej lokaciji deluje že več kot 60 let, je med svojim razvojem doživljala vzpone in padce, ker pa so prevladovali predvsem vzponi, se je na tem mestu treba spomniti učiteljev in mojstrov svojega poklica, kot so kirurg prim. Jože Hafner, dr. med., internist prim. France Brandstetter, dr. med., ginekologinja prim. Tatjana Zalokar dr. med. in pediater prim. Štefan Plut, dr. med., radiolog Alojz Jenko, dr. med., anesteziolog Stane Čebokli, dr. med.

Zgoraj navedeni so postavili temelje oddelkom in enotam, ki so se skozi leta razvijali do te mere, da je bolnišnica danes v popolnosti umeščena v regijski prostor.

Ne moremo in ne smemo prezreti tudi drugih zdravnikov in zdravstvenih delavcev in sodelavcev, ki so nadaljevali začeto delo in v letih, ki so sledila, z veliko osebno energijo in pozitivno naravnanostjo prispevali k boljši organiziranosti pri zdravljenju in oskrbi bolnikov. Namen tega uvodnika ni, da bi poimensko naštevali vse, ki so in še prispevajo k razvoju te bolnišnice, se pa lahko vsak, ki se je kalil kot zdravnik ali zdravstveni delavec oz. sodelavec ter preživel ali preživlja v bolnišnici leta šolanja, strokovnega in osebnega razvoja, s ponosom ozre v HIŠO, v kateri se 24 ur na dan prepleta veselje ob rojstvu, jok ob smrti, olajšanje ob odpravi bolečine ter zadovoljstvo ob ozdravitvi, in ki je za vse vedno stala, stoji in bo stala na začetku tega dolgega mesta.

Ustanova, ki ta čas slavi 60-letnico, je marsikdaj orala ledino in kazala pot drugim regijskim bolnišnicam, pri čemer je bila mogoče večkrat tudi po krivici prezrta, mnogokrat pa tudi pohvaljena in upoštevana, predvsem pa nagrajena z zadovoljstvom bolnikov in zaposlenih.

Ne glede na to, da nas pogled v 60-letnico obstoja navdaja s ponosom in z zadovoljstvom, lahko tudi z zmernim optimizmom zremo v prihodnost, kjer je cilj ostati in obstati kot dobra, prijazna navzven in navznoter, lahko tudi za nekatere najboljša bolnišnica v tem prostoru in času.

Zdenka Kramar, dipl. m. s., **glavna medicinska sestra bolnišnice**

Naša bolnišnica letos praznuje 60 let, vsekakor ne moremo reči, da je stara, je pa v najboljših zrelih letih, ko se začno že pojavljati tegobe sodobnega življenja. Kljub temu je v naši hiši zaposlenih še veliko ljudi, ki smo nanjo ponosni in smo veseli, da smo del nje.
Ob takih jubilejih se radi ozremo nazaj, saj brez poznavanja preteklosti ne moremo sanjati prihodnosti in razumeti sedanjosti.

Vsaka minuta prihodnosti je minuta preteklosti, zato sledimo ciljem, ki so vodili že naše predhodnice. Hodile so po poteh, ki so jo tlakovale desetletja. Njihove usmeritve so postale tudi del naše poti, naših ciljev. Že pred desetletji so imele pogled uprt v prihodnost, združile so znanje in prizadevanje za skupne cilje, ki so bili usmerjeni v bolnika in v izvajanje kakovostne in varne "nege".
Prvi dve glavni medicinski sestri bolnišnice, tako gospa Joža Brandstetter kot gospa Olga Blažič, sta imeli pogled uprt v prihodnost. Skupaj z drugimi medicinskimi sestrami sta se zavzemali za razvoj in boljši položaj zdravstvene nege.
Ob prelistavanju arhivskih zapiskov sem zasledila v njunih poročilih zapisano, da se motijo tisti, ki podcenjujejo delo medicinskih sester – nego bolnika - ali da vidijo samo "zanimiv" primer in pozabljajo na človeka z vsemi njegovimi telesnimi in duševnimi potrebami. Zapisano je,da smo preživeli čase, ko je medicinska sestra skrbela le za zadovoljevanje osnovnih bolnikovih potreb in izpolnjevanje zdravnikovih naročil, pa tudi čase, ko se je medicinska sestra vedno bolj specializirala za zahtevne medicinsko tehnične posege.
Ali je to aktualno še danes? Na to vprašanje si moramo odgovoriti zaposleni v zdravstveni negi sami.
V bolnišnici se je od ustanovitve pa do danes zamenjalo veliko generacij medicinskih sester. Spreminjalo se je število zaposlenih, prav tako tudi izobrazbena struktura. Priča smo bili uvajanju različnih načinov, menjal se je pogled na status zdravstvene nege in delo medicinske sestre. Spreminjala se je zahtevnost dela in odgovornost, kot tudi odnos do nas samih. Medicinske sestre se vse bolj zavedamo, da je moč v nas samih, da tisti, ki ostajamo zvesti samemu sebi in želimo nuditi varno in kakovostno zdravstveno nego, lahko tudi največ doprinesemo k njenemu razvoju.

Zgodovina je v šestdesetih letih vsrkala številna imena, pomembne dogodke, usode, uspehe in tudi poraze. To dediščino moramo skrbno hraniti in jo uporabiti v vsakdanjiku svojega dela z bolnikom.
V zadnjih letih je razvoj zdravstvene nege doživel velik razmah tako organizacijsko kot strokovno. Spremembe so postale naš vsakdanik, s tem pa tudi razvoj zdravstvene nege v bolnišnici.

V vseh letih obstoja Splošne bolnišnice Jesenice je bilo v zdravstveni negi mnogo narejenega. Medicinske sestre, babice in tehniki zdravstvene nege smo bili in bomo pomemben steber pri oskrbi bolnika in delovanju celotne bolnišnice.

Z znanjem in razvojem stroke zdravstvene nege se razvijata samozavest in samopodoba medicinskih sester, babic in tehnikov zdravstvene nege, ki sta pomebni za razvoj stroke. Vsaka stroka, posameznik želi videti, občutiti koristnost svojega delovanja in to je pogoj za razvoj poklicne identitete.
Spremembe v okolju so naša priložnost in dolžnost, da razvijamo in izvajamo še boljšo in kakovostnejšo zdravstveno nego in oskrbo bolnikov. Pri tem razvoju je vsekakor pomembna avtonomnost stroke. Toda avtonomnost v zdravstveni

negi ni razumljena kot izolirano delovanje, kot samozadostnost. Avtonomnost dobi svoj smisel, svojo dodano vrednost v skupini, dialogu z drugimi in se plemeniti s povezovanji, z vkllj̆učevanjem in tesnim sodelovanjem vseh poklicnih skupin. Zdravstvena nega hoče in mora biti vpeta v celostno oskrbo bolnika v bolnišnici.

Težko je najti prave besede za pomembna dela. Zdravstvena nega je vedno znala preživeti vsa težka obdobja. To je znala v preteklosti, prepričana sem, da bo tako tudi v prihodnosti.

V viziji bolnišnice je opredeljena smela želja, da v prihodnosti postanemo najboljša splošna bolnišnica. Zaposleni v zdravstveni negi smo skupaj z drugimi sodelavci dejavni pri doseganju vizije bolnišnice in vizije zdravstvene nege.

Stalnica, ki smo ji bili priča v bolnišnici v preteklih letih in na katero lahko računamo tudi v prihodnje, so spremembe. Spremembe so bile delno pogojene s spremenjeno zdravstveno politiko v Sloveniji, z vstopom v Evropsko unijo, v veliki meri pa so bile odvisne tudi od sprememb, ki smo si jih zadali v bolnišnici. Vse to nas bo tudi v prihodnje opozarjalo, da je treba iskati nove rešitve strokovnih problemov, spremeniti odnos do obstoječih, oblikovati nove vrednote in odnose ter poiskati ustrezne načine dela z bolniki, kot tudi z zaposlenimi.

Proces sprememb je vredno opazovati, ne le skozi pogled nazaj v zgodovino, temveč tudi z vidika življenja, ki ga živimo. Vsi zaposleni v bolnišnici smo del procesa sprememb, tudi medicinske sestre, babice in tehniki zdravstvene nege. Svojo prakso spreminjamo z medsebojnim sodelovanjem, pridobivanjem znanja, z vzpostavitvijo strategije bolnišnice in strategije zdravstvene nege. Vse to bo v veliki meri odločilo o uspehu ali neuspehu dejavnosti, ki jih izvajamo.

Poleg vsega moramo znati deliti svoje znanje in izkušnje, nadaljevati strokovno in osebnostno rast in še naprej uvajati spremembe z vsemi težavami, ki se pri tem pojavljajo. Ne smemo pozabiti, da je za spremembe potreben čas in da moramo ceniti dosežke, čeprav so ti še tako majhni. Vendar ni odveč previdnost pri uvajanju sprememb, saj smo ljudje tisti, ki bomo uresničevali proces, obvladovali tehnične vidike in svoje odnose. Na vseh opredeljenih temeljih je treba graditi tako razvoj stroke zdravstvene nege kot vsakega posameznika v njej.

Za odločitve in usmeritve smo najprej odgovorni sami in vsi tisti, ki oblikujejo zdravstveno politiko na ravni posameznih javnih zdravstvenih zavodov in ministrstva ter celotne družbe.

Razvoj bolnišnične dejavnosti na Jesenicah

prim. Tone Lah, dr. med., svetovalec direktorja

Začetki

Prva zasilna bolnišnica na Jesenicah je bila zgrajena vzporedno z graditvijo železarne in prvih stanovanjskih hiš v letih od 1880-1890. Stala je v bližini industrijskega magazina, podobna je bila stanovanjskim hišam, kakršne so bile takrat v naselju Podmežaklja. V njej je bilo prostora za 10 postelj.

Vzajemnost in solidarnost sta družili delavce in prvi so se v bratovščini združili rudarji. Obolelim kolegom so dajali posojila in pomoč v primeru nezgod. Pozneje so to vsebino razširili na podpiranje invalidov, njihovih vdov in sirot. Nastale so preskrbovalne blagajne, iz teh pa so pozneje izšle bratovske skladnice.

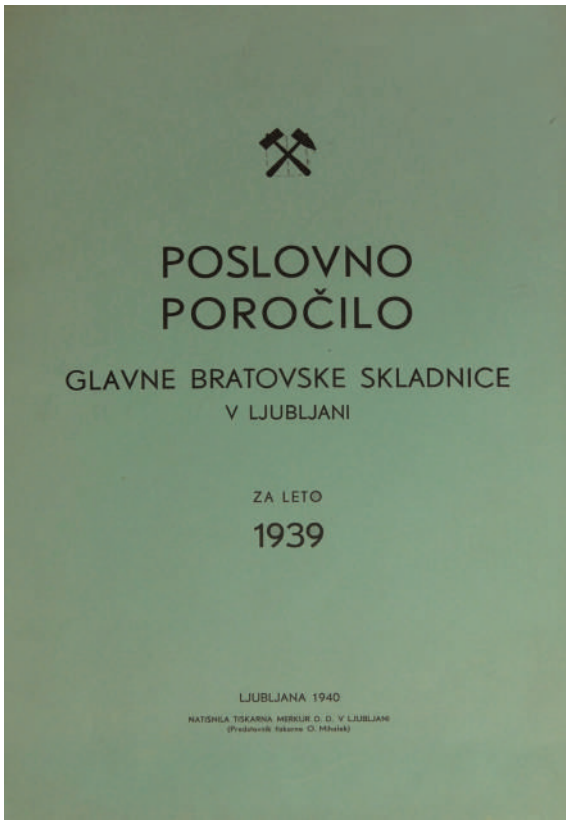
Delo v tovarni je bilo naporno in nevarno, povezano s številnimi nesrečami in obolenji. Premikači so bili v nevarnosti zlasti pozimi zaradi zdrsov na poledenelih tirih, v topilnici in valjarni je bilo veliko opeklin, v šamotarni so obolevali za silikozo, delavcem v kamnolomu je prah nažiral pljuča. Potrebovali so bolnišnico.

‘Stara’ bolnišnica

Staro jeseniško bolnišnico je začela graditi bratovska skladnica v letih1895-1896. Desetletje pred tem obdobjem je lastnikom fužin na Gorenjskem, Zoisom in Ruarjem, zmanjkovalo železove rude in finančni vložek nemškega kapitala je leta 1888 spremenil Jesenice v moderno industrijsko središče; zgradili so predelovalne obrate, valjali železo in žico, povezali so se s plavži v Škednju pri Trstu.

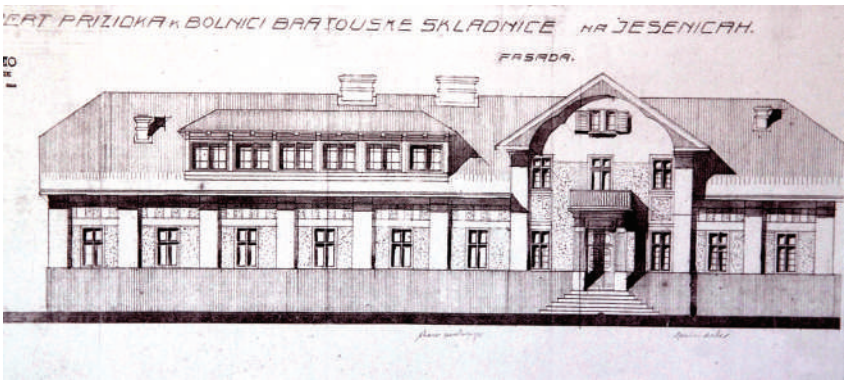
Veliko je bilo bolnikov z opeklinami, kožnimi boleznimi, revmatizmom, tuberkulozo. Bolnike, ki so imeli težave s slepičem ali kilo, so vozili do leta 1939 z vlakom v Kandijo pri Novem mestu. Za prevoze poškodovanih delavcev z mesta nesreče do bolnišnice so uporabljali poseben voziček, za katerim so po makadamski cesti skozi Javornik s strahom tekli tudi ženske in otroci.

Hrana v stari bolnišnici je bila dobra, za veliko obolelih boljša kot doma. Imeli so pet obrokov, nekateri pa tudi dieto. Za razsvetljavo so uporabljali tlivko, ki je dajala vijoličasto svetlobo, sobe pa so ogrevali s pečmi. Bolnišnica je imela svojo pralnico, prali so na roke, tudi povoje, ki so jih pozneje bolniki pomagali zvijati.



Poslovno poročilo bratovske skladnice

Po končani 1. svetovni vojni je začelo naraščati število delavcev, zaradi potrebe je vodstvo bratovske skladnice bolnišnico leta 1923 povečalo na 50 bolniških postelj. Pomanjkanje prostorov se je nadaljevalo, leta 1929 se je zgradil prizidek za pisarniško in pomožno osebje, leta 1931 pa se je pri bolnišnici zgradila posebna zgradba za zdravljenje nalezljivih bolezni.



Načrt bolnišnice bratovske skladnice

Načrtovanje nove bolnišnice

Razširitev železarskih obratov na Jesenicah in Javorniku ter povečanje zavarovancev bratovske skladnice na 2000 in svojcev na 300 so oblikovali stališče, da bolnišnica več ne ustreza zahtevam zdravstvene službe in da je treba zgraditi novo. Odločili so se, da bo nova bolnišnica zgrajena na zahodnem delu Jesenic in da bo imela 120-130 postelj in bo služila samo članom bratovske skladnice in njihovim svojcem. Stroške so takrat ocenili na sedem milijonov dinarjev. Slovesno so položili temeljni kamen ter vzidali spominsko listino dne 27. julija 1940.

Po nemški zasedbi Gorenjske je bratovska skladnica prešla pod Blagajno socialnega zavarovanja za zasedeno ozemlje na Kranjskem in Koroškem, ki je odstopila nedograjeno bolnišnico državni upravi. Nemci so povečali načrte iz 120 na 180 postelj in je začela nastajati splošna bolnišnica.

Rojstvo

Po končani vojni je postal gradbeni gospodar bolnišnice Republiški zavod za socialno zavarovanje. Delati so začeli v drugi polovici leta 1945, imeli so težave z instalacijskim materialom ter z nabavo notranje opreme. Novo bolnišnico so svečano odprli 11. aprila 1948 leta.

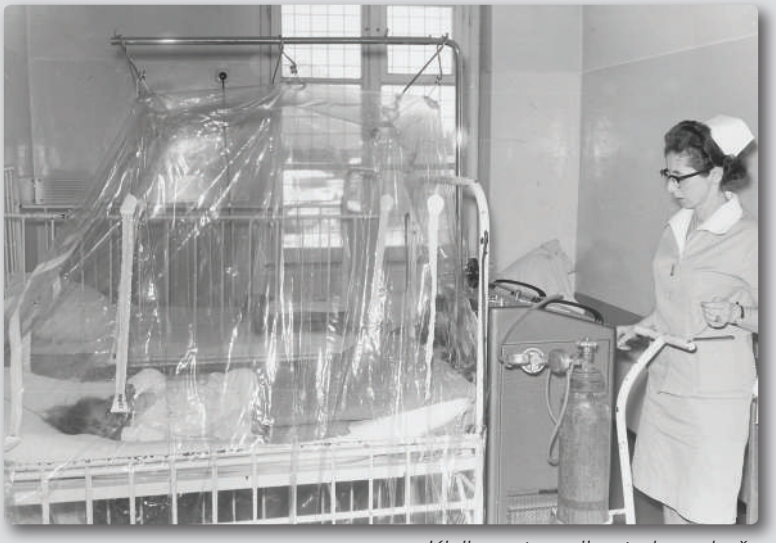
Včeraj in danes

Stara bolnišnica

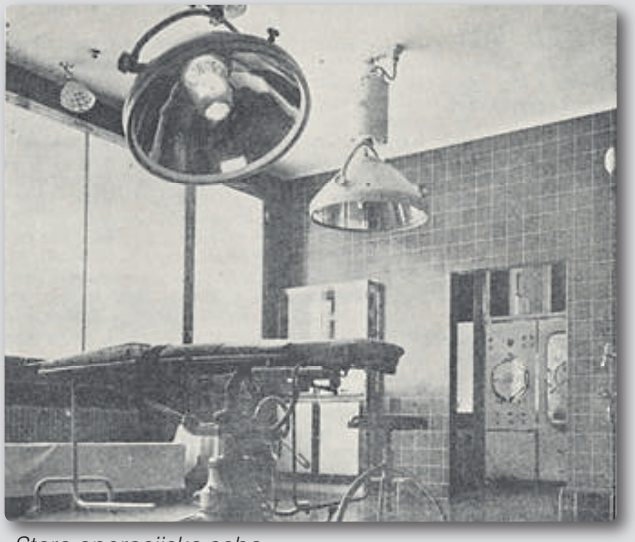
Gradnja bolnišnice

Inkubator in sterilizator nekoč

Prevoz novorojenčkov v preteklosti



Kisikova terapija otroka nekoč



Stara operacijska soba

Simbioza dela, včeraj, danes in jutri

Kirurgija danes, kirurgija jutri

prim. mag. Miran Rems, dr. med., spec. kirurg, predstojnik kirurškega oddelka

Kirurgija žene temeljni imperativ
zdravniškega principa prav do skrajnih meja,
kjer se človeško stika z božanskim.

Milan Kundera, Neznosna lahkost bivanja

Splošna bolnišnica mora zagotoviti tudi kirurško zdravljenje. Zagotavljamo ga že od ustanovitve in v tem času je kirurški oddelek prerasel v največji oddelek naše hiše. Obravnavamo največ bolnikov, imamo najvišji delež finančne porabe ter seveda tudi obremenitev pri delu. Smo edini oddelek za gorenjsko regijo, ki zagotavljan popolno kirurško oskrbo.

Bolnikova pot se ponavadi začne v ambulantni obravnavi. Nujna stanja obravnavamo v Urgentni kirurški ambulanti, ki dela 24 ur dnevno. Tukaj se srečujemo z bolniki, ki so imeli poškodbe, akutno nastala stanja ali bolezni, ki zahtevajo takojšnjo kirurško terapijo. V želji, da bi bolnikom omogočili čim bolj strokovno delo, smo že pred leti uvedli tudi subspecialistične ambulante. V njih obravnavamo bolnike poglobljeno, glede na problematiko. Ambulante, ki so organizirane po specialistih, imamo vsak dan, eno dopoldne in eno popoldne. V zadnjih letih se je močno razmahnilo ambulantno operativno zdravljenje. Na ambulantne kirurške posege so bolniki naročeni po predhodnem pregledu in indiciranju. Posege izvajamo vsak dan dopoldan v programski shemi, ki je vnaprej določena. S tako organizacijo dela naredimo letno v vseh kirurških ambulantah okoli 40.000 pregledov. Kirurška dejavnost je razvejana in vključuje tudi posamezne specialnosti, ki so se osamosvojile; najmočnejša je ortopedska, ki jo delamo ambulantno in bolnišnično. Naši kolegi ortopedi poleg ambulantne dejavnosti v naših ambulantah delajo tudi po zdravstvenih domovih na Gorenjskem. V ortopedskih ambulantah pregledamo okrog 6.000 bolnikov. V prihodnosti bomo razširili dejavnost tudi v urologiji in drugih kirurških specialnostih.

Po pregledu in strokovni odločitvi v ambulanti, ali je potrebna operativna terapija, je bolnik uvrščen na čakalno listo za nadaljevanje zdravljenja v bolnišnici. Pred dobrim letom smo prešli na popolno elektronsko vodeno čakalno knjigo, ki nam omogoča natančno sledenje čakalnih dob in tudi natančnejše načrtovanje operativnega programa. S tem zmanjšujemo možnosti preložitev ter omogočamo širšo preglednost bolnikom in zavarovalnici. Ob natančnem sledenju razvoja čakalnih dob smo ugotovili, da smo kljub velikosti še vedno premajhni, da bi lahko zagotovili priporočeno čakalno dobo oziroma da bi operativno zdravili bolnike v optimalnem stadiju ali času. Dogaja se nam, da se čakalna doba za operativne posege podaljšuje zaradi povečanja števila urgentnih posegov. S povečanjem urgentnih posegov prihaja do podaljšanja čakalnih dob za druge, programske posege. Smo splošna bolnišnica, ki mora poleg programskih bolnikov oskrbeti tudi vsa urgentna stanja, ki mnogokrat potrebujejo

Skupinska fotografija zaposlenih na kirurškem oddelku

operacijske posege. Prostorske kapacitete so omejene in posledično ostaja manj časa za programske posege. Žal je ob poročanju čakalnih dob, ki je objavljena tudi na spletni strani, nejasno, za katere čakalne dobe gre. Čakalne dobe so skupne, povprečne, tako za programske kot za urgentne bolnike, in ne odražajo resničnega časa, na katerega bo moral bolnik, ki se pripravlja na poseg, čakati. Ta čas je odvisen od vpliva nujnih primerov. Smo v turističnem območju in zaradi povečanega obiska turistov v zimskem in poletnem času je povečano število poškodovanih in obolelih v naših ambulantah in oddelkih. Za takšno sezonsko povečanje bi potrebovali dodatni program, tako ambulanti kot bolnišnični. S tem bi lahko zagotovili enakomerno in nemoteno izvajanje predvidenega programa.

Pred nekaj leti smo uvedli novo organizacijsko obliko dnevne obravnave kirurških bolnikov v dislocirani enoti, kjer je celoten proces zdravljenja na enem kraju, s središčem okrog bolnika. Taka organizacija dela v dnevnem oddelku je še vedno edina v državi. V dosedanjem delovanju je pokazala izredno uspešnost in visoko stopnjo zadovoljstva med bolniki in zaposlenimi. Tudi druge regijske bolnišnice kažejo močan interes za preslikavo takšnega modela v svoja okolja. V dnevnem oddelku, ki ga vodi koordinatorica primerov, letno obravnavamo okoli 1.000 kirurških bolnikov. Vse bolnike obravnavamo po klinični poti. Gre za protokol, v katerem predhodno določimo, kako bo potekal proces zdravljenja. Že ob obisku v ambulanti, v pogovoru z bolnikom o vrsti posega, ugotovimo, ali se strinja z obravnavo v dnevnem oddelku. Upoštevamo tudi strokovne omejitve in tudi to, ali dovoljujejo predlagano obravnavo v dnevnem oddelku. Vodja dnevnega oddelka potem pokliče bolnika, ga še enkrat obvesti o procesu ter se dogovori za natančen datum predvidenega posega. Ob prihodu na oddelek se celotno dogajanje, od administrativnega sprejema do odpusta, dogaja ob bolniku, na tem oddelku. Vsi operirani bolniki so praviloma zvečer odpuščeni in ob 20.00 oddelek zapiramo. Če narava procesa ali stanje ne dovoljujeta odpusta, je bolnik premeščen na bolnišnični oddelek.

Kirurški oddelek ima tri krila, ki so organizirana kot manjše celote, kot odseki. Delimo se glede na usmeritev na odsek za abdominalno kirurgijo, ortopedijo, splošno kirurgijo in travmatologijo. Ortopedski odsek deluje na dveh krilih, operativni del na travmatološkem in konzervativni del na odseku za splošno kirurgijo. Imamo še odsek za kirurške rane, kjer ležijo bolniki, ki potrebujejo kirurško zdravljenje in bolnišnično spremljanje težav s kroničnimi ranami, predvsem na spodnjih okončinah. Otroci do dopolnjenega 18. leta so sprejeti na pediatrični oddelek, kjer imamo organiziran odsek za otroško kirurgijo. Letno tako na vseh odsekih obravnavamo približno 5.000 bolnikov, od tega je delež operiranih več kot tri četrtine. Delež operiranih se zadnja leta povišuje, saj operativna dejavnost definira kirurški oddelek. Ob neurejenih prostorski razmerah to predstavlja vedno večji organizacijski in logistični zalogaj. Ob tem se povečujejo tudi stroški zdravljenja, saj je operativno zdravljenje dražje in zahteva tudi več vgradljivih materialov in dodatnih zdravil. Število sprejetih bolnikov je odvisno od letnega načrta dela in priznanja števila primerov s strani plačnika. Verjetno ob sedanji organizaciji in kadrovski zasedenosti sprejmemo največje možno število bolnikov in je lahko nadaljnje povečevanje števila povezano le s povečevanjem števila zdravnikov in medicinskih sester.

Zdravniki na kirurškem oddelku

Obravnavi bolnikov, ki potrebujejo bolnišnično zdravljenje, smo namenili veliko pozornosti tudi v organizacijskem smislu. Pred nekaj leti smo tudi za oddelčno delo ustvarili delovno mesto

koordinatorica primerov, ki je v veliko oporo bolnikom ob sprejemu. Ob tem smo skrajšali čas obravnave sprejema ter kakovostno spremenili tudi obravnavo v smislu doslednosti ter močno zmanjšali število nepotrebnih sprejemov oziroma odklonov zaradi odpadanja iz operativnega programa. Koordinatorica ima tudi pomembno vlogo pri pripravi operativnega programa in komunicira z bolniki že dva tedna pred predvidenim sprejemom. Bolnike sprejmemo na dan operacije, ko imamo natančneje načrtovan operativni program. Vsi so obveščeni s potekom sprejema in se nanj pripravijo že doma. Le pri večjih posegih, kjer sta smiselna predhodna koordinacija in pregled stanja, se odločamo, da so sprejeti pred dnevom posega.

Po obnovi operacijskega bloka pred leti imamo vzpostavljen izboljšan standard v operacijski dvorani, predvsem za boljšo zaščito bolnikov. Še vedno pa je operacijski blok na premajhni površini, saj prostorske omejitve ne dopuščajo razširitve kvadrature. Imamo samo eno operacijsko dvorano, ki je opremljena po sedanji standardih, tako po velikosti kot po opremi. Druge so premajhne in tudi oprema s prezračevanjem, z operacijskimi mizami in lučmi je zastarela in neprimerna, zato so obremenitve sodelavk in sodelavcev večje. Prostorska stiska je tudi zaradi dela sterilizacije v operacijskem bloku. Centralna sterilizacija v hiši še ni v popolnosti zaživela in zaradi tega se kažejo tudi težave pri organizaciji dela v operacijskem bloku. Le ena operacijska dvorana, ki zagotavlja evropski standard za kostne operacije, je premalo za število operacij, ki jih izpeljemo. Kostne operacije, predvsem tiste, pri katerih se vgrajuje material, potrebujejo najvišji standard, saj so posledice slabšega za bolnike lahko usodne. Glede na število teh posegov bi potrebovali najmanj dve takšni operacijski dvorani. Žal se gradnja operacijskega bloka odmika in normalnega standarda naši bolniki še ne bodo kmalu deležni. Za racionalnejšo in boljšo organiziranost dela smo se odločili za koordinatorico primerov tudi v operacijskem bloku. Izkazalo se je, da je koordiniranje pomemben del podpore tekočemu izvajanju operativnega programa. V naših razmerah, ko primanjkuje operacijskih dvoran oz. nimamo možnosti ločevanja programskega in urgentnega dela operativnega programa, je koordinacija še pomembnejša. V letošnjem letu smo spremenili tudi sistem načrtovanja in vodenja operativnega programa z uporabo računalnika. To nam bo omogočalo računalniško analizo časov, ki so bili potrebni za izvajanje posameznih operativnih posegov in za pripravo bolnikov.

Tim operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operacijskem bloku

Zaposleni na abdominalnem oddelku

Oddelčno delo se je ob izdatnem skrajševanju ležalne dobe prav tako nekoliko spremenilo. Zaradi uvajanja

koordinatoric je delo bolje organizirano in je skrajševanje ležalne dobe v času pred posegom zmanjšano na najkrajši možni čas. Vedno več je bolnikov, ki ne potrebujejo zgolj medicinsko tehničnih postopkov ter pomoči, temveč tudi več psihične opore ter spodbujanja pri zdravju in rehabilitaciji. To opažamo predvsem pri uvajanju kirurgije s pospešenim okrevanjem.

Smo edini oddelek v državi, ki je intenzivno in dosledno uvedel protokol hitrega okrevanja po operativnem posegu. Prilagojena je bila klinična pot za operacijo žolčnih kamnov, kjer je odpust predviden že drugi dan po operaciji. V klinični poti za vstavitev popolne endoproteze kolka je predvidena ležalna doba sedem dni ter pri operaciji malignoma debelega črevesa samo pet dni. V tem času zdravljenja v bolnišnici je treba bolniku zagotoviti takšno stanje, da je lahko samostojen ter brez večjih težav nadaljuje rehabilitacijo oz. zdravljenje doma ali v zdravilišču. Klinične poti so postale naša stalnica in sprejete so kot solidna osnova za nadzorovanje in izboljševanje kakovosti. Potrebnih je bilo veliko dogovarjanj in soglasij, da je klinična pot zaživela v vsakdanjem delu. Tako določen pristop se širi tudi med druge operativne posege in je najbolj intenziven glede na druge oddelke po državi. Trenutno zdravimo skoraj polovico vseh bolnikov, ki so programsko operirani po kliničnih poteh. Za doseganje takšnih uspehov so odgovorni vsi sodelujoči. Na klinični poti sodelujejo vsi profili; sodelavke in sodelavci, ki se pri zdravljenju srečujemo ob bolniku. S klinično potjo se bolnik seznani že pred sprejemom: obveščen in seznanjen je z dejavnostmi, ki se bodo dogajale. Pri klinični poti za operacijo na debelem črevesu smo se odgovorili za obisk bolnika teden dni pred operacijo na oddelku, kjer se sreča z medicinsko sestro, bolnišničnim dietetikom in s fizioterapevtko. Tako še enkrat sliši, kakšno bo zdravljenje, se seznani s prehrambenimi težavami in s tem, kakšna bo rehabilitacija takoj po posegu. Ob sprejemu je zaradi tega bolj sproščen in pripravljen. Že pred samim posegom in med zdravljenjem so vidne prednosti takšnega pristopa. Bolniki zelo pohvalijo tak pristop, ki je za zdaj še edini v slovenskem prostoru.

Zaposleni na travmatološkem oddelku

Zaposleni na oddelku splošne kirurgije

Z odločitvijo o točno določenem in timskem sodelovanju pri definiranju kliničnih poti ter uvajanju koordinatorjev primera smo zapluli globoko v morje kakovosti. Tu iščemo nove svetilnike za nadaljnjo pot in zato smo ob lastnih dejavnostih definirali več kazalnikov kakovosti, s katerimi želimo usmerjati nadaljnjo oskrbo. Že dolga leta zbiramo kazalnike kakovosti o preležaninah, o kolonizaciji in infekciji z MRSA (bakterija, ki je odporna na nekatere antibiotike) ter padcih iz postelje. Ob svojem

delu smo uvedli množico dodatnih kazalnikov, ki nam kažejo, kje imamo še možnosti za izboljšavo in kje lahko še popravimo rezultate zdravljenja. S takšnim pristopom dokazujemo željo po kakovostnih izboljšavah ter se ob tem približujemo evropskim standardom in jih na nekaterih delih tudi že prekašamo. Pogled v prihodnost je razveseljiv. Množica mladih sodelavk in sodelavcev, ki so zagnani, je zagotovilo, da bomo kakovost vzdrževali in v prihodnosti tudi izboljšali. Vsi, ki trenutno gledamo v prihodnost, se zavedamo, da stojimo na dosežkih in ramenih svojih predhodnikov, ki so postavili solidne temelje, da smo lahko oddelek razvili v enoto, ki je priznana po svojem odličnem delu v slovenskem strokovnem okolju. Tako imamo trenutno na oddelku dva zdravnika z magisterijem ter več zdravnikov, ki so začeli magistrski in doktorski študij. Tudi to so zagotovila, da bo strokovnost dela v prihodnosti temeljila na medicini, podprti z dokazi. Ob tem so se trije kolegi odločili, da nadaljujejo tudi svojo pedagoško pot kot asistenti na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Dodatno izobraževanje je stalnica tudi med medicinskimi sestrami in fizioterapevtkami. Stalno izobraževanj tako v hiši kot zunaj nje zagotavlja solidno strokovno podlago za prihodnost. Organizacija strokovnih srečanj medicinski sester, poimenovanih po prvi medicinski sestri v Sloveniji Angeli Boškin, ki je delala v naši hiši, je že dobil odmeven odgovor v strokovni javnosti. Strokovnost smo uspeli nadgraditi tudi s prijaznostjo in naši bolniki so nas v nacionalni anketi za leto 2006 kot bolnišnico ocenili najvišje med vsemi splošnimi bolnišnicami v Sloveniji. Ob analizi posameznih oddelkov, ki so bili vključeni v anketo, pa se kirurški oddelek lahko pohvali z najvišjo oceno. Ponosni smo na doseženo in zavedamo se, da smo si postavili visoke standarde. Primerjave, ki nas zanimajo, so usmerjene k evropsko nadpovprečnim oddelkom oz. hišam. Pot bo še dolga, potrebnega bo še več dogovarjanja in skupnega dela, da bomo te visoke cilje dosegli.

Ekstenzijska miza v operacijski dvorani

Želja in znanje pa ne moreta biti edino, kar nas bo pripeljalo v evropsko nadstandardni razred. Brez infrastrukturne podpore bo prihodnost manj svetla. Kljub preureditvi operacijskega bloka smo še vedno omejeni na majhnem prostoru, ki ne zagotavlja evropskega standarda, kaj šele nadstandarda. Ob tem nimamo urejene centralne sterilizacije oz. zagotovljenega vodenja celovite kakovosti v procesu steriliziranja. Vedno trčimo ob zidove. Dobesedno. Zaradi pretesnih zidov nimamo možnosti organiziranja dela po principih, ki so že danes v veljavi med zidovi po Evropi in ponekod pri nas. Nujna je novogradnja, ki bo zagotovila infrastrukturno okolje, da bodo moderni pristopi, tako organizacijski kot strokovni, lahko izpeljani v celoti. V bližnji prihodnosti se nam bo pridružil prvi urolog na našem oddelku in nato še drugi, kar bo pomenilo uvajanje nove dejavnosti, ki ima tudi operativni program. Potreba po zagotovitvi infrastrukture je tako še nujnejša. Glede na staranje prebivalstva bo nedvomno v prihodnosti tudi več ortopedske ter žilne problematike. Tudi tukaj trčimo ob prostorske in finančne omejitve, če ne bo dogovora ob kritju takih dejavnosti.

Zasanjan pogled še bolj v prihodnost, lahko z zaprtimi očmi, pa kaže popolnoma novo bolnišnico. Bolnišnica naj bi bila edina na Gorenjskem in tudi lokacija naj bi bila takšna. Zagotoviti mora novo razdelitev prostorov z normalnim standardom za bolnike v največ triposteljnih sobah in s sanitarijami v vsaki sobi. S tem zagotovimo višji standard bolnikom in zmanjšamo težave, ki jih imamo glede izoliranja bolnikov ob premestitvah. Zaradi predvidevanj, da bo prihodnost pogosteje posejana z odpornimi bakterijami, je takšno bivanje nuja. Enako velja za enote intenzivne terapije, ki so v

improviziranih prostorih še v letošnjem letu in morajo imeti standard, ki je enoten in evropsko primerljiv. Naše kadrovske težave so trenutno rešljive z večjo prizadevnostjo kolegic in kolegov, vendar tudi te moramo približati povprečju, ki bo zagotovilo visoko odgovornost in sprostilo zaposlene drugih skrbi pri svojem odgovornem delu. Verjetno bodo tudi organizacijske oblike dela v prihodnosti drugačne kot danes. Verjetno se bo ležalna doba še skrajšala, kljub temu, da je že zdaj ena od najnižjih v Sloveniji, in ponudile se bodo tudi drugačne oblike nadaljevanja zdravljenja v neakutni obravnavi, lahko tudi nadstandardno.

Operativni poseg

Sodelovanje vseh v želji, da izboljšamo zdravje bolniku, ki smo ga sprejeli, je naš svetel cilj. Z dejavnim sodelovanjem in skrbnim spremljanjem lastnih rezultatov lahko svoje odlične rezultate še izboljšamo. Željo in sposobnosti imamo. Upam, da bomo kmalu pridobili tudi okolje, v katerem jih bomo lahko izkoristili.

Dejavnost zdravstvene nege kirurškega oddelka

Milana Štibelj - Blok, viš. med. ses., glavna medicinska sestra kirurškega oddelka

Ob obletnicah, še posebno ob tako častivrednih, kot je ta, vedno najprej radi pogledamo v preteklost. Razvoj zdravstvene nege kirurškega oddelka je v sklopu celotne bolnišnice, še posebno v zadnjem desetletju, zelo napredoval.

Naj se zelo na kratko samo dotaknem kadrovske zasedenosti od začetka do danes. Ob odprtju 1948. leta se je poleg bolnikov iz stare bolnišnice v novo preselilo tudi osebje, ki je bilo po večini nekvalificirano. Po prvem desetletju je bilo na kirurškem oddelku s 57 posteljami v zdravstveni negi zaposlenih: ena medicinska sestra, osem bolničark, ena otroška negovalka in devet strežnic. Medicinska sestra je bila glavna sestra na oddelku, opravljala pa je tudi službo anestezista z aparatom za intratrahealno narkozo pod zdravnikovim nadzorom. Ob 25. obletnici je bila pri 79 posteljah (od tega pet postelj intenzivne terapije) na kirurškem oddelku zaposlena ena višja medicinska sestra – nadzorna medicinska sestra, ki je bila vsposobljena tudi za dajanje anestezije, ena višja medicinska sestra – pomočnica nadzorne in vodilna medicinska sestra v intenzivni terapiji, 25 medicinskih sester in 28 strežnic. V naslednjih letih, do danes, se je z razvojem in modernizacijo bolnišnice povečevalo in spreminjalo število kadra, pa tudi profil zaposlenih v zdravstveni negi. Bolničarjev in strežnic ne zaposlujemo več, tako so trenutno na kirurškem oddelku zaposlene: dve višji medicinski sestri, šest diplomiranih medicinskih sester (od tega je ena na porodniškem dopustu), dve pripravnici diplomirani medicinski sestri in 40 medicinskih sester s srednjo izobrazbo. Številčno morda to ni videti tako slabo, vendar smo glede na kategorizacijo bolnikov še vedno kadrovsko podhranjeni.

Kot sem že na začetku omenila, je razvoj zdravstvene nege na kirurškem oddelku v zadnjih nekaj letih hitro

napredoval. Sodobna zdravstvena nega postala vse bolj prepoznavna, vse bolj je usmerjena k bolniku in reševanju njegovih potreb pri zadovoljevanju življenjskih dejavnosti. Zaposleni, ki sodelujemo v procesu zdravstvene nege, se zavedamo odgovornosti, ki jih prinaša naše vsakodnevno delo. Trudimo se, da izvajamo varno zdravstveno nego, pri delu upoštevamo predpisane protokole in navodila, standarde kakovosti, vse narejeno pa beležimo v posodobljeno negovalno dokumentacijo.

Sodobni pristopi pri zdravstveni obravnavi bolnika zahtevajo tudi nove pristope v zdravstveni negi, npr. uvedba kirurgije s pospešenim okrevanjem pri operacijah na debelem črevesju ali obravnava bolnika po klinični poti. Večina programskih operacij ima že klinično pot, pri nastanku katere je bilo vloženega kar veliko truda s strani zdravstvene nege. Ležalne dobe so vedno krajše, pretok bolnikov je hitrejši, to pa pomeni, da je medicinska sestra pri obravnavi bolnika bolj obremenjena. Velik poudarek posvečamo tudi zdravstveni vzgoji bolnika.

Da pa spremembe, ki so se dogajale v zadnjih letih in na katere lahko računamo tudi v prihodnje, lažje obvladujemo, je pomembno dodatno izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi. Tega se vsi prav dobro zavedamo, zato se redno udeležujemo izobraževanj in učnih delavnic, ki so organizirani v okviru bolnišnice, v okviru kirurškega oddelka, kot tudi izobraževanj izven bolnišnice v okviru Zbornice – Zveze zdravstvene nege. Prav tako smo tudi aktivni udeleženci na strokovnih seminarjih.

Vizita

Oddelek za interno medicino - ob 60. obletnici

prim. Jernej Markež, dr. med., spec. internist-kardiolog, predstojnik internega oddelka

Oddelek za interno medicino deluje od ustanovitve Splošne bolnišnice Jesenice leta 1948. Njegove temelje je postavil in ga do leta 1973 vodil prim. Franc Brandstetter, dr. med. Že v prvem obdobju je bil oddelek znan po svoji strokovnosti in zgledni zdravstveni oskrbi. V obdobju nadaljnjega razvoja je oddelek od leta 1989 vodil prim. mag. Primož Vidali, dr. med. Od leta 1989 je predstojnik oddelka prim. Jernej Markež, dr. med.

Splošni razvoj interne medicine so spremljale strokovne in organizacijske spremembe, tako na bolnišničnem kot na specialistično-ambulantnem področju. Obsega dela in spekter internističnih diagnostičnih metod ter posegov se je z leti postopno večal. K napredku interne medicine so pripomogli tudi nove metode zdravljenja, napredek informacijske in druge tehnologije, razvoj radiologije ter laboratorijske diagnostike. Na internistično dejavnost so vsebinsko vplivale tudi demografske spremembe, predvsem staranje prebivalstva.

Oddelek pokriva približno 110.000 prebivalcev Gorenjske. Oddelek je imel na začetku 93 postelj. S prenovitvijo oddelčnih traktov, prvega leta 1987, drugega leta 1990 in tretjega leta 1993 se je število standardnih postelj zmanjšalo

na 82. Zaradi pojava na antibiotike odpornih bakterij in potrebe po izolacijah bolnikov je resnično število razpoložljivih postelj še manjše. Povprečno trajanje zdravljenja se je v zadnjih 15 letih od 14 dni skrajšalo za polovico; na 7,5 dni v zadnjih treh letih.

Skupinska fotografija zaposlenih na internem oddelku

Zdravniki na internem oddelku

Zaposleni na endokrinološkem oddelku

Oddelek za interno medicino je organiziran v štiri odseke: Enota za intenzivno internistično terapijo (IIT), dve enoti za funkcionalno diagnostiko, specialistično ambulantni del in Center za hemodializo ter CAPD. Oddelek ima od leta 1974 kardiološki, gastroenterološki, endokrinološki – diabetični in nefrološki odsek. Na oddelku se letno zdravi okoli 2900 bolnikov. Povečuje se delež bolnikov, starejših od 80 let.

Koronarna enota, kot zametek IIT, je bila organizirana leta 1974 in je bila na začetku namenjena predvsem bolnikom z akutnim koronarnim sindromom. Ob prenovitvi kardiološkega odseka pred 15 leti je bila organizirana IIT s petimi posteljami. Leta 2006 je bila IIT opremljena z moderno monitorsko opremo ter postopno z novimi mehanskimi ventilatorji. Razvoj intenzivne interne medicine, npr. primarne perkutane intervencije na koronarnih arterijah pri akutnem miokardnem infarktu, je privedel do spremenjene strukture bolnikov, zdravljenih v IIT. V ospredju so starejši bolniki s hudimi okužbami, težkim srčnim popuščanjem, z motnjami srčnega ritma in bolniki, ki potrebujejo mehansko ventilacijo. Letno se v IIT zdravi okoli 500 bolnikov. V tej enoti delamo tudi elektrokonverzije. Glavna težava IIT-ja je prostorska utesnjenost. V letu 2008 načrtujemo prenovo in razširitev.

V okviru gastroenterološkega odseka je enota za intenzivno nego (PIN) z 8 posteljami, ki je namenjena predvsem

bolnikom z možgansko kapjo. V dnevno bolnišnično oskrbo sprejemamo bolnike zaradi elektivnih elektrokonverzij, razbremenilnih punkcij in hematološke bolnike zaradi transfuzij.

Specialistično ambulantno dejavnost Oddelka za interno medicino izvajamo v Urgentni internistični ambulanti (IPP), splošni internistični ambulanti ter v usmerjenih ambulantah: kardiološki, angiološki, pulmološki, antitrombotični, gastroenterološki, diabetološki, nefrološki in ambulanti za CAPD. V ambulantah je letno skupno več kot 8000 pregledov.
Število pregledov v Urgentni internistični ambulanti, ki je istočasno tudi sprejemna ambulanta, je v zadnjih letih naraščalo in je doseglo vrh leta 2006, ko je bilo pregledanih 5334 bolnikov. Delo v urgentni ambulanti otežuje prostorska stiska. V načrtu so dograditev, posodobitev in reorganizacija urgentnega centra.

Oddelek za interno medicino ima dve funkcionalni diagnostični enoti; to sta endoskopska enota in laboratorij za srčno-žilno diagnostiko ter preiskave pljučne funkcije.
Endoskopska enota deluje od leta 1974. Endoskopsko opremo redno obnavljamo. Endoskopije delajo štirje internisti gastroenterologi. Endoskopska ambulanta našega oddelka deluje tudi v Kranju. V zadnjih letih se je število endoskopij in različnih endoskopskih posegov povečalo. V letu 2007 je bilo narejenih 2300 ezofago-gastro-duodenoskopij, od tega 220 urgentnih, 870 kolonoskopij, 440 polipektomij, 110 sklerozacij in vstavljenih 45 perkutanih gastrostom. V lanskem letu je bilo narejenih 145 endoskopskih retrogradnih holangiopankreatografij (ERCP) z različnimi terapevtskimi posegi, kot so sfinkterotomije, odstranitev kamnov in vstavitev opornice v žolčevod. Zaradi porasta malignih obolenj širokega črevesja bo še naprej naraščalo število kolonoskopij. Oddelek ima organizirano 24-urno pripravljenost za nujne endoskopije.

Zaposleni na kardiološkem oddelku

V laboratoriju za srčno-žilno diagnostiko delamo predvsem neinvazivne preiskave, kot so: ultrazvočna diagnostika srca (ehokardiografija), slikovna in doplerska diagnostika vratnih ter perifernih arterij in ven, obremenitvena testiranja na tekočem traku, 24-urna ambulantna elektrokardiografija (Holter) ter celodnevne meritve krvnega tlaka.
Na oddelku smo imeli možnost slediti razvoju ehokardiografije. Že leta 1976 smo med prvimi v Sloveniji začeli enodimenzionalno ultrazvočno preiskavo srca. Aparatura iz leta 1981 je omogočala dvodimenzionalne slikovne in spektralne doplerske srčne preiskave. Leta 1989 se

Zaposleni na gastroenterološkem oddelku

je pridružila še barvna doplerska metoda in možnost slikovno-doplerskega ('dupleks') pregleda ožilja. Pred 15 leti smo vpeljali transezofagealno in kontrastno ehokardiografijo. Na ehokardiografu, ki smo ga dobili leta 2005, delamo poleg drugih preiskav tudi trodimenzionalne (3D) srčne preglede. V letu 2008 načrtujemo uvedbo 3D transezofagealne ehokardiografije.
V enoti za srčno-žilno diagnostiko je bilo v letu 2007 med drugimi narejenih 1800 ehokardiografij, 450 pregledov vratnih arterij, 500 obremenitvenih testov ter 300 24-urnih Holter elektrokardiografij. Načrtujemo zamenjavo iztrošene opreme za obremenitveno testiranje.

Številke o letnem obsegu bolnišničnega in ambulantnega dela zvenijo nekoliko suhoparno, vseeno pa odražajo nemajhne delovne napore in prizadevanja vseh zaposlenih.

Tudi naš oddelek ni obšla problematika pomanjkanja zdravnikov, še posebno so bile težave na področju diabetologije. Starostna struktura specialistov internistov ni ugodna. Trenutno je na oddelku zaposlenih 11 specialistov internistov, dva manj kot leta 1999, in pet specializantov. Specializanti so večinoma na kroženju v drugih ustanovah.

Sodelovanje z drugimi oddelki in enotami bolnišnice je vzorno. Dobro sodelujemo tudi z drugimi bolnišnicami in ustanovami kliničnega centra, še posebno s Kliničnim oddelkom za intenzivno interno medicino.

V naši bolnišnici in na oddelku je zdravstvena nega zelo dobro organizirana in kakovostna, kar je zelo pomembno za skupinsko in celostno obravnavo bolnikov.

Ob omenjenih sredstvih za bolnišnično dejavnost so prizadevanja za racionalno diagnostiko in zdravljenje tudi na našem oddelku načrtna in vsakodnevna. Ob dobri organizaciji dela so nam v pomoč klinične poti in smernice. Za kakovostno in hkrati racionalno obravnavo so odločilnega pomena zdravnikove izkušnje, predvsem pa njegovo klinično znanje.

Razvoj interne medicine, usmerjenost v posamezna področja, epidemiološki premiki, nove diagnostične in terapevtske metode zahtevajo stalno strokovno izpopolnjevanje. Za različne oblike strokovnega izpopolnjevanja je v bolnišnici in na oddelku dovolj razumevanja.

Oddelek za interno medicino je v 60. letih prehodil dolgo pot, na kateri so bili uspehi in neuspehi, uresničeni in neuresničeni cilji, spremembe, mnogi prihodi, pa tudi mnogi odhodi.

Celosten pogled na dosedanji razvoj in sedanje stanje pokaže, da oddelek strokovno-organizacijsko, po kakovosti in vsebini dela ne zaostaja za internimi oddelki v drugih splošnih bolnišnicah. Prizadevanja, da bo oddelek bolnikom še bolj prijazen, pa morajo biti vsakodnevna in trajna. Mlajše kolege, sodelavce in naslednike čakajo nove naloge in izzivi.

Razvoj zdravstvene nege na internem odddelku

Dubravka Karadžić Šmitran, dipl. m. s., glavna medicinska sestra internega oddelka

Ob 60-letnici Splošne bolnišnice Jesenice imam kot glavna medicinska sestra internega oddelka priložnost predstaviti dejavnost in organizacijo zdravstvene nege na internem oddelku. Obletnice so povod za nastanek člankov, v katerih se spomnimo razvoja, zgodovine in vseh tako pomembnih dogodkov ali prelomnic. Rada bi predstavila kratek razvoj

zdravstvene nege na internem oddelku in naštela nekaj pomembnih medicinskih sester, ki so s svojo vizijo zdravstvene nege zaznamovale razvoj stroke.

Ob prebiranju zbornikov, ki so bili napisani v preteklosti, sem v želji, da bi pridobila nekaj podatkov o razvoju zdravstvene nege na internem oddelku, ugotovila, da je število informacij o medicinskih sestrah raslo iz leta v leto. Zelo pomembno je, da je zdravstvena nega s svojo požrtvovalnostjo in vztrajnostjo postajala vedno vidnejša in da so njen pomen opazili tako bolniki kot druge poklicne skupine. Vloga medicinskih sester se je z leti spreminjala in polagoma so medicinske sestre na svojem področju postale bolj suverene in izobražene ter bolje organizirane. Prva glavna medicinska sestra internega oddelka je bila Jožica Brandstetter, njeno pot pa so nadaljevali Olga Blažič, Marja Bernard, Sandi Komar in Lidija Ahec. Vodenje dejavnosti zdravstvene nege na internem oddelku sem prevzela konec leta 2006, po odhodu dotedanje glavne medicinske sestre Lidije Ahec, ki je svojo poklicno pot nadaljevala na področju bolnišnične higiene.

Trenutna kadrovska struktura zdravstvene nege internega oddelka je:

- 11 diplomiranih medicinskih sester
- 2 višji medicinski sestri, ki končujeta študij na visoki šoli za zdravstveno nego
- 36 zdravstvenih tehnikov in srednjih medicinskih sester
- 3 pripravniki zdravstveni tehniki

Vsi skupaj si prizadevamo za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, sledenje smernicam in standardom ter za ustvarjanje zdravega vzdušja in okolja za delo. Cilji naših prizadevanj so usmerjeni k bolnikom in zaposlenimi. Doseči želimo, da imajo pri nas hospitalizirani bolniki občutek varnosti in zaupanja v osebje, ki izvaja zdravstveno nego. Povrniti jim želimo zmogljivosti, ki so jih zaradi bolezni izgubili, in jih naučiti ohraniti čim višjo stopnjo samooskrbe. Želimo si zadovoljstva bolnikov, njihovih svojcev ter zaposlenih.

Endoskopski tim

Veliko časa namenimo tudi spremljanju kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe. Na tem področju želimo doseči dobre rezultate, čeprav se zavedamo, da to ni vedno mogoče. Imamo pa dovolj motivacije in želje po spremembah, ki bi privedle do uspeha. Pripravljeni smo se izobraževati na tem področju in poglabljati že pridobljena znanja. Udeležujemo se izobraževanj v organizaciji matične ustanove in izobraževanj, ki jih pripravljajo druge ustanove, organizacije in društva v Sloveniji.

Kardiološka ambulanta

Gastroskopija

Zaradi starostne in socialne strukture bolnikov internega oddelka je zelo pomembna nepretrganost zdravstvene nege. Veliko naših bolnikov je varovancev domov za starejše občane, veliko je bolnikov, ki imajo socialne težave oz. takih, pri katerih laična oskrba doma ne zadostuje za ohranjanje in povrnitev samooskrbe. Zato je naše delovanje usmerjeno tudi v povezovanje s primarnim zdravstvom oz. patronažno službo in socialno-varstvenimi ustanovami. Skrbimo za pretok informacij o bolnikovih negovalnih težavah in si izmenjujemo znanja ter izkušnje.

V prihodnosti bi si želeli izboljšati predvsem bivalni standard bolnikov, ki pa ni odvisen samo od želja, in pa tudi delovne pogoje za zaposlene.

Interni oddelek je tudi oddelek, kjer se z bolnikom prvič srečajo dijaki Srednje zdravstvene šole Jesenice. Od leta 2007 so naši redni obiskovalci tudi študenti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Na tem področju imamo veliko možnosti za napredovanje ter poklicni razvoj.

Na koncu tega članka bi rada vsem zaposlenim v Splošni bolnišnici Jesenice čestitala ob tako pomembnem jubileju ter zaželela še veliko skupnih uspehov.

Intenzivna internistična terapija - razvoj zdravstvene nege skozi desetletja

Mojca Strgar, vodja dejavnosti zdravstvene nege v IIT

Intenzivna internistična terapija se je začela davnega leta 1974 v drugem nadstropju, v okviru internega oddelka. Imenovala se je koronarna enota, opremljenost je bila za tisti čas menda zelo sodobna. Začeli so s štirimi posteljami in toliko, kolikor je bilo postelj, je bilo tudi medicinskih sester. V prejšnjih biltenih sem zasledila podatek, da je bila to ena prvih tovrstnih enot, vsekakor pa prva v bolnišnicah primerljive velikosti. Že v tej enoti so izvajali zahtevne medicinske posege, ki jim je zdravstvena nega sledila s svojimi negovalno-tehničnimi postopki in z intervencijami, ki so zahtevale veliko dodatnega znanja in izpopolnjevanja na področju intenzivne medicine. Prostor je postajal premajhen in neprimeren. Leta 1987 se je po prenovi preselila nižje, v prvo nadstropje prenovljenega odseka internega oddelka. Prostori so bili večji, tudi opremljenost je bila boljša in sodobnejša. Preimenovala se je v Internistično intenzivno terapijo, število postelj se je povečalo na pet. Skozi leta se je tudi število zaposlenih v zdravstveni negi povečevalo in danes nas je v enoti Internistične intenzivne terapije zaposlenih enajst.

Internistična intenzivna terapija deluje že od časa svojega nastanka v sklopu internega oddelka. Velika prednost

zadnjih dveh let pa je, da je na področju zdravstvene nege postala samostojna – s svojim strokovnim vodjem za to področje. Takrat smo si začrtali svojo pot, vizijo, ki ji na področju zdravstvene nege poskušamo uspešno slediti. S tem tudi zagotavljamo in pospešujemo nepretrganost svojega dela.

Zdravstvena nega na področju intenzivne medicine zajema veliko področij, ki zaposlenim dajejo izziv in jim je treba nepretrgano slediti. Iz tega razloga vsi zaposleni v enoti Intenzivne internistične terapije poskušamo s stalnim in nenehnim izobraževanjem skrbeti za čim boljšo kakovost svojega dela. Z upoštevanjem njegove individualnosti poskušamo bolnika obravnavati celostno in mu vrniti možnost čim večje samooskrbe.

Usmerjeni smo tudi k njegovim svojcem. S svojim delom poskušamo bolnika v povezavi z njegovo družino vključiti v celoten proces zdravljenja. Naša želja je, da so in da bi bili tudi svojci zadovoljni z našim delom. V zadovoljnem bolniku in zadovoljstvu njegovih svojcev vidimo tudi uspeh našega dela.

V enoti se vsi zaposleni trudimo spremljati kazalnike kakovosti. Vpeljan imamo sistem nadzora nad posameznimi kazalci, zaposleni smo motivirani in pripravljeni slediti vsem novostim na tem področju. Rezultati niso slabi, je pa to vsekakor področje, na katerem lahko z dodatnim izobraževanjem še marsikaj izboljšamo, popravimo in nadgradimo.

Kaj nas čaka v prihodnosti? Poleg stalnega in usmerjenega izobraževanja zaposlenih v enoti je vsekakor na prvem mestu ureditev prostora enote. Zaradi naraščanja števila bolnikov s težjimi obolenji in z njim povezanimi diagnostično terapevtskimi in negovalnimi postopki je prostor premajhen in funkcionalno neustrezen tako za bolnika, kateremu je namenjena naša pozornost in skrb, kot za zaposlene. Pomembno je tudi zadovoljstvo zaposlenih za opravljanje kakovostnega dela in za vzdrževanje motivacije za delo z najtežjimi bolniki. In to sodobno opremljen prostor vsekakor daje. Prihodnost sta tudi ustvarjanje pozitivne mikroklime in dobre medsebojne komunikacije znotraj ožjega negovalnega in tudi širšega zdravstvenega tima. V takšni enoti je to vsekakor motivacija za dobro delo. Delovna klima, ki daje možnost zaposlenim za ustvarjalno delo, je v prihodnosti vsekakor pomemben del.

Zaposleni v enoti intenzivne internistične terapije

Enota intenzivne internistične terapije

Sklenem naj s tem, da dobra tehnična podpora z možnostjo neprekinjenega nadzora, v primerno opremljenem prostoru, usposobljeno osebje in individualni pristop k bolniku omogočajo,

da bolnika varno in kakovostno obravnavamo. Medicinske sestre v enotah intenzivne terapije morajo poznati sodobne pristope v obravnavi kritično bolnega. Slediti morajo novostim in razvijati svoje sposobnosti, da lahko sledijo novim metodam zdravljenja in tudi novi tehnologiji.

Vsem zaposlenim v Splošni bolnišnici Jesenice čestitam ob jubileju.

Center za hemodializo

Igor Rus, dr. med., spec. internist, strokovni vodja

Zaposleni na oddelku za hemodializo

Že več kot četrt stoletja v tukajšnji bolnišnici deluje Center za hemodializo, ki je bil ustanovljen marca 1982 pod vodstvom Franceta Andoljška, dr. med. in s pomočjo nefrologov ljubljanskega kliničnega centra. Od začetnih štirih dializnih mest, dveh izmen, do 11 dializnih mest, kot jih ima center danes, in treh izmen ter z razvojem samega dializnega zdravljenja od prve acetatne dialize, bikarbonatne dialize, brezacetatne biofiltracije, hemofiltracije, hemodiafiltracije ter z ustanovitvijo ambulante za peritonealno dializo, se je center razvijal tako, da smo trenutno strokovno sposobni opravljati vse tipe nadomestnega zdravljenja ledvičnega odpovedovanja.

Ves čas smo strmeli tudi k nadomeščanju oz. sledenju razvoja tehnologije in s ponosom lahko ugotovimo, da je dializni center Splošne bolnišnice Jesenice eden izmed bolje opremljenih dializnih centrov v Sloveniji. Še vedno pa je center, predvsem pa ambulanta za peritonealno dializo prostorsko neustrezen, tako da si v naslednjem desetletju želimo širitev in možnosti izvajanja vseh metod zdravljenja na enem mestu.

Potek dialize

V vseh letih se je center srečeval s pomanjkanjem kadra, tako specialistov kot dializnih medicinskih sester in šele leta 2007 smo uspeli pridobiti prvo specializantko, ki se bo usmerjeno ukvarjala samo z nefrologijo in nadomestnim zdravljenjem. Sicer pa poleg vsega drugega dela v centru in ambulanti za peritonealno dializo delajo dva zdravnika in devet dializnih medicinskih sester, kar je ena manj kot leta 1999.

Ginekološko-porodniški oddelek

Drago Sredanovič, dr. med., spec. ginekolog in porodničar, predstojnik ginekološko-porodniškega oddelka

Oddelek je bil svečano odprt 1. 11. 1949 v tretjem nadstropju bolniške zgradbe, ki je do tedaj služilo stanovanjem uslužbencem. Ginekološki in porodniški primeri so bili do takrat pod okriljem kirurškega oddelka. Ženske so rojevale v prostorih, kjer je bil pozneje odprt otroški oddelek, tudi otročnice so ležale tam, medtem ko so bile ginekološke bolnice pomešane s kirurškimi. Prvi uradni šef je bil ginekolog in porodničar Franc Kušar, dr. med., ki je po poldrugem letu odstopil. Hitro povečanje obsega dela že ob samem začetku je bila posledica takrat široko zajetega območja, ki je segalo od Primorske do gornjesavske doline, Bohinja in večjega dela Gorenjske.

S 1. 1. 1952 je nastopila službo specialistka za ginekologijo in porodništvo Tatjana Zalokar, dr. med. kot predstojnica oddelka. Že leta 1958 je bilo na oddelku 15 bolniških sob z 61 bolniškimi posteljami, prostori za porode pa so imeli tri porodne sobe s po štirimi porodnimi posteljami. 30 posteljic za novorojenčke je bilo v dveh posebnih, za to prirejenih prostorih. V operacijski sobi na oddelku so izvajali vse male operacije in velike septične operacije, vsak dan pa poliklinične ambulantne preglede. V veliki operacijski dvorani v 1. nadstropju so izvajali vse večje aseptične operacije. Že v letu 1962 so med prvimi v Sloveniji začeli uporabljati vakuumski ekstraktor namesto kleščnega poroda. Statistika do leta 1972 je beležila 13 ‰ mrtvorojenih otrok, 12 ‰ umrlih po porodu in 5,3 % prezgodaj rojenih otrok. V obdobju od 1968 do 1972 je bilo narejeno povprečno 3,6 % carskih rezov letno, 0,3 % forcepsov in 2,5 % vakuumskih porodov. Poleg drugih inštrumentov in opreme so takrat že uporabljali moderen anestezijski aparat, aparat za reanimacijo novorojenčka, inkubator in izoleto.

Leta 1974 je mesto predstojnika prevzel Branislav Vladikovič, dr. med., en od pionirjev laparoskopske operative v tedanji Jugoslaviji. Leta 1977 smo začeli redno pregledovati in odkrivati patološke spremembe dojk v na novo zasnovani ambulanti za bolezni dojk, ki jo je vodil Branislav Franjič, dr. med. Skupaj z mamografijo na rentgenološkem oddelku je začel delovati eden prvih perifernih centrov za bolezni dojk v Sloveniji. Leta 1979 je bil zgrajen in leta 1980 odprt ambulantno poliklinični objekt, s čimer je zaživelo redno ambulantno delo, izraziteje po letu 1982. V zgodnjih osemdesetih letih se je začelo obdobje ultrazvočne diagnostike v ginekologiji in porodništvu. Hkrati smo za nadzor ogroženosti ploda v pozni nosečnosti začeli uporabljati tud kardiotokograf. Po letu 1985 so adaptirali hospitalni del bolnišnice in od julija 1987 so ženske že rojevala v prenovljenem, posodobljenem porodnem bloku. V devetdesetih letih lahko spremljamo izreden razvoj laparoskopske operative.

Po upokojitvi Vladikoviča, dr. med., je leta 1998 postala predstojnica Zdravka Koman Mežek, dr. med.
V tem času smo veliko truda vložili v urejanje prijaznega okolja za mater in novorojenca s poudarkom na čimprejšnjem prvem stiku med njima. Leta 2000 smo tako prejeli mednarodno priznanje Novorojenčku prijazna porodnišnica.

Skupinska fotografija zaposlenih na ginekološko-porodniškem oddelku

Po odhodu Komanove, dr. med. je dela in naloge predstojnika prevzel

Snemanje otrokovega srčnega utripa

Drago Sredanovič, dr. med. V tem letu smo sprejeli novo organizacijo službe operacijskih medicinskih sester in bolničark. Z letom 2003 smo z manjšimi adaptacijami odprli dnevni oddelek, v katerem smo začeli izvajati male ginekološke posege. Začeli smo pisati klinične poti za posamezne posege. V drugi polovici istega leta smo celoten oddelek preselili na eno samo krilo s 26 posteljami v devetih sobah. Nekdanji porodniški oddelek smo prepustili potrebam oddelka za zdravstveno nego. To je bilo možno zaradi zmanjševanja števila porodov po letu 1990 in zaradi izrazitega skrajševanja povprečne ležalne dobe (z 10,2 dni v letu 1948 na 2,8 dni v letu 2007) ter z razbremenitvijo na račun dnevnega oddelka. Nekdanjo malo operacijsko sobo smo preuredili v prostor za strokovno nego in oskrbo novorojencev, sobe pa smo preuredili za potrebe mater z možnostjo 24-urnega 'roominga' za novorojence. Decembra 2003 sta rodili prvi dve nosečnici s sodobno tehniko epiduralne analgezije, ki je postala del redne prakse v prihodnjih letih. Konec leta 2004 smo začeli delati v novih ambulantnih prostorih v prvem nadstropju polikliničnega objekta.

V zadnjih desetih letih kot tudi že občasno prej se ukvarjamo s kadrovskimi težavami pri zdravnikih. K sreči pri tem dobimo pomoč v hiši sami, dobivali pa smo jo tudi od zunanjih sodelavcev. Kljub vsemu smo uspeli ohraniti dober nivo znanja in veščin, tudi pri spopadanju z najtežjimi primeri, tako da zdravje žensk, mater in novorojencev ni bilo pomembno ogroženo. Smrtnosti pri ženskah in materah v letu 2007 nismo beležili, mrtvorojenosti je bilo 3,1 ‰, zgodnje neonatalne smrtnosti 1,6 ‰. Z vakuumsko ekstrakcijo je bil olajšan porod v 10,7 %, s carskim rezom dokončanih porodov 13,2 %. Z epiduralno analgezijo je rodilo 32,2 % žensk.

V zadnjih petih letih se nenehno trudimo dosegati zastavljeni načrt sprejemov. Precej smo spremenili strukturo indikacij za sprejeme, tako da veliko težav skušamo rešiti že ambulantno. Po letu 2002 smo ostali brez rednih zunanjih ginekoloških ambulant, sodelovanje z okoliškimi dispanzerji pa bi bilo lahko še boljše. Število porodov je bilo v vseh letih največje v letih 1955, 1963 in 1964, ko je preseglo število 1000. Leta 1990 je bilo nazadnje več kot 600 porodov, nato pa okoli 400 do 500 letno. Letos smo na veliko veselje spet zapisali končno število 630 porodov. Kot kaže, se obetajo plodnejši časi.

Trenutno so na ginekološko-porodniškem oddelku redno zaposleni štirje specialisti ginekologi in porodničarji, upamo pa še na tri specializante. Na oddelku delajo tri diplomirane babice, ena diplomirana medicinska sestra, šest babic, enajst zdravstvenih tehnikov in tri administratorke.

Razvoj zdravstvene nege na ginekološko-porodniškem oddelku

Katja Zupan, dipl. babica, glavna medicinska sestra ginekološko-porodniškega oddelka

Medicinska sestra pri delu z novorojenčkom v inkubatorju

Porodna soba z najnovejšo porodno posteljo

Razvoj zdravstvene nege se je razvijal skladno z razvojem medicinske stroke, z novimi načini zdravljenja, različnimi pristopi dela, kar pomeni, da medicinska sestra ni več samo izvajalka medicinsko-tehničnih postopkov in zdravnikova pomočnica, temveč je pri svojem delu avtonomna, strokovna in samostojna. Delo medicinske sestre na ginekološko-porodniškem oddelku je usmerjeno h kakovostnemu izvajanju zdravstvene nege in zdravstveno-vzgojnemu delu. Zavedamo se, da so uporabnice naših storitev vedno bolj informirane, vedo, kakšne so njihove pravice, vse bolj pa moramo pri vsakdanjem delu upoštevati tudi njihove želje.

Težnja po izboljšanju dela in večji usmerjenosti k bolnici oziroma porodnici in nosečnici je nastala nekako pred desetimi leti. Uvajati smo začeli spremembe, ki so vodile in še vodijo k bolj celostni obravnavi naših uporabnic.

Preureditev porodne sobe je prispevala k večji domačnosti in boljšemu počutju porodnic. Možnost brezplačnega lajšanja porodne bolečine, ki je dostopna prav vsaki porodnici, udobnejše sobe, v katerih bivajo mamice z novorojenčki 24 ur na dan, izbirni jedilniki, čaj za dojenje, pogovori z bolnišnično dietetičarko o prehrani med dojenjem, zdravstveno-vzgojno delo ter pomoč pri dojenju in negi novorojenčka pripomorejo h kakovostnejšemu delu in zadovoljstvu porodnic. Naš cilj so zdrave mamice z novorojenčki, ki zadovoljne zapuščajo porodnišnico.

Delo medicinske sestre na ginekološko-porodniškem oddelku je pestro, razgibano, polno lepih dogodkov. V zadnjih letih smo usmerjeni k večjemu izobraževanju kadra, sodelujemo pri razvijanju standardov kakovosti in različnih projektih, ki naše delo še dodatno ovrednotijo.

Povratno informacijo o tem, kaj delamo dobro, kaj bi bilo treba spremeniti ali celo na novo uvesti, dobimo z anketami, ki jih razdelimo mamicam in so nam nekakšno vodilo pri našem delu in delu v prihodnje.

Želimo si dobrih medosebnih odnosov, sodelovanja v zdravstvenem timu in tudi širše, predvsem pa so nam v največje zadovoljstvo srečni obrazi družin in bolnic, ki zapuščajo naš oddelek.

Otroški oddelek skozi čas

Peter Najdenov, dr. med., spec. pediater, predstojnik otroškega oddelka

Skupinska fotografija zaposlenih na otroškem oddelku

Otroke so zdravili v Jeseniški bolnišnici vse od njenega obstoja. Na začetku so bolne otroke obravnavali pod okriljem internega oddelka, leta 1959 pa smo v SB Jesenice dobili prvi samostojni otroški oddelek.

Sprva je imel oddelek 31 bolniških postelj in je kmalu postal premajhen, zato se je v letu 1964 preselil v nove, preurejene prostore stanovanjske stavbe. Z novim oddelkom sta se povečala tudi vloga pediatrične dejavnosti in število sprejemov.

V letu 1972 je bilo 1200 sprejemov, povprečna ležalna doba pa je bila 15,99 dni.

Naloge pediatra niso bile omejene samo na otroški oddelek, temveč na vse oddelke (kirurški oddelek, porodnišnica), kjer so bili hospitalizirani otroci. Razvijala in širila se je ambulantna dejavnost.

V letu 1986 smo na otroški oddelek začeli sprejemati tudi otroke s kirurškimi obolenji ter poškodbami.

Z razvojem medicine in potrebami po kakovostnejši obravnavi bolnih in poškodovanih otrok so se polagoma pokazale potrebe po novem, večjem in sodobnejšem otroškem oddelku.

Gradnja na vrhu obstoječe bolniške zgradbe se je začela jeseni leta 1997, nov, sodoben in otrokom prilagojen oddelek pa je bil dograjen v letu 1999.

Novi oddelek ima 34 postelj, namenjenih otroškim bolnikom, in je organizacijsko sestavljen iz treh delov: odsek za dojenčke in male otroke, odsek za predšolske in šolske otroke ter del, ki je namenjen ambulantni dejavnosti in prostorom osebja in administracije. V okviru oddelka je prostor namenjen tudi otroški kirurgiji.

Kljub veselju ob novem, prijetnem oddelku so nas v prvih letih po preselitvi pestile hude kadrovske težave. Zapustilo nas je več zdravnikov specialistov, predvsem zaradi bolezni, upokojitve ter preobremenjenosti. Kljub hudemu pomanjkanju zdravnikov (ostala sta le dva specialista) smo, z veliko pomočjo mladih specializantk in kolegice Majde Rus-Medveščček, dr. med., nekako uspeli prebroditi to obdobje. Ob koncu leta 2004 se nam je pridružila spec. pediatrije Barbara Urbanc, dr. med., leta 2006 je naredila specialistični izpit Tina Šavs Požek, dr. med., in leta 2007 Tina Ahačič, dr. med.

Prijazen pozdrav otrokom ob prihodu na otroški oddelek

Vizita na otroškem oddelku

S prihodom novih zdravnikov specialistov pediatrov se je temu ustrezno povečala tudi naša dejavnost. Trenutno dela na otroškem oddelku pet specialistov in ena specializantka pediatrije, štiri diplomirane medicinske sestre in 19 srednjih medicinskih sester oz. zdravstvenih tehnikov.

Ob dobri kadrovski zasedbi je postalo lažje organizirati strokovno in učinkovito delo na oddelku.

Na oddelkih splošne pediatrije največ zdravimo otroke z infektivnimi obolenji. Število bolnikov, predvsem z obolenji respiratornega in gastrointestinalnega trakta, se spreminja iz leta v leto, obstajajo pa tudi izrazite sezonske različice, tako da je bila zasedenost našega oddelka največja v jesensko-zimskem in pomladanskem času.

Poleg bolnikov z infektivnimi obolenji se na oddelku vedno bolj razvija tudi načrtovana diagnostika, predvsem alergološko-pulmoloških obolenj, vse bolj pa tudi nefrološka ter gastroenterološka diagnostika.

Bolniki, sprejeti na naš oddelek, so do leta 2004 prihajali predvsem iz področja zgornje Gorenjske, sedaj pa skoraj 2/3 sprejemov predstavljajo bolniki iz spodnje Gorenjske (Kranj, Tržič, Škofja Loka).

Število sprejemov se v zadnjih letih hitro veča. Največ bolnikov, sprejetih na oddelek, je do starosti dveh let.

K porastu števila bolnikov na našem oddelku je verjetno pripomogla kakovost naše obravnave, hkrati pa tudi bolnikom in staršem prijazno delo na oddelku.

V letu 2004 smo na oddelku izvedli večjo reorganizacijo dela, sprostili smo dnevne obiske, hkrati pa oddelek prostorsko reorganizirali tako, da je večja možnost sobivanja staršev z bolnim otrokom. S projektom 'Otroku prijazna bolnišnica' smo sodelovali na natečaju Mednarodne organizacije žensk SILA in si pridobili izdatna finančna sredstva, s katerimi smo izpeljali ta projekt. Spremenjeno delo se je izkazalo za izrazito dobrodošlo in dobro sprejeto med bolniki in njihovimi starši. Zmanjšalo se je število hospitaliziranih otrok, izboljšala sta se kakovost dela na oddelku in zadovoljstvo, zaupanje staršev pa je večje.

V okviru oddelka je organizirana bolnišnična šola, ki jo vodita učiteljici iz Osnovne šole Toneta Čufarja Jesenice.

Otrok z respiratornimi obolenji

Poleg rednega dela na oddelku veliko naredimo tudi v ambulanti. Trenutno največ bolnikov pregledamo v Alergološko-pulmološki ambulanti, ki ima na našem oddelku že dolgo tradicijo. S to dejavnostjo se je začel ukvarjati že prim. Štefan Plut, dr. med, pozneje pa sta se s tem področjem ukvarjali Dragica Kersnik, dr. med., in Majda Rous-Medveščček, dr. med. Zahtevno delo z alergološkimi bolniki sedaj dvakrat tedensko ambulantno opravljata Milena Vrečko Tolar, dr. med., ter Barbara Urbanc, dr. med.

Po odhodu predstojnice Otroškega oddelka Lucije Odlasek

Kunstelj, dr. med., ki je dolgo časa vodila tudi kardiološko ambulanto, je obravnavo prevzel doc. dr. Robida, dr. med., specialist otroški kardiolog.
S specialističnimi ambulantami imamo pokrita tudi področja otroške nefrologije, nevrologije, neonatologije in gastroenterologije.
Zaradi vse večjega števila otrok s psihosomatskimi in psihiatričnimi obolenji smo k sodelovanju uspeli pridobiti otroško psihiatrinjo Gabrijelo Debeljak, dr. med.
Pri strokovnem delu v ambulanti so nepogrešljive za ta področja ustrezno izšolane medicinske sestre. Njihovo strokovno delo obsega poleg izvajanja funkcionalne diagnostike tudi zdravstveno vzgojno delo.
Kljub veliki obremenjenosti celotnega osebja z vsakodnevnim delom vsi zaposleni skrbimo tudi za izobraževanje. Na oddelku organiziramo redne klinične seminarje, ki jih pripravljamo zdravniki. Celoten oddelek je naredil tečaj oživljanja pri otroku, več let pa v predbožičnem času organiziramo strokovno srečanje za vse zdravnike in medicinske sestre na Gorenjskem, ki se ukvarjajo z zdravjem otrok. Število udeležencev na teh seminarjih se iz leta v leto povečuje.
Poleg notranjega izobraževanja se vsi zaposleni udeležujemo raznih strokovnih srečanj pri nas in v tujini. Skoraj vsi zdravniki imamo narejen tečaj dodatnih postopkov oživljanja APLS, več zdravnikov je tudi inštruktorjev na domačem tečaju 'Kritično bolan otrok' v organizaciji KOOKIT KC Ljubljana.
Na oddelku veliko truda in pozornosti namenjamo tudi področju izboljšanja kakovosti. Dejavni smo pri projektu varnost otroka, izboljševanju dokumentacije in medsebojne komunikacije.

Oddelek je učna baza za dijake Srednje zdravstvene šole in študente Visoke šole za zdravstvo.

Načrtov in ciljev za naprej je veliko. Mnogo je povezanih s spremembo v naši organizaciji, mnogo s spremembo nas samih.
Naš cilj je strokovno pravilna obravnava otroka in ob tem zadovoljstvo staršev ter vseh udeleženih v celotnem procesu zdravljenja. V prihodnosti bo verjetno eden največjih izzivov organizacija dnevnega oddelka za zdravljenje otrok na našem oddelku.

Ob vsem zgoraj opisanem nam ostaja še vedno dovolj energije, da si vsako leto privoščimo oddelčni izlet, da spoznavamo svojo domovino, skupaj praznujemo okrogle obletnice, si vzamemo čas za odhod v hribe, smučanje ali krajša popotovanja v tujino.

Pregledovalna miza za otroke v otroški ambulanti

Razvoj zdravstvene nege na otroškem oddelku

Jožica Trstenjak, dipl. m. s., glavna medicinska sestra otroškega oddelka

Naše misli so zazrte v prihodnost, a preteklosti se ne da izogniti, predvsem pa ne takrat, ko praznujemo okrogle obletnice. In naša bolnišnica praznuje letos 60 let, Pediatrični oddelek drugo leto 50 let in 10 let od preselitve v nove prostore nadgradnje.

Pogled nazaj

Ko je bila zgrajena nova jeseniška bolnišnica leta 1948, so večje otroke zdravili na internem oddelku, manjše pa so pošiljali na zdravljenje v Ljubljano. Najprej so za negovanje otrok zaposlili eno otroško negovalko. Polagoma se je število negovalk zviševalo in v letu 1957 je bilo otrokom namenjenega pol krila, z zaposlenimi devetimi negovalkami. Večje posege, odvzeme krvi in aplikacijo zdravil je pri njih izvajala nadzorna sestra oddelka, za zdravljenje pa je skrbel zdravnik internist. Takrat so bolnike sprejemali predvsem v dopoldanskem času, le v zelo nujnih primerih tudi popoldan in ponoči.

Leta 1959 so v bolnišnici zaposlili pediatra in začeli prenavljati prostore za samostojen otroški oddelek z 31 posteljami, katerega odprtje je bilo 29. novembra. Na tem oddelku so ležali otroci z internističnimi obolenji, otroci s kirurškimi posegi pa v sklopu kirurgije. Za vse otroke je skrbelo šest medicinskih sester, pomagali so si s sedmimi otroškimi negovalkami z dvoletno šolo in s praktikantkami, ki so se zaposlile po končani osnovni šoli. Menjavanje zaposlenih je bilo zelo veliko. Leta 1960 je bila na Jesenicah ustanovljena srednja zdravstvena šola in večina negovalk se je odločila za nadaljevanje šolanja za poklic medicinske sestre.

V letu 1964 je oddelek dobil nove prostore v zgradbi na levi strani bolnišnice, kjer je ostal do leta 1999. Za takratni čas so bili prostori ustrezno prirejeni potrebam otrok. Ločili so infektivne od neinfektivnih, dobili so igralnico, učilnico, jedilnico, sobo za intervencije, sobo za doječe matere, mlečno kuhinjo in prostore za sprejem otrok.

Delo na oddelku

Organizacija dela na oddelku se je v primerjavi s prejšnjo močno spremenila. Oddelek je dobil svojo nadzorno medicinsko sestro, medicinsko sestro za intervencije, dve krilni medicinski sestri, medicinsko sestro za delo v ambulanti, eno medicinsko sestro za delo v mlečni kuhinji, 16 sobnih medicinskih sester, eno učiteljico ter 10 bolniških strežnic. Iz starih zapisov je razvidno, da so v tem času dobro skrbele za nego otrok z upoštevanjem splošno poznanih higienskih načel, ob otrocih so bile le redke doječe matere, obiski so bili dvakrat na teden po eno uro. Ležalna doba je bila okrog 15 dni, tako so bili otroci resnično prepuščeni medicinskim sestram v popolno oskrbo 24 ur na dan ves čas bivanja. Veliko je bilo psihičnega hospitalizma, medicinske sestre pa so poznale vse otrokove navade, spremembe. Ves čas je bilo na oddelku okrog 50 ležečih otrok, obremenitve zaposlenih z negovanjem so bile velike, bilo pa je manjše število preiskav, posegov.

Bolnišnična šola

Leta 1983 je oddelek dobil nove prostore za sprejem otrok eno nadstropje nižje, zato jokajoči otroci, ki so jih sprejemali, niso motili miru na oddelku. Medicinska sestra je odhajala po sprejetega otroka

v sprejemno ambulanto, se pogovorila s starši in ga odpeljala na oddelek. Ležalna doba se je začela krajšati in upadati je začelo število rojstev, zato se je zasedenost znižala in uresničili so zamisel o zdravljenju vseh otrok v bolnišnici na enem oddelku. Tako so vsem bolnim otrokom zagotovili primerno bivanje in obravnavo z usposobljenimi medicinskimi sestrami, primernimi prostori ter z zaposlitvijo in nadaljevanjem učenja s pomočjo učiteljice. V sobi za intervencije ni bila več stalno določena ena medicinska sestra, temveč so krilne medicinske sestre urejale vse v povezavi s specialno nego pri otrocih, parenteralno terapijo, izvajanjem preiskav in nadzirale delo srednje medicinske sestre. Povezovali so se tudi s patronažno službo in z zaposlenimi v dispanzerjih na Gorenjskem. Medicinske sestre so delale tradicionalno zdravstveno nego, niso imele svoje dokumentacije, vsa posebna naročila, opažanja so vpisovale v zvezke za predajo službe, največ pa je prenos informacij o bolnikih potekal po ustnem izročilu. Bolnikovo dokumentacijo so sestavljali temperaturni list in izvidi.

Na otroškem oddelku se zdravijo tudi otroci s kirurškimi obolenji

Menjavanje zaposlenih je bilo še vedno veliko, zato so na oddelek prihajale nove medicinske sestre z novimi znanji, pogledi, željne spremeniti že rutinirano utečene postopke in pri delu uporabiti v šoli pridobljena znanja. Na začetku devetdesetih let smo začeli uvajati negovalno dokumentacijo. Najprej je bila to negovalna anamneza, nato list incidenta, list nege sedne ritke, pozneje še negovalno poročilo.

Leta 1999 smo se tudi medicinske sestre veselile selitve v nove, sodobne, svetle, popolnoma otrokom prirejene prostore. Dobili smo novo energijo za nadaljevanje dobro utečenega dela na starem oddelku in uvedbo novosti, ki jih prej zaradi prostorskih omejitev nismo mogli uresničiti. Na začetku so doječe mamice še vedno bivale v posebni sobi, pozneje pa smo se začeli dejavno ukvarjati z humanizacijo hospitalizacije.

Kako pa danes in v prihodnosti?

Ker vse mamice, doječe ali spremljevalke, bivajo ob otrocih, se je vloga medicinske sestre spremenila. Ni več samo izvajalka zdravstvene nege, temveč je tudi zdravstvena vzgojiteljica za starše in otroke. Predvsem mora biti dobra opazovalka, sposobna oceniti otrokovo stanje in starše ob njem. Pri delu potrebuje poleg strokovnega znanja tudi veliko diplomacije, da pri vedno zahtevnejših otrocih in starših z različnimi željami in navadami naredi vse potrebne

Obisk rdečih noskov

negovalne intervencije in posege. Ležalna doba je vedno krajša, število sprejetih otrok je vedno večje, zato se je dnevna intenziteta dela močno povečala.

Na oddelku sta bila kar nekaj časa zaposlena samo dva zdravnika, ki sta s pomočjo dobro usposobljenih medicinskih sester skrbela za kakovostno zdravstveno obravnavo otrok. Danes smo ekipa, ki šteje glavno medicinsko sestro oddelka, tri diplomirane medicinske sestre, eno diplomirano medicinsko sestro za delo v pediatrični ambulanti in 19 srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov. Za učenje in zaposlitev otrok poskrbita dve učiteljici.
Delo poteka organizirano in načrtovano. Ukvarjamo se s projektnim delom, ves čas se strokovno izobražujemo, pripravljamo predstavitve svojega dela s predavanji in z objavljanjem člankov v zbornikih zdravstvene nege. Aktivno smo vključene v delo Društva medicinskih sester Gorenjske in Pediatrično sekcijo Zbornice Zdravstvene nege.
Cilji, ki nas vodijo pri delu, so:

- Kakovostna zdravstvena nega, ki vključuje tudi učinkovito zdravstveno vzgojo.
- Uvedba kazalnikov kakovosti na področju pediatrije.
- Nenehno izobraževanje zaposlenih.
- Obdržati visok nivo zadovoljstva bolnikov.
- Razviti in podpirati pogoje dela, ki zaposlene vzpodbujajo k aktivnemu sodelovanju in oblikovanju dela na oddelku.
- Aktivno sodelovati v okviru bolnišnice pri pripravah na pridobivanje certifikata kakovosti.
- Skrbeti za prepoznavnost oddelka in bolnišnice v slovenskem prostoru.
- Ostati dobri mentorji dijakom in študentom srednje in visoke zdravstvene šole.

Ponosne smo na svoje predhodnice, svoje izkušnje in navdušenje so prenesle na naslednje generacije medicinskih sester, brez njih danes ne bi bile takšne, kot smo. Tudi me – danes zaposlene – si želimo srečo v otroških pogledih ob odhodu iz bolnišnice, želimo jim dajati in dati najboljšo oskrbo in zato hrepenimo po izboljšavah in nosimo sanje v očeh.

Oddelek za zdravstveno nego - neakutna bolnišnična obravnava

Darja Noč, viš. med. ses., glavna medicinska sestra OZZN

Neakutna bolnišnična obravnava (NBO) je bila v Splošni bolnišnici Jesenice organizirana po navodilih Ministrstva za zdravje od maja 2002. Namenjena je bolnikom, ki imajo akutno diagnostiko in je njihovo zdravljenje v bolnišnici že končano, ni pa jih možno odpustiti domov zaradi različnih vzrokov.

Obravnava teh bolnikov se je na začetku imenovala Podaljšano bolnišnično zdravljenje (PBZ). Bolniki so bili nameščeni v sobah na matičnem oddelku (interni ali kirurški). Vodja te obravnave je bil zdravnik specialist. Bolnike se je na NBO premeščalo glede na določene kriterije. Ležalna doba je bila največ 45 dni, z možnostjo podaljšanja po odobritvi nacionalne komisije za PBZ.

Oktobra 2003 smo PBZ organizirali na enotni lokaciji in sicer v tretjem nadstropju na severnem krilu. Glede na področni dogovor je bilo NBO namenjenih 14 bolniških postelj. Oddelek sta vodila zdravnik specialist interne medicine in višja

medicinska sestra. Poleg NBO smo na oddelku na šestih bolniških posteljah obravnavali tudi ortopedske bolnike.

V poletnih mesecih leta 2004 smo oddelek preobrazili: ustanovili smo projektno skupino in pripravili smernice za preoblikovanje PBZ v Oddelek za zdravstveno nego (OZZN). Projektna skupina je s presečno študijo ugotovila, da večina bolnikov na NBO ne potrebuje zdravniške obravnave vsak dan. Osnoval se je multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo vsi člani zdravstvene nege na oddelku, fizioterapevtka, socialna delavka, bolnišnični dietetik, koordinatorica za kronične rane in glede na zdravstveno stanje bolnika lečeči zdravnik. Oddelek vodi in koordinira diplomirana medicinska sestra. Glavni cilj obravnave je kakovostna priprava bolnika na odpust iz bolnišnice. Ležalna doba je omejena na 30 dni. Pri oskrbi bolnika sodelujejo tudi svojci in so vključeni v zdravstveno-vzgojno delo na oddelku.

Na oddelku je šest bolniških postelj namenjenih kirurškim bolnikom s kronično rano. Zdravljeni so po najsodobnejših trendih zdravljenja kroničnih ran. Lečeči zdravnik je specialist kirurgije, pri obravnavi dnevno sodeluje diplomirana medicinska sestra – koordinatorica za kronične rane.

V letu 2007 smo na OZZN pripravili tudi projekt za blažilno oskrbo bolnikov. Organizirali smo notranje in zunanje izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi in določili smernice oskrbe. Blažilna oskrba je namenjena bolnikom, pri katerih se bolezen ne odziva več na kurativno zdravljenje. Bolnikom lajšamo le spremljajoče simptome in se trudimo za čim višjo stopnjo kakovosti življenja v zadnjih dneh. Prisluhniti želimo tudi bolnikovim psihičnim, socialnim in duhovnim potrebam. Svojcem svetujemo in jim dajemo oporo v težkih trenutkih. Paliativni tim vodi zdravnik specialist anesteziolog, sodelujejo pa vsi člani multidisciplinarnega tima na OZZN in v protibolečinski ambulanti. Redno se srečujemo na tedenskih sestankih in obravnavamo aktualno problematiko.

Na oddelku se trudimo, da bi se dobro počutili in bili zadovoljni bolniki, njihovi svojci in zaposleni. Oddelek smo precej prenovili, nabavili številne pripomočke za lažje delo in bivanje. S stalnim izpopolnjevanjem in kakovostno komunikacijo se trudimo izboljševati svoje delo po procesu zdravstvene nege. Usposabljamo zdravstvene tehnike pripravnike in smo učna baza za dijake srednje zdravstvene šole in študente visoke šole za zdravstveno nego. Trenutno je na OZZN zaposlenih 13 zdravstvenih tehnikov, diplomirana medicinska sestra – vodja tima in glavna medicinska sestra – koordinatorica neakutne bolnišnične obravnave.

Zaposleni na oddelku za zdravstveno nego

Predstavitev oddelka za anesteziologijo in reanimacijo

Judita Mandelc Kunčič, dr. med., spec. anest., predstojnica oddelka za anesteziologijo in reanimacijo

Anestezija je beseda, ki jo v slovenščini pomensko enačimo z besedo narkoza. Izvira iz stare grščine, kjer predpona an- pomeni 'brez', aisthesis pa pomeni čutiti, torej anaisthesis oziroma latinsko anaesthesis vodi k pomenu 'nečutiti'. V slovarju pa je beseda anestezija definirana kot stanje brez čutnih zaznav.

Anesteziologija je medicinsko področje, ki se ukvarja s preprečevanjem in z zdravljenjem bolečine. Človek si je v vsem svojem obstoju vedno skušal lajšati bolečine, bodisi zaradi bolezni ali poškodbe, pa tudi pri kirurških posegih, saj vemo, da so jih izvajali že v starem Egiptu. **V današnjem svetu je malo znana in še vedno obravnavana kot mlada veja medicine, v resnici pa je stara kot človeštvo**. Nova medicinska spoznanja, napredek tehnike in farmakološka odkritja so v drugi polovici dvajsetega stoletja omogočili tako hiter razvoj stroke, da se zdi, kot bi se šele na novo pojavila.

Ob ustanovitvi bolnišnice leta 1948 anesteziologija ni bila samostojna dejavnost in tudi izšolanih specialistov in medicinskih tehnikov tedaj ni bilo. Anesteziološke posege so delali kirurgi in ginekologi sami in pri tem uporabljali lokalno, infiltracijsko anestezijo in tudi neuroaksialno anestezijo. Zaradi preobremenjenosti z operativnim delom so za dajanje anestezije usposobili bolničarja **Joža Kravanjo**, ki je izvajal kapalno anestezijo s kloretilom ali etrom. Primarij Drago Hočevar, dr. med., je v osnove dajanja anestezije, vključno z endotrahelnim anesteziranjem leta 1957, uvedel medicinsko sestro **Dragico Cerar**, ki se ji je pozneje pridružila medicinska sestra **Olga Lombar.**
V naslednjem desetletju se je operativna dejavnost razmahnila in zahtevala modernejše in zahtevnejše anesteziranje. Prvi izšolani anesteziolog s končano specializacijo iz anesteziologije, ki je tedaj trajala tri leta, je bila leta 1966 **Katarina Vladikovič-Mihajlović,** dr. med., ki pa je že leta 1969 našo ustanovo zapustila zaradi odhoda v tujino.

Stane Čebokli, dr. med.je končal štiriletno specializacijo iz anesteziologije spomladi leta 1972 in tedaj je bil v bolnišnici Jesenice ustanovljen anesteziološki oddelek. Z veliko požrtvovalnosti, zanesenjaštva in trdega dela je vpeljal za tisti čas zahtevnejše in modernejše vrste anestezije, prevzel intenzivno nego in jo z leti preoblikoval v center intenzivne terapije. Osnoval in vodil je delo na oddelku za transfuzijo, ki je vse do leta 1990 sodil v oddelek za anesteziologijo. Skrbel je za šolanje novih anestezijskih medicinskih tehnikov in zdravnikov specialistov. Stane Čebokli, dr. med., je postavil temelje našega oddelka, brez katerega danes bolnišnica z operativnim programom ne more obstajati.

Delo anesteziologa v operacijski dvorani

Center intenzivne terapije ali CIT se je razvil iz intenzivne nege in dobil prostor s posteljami in z opremo za umetno ventilacijo leta 1986. Danes se imenuje **Enota intenzivne terapije operativnih strok** ali kratko EITOS in je v istih prostorih kot ob ustanovitvi. Vsaka od postelj je opremljena z aparatom za umetno predihavanje, z monitorjem za invazivno merjenje delovanja obtočil in s številnimi črpalkami za infuzijo različnih zdravil in učinkovin. Pri poškodbah glave merimo znotrajlobanjski tlak. Bolniki z odpovedjo ledvic so dializirani v naši enoti.

Prostorska stiska je velika težava intenzivne enote, prav tako pa tudi pomanjkanje kadra in posledična preobremenitev osebja, tako telesna kot duševna. Več deset ur dela v rednem delovnem času v enem mesecu pri osebju v intenzivni enoti ni izjema. Trinajst medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov letno v enoti intenzivne terapije oskrbi več kot sto najtežjih bolnikov, katerih življenje je ogroženo. Osebje intenzivne enote je lahko kos težkim pogojem dela le zaradi svoje odlične strokovne usposobljenosti in zaradi visokih moralnih načel.

Zdravniki, **medicinske sestre in zdravstveniki na anesteziji**, ki jih je na našem oddelku devet, skupaj predstavljamo **anestezijski tim**. Imamo delovišča v operacijskem bloku, s tremi operacijskimi sobami, v ginekoloških operacijskih prostorih, v porodni sobi, na dnevnem oddelku, v protibolečinski ambulanti, na urgenci in seveda v enoti za intenzivno terapijo. Pri oživljanju sodelujemo v katerem koli delu bolnišnice.

Osnovna strokovna znanja v anesteziologiji so temelj za razvoj stroke in delo na več področjih: anestezijske tehnike za operirane bolnike, intenzivno zdravljenje kritično bolnih, urgentna oskrba hudo poškodovanih, oživljanje pri odpovedi osnovnih življenjskih funkcij, preprečevanje in zdravljenje bolečine po operaciji, lajšanje bolečin med porodom z regionalnimi tehnikami, zdravljenje bolečine pri kroničnih boleznih in okvarah, oskrba neozdravljivo bolnih in seveda širjenje znanja s tečaji, z mentorstvom in s predavanji.

V letu 2005 obnovljen operacijski blok je prijaznejše okolje za delo, za bolnike pa so prostori za pripravo na operacijo udobnejši. Žal pa se še vedno soočamo s pomanjkanjem prostora, saj so operacijske sobe po površini enako velike kot pred obnovo. Pogrešamo tudi prostor za pooperativno oskrbo, ki bi omogočila bolniku prebujanje izven operacijske sobe, hkrati pa bi takrat lahko sistematično začeli zdraviti pooperativno bolečino.

V rednem vsakodnevnem operacijskem programu in v dežurnem času naredimo letno več kot pet tisoč anestezij v splošni in regionalni tehniki. Strokovni napredek pri regionalni tehniki je očiten, saj poleg uveljavljene spinalne anestezije uporabljamo regionalno anestezijo za zgornje okončine in posamezne dele spodnjih okončin. Uvedli smo tudi standard za uporabo epiduralnega katetra pri anesteziji in pooperativni protibolečinski oskrbi bolnikov s tumorji širokega črevesa, kar bolnikom omogoča hitrejše in lažje okrevanje. Leta 2003 smo porodnicam ponudili možnost lajšanja bolečin ob porodu z epiduralnim katetrom. Za tako imenovani porod z epiduralnim katetrom se odloči vse več nosečnic. Takšno lajšanje poroda si je v letu 2007 izbralo 38 odstotkov žensk, ki so rodile v SB Jesenice.

V preteklem desetletju smo na oddelku pridobili dve novi delovišči. To sta **Dnevni oddelek** in **Protibolečinska ambulanta.**

Leta 2003 smo v bolnišnici osnovali dnevni oddelek, kjer so bolniki v istem dnevu sprejeti v bolnišnico, v dopoldanskem času operirani, zvečer pa odpuščeni domov. Oddelek vodi anesteziolog, pri čemer usklajeno sodeluje s predstojnikom kirurgije in glavno medicinsko sestro dnevnega oddelka. Prve bolnike je oddelek sprejel 20. oktobra leta 2003.

Strokovno je to skupno področje kirurgov in anesteziologov, pri katerem je potrebna strokovna opredelitev z obeh

Anestezijski tim

področij, kateri bolniki in s kakšno operativno in anesteziološko tehniko bodo oskrbljeni, da bo pooperativno obdobje v domači oskrbi varno. Število tako obravnavanih bolnikov z leti narašča. Leta 2004 je bilo na dnevnem oddelku operiranih 728 bolnikov, leta 2007 pa 1208 bolnikov.

V protibolečinski ambulanti delajo zdravnik anesteziolog in dve sestri, ki se timsko ukvarjajo z zdravljenjem bolečine. Bolniki, ki prihajajo v protibolečinsko ambulanto, imajo kronične bolečine zaradi degenerativnih okvar. Pomembno področje v ambulanti pa je zdravljenje bolečine pri neozdravljivo bolnih. Osebje protibolečinske ambulante sodeluje z anestezijskim timom, zdravnikom anesteziologom in anestezijskim tehnikom pri zdravljenju bolečine po operacijah, kot so vstavitev kolčne in kolenske proteze, pri odstranitvi žolčnika, odstranitvi novotvorb na črevesju in pri večjih ginekoloških operacijah.

Delo protibolečinske ambulante je zelo pomembno področje, ki ga potrebuje vse več bolnikov, a je še vedno omejeno zaradi kadrovskih in prostorskih zmožnosti. Najbolj pa bi si na tem področju želeli urediti priznanje te dejavnosti s strani ministrstva za zdravje in s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

V zadnjem desetletju smo na oddelku za anesteziologijo in reanimacijo uvedli novosti na strokovnem in organizacijskem področju in uspeli zadostiti potrebam rednega in urgentnega kirurškega programa. Vse te naloge smo uspešno naredili kljub izrednemu pomanjkanju zdravnikov anesteziologov, anestezijskih tehnikov in medicinskih tehnikov v intenzivni enoti.

Mladi zdravniki se zanimajo za naše medicinsko področje in se odločajo za specializacijo iz anesteziologije, reanimatologije in intenzivne medicine kirurških strok. Vendar program specializacije traja šest let, kar je dolgo obdobje. V takem obdobju pa lahko pride do fluktuacije in upokojitve zdravnikov specialistov, zaradi česar nas je v kratkem času zapustilo več kot 50 odstotkov zdravnikov. Z razumevanjem uprave smo kadrovske težave reševali s pogodbenim delom in z razpisom prostih delovnih mest, na katerega se je javil zdravnik anesteziolog iz Beograda.

V letošnjem jubilejnem letu je na oddelku redno zaposlenih sedem zdravnikov specialistov, dve zdravnici specialistki sta zaposleni za polovični delovni čas, v Kliničnem centru v Ljubljani pa so na specializaciji tri zdravnice specializantke.

Per aspera ad astra je naš moto. Za nami so težave in preizkušnje v razvoju in uveljavljanju naše stroke v celotni medicini, našega oddelka v SB Jesenice in hude kadrovske težave na našem oddelku. Prepričani pa smo, da so kljub posameznim oblačkom na nebu pred nami svetlo obzorje in jasni cilji, ki jih zmoremo in hočemo doseči. Želimo zmanjšati trpljenje zaradi bolečin po operaciji. Želimo se postaviti po robu vsakršni bolečini, ki spremlja bolezen, pa četudi neozdravljivo. Želimo pomagati tistim, ki imajo bolečine zaradi okvar in kroničnih bolezni. Zato je naš cilj osnovati **Center za zdravljenje bolečine in oskrbo neozdravljivo bolnih**. Strokovno podlago za takšne načrte imamo. Kadrovske in prostorske težave bomo premostili. Trd oreh pa bo prepričati oblasti, da našo dejavnost priznajo, ji dajo svoje mesto v programiranju zdravstvene dejavnosti in ji seveda namenijo tudi nekaj denarja.

Enota intenzivne terapije operativnih strok

Sedina Kalender Smajlović, dipl. m. s., vodja dejavnosti zdravstvene nege v EITOS-u

Temeljni namen delovanja Enote intenzivne terapije operativnih strok je strokovna, celostna, kakovostna obravnava vseh bolnikov, ki potrebujejo intenzivno zdravljenje in kakovostno zdravstveno nego.

Zdravstvena nega v intenzivni terapiji predstavlja integrirano dejavnost v sklopu celostne zdravstvene oskrbe. Je pomembna in prepoznavna dejavnost, katere osnovni namen je pomoč pri vzdrževanju osnovnih življenjskih funkcij ter pomoč bolniku pri izvajanju tistih aktivnosti, ki bi jih opravil sam, če bi imel potrebno moč, voljo in znanje. Nosilke dejavnosti zdravstvene nege so timske medicinske sestre, ki si v sodelovanju z zdravstvenimi tehniki prizadevajo za izvajanje kakovostne zdravstvene nege, učinkovitost v multidisciplinarnem sodelovanju ter za ohranitev pozitivne delovne klime.

Izvajanje dialize v EITOS-u

Središče našega delovanja predstavlja kritično bolan posameznik, ki je v enoto intenzivne terapije sprejet zaradi motenih ali izpadlih funkcij življenjsko pomembnih organov ter za omogočanje sočasnega zdravljenja temeljne bolezni. Delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je v veliki meri posebno in zelo zahtevno. Zdravstvena nega poteka neprekinjeno 24 ur na dan in se izvaja po teoretičnem modelu Virginije Henderson. Zaposleni moramo imeti posebna znanja in spretnosti pri uporabi medicinskih aparatur ter visoko razvita moralna načela.

Vsakega bolnika v intenzivni terapiji obravnavamo kot edinstveno, neponovljivo osebnost, s poudarkom na njegovih specifičnih fizičnih, psihičnih, duhovnih in socialnih potrebah. Z izvajanjem intervencij zdravstvene nege spremljamo zadovoljevanje vseh bolnikovih potreb v obdobju bivanja v naši enoti. Prizadevamo si za najvišje možno vključevanje in sodelovanje bolnika in njegovih svojcev.

Pri delu s kritično bolnimi imamo zdravstveni delavci v intenzivni terapiji skupne vrednote, kot so izboljšanje zdravstvenega stanja, funkcionalna sposobnost, v primerih neozdravljive bolezni pa mirna in dostojanstvena smrt. Vrednote zdravstvene oskrbe si oblikujemo ob razmišljanju, kaj je dobro in prav za bolnika ter kaj je dobro in prav za uspešnost in ugled intenzivne medicine in zdravstvene nege. Pri oblikovanju vrednot nas vodijo človekove osebne vrednote, strokovno znanje ter profesionalen pristop do bolnika.

Delo medicinske sestre v intenzivni terapiji je zelo bogato in raznoliko, je okolje, ki omogoča visoko stopnjo samostojnosti in hkrati močno povezanost s celotnim zdravstvenim timom.

Osnovna načela v delu medicinskih sester, zdravnikov in fizioterapevtov so uspešno timsko delo, sodelovanje z veliko mero osebne zavzetosti, pozitivne naravnanosti vsakega zaposlenega ter optimizma. To so dejavniki, ki pripomorejo k učinkovitosti, uspešnosti in razvoju kakovosti dela v intenzivni terapiji, zadovoljstvu bolnikov, njihovih svojcev ter zdravstvenega osebja.

V bližnji prihodnosti bi si v prvi vrsti želeli izboljšati prostorski standard za bolnike in za zaposlene po načelih funkcionalne prostornosti in opremljenosti po standardih za intenzivno terapijo. Potrebovali bi dodatne prostore in aparature, saj naša petposteljna intenzivna enota deluje na zelo skromni kvadraturi in je prostorsko ostala nespremenjena od samih zametkov intenzivne terapije pred 37 leti.

Zaposleni v EITOS-u

Dnevni oddelek

Helena Lindič, dipl. m.s., vodja zdravstvene nege na dnevnem oddelku

as. mag. Mateja Lopuh, dr. med., spec. anest.

V Splošni bolnišnici Jesenice smo Dnevni oddelek odprli oktobra leta 2003. Oddelek je ločen od drugih bolnišničnih oddelkov. Sprejem, zdravljenje in odpust bolnika so na enem mestu. Taka obravnava bolnika predstavlja moderno, ekonomično in učinkovito zdravljenje, s katerim lahko dosežemo visoko stopnjo zadovoljstva bolnika in kakovost v njegovi zdravstveni oskrbi.

Dnevni oddelek v Splošni bolnišnici Jesenice predstavlja pomembno pridobitev in dopolnitev dejavnosti kirurškega oddelka. Delež bolnikov, ki so operirani v okviru Dnevnega oddelka, narašča od ustanovitve. V letu 2007 je bilo tako operiranih 1208 bolnikov. V bolnišnicah po svetu je tako operirana skoraj polovica bolnikov, pri nas je ta delež manjši (20 %).

Zaposleni na dnevnem oddelku in protiboličinski ambulanti

Prednost za bolnika je predvsem skrajšan čas bivanja v bolnišnici. Bolnik praviloma odide domov še isti dan, manj se poruši njegov vsakdanji življenjski ritem in zmanjša se zbolevanje zaradi bolnišničnih okužb. Za bolnišnico pa to pomeni, da so krajše čakalne vrste bolnikov, ki potrebujejo bivanje v bolnišnici, poveča se število postelj, ki so tako na voljo, in znižajo se stroški zdravljenja.

Za varno delo na Dnevnem oddelku je potrebna pravilna izbira bolnikov, operacij in anestezijske tehnike. Operiramo namreč le bolnike, ki so zdravi oziroma s kroničnimi obolenji, ki so stabilna in pravilno terapevtsko vodena. Na oddelku izvajamo kirurško in ginekološko operativno dejavnost. Vsi bolniki so v obravnavi vodeni po klinični poti, ki je vnaprej dogovorjena in sprejeta med člani multidisciplinarnega tima. Pomembno vodilo ob pripravi in dopolnjevanju naših kliničnih poti je dobra komunikacija in vsekakor razumevanje dilem med člani tima.

Medicinska sestra v protibolečinski ambulanti

Na Dnevni oddelek prihajajo tudi bolniki, ki potrebujejo kemoterapijo. Vsak dan na protibolečinske infuzije prihajajo tudi bolniki iz ortopedske ambulante. Vodeni in pregledani so v naši ambulanti, predpisano parenteralno terapijo za lajšanje bolečine pa dobijo na našem oddelku.

Za operativne posege morajo biti bolniki mlajši od 70 let, ocenjeni z 1 ali 2 po klasifikaciji ASA (klasifikacija ASA je opredelitev tveganja operativnega posega za bolnika na osnovi pridruženih obolenj), indeks telesne mase morajo imeti nižji od 30. Imeti morajo odgovorno odraslo osebo, ki za njih skrbi doma. Dosegljivi morajo biti na telefon, kamor se jih lahko pokliče, in imajo tudi možnost, da sami ali nekdo drug pokliče v njihovem imenu. Kraj bivanja naj ne bi bil oddaljen več kot uro vožnje od bolnišnice.

Bolniki pred sprejemom v dnevno bolnišnico izpolnijo poseben obrazec, v katerem natančno opišejo svoje zdravstveno stanje, zdravila, ki jih redno jemljejo, in izkušnje s prejšnjimi anestezijami, če so jih prejeli. Posebno pozornost posvečamo morebitnim alergijam. Bolniki so že pred sprejemom zelo natančno poučeni o lajšanju bolečine in morebitnih neželenih učinkih. Za to skrbi diplomirana medicinska sestra, ki je tudi operativni vodja tima.

Operativni posegi morajo biti kratki. Praviloma ni pričakovati velikih izgub krvi ali hudih bolečin. To so posegi, ki so že sami po sebi povezani z nizkim tveganjem za pooperativne zaplete. Operacije na dnevnem oddelku izvajajo izkušeni kirurgi. Vedno mora obstajati možnost takojšnje premestitve bolnika, če to zahteva poslabšanje njegovega stanja. Glavni razlogi za premestitev v klasično bolnišnico so nepričakovane krvavitve, nenadna huda bolečina, ki je bolnik doma ne bi obvladal, huda slabost in bruhanje ter nezmožnost odvajanja vode po področni anesteziji.

Preden gre bolnik domov, mora izpolnjevati določene zahteve. Imeti mora stabilne življenjske funkcije, biti mora buden in orientiran, ne sme imeti hude bolečine, hoditi mora sam, ne sme mu biti slabo, ne sme bruhati, sposoben mora biti zaužiti hrano in pijačo in samostojno urinirati. Bolnik se ne sme domov odpeljati sam ali z javnim prevoznim sredstvom, temveč le v spremstvu odrasle odgovorne osebe. Pred odhodom dobi telefonsko številko, kamor lahko pokliče v primeru težav in nejasnosti. Koordinatorka bolnika prihodnji dan pokliče domov in se z njim pogovori na osnovi vnaprej pripravljenega intervjuja, ki je še del klinične poti. Bolniku posreduje potrebna navodila in informacije za čimprejšnjo samostojno izvajanje vseh življenjskih dejavnosti.

Z ustrezno anestezijsko tehniko lahko močno zmanjšamo določene zaplete, ki ponavadi spremljajo operacije. V dnevni

bolnišnici je večji poudarek na združevanju lokalne anestezije, ki jo izvaja kirurg, in splošne anestezije ali sedacije, ki jo izvaja anesteziolog.

Zaradi potrebe po boljši organiziranosti smo uvedli tudi delovno mesto koordinatorja zdravljenja – 'case menedžerja'. To je medicinska sestra, ki neposredno in samostojno usmerja celoten proces zdravljenja. Odgovorna je, da so bolniki na poseg pripravljeni celovito, da imajo ob sprejemu s seboj vse dokumente, ki jih potrebujemo za nemoteno delo. Pripravlja in koordinira program operacij in se posvetuje z odgovornimi v zdravstvenem timu. Ugotovili smo, da so tako bolniki veliko bolje obveščeni o bolezni in postopkih dela. Zmanjšala sta se negotovost in strah, s katerima so se bolniki soočali tudi zaradi slabe poučenosti. Povečalo se je zaupanje v nas in naše delo.

Bolniki so s takšnim delom zelo zadovoljni. Prav pa bi bilo, da se še več truda vloži v komunikacijo z bolnikom že pri ambulantnem pregledu, kot tudi v poteku obravnave. Povratne informacije bolnikov je treba še dosledneje pretvoriti v načrt izboljšav. Prav je, da nas zanima, kaj je tisto, kar bolnika razveseljuje in mu daje občutek ugodja in zadovoljstva, in kaj je tisto, kar ga razočara.

V prihodnosti se bo obseg operacij, ki jih izvajamo na dnevnem oddelku, vsekakor razširil. Tega si vsi člani tima seveda tudi želimo, predvsem pa tudi prostorske razširitve oddelka.

1. Crews JC. Multimodal pain management strategies for office based and ambulatory procedure. JAMA 2002; 288: 629–32.
2. Rawal N. Analgesia for day case surgery. Br J Anaesth 2001; 87: 73–87.
3. Schecter WP, Bongard FS, Gainor B. Pain control in outpatient surgery. J AM Coll Surg 2002; 195: 95–104.

Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri

Zdenka Kramar, dipl. m. s., glavna medicinska sestra

Pomemben mejnik v razvoju zdravstvene nege na Jesenicah je postavila Angela Boškin, ki je 3. 2. 1919 našla svojo prvo zaposlitev kot 'SKRBSTVENA SESTRA' prav na Jesenicah. Poklic medicinske sestre se je na začetku devetnajstega stoletja razvijal kot podrejena uslužnostne dejavnost, kar sta pogojevala takratni družbeni red in tedanja miselnost o položaju žensk. Tak pogled na poklic medicinske sestre je bil tudi v času ustanovitve Bolnišnice Jesenice.

Glavna medicinska sestra bolnišnice s sodelavkami

Ob odprtju bolnišnice so začele tlakovati pot zdravstvene nege dve medicinski sestri, dve inštrumentarki, ena babica in 13 bolničark. Danes si težko predstavljamo, kako je tako malo ljudi lahko naredilo toliko dela.

Ker v tistem času ni bilo organiziranih šol za izobraževanje medicinskih sester, so v bolnišnici že v letu 1949/1950 organizirali šestmesečni tečaj. Naslednje leto je bila ustanovljena že šola za bolničarke, ki je trajalo eno šolsko leto, bolnišnica pa je tako dobila izobražen negovalni kader.

V šestdesetih letih so bile v zdravstveni negi zaposlene dve višji medicinski sestri, 13 srednjih medicinskih sester in 54 bolničark ter 35 strežnic. Prelomnica v izobraževanju medicinskih sester je bila ustanovitev zdravstvene šole, ki je svoja vrata odprla leta 1962.

V sedemdesetih letih je bilo zaposlenih že 140 medicinskih sester z višjo in s srednjo izobrazbo. Pri delu z bolniki so sodelovale tudi bolničarke in strežnice.

Prva višja medicinska sestra z diplomo v Bolnišnici Jesenice je bila Majda Golobič, ki je bila glavna medicinska sestra otroškega oddelka. Dragica Cerar je poleg tega, da je bila glavna medicinska sestra kirurškega oddelka, izvajala tudi anestezijo, ker v tistem času v bolnišnici ni bilo zaposlenega anestezista. Glavna medicinska sestra internega oddelka je bila Jožа Brandstteter, Olga Lorbar pa je bila glavna medicinska sestra ginekološko-porodniškega oddelka.

Medicinske sestre in bolničarke je v tistem času organizacijsko vodila uprava bolnišnice, vse do leta 1974, ko je bila imenovana prva glavna medicinska sestra bolnišnice, Jožа Brandstetter.

Spremembe in razvoj zdravstvene nege je od leta 1981 nadaljevala Olga Blažič. V času, ko je vodila zdravstveno nego v bolnišnici smo medicinske sestre začele razvijati in uvajati začetke sodobne zdravstvene nege.

Zgodovina tudi v zdravstveni negi ni le priložnost, za odkrivanje nepoznanih dejstev, pač pa tudi možnost za razumevanje delovanja medicinskih sester v določenem časovnem obdobju in posledično vplivu na sedanjost in tudi prihodnost.

Zdravstvena nega je v zadnjih desetih letih veliko pridobila na področju prepoznavnosti stroke in njene organiziranosti. V praksi zdravstvena nega še ni neodvisna dejavnosti in tako ni primerljiva z zdravstveno nego drugod po svetu. Vodilne medicinske sestre imamo in moramo imeti še naprej svojo vizijo in strategijo, kako razvijamo in bomo razvijale potenciale zaposlenih, da so in bodo zadovoljni in motivirani za svoje delo in razvoj, da bomo znali združiti strokovne in poslovne rezultate.

Vse odločitve v bolnišnici na področju zdravstvene nege sprejmemo na Strokovnem svetu zdravstvene nege in Kolegiju glavne medicinske sestre; velikokrat jih podpremo z rezultati poglobljenega razpravljanja in raziskovanja. Dobro prakso skušamo širiti do vsakega posameznika preko vodilnih medicinskih sester, z vključevanjem čim večjega števila medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic.

Spremembe na področju našega delovanja so naš vsakdan, z njimi poskušamo izboljšati kakovost dela, povečati motivacijo, izboljšati medsebojne odnose.
Zaposlene poskušamo voditi z zgledom in ustvarjati pri njih zaupanje, da bodo pomagali uresničiti cilje bolnišnice. Zavedamo se, da se bo motivacija zaposlenih povečala, ko bodo opazili, da se spreminja celotna organizacijska 'klima' v bolnišnici. Ta naj bi spodbujala ustvarjalnost, sodelovanje in pripravljenost za delo v timih ter znala predstaviti vrednote, ki smo jih zaposleni skupaj sprejeli.

Kakovostno delo v bolnišnici v zadnjih letih zagotavljamo z višanjem izobrazbene strukture zaposlenih v zdravstveni negi. V zadnjih letih je vodstvo bolnišnice podprlo izobraževanje zdravstvenih tehnikov na Visoki šoli za zdravstvo.

Kadrovska vprašanja so v zadnjih letih postala stalnica pri našem delu. Še vedno se v slovenskih bolnišnicah pri

načrtovanju kadra v zdravstveni negi ne upošteva kategorizacije bolnikovih potreb po zdravstveni negi, kar bi povečalo tudi število zaposlenih v naši bolnišnici. Poleg tega nas spremljajo stalni izostanki z dela zaradi daljših bolniških dopustov (bolniška odsotnost pred porodniškim dopustom, porodniški dopust, invalidnost). Še vedno primanjkuje diplomiranih medicinskih sester, zato je delo oteženo. Velika težava je preobremenjenost na bolniških oddelkih; ker se skrajšuje ležalna doba, se povečuje intenzivnost dela. Na nekaterih oddelkih je težko načrtovati delo, velikokrat se pojavijo nepričakovane situacije, ki povzročajo časovne stiske pri neposrednem delu.

V zdravstveni negi smo dosegli več, kot smo pričakovali. Vsem članom in članicam negovalnih in zdravstvenih timov izrekam priznanje, da kljub nesorazmerni zasedenosti delovnih mest dosegamo rezultate, na katere smo lahko upravičeno ponosni. Vsi se zavedamo, da danes ne gre več za to, ali je bilo delo opravljeno, temveč tudi za to, kako je bilo opravljeno. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi je vse pomembnejši element pri njenem izvajanju.

V središču obravnave je vse pogosteje bolnik z vsemi svojimi potrebami in željami, enkraten, neponovljiv, vreden vsega spoštovanja in dostojanstva.

V naši bolnišnici si prizadevamo opravljati kakovostno in učinkovito zdravstveno dejavnost. Prizadevamo si doseči zadovoljstvo bolnikov in svojcev ter njihovo vključevanje in sodelovanje. Zelo smo bili ponosni, ko smo bili v letu 2006 po izboru bolnikov izbrani za najboljšo splošno bolnišnico v Sloveniji.

Zdravstvena in babiška nega postajata vedno bolj zahtevni in razvejani disciplini, postavljeni v čas velikih sprememb. V središče dogajanja skušamo postaviti bolnika, pri tem se zavedamo številnih različnih pristopov k njegovi celoviti obravnavi.

V zdravstveni negi smo začeli uvajati kakovost že v letu 1995. Začeli smo razvijati standarde in negovalno dokumentacijo. S tem smo zagotovili nepretrganost dela in enako raven izvajanja zdravstvene nege. To delo smo nadaljevali vse do danes, še več, razvijamo različne protokole dela, klinične poti, spreminjamo dokumentacijo in vodimo kazalnike kakovosti na področju preprečevanja nastanka razjede zaradi pritiska, preprečevanje padcev bolnikov in prenosa MRSA. Na vseh področjih dosegamo dobre rezultate.
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki aktivno sodelujemo v procesu uvajanja procesa kakovosti in varnosti v bolnišnici.

Zdravstvena nega v naši bolnišnici je že kar nekaj časa proaktivna v načrtovanju sprememb in v predstavitvi svoje pomembnosti, dosežkov in učinkovitosti v bolnišnici. Medicinske sestre smo, in prav je tako, pomemben člen pri razvijanju sprememb v bolnišnici. S sodelovanjem vseh članov zdravstvenega tima neposredno vplivamo na sposobnost bolnišnice, da bomo dosegli skupaj zastavljene cilje in dobre rezultate za zdravje bolnikov.

Kolegij glavne medicinske sestre

Da v bolnišnici ustvarjamo kakovostno zdravstveno nego, se odraža predvsem v dobri oskrbi bolnikov in prepoznavnosti zdravstvene nege v slovenskem prostoru. To je razvidno iz številnih

priznanj Zbornice – Zveze, ki smo jih prejele medicinske sestre in zdravstveni tehniki naše bolnišnice.

Zlati znak Zbornice – Zveze so prejeli:
Olga Blažič, višja medicinska sestra
Zdenka Kramar, diplomirana medicinska sestra
Jože Lavrinec, višji medicinski tehnik
Jožica Trstenjak, diplomirana medicinska sestra
Nevenka Marinšek, višja medicinska sestra
Monika Ažman, diplomirana medicinska sestra

Srebrni znak Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske so prejele:
Oti Mertelj, diplomirana medicinska sestra
Sonja Gjerkeš, višja medicinska sestra
Darja Noč, višja medicinska sestra
Špela Urh, babica
Danica Žabkar, srednja medicinska sestra

Danes – 60 let pozneje, nas je zaposlenih 300 medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki vsakodnevno skrbimo za bolnike in jim poiskušamo nuditi kakovostno zdravstveno nego. Ob vsakodnevnem delu z bolniki skrbimo tudi za napredek stroke in razvoj zaposlenih v zdravstveni negi. Tudi v prihodnosti bomo medicinske sestre pomemben člen pri celostni oskrbi bolnikov v naši bolnišnici.

Vloga in perspektive laboratorijske dejavnosti

dr. as. Ivica Avberšek Lužnik, spec. med. biokem., vodja laboratorija

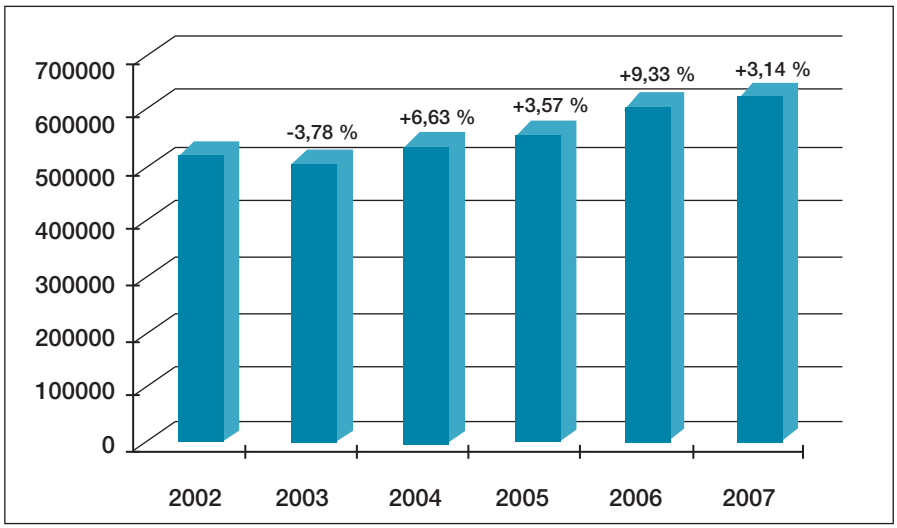
Medicinski laboratoriji so doživeli spremembe, ki so posledica tehnološkega razvoja in ekonomike v zdravstvu. Uvajanje novih diagnostičnih tehnologij je podprto z dokazi v načrtovanih znanstvenoraziskovalnih študijah. V nasprotju s tem razvojem so zahteve in ukrepi za zmanjševanje proračuna za laboratorijsko dejavnost na nacionalni ravni. Laboratoriji so na udaru tudi zaradi večinsko posrednega financiranja opravljenih storitev.

Zaposleni v laboratoriju

Začetki laboratorijske dejavnosti v SBJ

Laboratorijska dejavnost je bila leta 1948 ob ustanovitvi bolnišnice zasnovana kot delovanje priročnega laboratorija, ki je bil opremljen le s centrifugo, kolorimetrom, mikroskopom in fotometrom. Deloval je pod okriljem internega oddelka. Leta 1963 je laboratorij postal samostojna enota, v kateri so bili zaposleni trije laboratorijski delavci, ki so letno naredili okrog 7000 preiskav. Z leti se je laboratorijska dejavnost širila kadrovsko, prostorsko in strokovno.

Leto 1985 predstavlja prelomnico v razvoju laboratorijske dejavnosti, ker je laboratorij dobil avtomatizirano opremo in nove prostore v prvem nadstropju bolnišnične zgradbe. Poleg specialista medicinske biokemije je bilo zaposlenih še osem laboratorijskih delavcev, med njimi dva farmacevta in šest laboratorijskih tehnikov.



Grafikon 1: Laboratorijske preiskave v obdobju od 2002 do 2007.

Največjo spremembo za zaposlene je leta 1992 predstavljala uvedba prvega laboratorijskega informacijskega sistema, ki pa ni deloval v načrtovanem obsegu. Brez težav je služil namenom obračunavanja laboratorijskih storitev, manj pa za uporabo nenehnega vnosa in spremljanja rezultatov preko sistema.

Leta 1994 smo izboljšali sistem interne kontrole analitičnega dela, uvedli smo zunanjo kontrolo kakovosti dela, nenehno izobraževanje laboratorijskih tehnikov in zaposlenih farmacevtov.

V naslednjih letih je število laboratorijskih preiskav naraščalo in zadnjih šest let doseglo več kot 500.000 preiskav na leto in trende, ki so prikazani na Grafikonu 1. Zaradi vse večjih finančnih omejitev v zdravstvu je vodja laboratorija izdelala program racionalizacije laboratorijskih procesov. Program je vključeval bolj ekonomično izkoriščanje notranjih virov, večanje produktivnosti in obveščanje zdravnikov o racionalnem naročanju laboratorijskih preiskav.

Vplivi medicinskega laboratorija

Novejši in diagnostično bolj specifični ter občutljivi testi neposredno vplivajo na oskrbo bolnikov in zagotavljajo klinično ugodnejše rezultate zdravljenja. Ravni vpliva medicinskega laboratorija vključujejo svetovanje o pravilnem vzorčenju biološkega materiala, posredovanje napovedne vrednosti nekega rezultata o resnični verjetnosti za določeno patologijo ter izvajanje klinično-laboratorijske presoje.

Vloga laboratorijskega osebja

Laboratorijsko osebje ima vedno močnejšo vlogo pri interpretaciji rezultatov na temelju analitične kakovosti testov in biološke neponovljivosti. Razvitejši laboratoriji že uporabljajo programsko opremo za pomoč pri interpretaciji dobljenih izvidov. Kljub očitkom, da laboratorijsko osebje nima vpogleda v klinični proces za takšne oblike svetovanja, lahko trdimo, da večina testiranj odkriva patofiziološki proces in ne morfološke diagnoze, ki je v domeni klinikov. Zato laboratorij lahko prevzame odgovornost za takšno obliko svetovanja, ki je dobrodošla v primeru rezultatov, ko analitična in klinična

informacija nista skladni. To je v celoti odvisno od izkušenosti in teoretičnega znanja ter strokovne usposobljenosti laboratorijskega osebja. Laboratorij s takšnimi kvalitetami lahko zagotovi interpretacijo rezultatov z jasno sporočilnostjo. Kot primer lahko navedemo spremljanje koncentracije zdravil, ki je danes dostopno praktično vsakemu laboratoriju. Interpretacija zahteva osnovno in izkustveno znanje farmakokinetike, farmakodinamike in farmakogenetike. Rezultati brez interpretacije in analitične validacije nimajo širše uporabnosti.

Perspektive laboratorija

Kompleksnost zdravstvene oskrbe v luči dodane vrednosti testiranja zahteva tesno vključevanje kliničnih informacij in laboratorijskih storitev. Prihodnost laboratorija je nenehno zagotavljanje kakovostnih rezultatov in povečevanje vpliva na klinični izid bolezni. Za tovrstno dejavnost so potrebni usposobljeni kadri s široko paleto znanja, dobro informacijsko podporo in razvojno-raziskovalno naravnanostjo. Vsi našteti dejavniki so dodana vrednost laboratorija pri celostni obravnavi bolnikov. Dodana vrednost laboratorija je zelo odvisna od učinkovitosti laboratorijskega tima. Ker naš tim največkrat ni tako opazen kot drugi timi znotraj bolnišnice, stopamo iz ozadja s sliko: *Laboratorijski tim na raftingu – Sava 2007*.

Radiološki oddelek

Igor Dražič, dr. med., spec. radiolog, strokovni vodja radiološkega oddelka

Na radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice se ukvarjamo z radiološko dejavnostjo za potrebe bolnišničnih pacientov in specialistično ambulantno dejavnostjo za bolnike gorenjske regije (klasična rentgenska diagnostika in diaskopske preiskave, UZ-preiskave, CT-preiskave in mamografije).

Sredi aprila 2008 smo v okviru oddelku delovali:

- dva specialista radiologa (Metka Avsenek-Berdajs, dr. med., in Igor Dražič, dr. med.),
- dve specializantki na kroženju v KC Ljubljana (Marija Jekovec, dr. med., tik pred specialističnim izpitom, in Larisa Vengar, dr. med., dve leti pred specialističnim izpitom),
- 12 radioloških inženirjev (Monika Blažič, Filip Lajmiš, Mija Frelih, Andreja Grilc, Slavc Terseglav, Radoja Berlisk, Jelka Treven, Manca Kosmač, Renata Rabič, Nataša Potočnik, Teja Zalar, Ana Tolar),
- ena srednja medicinska sestra (Karmen Ravnik),

- trije administratorji (Ljubica Lukič, Hubert Terseglav in Eva Dolžan).

V popoldanskem času honorarno delajo zunanji sodelavci, specialisti radiologi:

- Marija Može, dr. med. - mamografije;
- Andreja Bohnec, dr. med., in Jerca Rupel, dr. med. - UZ-diagnostika;
- Rok Cesar, dr. med., in mag. Igor Požek, dr. med. - CT-diagnostika, (Požek, dr. med., je že nekaj let vključen v službo stalne pripravljenosti radiologov v okviru SBJ.)

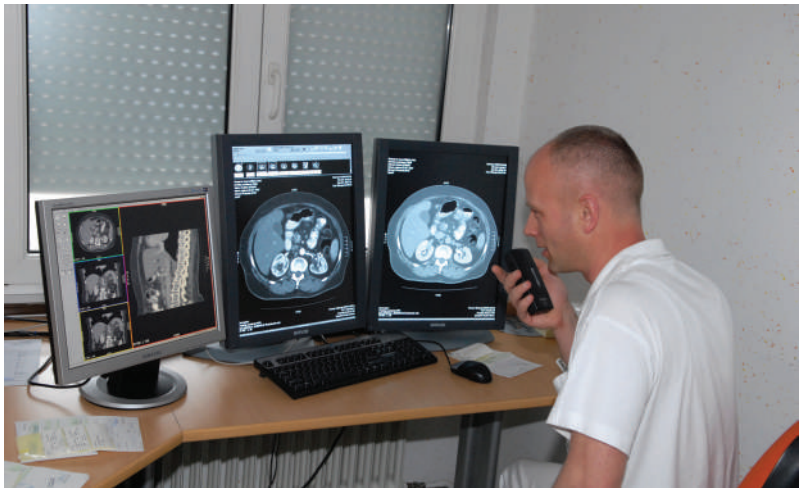
Pri Zdravniški zbornici Slovenije potekajo postopki o dodelitvi dveh novih specializantskih mest iz radiologije jeseniški bolnišnici oz. gorenjski regiji (Bojan Prosenik, dr. med., in Aleš Agatonovič, dr. med.).

Kratka zgodovina oddelka

Radiološki oddelek SBJ je bil kot samostojna enota ustanovljen leta 1969 pod predstojništvom mag. Alojza Jenka, dr. med., spec. radiologa. Leta 1977 so začeli redno mamografsko ambulanto, od leta 1982 v bolnišnici obstaja UZ-diagnostika.
Leta 1978 je začel delati na oddelku Edvard Mikelj, dr. med., spec. radiolog. Od vsega začetka oddelka obstaja stalna dežurna služba radioloških inženirjev. Na oddelek je leta 1988 prišla Marija Može, dr. med., spec. radiologinja. Leta 1990 se je Jenko, dr. med., upokojil, predstojništvo je prevzel Mikelj, dr. med. V tistem obdobju je bilo poleg dveh specialistov na oddelku zaposlenih sedem rentgenskih tehnikov in dve administratorki.

Zaposleni na radiološkem oddelku

Leta 1992 se je začela prostorska obnovitev in razširitev oddelka. V tem času so oddelek posodobili tudi z aparaturami (novi aparati: UZ-aparat, diaskopski rtg aparat, slikovni rtg aparat, mamograf in rtg aparat v operacijski dvorani).



Odčitavanje rentgenskih slik

Leta 1996 je na oddelku začela delati Metka Avsenek-Berdajs, dr. med., spec. radiolog, od istega leta imamo v bolnišnici CT-aparat (takrat je bil kupljen CT Toshiba X-vision), naslednje leto se je začela služba stalne pripravljenosti radiologov. Leta 2000 je na oddelek prišel Igor Dražić, dr. med., spec. radiolog.

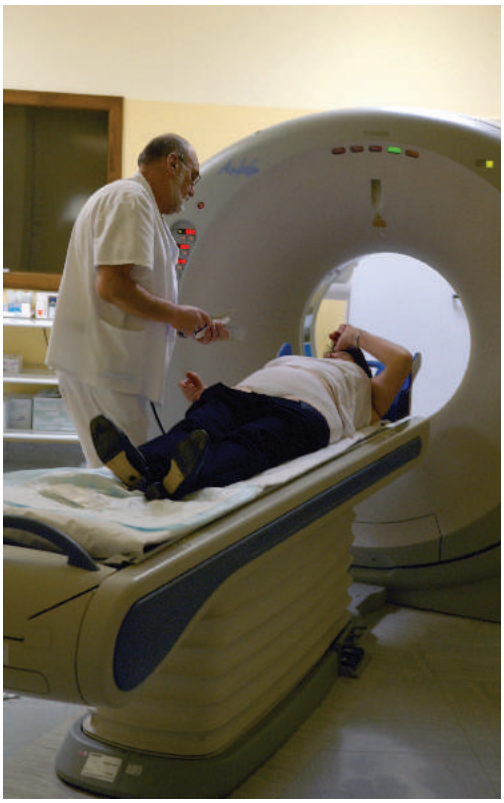
V obdobju po nabavi CT-aparata je bila dejavnost na oddelku zelo pestra – od klasičnega rentgenskega slikanja in

diaskopije preko UZ-pregledov trebuha, gibal in drugih mehkih tkiv do CT-preiskav vseh organskih sistemov (predvsem glave, skeleta, trebuha in prsnega koša; v povezavi z diaskopskimi preiskavami pa tudi LSR in mielografije ter artrografije) in mamografije.

Zaradi izboljšane diagnostične možnosti in vse večjega števila narejenih preiskav je v ospredje vedno bolj prihajala kadrovska stiska radiologov. Kljub temu je delo potekalo dokaj nemoteno, našli smo tudi čas za strokovna izpopolnjevanja.

Leta 2003 smo zamenjali predstojnika oddelka (Marija Može, dr. med., je zamenjala Edvarda Miklja, dr. med.), na novo sta se pri nas zaposlila Mateja Kropivnik, dr. med., spec. radiolog (leta 2004) in Tomaž Klinar, dr. med., spec. radiolog (leta 2005). Edvard Mikelj, dr. med., se je leta 2004 zaposlil v drugi ustanovi.

V letu 2003 smo v sklopu mamografske ambulante začeli stereotaktičnime in UZ-vodene punkcijske spremembe v dojkah, leta 2004 smo kupili novi mamograf (Lorad M IV), novi UZ-aparat (Philips iU22) ter novi aparat v operacijski dvorani (APELEM EVO R).



Ct-slikanje

Jeseni leta 2005 smo začeli digitalizirati oddelek (zamenjava klasičnih rtg filmov s fosfornimi ploščami in digitalno shranjevanje posnetkov). Glavno tehnološko posodobitev opreme v letu 2006 predstavlja zmogljivejši, 16-vrstični CT-aparat Toshiba Aquilion.

Zaradi preobremenjenosti zdravnikov radiologov in zaradi drugih vzrokov so se kadrovske razmere v tem obdobju zelo zaostrile – leta 2006 je oddelek zapustila Mateja Kropivnikova, dr. med., jeseni leta 2007 je odšel Tomaž Klinar, dr. med. Spomladi leta 2008 je oddelek zapustila Marija Može, dr. med.

Sedanjost in prihodnost

V letu 2008 pričakujemo zamenjavo dotrajanega diaskopskega rtg aparata z modernejšim, ki bi poleg klasičnih diaskopskih preiskav prebavil in sečil omogočal tudi angiografske preiskave in posege. Glede na hiter razvoj radiološke stroke in v želji po optimalni diagnostični obravnavi bolnikov bi s strokovnega stališča v našo bolnišnico vsekakor sodil MR-aparat, pri tem pa so največje težave s kadri.

V zadnjih nekaj letih se je število redno zaposlenih radiologov na oddelku zmanjšalo s pet na dva zdravnika, tehnične zmožnosti pa omogočajo vedno večje število preiskav oz. pregledanih pacientov. Tako se povečuje razkorak med zahtevami in pričakovanji na eni strani (načrtovani program s strani zavarovalnice, pravočasni pregledi bolnišničnih in drugih nujnih bolnikov) in med zmožnostmi na drugi strani (premajhno številni radiologov in njihova preobremenjenost).
Količina narejenega dela je od neke meje naprej obratno sorazmerna s kakovostjo narejenih storitev – bojimo se, da smo to mejo dosegli, ne smemo pa je prestopiti. Pomanjkanje radiologov, predvsem v splošnih bolnišnicah, je težava celotnega zdravstvenega sistema (v vsej Sloveniji je okoli 150 radiologov) in podobno stanje pričakujemo še vsaj nekaj let. Posebno poglavje je slabo vrednotenje dela radiologov in drugih zdravnikov.

V nastalih okoliščinah bo treba delo in organizacijo oddelka prilagoditi tako, da bomo zagotovili vsaj minimalni nivo

brezhibne obravnave bolnikov (predvsem urgentnih in bolnišničnih), s pomočjo zunanjih honorarnih sodelavcev bo verjetno možno delno urediti ambulantno specialistično dejavnost. Vsekakor bo treba razbremeniti stalno zaposlene na oddelku in pridobiti nove sodelavce.

Največjo težavo nam trenutno predstavlja zagotavljanje stalne pripravljenosti radiologov – s pomočjo in trudom vseh pristojnih (od vodstvenih delavcev bolnišnice preko informatikov, do radioloških inženirjev in radiologov) skušamo vzpostaviti mrežo radiologov po Sloveniji, ki bi preko elektronskih povezav zagotavljali stalno pripravljenost vsaj glede urgentnih CT-preiskav.

Izkušnje preteklih let nas ne navdajajo z optimizmom za bližnjo prihodnost. Upamo lahko le, da je kriza dosegla najnižjo točko in da bomo s postopnim in preudarnim reševanjem težav vzpostavili pogoje za normalno delovanje zaposlenih na oddelku in omogočili zdravo vzdušje v kolektivu – to bo tudi predpogoj za nadaljnji strokovni razvoj. S takim oddelkom bodo največ pridobili bolniki; obravnavani bodo strokovno, dostojno in pravočasno.

Ultrazvočni pregled kolkov dojenčka

Transfuziološki oddelek

Zoja Zalokar Sambrailo, dr. med., spec. transfuziologinja, predstojnica transfuziološkega oddelka

Za razliko od vseh drugih slovenskih regionalnih bolnišnic je bila SBJ zelo dolgo brez oddelka za transfuzijo krvi, obstajal je le priročni transfuzijski laboratorij (ustanovljen leta 1956). Služil je potrebam bolnišnice tako v povezavi z osnovno transfuzijsko laboratorijsko dejavnostjo kot tudi z deponiranjem in izdajanjem krvi in komponent, dobljenih iz Zavoda za transfuzijo krvi (ZTM) v Ljubljani. Najprej občasno, nato stalno je v omenjenem laboratoriju delala

Zaposleni na transfuziološkem oddelku

medicinska sestra – v sklopu kirurškega, nato internega in nazadnje anesteziološkega oddelka.

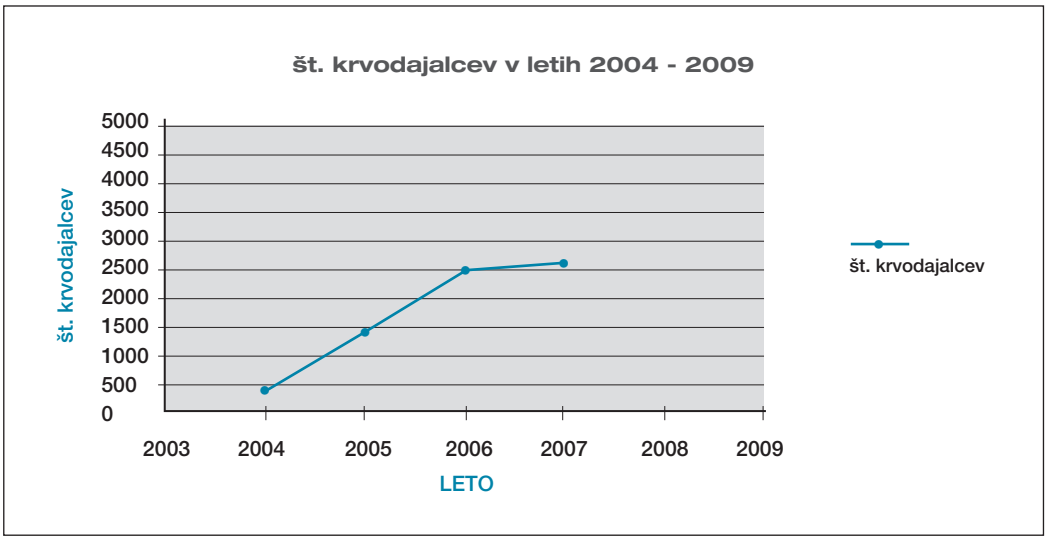
Stroka je zahtevala svoje in leta 1991 je bolnišnica dobila specialistko transfuzijske medicine, ki je skupaj s sodelavci in s pomočjo vodstva bolnišnice dosegla, da so nastale razmere, potrebne za ustanovitev transfuziološkega oddelka, ki je luč sveta zagledal sredi leta 1992.

Pogoji, v katerih je oddelek začel delovati, niso dovolili, da bi takoj dosegel cilj, zaradi katerega je bil ustanovljen: samozadostnost pri preskrbi s krvjo. Treba je bilo vzpostaviti krvodajalsko mrežo, urediti sodoben transfuziološki laboratorij, nabaviti različne nujno potrebne aparate, izšolati kadre, vzpostaviti kontrolo poti krvi od odvzema do bolnika itd.

Oddelek je bil ustanovljen v času, ko se je že začelo govoriti o reorganizaciji transfuzijske službe po Sloveniji, in ljubljanski ZTM nas ni sprejel kot partnerja, saj nam dolga leta ni želel odstopiti niti majhnega števila krvodajalcev z jeseniškega območja. Kljub temu smo v nekaj letih uspeli pridobiti številne krvodajalce, ki so se zvesto vračali k nam. Nismo pa mogli izpeljati načrtovane predelave krvi v komponente (sveža zmrznjena plazma, koncentrirani eritrociti, koncentrirani trombociti), ker bolnišnica ni uspela zagotoviti denarja za potrebne aparate, na žalost, ker bi se nam stroški že v enem letu obrestovali.

Z odvzemi krvi krvodajalcem smo morali začasno prenehati, ker zaradi neustreznih prostorskih razmer nismo mogli zadostiti zakonsko predpisanim smernicam. Ponovnemu zagonu te dejavnosti je botrovalo odprtje prenovljenega transfuziološkega oddelka v letu 2004. Glede na dogovor z direktorjem ljubljanskega ZTM-ja in direktorjem naše bolnišnice naj bi oddelek prevzel v celoti odvzeme krvi krvodajalcem na območju zgornje Gorenjske in deloma tudi na območju Kranja in Škofje Loke, vendar pod pogojem, da bi odvzeto kri pošiljali na ZTM v predelavo in laboratorijsko testiranje. Tega dogovora se v celoti drži samo SBJ, ZTM pa je do danes obdržal krvodajalske akcije na Bledu (radovljiško območje).

Oddelek je razdeljen v štiri organizacijske enote:
ODSEK ZA KRVODAJALSTVO – s številom krvodajalcev smo glede na splošne razmere zadovoljni, saj narašča iz leta v leto (tabela) in predvidevamo, da bomo v letošnjem letu že dosegli število 3000.



V sklopu tega odseka deluje tudi Ambulanta za avtotransfuzijo in terapevtske odvzeme, ki krije potrebe po krvi predvsem pri ortopedskih operacijah in je s skoraj 300 odvzemi letno v slovenskem merilu zelo uspešna. Terapevtski odvzemi so

večinoma namenjeni pacientom s hemokromatozo in s pravo policitemijo.

ODSEK ZA KONZERVACIJO skrbi za naročanje, sprejemanje, deponiranje, izdajo krvi in komponent ter statistično sledenje porabe krvi po oddelkih.

ODSEK ZA LABORATORIJSKO DEJAVNOST ima dva laboratorija. V prvem, transfuziološkem, se ukvarjamo z določanjem krvnih skupin, pretransfuzijskim testiranjem in različnimi imunohematološkimi preiskavami, v drugem, imunološkem, pa s serološko diagnostiko hepatitisov ABC, toksoplazmoze, luesa, AIDS-a itd. Številne preiskave, ki smo jih prvi vpeljali pri nas, sedaj delajo v biokemičnem laboratoriju, nekaj pa smo jih opustili zaradi drugih vzrokov. Od ustanovitve oddelka do danes smo povečali laboratorijske storitve za približno 1000 odstotkov.

INFORMATIVNO-ORGANIZACIJSKI ODSEK se ukvarja z različnimi dejavnostmi, predvsem s cepljenjem uslužbencev bolnišnice proti gripi in hepatitisu B, zbiranjem prijav incidentov z možnostjo prenosa okužbe, zbiranjem prijav potencialnih darovalcev kostnega mozga, zbiranjem prijav za posmrtno darovanje organov ter s promocijo krvodajalstva.

Krvodajalska akcija v bolnišnici

Kljub temu da smo izrazito povečali dejavnost oddelka, ostaja število delavcev enako kot pri odprtju pred 16 leti. Že pri organizaciji rednega dela so težave, vsak dopust, vsaka bolniška pa nam predstavljajo skoraj nepremostljive težave. Srečujemo se že z izgorelostjo osebja …

Na oddelku je redno zaposlenih le pet oseb: zdravnica specialistka transfuzijske medicine, ki oddelek vodi, diplomirani zdravstveni delavec s funkcijo odgovornega medicinskega tehnika oddelka, višji zdravstveni tehnik, inženirka laboratorijske biomedicine in laboratorijska tehnica.

Predstojnica transfuziološkega oddelka v pogovoru s krvodajalcem

In načrti za prihodnost? Po Sloveniji poteka reorganizacija transfuzijske službe in v letu ali dveh naj bi naš oddelek prevzel ZTM. Bomo videli. Vsekakor je dolgoročno načrtovanje zaradi nejasnega položaja v prihodnosti omejeno.

Dejavnost fizioterapije

Danica Mahnič, viš. fiziot., nevrofizioterapevtka

REPETITIO MATER STUDIORUM EST • *PONAVLJANJE JE MATI UČENOSTI*
(latinski pregovor)

Kaj je fizioterapija?

Fizioterapija je strokovno medicinsko področje, ki se ukvarja z vzpostavljanjem, vzdrževanjem in krepitvijo psihofizičnega stanja bolnih, motenih v razvoju in zdravih ljudi. **Fizioterapija je samostojna dejavnost znotraj medicinske znanosti** (po definiciji WCPT – World Confederation of Physical therapy).

Tim fizioterapevtk

Kdo je fizioterapevt?

Fizioterapevti smo zdravstveni delavci, ki se s svojim znanjem enakopravno vključujemo v vsa področja zdravstvenega varstva. S pomočjo vzgojnih in fizioterapevtskih metod smo aktivni člani zdravstvenih, negovalnih, terapevtskih, rehabilitacijskih, socialnih in vzgojnih timov. NAŠ CILJ JE USPEŠNO DELO Z BOLNIKOM.

Delo fizioterapevta je primarno usmerjeno na prebivalstvo, ki je že obolelo, vendar pa lahko veliko prispeva tudi na področju preventive pred tovrstnimi težavami. Terapije so najbolj uspešne pri ljudeh, ki so pripravljeni narediti nekaj zase in se zavedajo, da je ključ zdravja v njih samih.

Začetki fizioterapevtske dejavnosti v Splošni bolnišnici Jesenice

V preteklosti vedno dobimo možnost, da postavimo temelje za dosežke v sedanjosti, zato na takšni trdni dediščini lahko po svojih sposobnostih, ne glede na dane možnosti in okoliščine, nadaljujemo začeto gradnjo.

Leto 1954

Junija istega leta se je v SB Jesenice zaposlila višja fizioterapevtka Frančiška Golob (iz druge generacije višjih diplomiranih fizioterapevtk) in z njenim prihodom se je pričela dejavnost fizioterapije v sklopu takratne t. i. rehabilitacije ob obravnavanju travmatoloških, ortopedskih, nevroloških in drugih bolnikov, ki bi sicer v veliki meri potrebovali zdraviliško zdravljenje.

Z zgraditvijo hidroterapije v letu 1959/1960 je začela delovati ambulantna fizioterapija, ki se je odprla navzven in preprečila odliv bolnikov iz regije. Vse to je doprineslo k temu, da se je dejavnost fizioterapije začela širiti na področju stroke. Zato je bilo nujno povečati kadrovsko zasedbo. Do leta 1984 se je zaposlilo osem višjih fizioterapevtk, v letu 2004 pa beležimo devet fizioterapevtk.

Dejavnost fizioterapije danes

V dejavnosti fizioterapije je danes še vedno zaposlenih devet fizioterapevtk in ena fizioterapevtka - pripravnica.

Dejavnost fizioterapije je razdeljena na hospitalni in ambulantni del, vendar se oba dela prepletata ne glede na svojo značilnost. V hospitalnem okviru sodelujemo na vseh tistih oddelkih, kjer je naša dejavnost potrebna:

Hidroterapija

- kirurgški oddelek - travmatološki, abdominalni, ortopedski in odsek splošne kirurgije
- interni oddelek - kardiološki, endokrinološki in gastroenterološki odsek, IIT enota
- EITOS
- ginekološko-porodniški oddelek;
- otroški oddelek
- oddelek za zdravtveno nego.

Z ambulantno dejavnostjo fizioterapije pokrivamo bolnike iz občin Jesenice, Kranjska gora, Žirovnica, z nekaterimi dejavnostmi tudi druge občine zgornje Gorenjske; neredko pa k nam pridejo tudi bolniki iz drugih regij.

V SB Jesenice deluje fizioterapija v okviru kirurškega oddelka. Strokovni vodja fizioterapije je predstojnik kirurgije.

FIZIOTERAPEVTKE se v svojem vsakodnevnem delu z BOLNIKOM poslužujemo metod in tehnik dela, pri katerih uporabljamo različne aparature, ki pa so v 70 % že dotrajane :

- škinezioterapija
- elektroterapija
- magnetoterapija
- laser
- diatermija (UKW)
- ultrazvok
- termoterapija
- trakcijske terapije (tru-track, pearl, naklonska miza, Glissonova zanka…)
- respiratorna fizioterapija.

Delo fizioterapevtke na bolnišničnem oddelku

Specifične dejavnosti fizioterapije v SBJ so:

- hidroterapija - ta je izjema, saj smo jo posodobili konec leta 2006/2007

- nevrofizioterapija
- rehabilitacija roke
- individualna obravnava slabe drže
- manualna terapija miofascialnih prožilnih točk.

Naša dejavnost fizioterapije močno občuti pomanjkanje prostorov po oddelkih, prostorska zmogljivost poka po šivih tudi v ambulantni dejavnosti, kar pa ne ustreza standardom kakovosti in kakovostnemu delu za dobrobit bolnikov kot tudi nas zaposlenih.

Naj se vrnem na začetek: *REPETITIO MATER STUDIORUM EST*

S PONAVLJANJEM MORAMO OBNAVLJATI SVOJA DOSEDANJA ZNANJA, TEŽITI K NOVIM ZNANJEM, PREDVSEM PA ZAHTEVATI IN IZKORISTITI PRAVICO: IZOBRAŽEVATI SE!

Sterilizacija - včeraj, danes, jutri

Nataša Zakrajšek, viš. med. ses., vodja zdravstvene nege v centralni sterilizaciji

Zaposleni v centralni sterilizaciji

Začetki sterilizacije v jeseniški bolnišnici segajo v leto 1948, ko so odprli novozgrajeno bolnišnico. Sestavni del operacijske sobe so bili namreč tudi aparat za sterilizacijo perila, kotel za sterilizacijo instrumentov ter aparat za destilacijo vode. Leta 1979 je operacijska dvorana dobila nov parni sterilizator, ki je oskrboval celotno bolnišnico s sterilnim materialom.

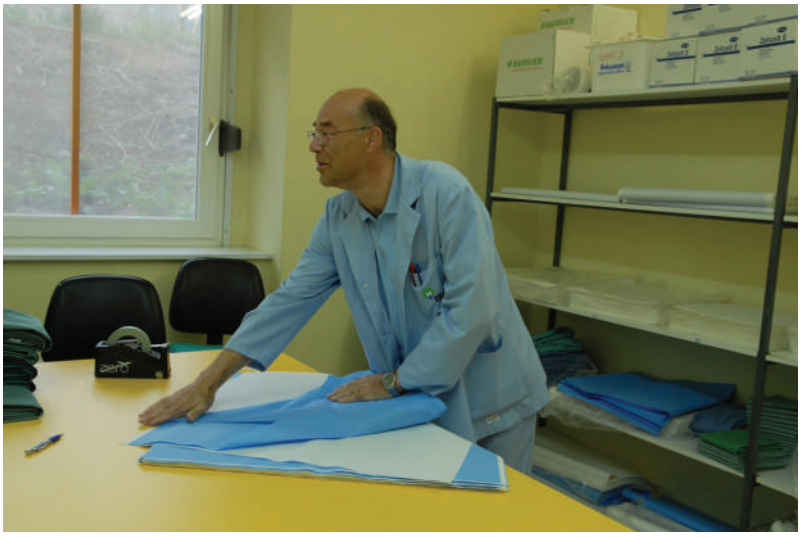
Nov korak v razvoju sterilizacije pa se je zgodil leta 1989, ko se je dejavnost preselila v kletne prostore. Takrat se je oblikovala centralna sterilizacija, ki je obsegala samo dva prostora. Sterilni material se je pripravljal v parnem sterilizatorju samo za bolnišnične oddelke, medtem ko so v operacijskih dvoranah še vedno potekale sterilizacije za lastne potrebe.

Začeli smo na novo, z majhnimi koraki. Glavna pozornost je bila posvečena izobraževanju (prebiranje strokovne literature, obiskovanje strokovnih seminarjev, učenje na primerih dobre prakse v drugih slovenskih in tujih bolnišnicah …). Tudi danes stremimo k nenehnemu kakovostnemu izobraževanju in standardizaciji dela, posledica katere bo visoka kakovost in s tem zadovoljstvo drugih zaposlenih v bolnišnici in nenazadnje tudi zadovoljstvo bolnikov.

Z leti so se, zaradi večjega obsega dela, povečale tudi potrebe po prostoru. Tako se je centralna sterilizacija tudi prostorsko širila. Leta 2006 smo dobili nov plazma sterilizator. Nova pridobitev pa je zahtevala tudi prenovo prostorov in še eno prostorsko širitev.

Smisel centralne sterilizacije je priprava sterilnega materiala za celotno bolnišnico na eni lokaciji. Sedaj poteka sterilizacija materiala kar v štirih dislociranih enotah – v centralni sterilizaciji, v dveh operacijskih dvoranah in v kirurški ambulanti. Ocenjujemo, da bi se s centralizacijo dejavnosti zmanjšali tudi finančni stroški. Stroški bi se zmanjšali predvsem na račun opravljanja testov sterilnosti, ki so potrebni za zagotavljanje kakovosti. Sedaj testiramo sterilnost v štirih sterilizatorjih. Če bi bila dejavnost centralizirana, bi sterilizacija potekala samo v enem stroju, kar bi zmanjšalo število testov sterilnosti, ki predstavljajo kar veliko finančno breme.

Pozitiven vidik centralizacije dejavnosti pa bi bila tudi razbremenitev osebja, ki poleg svojega dela opravlja še sterilizacijo v operacijskih dvoranah in kirurški ambulanti. Dolgoročni cilj centralne sterilizacije je torej kakovostno opravljena storitev na eni lokaciji.



Delo v centralni sterilizaciji

Socialna služba

Maja Valjavec, univ. dipl. soc. del., socialna delavka bolnišnice

Socialno delo je pristop k organiziranemu reševanju in preprečevanju socialnih stisk in težav. V socialnem delu ni pomembno, zakaj se krivice dogajajo, niti ni pomembno, da ljudem pokažemo njihov delež v dogajanju. Pomembno je, da socialni delavec vidi težave posameznika iz različnih zornih kotov in da posamezniku pomaga odkriti tisto, kar lahko spremeni, in česa ne more.

S prihodom v bolnišnico si vsak želi in pričakuje, da bo ozdravljen. Velikokrat pacienti potrebujejo pogovor, da se sprijaznijo s tistim, kar jih čaka.

Kot poklicna dejavnost se je socialno delo začelo že leta 1893, v Združenih državah Amerike. Takrat je zdravnik R. S. Cabol prvič zaposlil 'medicinskega' socialnega delavca, saj je ugotovil, da socialnoekonomski status oz. položaj močno vpliva na zdravljenje posameznika.

V naši bolnišnici smo prvo socialno delavko zaposlili leta 2002. Pri današnji celostni obravnavi si ne moremo več predstavljati dela brez socialnega delavca.

Socialna služba v bolnišnici strokovno pomaga pri reševanju osebnih in socialnih stisk, pri komunikaciji, adaptaciji in orientaciji pri novonastalih stanjih pri posamezniku ali družini, ki so posledica bolezni in začetek priprave za življenje s starostnim hendikepom. Najprej je treba zagotoviti zadovoljevanje osnovnih potreb, nato pa dve osnovni psihični potrebi: potrebo po avtonomiji in potrebo po povezanosti, saj ljudje nismo nikoli zunaj odnosov z drugimi.

Socialna delavka bolnišnice

Število obravnav se iz leta v leto povečuje, hkrati pa se spreminja tudi problematika obravnav. Tako je bilo na primer leta 2004 s strani socialne delavke v bolnišnici obravnavanih 220 bolnikov, v letu 2007 pa že 341 bolnikov. Glede na staranje prebivalstva, daljšo življenjsko dobo, hiter življenjski tempo in vedno večji medgeneracijski propad predvidevamo, da se bo potreba po tovrstni obravnavi le še povečevala.

Lekarna

Marina Ćurčija Jurišin, mag. farm., v. d. vodje lekarne

Zaposleni v lekarni

Lekarna je medicinska enota skupnega pomena. Glavna dejavnost je oskrba oddelkov in enot z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki.

Začetki lekarniške dejavnosti v bolnišnici so bili skromni. Lekarna je bila v enem prostoru, zaposlen je bil le en farmacevtski tehnik, Zinka Novak. Leta 1980 je lekarna dobila nove prostore v kleti polikliničnega prizidka. Delovne razmere so se močno izboljšale. S širitvijo dejavnosti v bolnišnici in razvojem medicinskih strok svoje delo nenehno prilagajamo novim potrebam in hkrati poskušamo odgovoriti zahtevam svoje stroke. Danes opažamo težavo ustreznih skladišč in sprejema blaga.

Od novembra 1955 do leta 1991 je lekarno vodila Veronika Pogačnik, mag. farm., spec. Od 1991 do marca 2006 je lekarno vodila Helena Vidmar, mag. farm., spec.

Zadeve so se močno spremenile leta 2006. Lekarna je izgubila vodjo lekarne Heleno Vidmar, mag. farm., spec., in istočasno ostala brez specialista oblikovanja zdravil.

Tjaša Budič Kapus je bila v. d. vodje lekarne približno pol leta, od marca 2006 do decembra 2006.

Spremembe so nastale tudi na področju klinične farmacije; Brigita Mavsar-Najdenov, specialistka klinične farmacije, od

marca 2006 deluje v okviru tima strokovnega direktorja.

Konec leta 2006 je lekarna ostala samo z enim magistrom farmacije in poskuša nemoteno delovati predvsem zaradi prizadevnosti in angažiranosti vseh zaposlenih in doprinosa specialistke klinične farmacije ter njenega vsakdanjega sodelovanja v naši lekarni.

Delo v lekarni (področja):

- preskrba oddelkov in enot z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki
- izdelava galenskih in magistralnih pripravkov, vključno z aseptiko
- analizno-kontrolna dejavnost
- priprava citostatikov
- nadzor nad pripravo deionizirane vode za bolnišnico
- nabava zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov
- sodelovanje pri izvedbi javnih naročil
- sodelovanje pri uvajanju novega poslovno-informacijskega sistema in njegovih aplikaciji v proces dela
- delovanje na področju racionalne uporabe zdravil
- vodenje komisije za zdravila (specialistka klinične farmacije)
- vodenje komisije za antibiotike (specialistka klinične farmacije)
- vodenje komisije za medicinsko-tehnične pripomočke
- izobraževanje strokovnega kadra
- informacijska in svetovalna dejavnost
- analitsko-statistična dejavnost (analize porab zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov po oddelkih)
- izvajanje pripravniškega staža in delovne prakse strokovnega kadra na področju farmacevtske stroke
- vodenje dokumentacije v elektronski in pisni obliki

Kader

V lekarni je zaposlenih šest strokovnih delavcev:

- en magister farmacije
- pet farmacevtskih tehnikov

Zadnjih nekaj let se srečujemo s težavo pomanjkanja farmacevtov.

Delo

Osnovni namen lekarne je preskrba oddelkov in enot z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki.

Zaloge v lekarni so bile obvladljive, sproti naročamo manjše količine, kar predstavlja več dela vsemu kadru.

Zaradi manjšanja zalog na oddelkih medicinsko-tehnične pripomočke, del sterilnih raztopin in tudi zdravil izdajamo po komadih, kar pomeni dnevno povečan obseg dela (vse bi morali izdajati v originalni embalaži).

Od uvedbe novega informacijskega sistema delamo drugače: naročilnice oddelkov so zdaj v elektronski obliki, novi informacijski sistem nam omogoča naročanje pri dobaviteljih po novem načinu; večinoma po elektronski pošti.

Večkrat se srečujemo z deficitarnostjo.

Zelo ponosni smo tudi na to,da nam je uspelo vzpostaviti kontrolo nad dogovorjenimi in resnično zaračunanimi cenami.

Na področju analitike smo izpeljali kontrole kakovosti skladno s predpisi Ph. Euro. 5th Ed.: opravljenih analiz vhodne kontrole surovin in preverjanj A-testov surovin in analize galenskih pripravkov.

Strokovno izobraževanje

Delavci v lekarni se izobražujemo čez vse leto; nekaj na kongresih in seminarjih za oba profila, veliko pa se izobražujemo tudi sami; predavanja organizirajo podjetja, ki tržijo zdravila in medicinski material in drugo.

Sklep

Nadaljevali bomo s kakovostno in pravočasno oskrbo oddelkov, informiranostjo strokovnega kadra o deficitarnosti, daljših dobavnih rokih ter podobnih preparatih.
Poizkusili bomo posodobiti internetno rubriko lekarna.
Za napredek stroke in izdelavo zdravil v boljših pogojih bomo izpeljali dva projekta:

- verifikacijo lekarne
- izdelavo SOP (standardno operativni postopki)

Z odprtim vodenjem in komunikacijo želimo doseči medsebojno zaupanje in vzpostaviti most z vsemi sodelavci v bolnišnici.

Pomočnica strokovnega direktorja za področje klinične farmacije

Urgentna dejavnost

Milenka Rustja, viš. med. ses., glavna medicinska sestra ambulantno specialistične dejavnosti in urgence

Tim medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci

Ambulantno poliklinični del je bil zgrajen v letu 1979, ki pa kljub nekaterim izboljšavam prostorsko ne zadošča potrebam pacientov in zaposlenim.
Dve specialistični ambulanti, ki vse leto obravnavata največje število pacientov, sta ambulanta internistične prve pomoči in kirurška urgentna ambulanta. Število obravnav se povečuje, spreminja se tudi struktura pacientov. V urgenci, kot ponavadi rečemo, je zaposlenih pet diplomiranih medicinskih sester in enajst zdravstvenih tehnikov oz. medicinskih sester s srednjo izobrazbo. Delo medicinske sestre na urgenci je zaradi nujnih bolezenskih stanj bolnikov in poškodovancev zelo stresno in strokovno odgovorno.
Glede na neljubi dogodek, ki se je pripetil v eni izmed slovenskih bolnišnic, smo v sklopu teh dveh ambulant izdelali

posebna navodila za zaposlene v ZN, ki so povezana s potekom sprejema pacienta. Veliko pozornosti posvečamo tudi preprečevanju bolnišničnih okužb in obravnavi pacientov z najvišjim dejavnikom tveganja.

V delo obeh ambulant se vključuje tudi medicinska sestra – informator. Omenjena medicinska sestra sodeluje na področju rokovanja s pacientovo dokumentacijo, fizično oskrbo pacientov, urejanjem transportnih sredstev.

Informatorka

V ambulanti internistične prve pomoči je v letu 2007 poiskalo pomoč in bilo oskrbovanih 6046 pacientov.

Bolnišnica ima urejen heliodrom in glede na veliko poškodb v gorah, predvsem v poletnih mesecih, smo v lanskem letu zabeležili tudi 82 helikopterskih pristankov in s tem prav toliko pacientov, ki smo jih oskrbeli v urgentni ambulanti. Osnovna naloga medicinske sestre je kakovostna obravnava bolnika in njena primarna vloga v zdravstveni negi. Seveda pa ne smemo pozabiti na medsebojne odnose zaposlenih, ki se odražajo tudi v zadovoljstvu bolnika in v našem odnosu do njega. Spoštovanje posameznika in njegove osebnosti je temelj uspešnega sodelovanja med zaposlenimi.

Helikopterski transport

Diabetološka ambulanta

Lidija Kaučevič Pohar, dr. med., spec. internist

Začetki delovanja Diabetološke ambulante v okviru Internega oddelka v Splošni bolnišnici Jesenice segajo v leti 1970 in 1971, ko je v njej začel delati Miloš Pogačnik, dr. med., ki je v ambulanti z vso zavzetostjo in celovito skrbjo za paciente delal vse do upokojitve leta 1990. Takrat so diabetiki dobili tudi svoje prve zdravstvene kartone. Leta 1979 je v ambulanti začela delati Gertruda Vogrin Pogačar, dr. med., ki se je ves čas svojega dela zavzemala, da so bili pacienti deležni vseh novosti v terapiji in diagnostiki morebitnih poznih zapletov. Uporabljati so začeli nove sodobnejše vrste insulinov z aplikacijo v obliki peresa. Zaradi spoznanja o pomenu urejenosti krvnega tlaka in serumskih lipidov pri

sladkornih bolnikih se je takrat v Diabetološki ambulanti začela celostna obravnava dejavnikov tveganja za obolenje srca in ožilja.

Od leta 1991 je v ambulanti poleg Gertrude Vogrin Pogačar, dr. med., delala tudi Karmen Janša, dr. med., od leta 1992 pa tudi Lidija Kaučevič Pohar, dr. med. Po upokojitvi zdravnice Vogrin Pogačar leta 2000 je strokovno vodstvo diabetološke dejavnosti prevzela Lidija Pohar. Obe zdravnici, ki sta delo nadaljevali, sta z nenehnim izobraževanjem in spremljanjem novosti pri obravnavi ljudi s sladkorno boleznijo poskrbeli, da je Diabetološka ambulanta v bolnišnici Jesenice postala cenjena ne samo v vsej gorenjski regiji, temveč tudi v vsem slovenskem prostoru.

Leta 1996 smo ustanovili Ambulanto za diabetično stopalo. Delo je strokovno vodila zdravnica Lidija Pohar s pomočjo medicinske sestre Marte Smodiš. Najprej smo obravnavali le paciente z bolezenskimi spremembami na stopalu, že kmalu pa smo začeli izvajati tudi presejalne teste za diabetično stopalo v preventivne namene. Tako smo s pravočasnim odkrivanjem rizičnih dejavnikov in pravočasnim zdravljenjem začetnih bolezenskih sprememb preprečili veliko amputacij spodnjih okončin. Ob ugotovitvi motene prekrvavitve na spodnjih okončinah smo pacienta napotili na nadaljnjo diagnostiko žilja in po možnosti tudi na ustrezen dilatacijski poseg, kar je izboljšalo možnost uspešnega zdravljenja. Ob tem smo ves čas sodelovali tudi s kirurgi in postopno smo skupaj spremenili pogled na potrebo po amputaciji. Ves čas smo paciente poučevali tudi o pomenu samopregledovanja nog in o pomenu pravilne obutve.

Zdravnica Karmen Janša se je še posebno posvetila nosečnosti s sladkorno boleznijo in poskrbela, da so ginekologi v gorenjski regiji redno začeli izvajati presejalne teste za gestacijski diabetes. Nosečnice z gestacijskim diabetesom so bile ves čas nosečnosti tudi ob potrebi zdravljenja z insulinom vodene v tukajšnji ambulanti. Le tiste s sladkorno boleznijo tipa 1 smo napotili v Diabetološko ambulanto na Polikliniko Ljubljana.

Skoraj v celoti smo prešli na ambulantno uvajanje insulinske terapije, tako da za uvedbo tovrstne terapije hospitalizacija ni bila več potrebna.

Zaradi specifičnosti obravnave pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1 smo v letu 2000 in 2001 začeli paciente obsežno dodatno izobraževati v okviru delavnic, ki so bile organizirane v popoldanskem času. Istočasno pa smo poskrbeli, da so imeli ti pacienti redne kontrole na isti dan, ki je bil namenjen samo njim, tako da so se začeli srečevati tudi v čakalnici, kjer so si lahko izmenjali marsikatero izkušnjo. Delno že v letu 2003, še bolj pa v letu 2004 smo med prvimi v Sloveniji začeli tako imenovano metodo štetja ogljikovih hidratov in funkcionalno insulinsko terapijo. Na tem področju je imel veliko zaslug tedanji bolnišnični dietetik Jože Lavrinec, višji med. tehnik, ki je na tem področju oral ledino tudi v celotnem slovenskem prostoru. S to metodo smo prispevali k še boljši urejenosti sladkorne bolezni in s tem tudi zmanjšali možnost nastanka poznih zapletov.

Zaradi velikega uspeha tovrstne terapije smo v to metodo uvedli tudi diabetike tipa 2, enako uspešno. Tudi te smo obsežno dodatno izobraževali, zato je bilo organiziranih več delavnic v popoldanskem času, na katerih sta sodelovala tudi medicinska sestra in dietetik.

Ves čas smo skrbeli, da smo paciente zdravili najbolj sodobno, skladno z možnostmi in s sodobnimi smernicami, zato smo že leta 2002 od proizvajalca dobili dve insulinski črpalki. To je bilo, še preden je ZZZS odobril tovrstno

Tim v diabetološki ambulanti

zdravljenje. S tovrstnim zdravljenjem smo z velikim uspehom začeli pri dveh diabetikih tipa 1, ki sta bila zaposlena v bolnišnici Jesenice. Ko je leta 2005 ZZZS odobril takšno zdravljenje, smo insulinsko črpalko uvedli še skoraj 30 drugim pacientom. Naše izkušnje so zelo dobre, seveda pa je bilo ob tem potrebnega veliko sodelovanja in zavzetosti tako s strani zdravnika kot tudi pacienta.

Uvedli smo tudi metodo nenehnega merjenja krvnega sladkorja (CGMS), s katero od tri do štiri dni ves čas merimo krvni sladkor in s tem lahko po pregledu rezultatov s spremembo terapije dosežemo boljšo urejenost krvnega sladkorja, ob tem pa opazimo tudi morebitne nezaznavne hipoglikemične odzive.

Vsa leta smo dobro sodelovali z Društvom diabetikov Jesenice. Pripravili smo več poučnih predavanj, v zadnjih letih pa tudi po več izobraževalnih delavnic letno, kjer diabetiki tudi dejavno sodelujejo v manjših skupinah.

Vsa leta nas je spremljala prostorska stiska, pogosto pa tudi pomanjkanje ustreznega kadra na področju zdravstvene vzgoje in nege. Prostorske razmere so sedaj zadovoljivo urejene, tudi na področju zdravstvene vzgoje delo poteka lepo.

Leta 2006 sta redno delo v ambulanti prenehali obe zdravnici diabetologinji. Še vedno delata vsaka enkrat tedensko v popoldanskem času, pomagata pa tudi pri usposabljanju specializantke, ki ima ambulanto tudi enkrat tedensko. Kljub temu delo poteka skoraj nemoteno in je bil načrtovan program dela v celoti izpolnjen.

Število ljudi s sladkorno boleznijo še vedno narašča. V prihodnjih letih lahko celo pričakujemo veliko število novih bolnikov, predvsem v srednjem življenjskem obdobju zaradi nezdravega prehranjevanja, premalo telesne dejavnosti in posledične debelosti. Kljub osveščanju ljudi o zdravem življenju v kratkem ugodnih rezultatov še ne pričakujemo, zato je nujna skrb za izboljšanje kadrovskega položaja.

Ortopedska dejavnost

as. mag. Tomaž Silvester, dr. med., specialist ortoped, vodja ortopedske dejavnosti

Od začetkov lastne ortopedske dejavnosti v Splošni bolnišnici Jesenice pred več kot dvajsetimi leti z enim ortopedom se je ortopedija v naši bolnišnici močno razvila, tako strokovno kot organizacijsko. Formalni začetki ortopedske dejavnosti v Splošni bolnišnici Jesenice segajo v leto 1984, ko je specializacijo iz ortopedije končal Boris Rjazancev, dr. med. Z velikim navdušenjem, vizijo in znanjem je postavil visoke strokovne standarde in okvire današnje ortopedske dejavnosti, ki so se z vsakim naslednjim članom ortopedskega tima dopolnjevali in nadgrajevali. Ekipa ortopedov je sedaj številčno in strokovno dovolj močna in ustrezno usposobljena, da zagotavlja celovito pokritost ortopedije na področju celotne Gorenjske. Ekipo ortopedov gorenjske regije predstavljamo:

- Boris Rjazancev, dr. med., spec. ortoped,
- Peter Ješe, dr. med., spec. ortoped,
- as. Andrej Prlja, dr. med., spec. ortoped,
- as. mag. Tomaž Silvester, dr. med., spec. ortoped,
- Ksenija Šimnovec, dr. med., spec. ortopedinja,
- Klemen Ravnihar, dr. med., spec. ortoped.

S svojim delom in znanjem smo usposobljeni in sposobni, skladno z najnovejšimi spoznanji in postopki ortopedske stroke, zagotavljati na področju celotne Gorenjske celovito pokritost ortopedije, tako ambulantno kot operacijsko. Izjema so specifični in najzahtevnejši operacijski posegi, kot so operacijski posegi pri otrocih, tumorska kirurgija, obsežnejši

posegi na hrbtenici (velika inštrumentacija).

Poudariti moramo, da je ortopedija kirurška veja medicine, seveda s pomembnim deležem ambulantne dejavnosti in konzervativnih postopkov zdravljenja. Menimo in tudi zahtevamo, da mora biti vse, kar je povezano z ortopedijo na Gorenjskem, vezano na Splošno bolnišnico Jesenice. Le tako lahko dosežemo preglednost, ustrezno pokritost, racionalnost in učinkovitost ortopedske dejavnosti na Gorenjskem. V zadnjih letih smo z ambulantno dejavnostjo pokrili področja vseh gorenjskih zdravstvenih domov in tako zaokrožili celotno gorenjsko regijo.

Ortopedske ambulante, ki jih pokrivamo, so:

- v SB Jesenice (5-krat tedensko)
- v ZD Kranj (5-krat tedensko)
- v ZD Bled (1-krat tedensko)
- v ZD Tržič (vsakih 14 dni)
- v ZD Škofja Loka (vsakih 14 dni).

Skupno število ambulantnih pregledov v letu 2007 je bilo v okviru rednega dela SB Jesenice (vključuje ZD Bled, ZD Tržič in ZD Škofja Loka) 7197, od tega 4796 prvih pregledov in 2401 ponovnih pregledov.

Skupno število vseh pregledov, ki smo jih naredili ortopedi v letu 2007 (vključno z ZD Kranj), je 12.535 (9138 prvih pregledov, 3394 ponovnih pregledov).

Kot sem že omenil, je ortopedija kirurška veja medicine, tako da je ortopedska operacijska dejavnost zelo močna in raznolika. Letno operiramo približno 800 ortopedskih pacientov. Tako je Splošna bolnišnica Jesenice prepoznana in priznana kot eden od centrov za endoprotetiko sklepov v Republiki Sloveniji. Letno naredimo 130–140 popolnih artroplastik kolka in 50 popolnih artroplastik kolena. Tako kratkoročni kot dolgoročni rezultati so zelo dobri. Nove minimalno invazivne kirurške tehnike omogočajo hitrejšo in lažjo rehabilitacijo.

Zelo razvita je artroskopska kirurgija kolena, vse bolj pa se uveljavlja tudi artroskopija ramena. Letno naredimo 60–70 rekonstrukcij sprednje križne vezi in 300 artroskopij kolena zaradi patologije meniskusov, sklepnega hrustanca. Prav tako je letno 60–70 operacij ramena (rotatorna manšeta, utesnitev, nestabilnost). Vse bolj se uveljavlja hrbtenična kirurgija, letno operiramo 60 diskus hernij in 20 stenoz hrbteničnega kanala. Tudi širše smo poznani po zelo dobri kirurgiji stopala.

Pomemben delež (25 %) predstavljajo tudi konzervativno bolnišnično zdravljeni bolniki.

Vse naše delovanje je tesno povezano in v dobrem sodelovanju z bolnišnično fizikalno terapevtsko in rehabilitacijsko dejavnostjo, ki je strokovno na zelo visokem nivoju, kar omogoča hitro in najbolj optimalno okrevanje bolnikov.

V Splošni bolnišnici Jesenice smo leta 2000 prvi v državi začeli voditi register vseh popolnih artroplastik kolka in začeli endoprotetiko kolena tudi z registrom popolnih artroplastik kolena.

Zastandardizacijobolnišničneobravnave bolnika s popolno endoprotezo kolka smo prvi v državi uvedli klinično pot. Klinična pot je dokument, ki spremlja bolnika od sprejema do odpusta. V njem je zabeleženo vse, kar se dogaja

Ortopedska ambulanta

z bolnikom v bolnišnici. Posebej se beležijo le odkloni od standardnega poteka zdravljenja, zdravstvene nege in fizioterapije.

Od začetkov v osemdesetih letih prejšnjega stoletja je ortopedija v Splošni bolnišnici Jesenice dosegla izreden razvoj, tako kakovostno kot količinsko. Ugotavljam, da je s tem, kot tudi s specifiko patologije in dela, presegla trenutno obliko organiziranosti v naši bolnišnici. Tu moram omeniti, da gostujemo v kirurških programih in prostorih. Prebivalstvo se stara, ortopedska patologija je tako vse bolj obsežna, pa tudi zahteve ljudi po kakovostnejšem življenju tudi v starosti so vse večje. Ortopedska dejavnost je s strokovnega vidika na ustreznem nivoju, česar pa za organizacijski vidik ne moremo trditi. Trenutna razpršenost ortopedskih bolnikov po vseh kirurških odsekih otežuje in zmanjšuje učinkovitost dela in pogosto onemogoča že povsem rutinska dela na oddelku. To lahko zmanjšuje kakovost dela in povečuje tveganje za napake, nesporazume pri delu. Obseg dela ortopedov, tako ambulantno kot operacijsko, je takšen, da je nujna nova organiziranost ortopedske dejavnosti v Splošni bolnišnici Jesenice. Nujno potrebna je prostorsko urejena in zaokrožena ortopedska organizacijska enota. Menim, da bi, ob ustrezni kadrovski dopolnitvi (še vsaj ena specializacija) vzpostavitev samostojnega ortopedskega oddelka predstavljala najboljšo rešitev, ki bi omogočila organizacijsko in finančno racionalno ter najbolj kakovostno delo v dobro predvsem pacientom.

Dermatovenerološka ambulanta

Amalija Voh Hribernik, dr. med., spec. dermatovenerologije

Dermatovenerološka ambulanta je začela delati leta 1982. Na začetku je bilo delo večinoma dispanzersko zaradi razširjenosti spolnih bolezni, predvsem sifilisa in gonoreje. Pozneje se je ta dejavnost zmanjševala vse do konca devetdesetih let, ko so v ospredje prešle klamidijske okužbe.

Tim v dermatovenerološki ambulanti

Povzročitelja gonoreje smo določili z barvanjem brisa sečnice z metilenskim modrilom in mikroskopskim pregledom.

Dejavnost v ambulanti je pretežno kurativne narave, manj je preventive. V zadnjih letih so v porastu kožni rak, bazocelularni karcinom in melanom. Za diagnostiko melanocitnih znamenj uporabljamo ročni dermatoskop, ki 10-krat poveča sliko. Benigne in maligne spremembe na koži nam ekcizirajo kirurgi. Histološke izvide dobimo v našo ambulanto, kjer obravnavamo paciente z malignimi obolenji kože, ali pa jih napotimo v ustrezne ustanove.

Pri glivičnih obolenjih ali sumih nanje odvzamemo material – ostružke kože – in pošljemo na nativni pregled in kulturo v mikrobiološki laboratorij na Dermatološki kliniki. Povzročitelja srbečice določamo sami z mikroskopskim pregledom.

V porastu so tudi avtoimuna obolenja in alergijske kožne bolezni. Enkrat na teden prihaja v našo ustanovo alergolog, ki naredi kožne vbode in epikutane tekste. Otroke in mladostnike do 18. leta starosti pošiljamo za kožne vbodne teste v našo pediatrično alergološko ambulanto.

Velik obseg dela predstavlja obravnava kronične venske insuficientce in posledičnih ulkusov. Poleg lokalnega in sistemskega zdravljenja venske razjede pacienta tudi nazorno poučimo o pravilni oskrbi razjede in kompresijskem zdravljenju. Pri delu uporabljamo žepni doppler. Nekaj let smo se ukvarjali s sklerozacijo varic, leta 2003 smo to dejavnost ukinili.

Virusne bradavice in nekatere benigne kožne eflorescence odstranjujemo s krioterapijo. Za shranjevanje dušika uporabljamo Dewarovo posodo.
Leta 1999 smo začeli izvajati selektivno fototerapijo – obsevanje z žarki UVB, bolnikov s psoriozo in atopijskim dermatitisom.

Pred tremi leti smo se preselili v nove prostore, kar je dvignilo kakovost dela, predvsem oskrbo razjed na golenih.

Od maja 2007 dela v ambulanti Tamara Heraković, dr. med., sama od leta 2003 delam s polovičnim delovnim časom.
Letos je predvidena nabava aparata z nizkimi radiofrekvenčnimi valovi za odstranjevanje bradavic, benignih tumorjev, žilnih sprememb in probatorne ekscizije.
Pri delu sledimo smernicam in doktrini, ki jo narekujeta Dermatološka klinika in Slovensko dermato-venerološko združenje.

Otolaringološka ambulanta

Brankica Bašić Narić, dr. med., spec. otorinolaringologije

Kratek oris zgodovine dejavnosti otorinolaringologije

Tim v otolaringološki ambulanti

V SBJ je sedaj le ambulantna ORL-dejavnost vse od leta 1989, ko je bil ukinjen oddelek. Otorinolaringološki oddelek je bil ustanovljen v okviru Zdravstvenega doma Kranj leta 1948. Njegov ustanovitelj in predstojnik je bil prim. Jože Hafnar, dr. med. Ob ustanovitvi je imel oddelek svoje prostore v današnjih prostorih ZZZS na Savski cesti. Ob odprtju novih prostorov ZD Kranj leta 1959 se je oddelek preselil v prostore v II. nadstropju ZD. Predstojnica je bila vrsto let dr. Karla Grebenšek. V otološko službo pri ZD Kranj je bil zajet obširen teritorij celotne Gorenjske, ni pa vključevala jeseniške občine, ki jo je obdelala Otološka klinika s svojimi specialisti. Na oddelku obratne ambulante Železarne Jesenice so imeli 12 postelj in dvakrattedensko ambulanto. V

maju 1968. leta je bil oddelek v obratni ambulanti na Jesenicah ukinjen, oddelek in ambulanta v ZD Kranj pa zaradi reorganizacije službe priključena k bolnišnici Jesenice. 1. 7. 1984 se je oddelek preselil v prostore v Splošni bolnici Jesenice. Tu so bili zaposleni Vekoslav Krumpestar, dr. med., Igor Grošelj, dr. med. in specializant Imre Boršoš, dr. med. Do marca leta 1996, ko sem naredila specialistični izpit, je bil edini zdravnik Krumpestar Vekoslav, dr. med., ki se je leta 2000 upokojil. Nekaj let je v ZD Kranj delala Marija Godina, dr. med., od 1. 3. 2005 pa sva spet redno zaposleni dve specialistki, od tega dne dela v Kranju vsak dan redno Branka Krek-Petrina, dr. med.

Program, ki ga izpeljemo, že ves čas ustreza trem ambulantnim delovnim enotam (125.000 točk ali 10.300 pregledov). Poleg tega naredimo še od 370 do 430 konziliarnih pregledov na leto, dodatno pa še od 38 do 69 operacij v splošni ali lokalni potencirani anesteziji (adenoidektomije, septoplastike, mukotomije …).

Ambulanta v SBJ ima lastne prostore šele od novembra 2005, do takrat smo gostovali v okulističnih prostorih. Ambulanta v Kranju že vrsto let potrebuje obnovo in ureditev, ki je nujna za učinkovito in strokovno ustrezno delo ter počutje tako bolnikov kot osebja. Tudi endoskopi so v finančnem načrtu že nekaj let.

Delu in načrtom torej ni videti konca. Od 1. 6. 2007 imamo v Ljubljani tudi specializantko Ajdo Juvanec, dr. med. Potreben je razpis še ene specializacije za področje ORL za Gorenjsko. Sedaj smo namreč le trije za več kot 190.000 prebivalcev. Potem pa bo treba misliti že na razpis zaradi upokojitev.

Pregled ušes

Očesna ambulanta

Meta Koman Juvanec, dr. med., spec. okulist

Od leta 1983 ima bolnišnica svojo stalno zaposleno zdravnico oftalmologinjo, ki se je specializirala na Očesni kliniki v Ljubljani. Prihodnje leto odhaja v pokoj. Nekaj let prej so prihajali okulisti iz Ljubljane.

Vse do leta 2006 je ambulanta delala v neustreznih prostorih z zastarelo opremo in s pomanjkljivo kadrovsko zasedbo.
Novembra 2005 se je ambulanta preselila v primerne prostore, ima sodobno opremo in zadovoljivo kadrovsko zasedbo.
Sedaj je pot odprta za nove ideje mlajših specialistov, ki prihajajo za menoj. Iz srca jim želim, da bi vodstvo imelo posluh in razumevanje za stroko, ki je v bolnišnici vse prerada odrinjena na stranski tir.

Tim v očesni ambulanti

Srečno in pogumno naprej!

Razvoj kakovosti v bolnišnici

Sandra Jerebic, univ. dipl. soc., svetovalka za kakovost

Svetovalka za kakovost

V letu 2008, ko naša bolnišnica praznuje 60-letnico svojega delovanja, smo si zastavili pomemben cilj, pridobiti mednarodni standard kakovosti ISO 9001.

Dosedanji rezultati delovanja dokazujejo, da so si vsi zaposleni v bolnišnici že od ustanovitve naprej prizadevali za stalno izboljševanje kakovosti svojega dela. Kakovost storitev je bila in bo na prvem mestu zahtev uporabnika, tako v gospodarskih kot tudi negospodarskih dejavnostih.

Kakovost v zdravstveni ustanovi pomeni dosledno doseganje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali z najboljšimi praksami ob upoštevanju načel kakovosti, kot so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenje na pacienta. Ta načela se trudimo v naši bolnišnici pri vsakdanjem delu tudi izpolnjevati.

Vodstvo bolnišnice se je že leta 2003 odločilo za uvajanje sistema vodenja kakovost (SVK) skladno s standardom ISO 9001 za urejeno, razvidno, sledljivo delovanje naše bolnišnice, višjo kakovost storitev v zadovoljstvo naših pacientov in seveda tudi zaposlenih. Ta mednarodni standard vsebuje minimalne zahteve, ki jih morajo organizacije izpolnjevati. S tem dokazujejo svojo sposobnost izvajanja storitev, ki izpolnjujejo tako zahteve uporabnikov kot zahteve ustrezne zakonodaje. Uveden sistem omogoča zaposlenim stalen pregled nad delovanjem posameznih procesov, njihovo uspešnostjo in učinkovitostjo, jasno so opredeljeni cilji, odgovornosti in pooblastila.

Za uspešno uvedbo sistema vodenja kakovosti je bilo pomembno, da je vodstvo jasno opredelilo poslanstvo, vizijo in našo politiko kakovosti – odnos do kakovosti, da smo prepoznali procese za njegovo uresničevanje in vlogo vseh zaposlenih v procesih. Koristi od procesnega pristopa imamo prav vsi, tako naši pacienti, zaposleni in bolnišnica kot celota. Osredotoča se na končnega odjemalca – torej na pacienta in njegovo zadovoljstvo, saj mu s takim pristopom omogočamo kakovostnejšo obravnavo in zaupanje v svoje delo. Bolnišnici omogoča učinkovitejšo komunikacijo med procesi, večjo dodano vrednost, boljšo izrabo virov, nenehno izboljševanje in hitrejše odzivanje na spremembe. Zaposlenim pa daje večja pooblastila, boljše razumevanje vloge v procesu in občutek lastništva.

Prepoznan je bil temeljni (ključni) proces – celostna obravnava pacienta – in vrsta podpornih procesov, vse skupaj pa povezuje v sistem proces vodenja. Za vsak proces je oz. bo določen:

- skrbnik – lastnik – oseba, ki je odgovorna za doseganje končnih rezultatov procesa, za njegovo uspešnost in učinkovitost in stalno izboljševanje
- definirane meje
- odgovornosti in pooblastila za vse aktivnosti procesa
- kazalniki kakovosti.

Imenovane so bile procesne skupine, v katere so vključeni zaposleni z različnih delovnih področij. Njihove naloge so opis procesov, priprava predlogov sprememb in izboljšav, opredelitev možnih meril za merjenje uspešnosti in učinkovitosti procesov. Fazi opisovanja procesov bo sledilo usklajevanje med procesi, predstavitev rešitev zaposlenim, ki delujejo v posameznem procesu, in intenzivno uvajanje novih rešitev. Pomembno je, da izvajanje procesov spremljamo in imamo stalen vpogled v doseganje načrtovanega. V veliko pomoč pri uvajanju, vzdrževanju in poznejšem razvoju SVK bodo notranje presoje, ki jih bodo izvajali usposobljeni notranji presojevalci.

Za podporo uvajanju SVK smo v letu 2005 ustanovili delovno mesto svetovalca za kakovost. Ustanovili smo Odbor za kakovost, katerega glavna funkcija je uvedba sistema vodenja in nenehnega izboljševanja kakovosti v bolnišnici. Poleg odbora je ustanovljena tudi Komisija za kakovost, ki jo sestavljajo predstavniki različnih strokovnih skupin bolnišnice. Zadolžena je za izvajanje nalog na zahtevo Odbora za kakovost, upoštevanje nacionalnih usmeritev za razvoj kakovosti in nacionalne strategije s področja kakovosti in varnosti Ministrstva za zdravje.

Odličen inštrument za merjenje kakovosti so kazalniki kakovosti, to so statistične ali druge merljive enote, ki kažejo kakovost zdravstvene oskrbe in uspešnost delovanja zdravstvenega sistema, izvajalcev zdravstvene dejavnosti, oddelka, tima ali posameznika pri izboljševanju zdravja ciljne skupine prebivalstva.

V naši bolnišnici imamo izdelan uravnotežen sistem kazalnikov kakovosti (BSC – balanced scorecard), ki smo jih razdelili na:

- kazalniki finančno-ekonomskega vidika
- kazalniki vidika poslovanja s strankami
- kazalniki vidika notranjih procesov
- kazalniki vidika učenja in rasti.

Spremljamo tudi kazalnike kakovosti, ki jih zahteva Ministrstvo za zdravje in nam tako omogoča primerjavo z drugimi bolnišnicami v slovenskem prostoru, prav tako pa smo v letu 2007 kot prva in edina slovenska bolnišnica sodelovali v pilotnem projektu Svetovne zdravstvene organizacije in spremljali kazalnike po modelu PATH.

Na tej naši poti kakovosti si postavljamo vedno višje cilje, nove kazalnike kakovosti, razvijamo klinične poti, standardno-operativne postopke idr., vse aktivnosti so usmerjene k izboljševanju učinkovitosti in uspešnosti delovanja, s ciljem večanja zadovoljstva naših pacientov in zaposlenih.

Pogoji poslovanja v preteklem desetletju

Nataša Mežek, univ. dipl. ekon., preizkušeni računovodja, vodja finančno-računovodskega sektorja

Ob jubilejih je navada, da se spomnimo pomembnih dogodkov, ki so zaznamovali obdobje oziroma so bili pomembni v razvoju jubilanta. S spreminjanjem ureditve se je spreminjal tudi sistem financiranja zdravstva. Sistem financiranja je vplival na poslovanje naše bolnišnice in omeniti je treba naslednja obdobja:

- od odprtja 11. aprila 1948 do 30. aprila 1953 je poslovala kot proračunska ustanova;
- od leta 1953 do 1977 je poslovala kot zdravstvena delovna organizacija s samostojnim financiranjem po dohodkovnem sistemu;
- od 24. novembra 1977 je poslovala kot temeljna organizacija združenega dela v okviru delovne organizacije Gorenjska bolnišnica; financiranje je potekalo kot svobodna menjava dela preko gorenjskih občinskih samoupravnih interesnih skupnosti do konca leta 1989; s 1. januarjem 1990 se je financiranje preneslo na Republiško upravo za zdravstveno varstvo (RUZV), ki je bila v okviru republiškega integralnega proračuna;
- od 1. marca 1993 do 21. marca 1994 je poslovala kot enovita delovna organizacija;
- 21. marca 1994 je bila izpeljana uskladitev z Zakonom o zavodih in poslujemo kot javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Jesenice; lastnik je preko Ministrstva za zdravje postala Republika Slovenija, financiranje poteka na podlagi letnih dogovorjenih programov dela z Zavodom za zdravstveno varstvo Slovenije v dvanajstinah za obvezno zdravstveno zavarovanje, za prostovoljno zdravstveno zavarovanje mesečno izdajamo račune.

Izhodišča za financiranje bolnišnic so skladno z zakonodajo določena s partnerskim dogovarjanjem med izvajalci, zdravniško zbornico, ZZZS-jem in Ministrstvom za zdravje. Dogovarjamo se o vsebini in obsegu programov storitev in ceni storitve. Namen dogovarjanj je odgovorno razporejanje razpoložljivih javnih sredstev.

Splošna bolnišnica Jesenice spada po opredelitvi Zakona o javnih financah med posredne proračunske uporabnike. Spadamo med določene uporabnike Enotnega kontnega načrta, ki ga uporabljajo osebe javnega prava in tiste pravne osebe, za katere ne velja Zakon o gospodarskih družbah.
V tem prispevku se bomo spomnili dogodkov zadnjih desetih let, ki so pomembno vplivali na zdravstveno dejavnost in njeno financiranje.

Bolnišnica izvaja specialistično bolnišnično varstvo in specialistično ambulantno dejavnost z dializo.

Zdravstveno službo opravljamo na sekundarnem nivoju (bolnišnična specialistična dejavnost in ambulantna specialistična dejavnost). Bolnišnica ima 289 postelj v štirih osnovnih bolnišničnih dejavnostih (kirurški, internistični, pediatrični in ginekološko-porodniški). Poleg teh oddelkov ima bolnišnica tudi dnevni oddelek (od leta 2003), oddelek za zdravstveno nego (od leta 2002 kot oddelek za podaljšano bolnišnično zdravljenje) in enoto za intenzivno terapijo. Na vseh bolnišničnih oddelkih se letno zdravi 12.000 bolnikov.

V bolnišnični dejavnosti smo načrtovali in ZZZS nam je plačeval število oskrbnih dni po posameznih dejavnostih v letih 1998 in 1999. V letu 2000 je bilo plačevanje še vedno na podlagi oskrbnih dni ob istočasnem upoštevanju števila zdravljenih bolnikov. Naslednje leto je bil obseg delovnega programa določen na podlagi dogovorjene ležalne

dobe in načrtovanega števila bolnikov po posameznih dejavnostih. Doslej smo spremljali število sprejetih bolnikov, v letu 2001 pa se je plačevalo na podlagi števila odpuščenih bolnikov. V letu 2001 smo začeli obravnavati 'enodnevne primere', bolnike smo na dan operativnega posega sprejeli in jih isti dan tudi odpustili.

V letu 2002 se je znižal obseg delovnega programa, predvsem na račun znižanja programa na ginekološko-porodniškem oddelku. ZZZS je tudi vpeljal zaračunavanje nekaj posegov po enotnih cenah, in sicer:

- abortus
- kiretaža
- artroskopija kolena
- adenektomija
- hernia enostranska
- hernia obojestranska
- laparaskopska holicistektomija.

V letu 2002 smo začeli program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja kirurških in internističnih bolnikov na 14 posteljah.

V letu 2004 se je spet znižal program za 80 bolnic na ginekološko-porodniškem oddelku, pridobili pa smo dodatni program za 12 operacij TVT in 100 operacij kolka. V letu 2004 smo uvedli novo evidentiranje storitev v bolnišnični dejavnosti. Kot obračunsko kategorijo smo uvedli **s**kupino **p**rimerljivih **p**rimerov (SPP). SPP se oblikuje na podlagi glavne diagnoze, do 19 spremljajočih diagnoz po MKB 10 in na podlagi največ 20 kliničnih postopkov. Evidentirajo se še ure mehanske ventilacije in dnevi neakutne obravnave. Vsakega zdravljenega bolnika lahko razvrstimo v eno od 661 skupin SPP. Bolnišnično dejavnost smo začeli ločiti na akutno in neakutno obravnavo. Pri akutni obravnavi zaračunavamo SPP. Določili smo tudi kriterije, ki jim mora ustrezati zdravstveno stanje bolnika ob sprejemu. Neakutna obravnava je praviloma nadaljevanje akutne obravnave. Najpomembnejše pri tej spremembi je, da se zaračunava celotna hospitalizacija bolnika. Doslej smo zaračunavali 'primer', ko je bil bolnik odpuščen iz ASBJ-ja ali premeščen na drugi oddelek, in če je bila premestitev v okviru naše bolnišnice, smo lahko zaračunali dva primera pri enem bolniku. Odslej pa je to le en primer, en SPP. Vrednost programa se od takrat določa na podlagi števila primerov in števila uteži (SPP).

V letu 2005 se nam je dogovorjeni delovni program povečal za 207 primerov, kot posledica odločitve partnerjev, da se delovni program poveča za dva odstotka v primerjavi s predhodnim letom in za nujne širitve (61 operacij kolka). Spremljati smo začeli določene operativne posege, ki so bili dogovorjeni s pogodbo, t. i. prospektivni primeri, in sicer:

- operacije na ožilju
- operacije kil
- operacije žolčnih kamnov
- operacije nosu in grla
- endoproteze kolka
- ortopedske operacije rame.

Vodja finančno računovodskega sektorja

V letu 2005 je Ministrstvo za zdravje razpisalo dodatni delovni program za skrajševanje čakalnih dob in naša bolnišnica je dobila enkratni dodatni delovni program:

- 93 operacij kolka
- 193 operacij kil
- 145 operacij žolčnih kamnov
- 50 operacij nosu in grla.

V letu 2006 se nam je spet povečal obseg delovnega programa za en odstotek v primerjavi s predhodnim letom ter za 100 artroskopij in 30 TVT-operacij, skupaj za 240 bolnikov.

Spet smo dobili enkratni dodatni program za :

- 60 operacij kil
- 87 operacij žolčnih kamnov
- 30 operacij nosu in grla
- 19 endoprotez kolka
- 69 PTA.

Tudi v letu 2007 smo pristopili k izvedbi enkratnega dodatnega program:

- 106 operacij kil
- 80 operacij žolčnih kamnov
- 63 operacij nosu in grla
- 50 endoprotez kolena.

V letu 2007 smo pred podpisom pogodbe z ZZZS-jem vložili arbitražni zahtevek. Na podlagi analiz smo ugotovili, da je povprečna utež našega povprečnega bolnika višja od načrtovane, saj se je spremenila struktura dogovorjenega delovnega programa. Cena naše uteži je bila pod slovenskim povprečjem. Na podlagi sklepa arbitraže se nam je povečala načrtovana povprečna utež na bolnika in cena povprečne uteži, čemur je sledilo povečanje finančnega načrta.
V letu 2007 se nam je povečal načrtovani program za 23 bolnikov, začeli smo evidentirati porode.

ŠTEVILO ODPUŠČENIH BOLNIKOV

oddelek/leto	1948	1957	1967	1977	1987	1997	2007
interni	1.178	3.843	2.858	3.266	2.421	2.787	2.996
kirurški	680	1.672	1.583	2.570	3.548	4.556	5.036
KRG-rehabilitacija	0	0	79	122	0	0	0
CIT	0	0	0	284	190	51	128
ginekološko-porodniški	229	1.982	2.092	2.205	3.040	2.284	1.674
pediatrični	0	0	1.384	1.604	1.204	1.382	2.085
otološki	0	0	0	1.873	1.107	0	0
doječe mame	0	0	0	51	171	276	0
oddelek za zdravstveno nego	0	0	0	0	0	0	0
skupaj	**2.087**	**7.497**	**7.996**	**11.975**	**11.681**	**11.336**	**11.919**

ŠTEVILO OSKRBNIH DNI

oddelek/leto	1948	1957	1967	1977	1987	1997	2007
interni	15.590	43.433	35.846	33.697	28.586	28.773	22.272
kirurški	8.448	19.123	21.781	24.866	30.305	33.681	23.729
KRG-rehabilitacija	0	0	3.705	3.561	0	0	0
CIT	0	0	0	1.424	1.156	1.170	935
ginekološko-porodniški	2.328	16.817	19.273	17.126	17.635	13.904	4.665
pediatrični	0	0	19.618	17.436	12.118	10.301	5.907
otološki	0	0	0	11.254	6.050	0	0
doječe mame	0	0	0	461	1.380	1.553	2.744
oddelek za zdravstveno nego	0	0	0	0	0	0	3.824
skupaj	**26.366**	**79.373**	**100.223**	**109.825**	**97.230**	**89.382**	**64.076**

POVPREČNA LEŽALNA DOBA

oddelek/leto	1948	1957	1967	1977	1987	1997	2007
interni	13,20	11,30	12,40	10,30	11,80	10,10	7,12
kirurški	12,40	11,40	13,10	9,70	8,40	7,30	4,71
KRG-rehabilitacija	0,00	0,00	27,90	29,00	0,00	0,00	0,00
CIT	0,00	0,00	0,00	5,00	8,50	5,30	7,08
ginekološko-porodniški	10,20	8,50	9,10	7,80	5,80	6,00	2,76
pediatrični	0,00	0,00	14,10	10,90	10,10	7,40	2,81
otološki	0,00	0,00	0,00	6,30	5,40	0,00	0,00
doječe mame	0,00	0,00	0,00	9,00	8,10	5,50	2,71
oddelek za zdravstveno nego	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,90
skupaj	**12,60**	**10,60**	**12,30**	**9,20**	**8,30**	**7,80**	**4,73**

Zaradi sprememb financiranja bolnišnične dejavnosti in zaradi sprememb v strokovni obravnavi bolnikov se je v zadnjih desetih letih močno skrajšalo število oskrbnih dni. Število zdravljenih bolnikov se je povečevalo in posledično se je močno skrajšalo povprečno trajanje zdravljenja bolnika. Na nivoju bolnišnice se je povprečno trajanje zdravljenja skrajšalo za 3,07 dneva in je v letu 2007 trajalo le 4,73 dneva.

Od leta 2005 moramo voditi čakalne dobe tudi za posamezne operativne posege.

Poleg specialistične bolnišnične dejavnosti opravlja naša bolnišnica tudi specialistično ambulantno dejavnost in dejavnost dializ, v njenem okviru delujeta dispanzer za žene in ambulanta za fizioterapijo. Slednji sta po Zakonu o zdravstveni dejavnosti ambulanti primarnega nivoja zdravstvenega varstva.

Delovni program v specialistični ambulantni dejavnosti se evidentira in plačuje na podlagi opravljenih točk, storitve pa še vedno evidentiramo po zeleni knjigi iz leta 1981. Evidentiramo tudi prve in ponovne preglede.

Obseg programa v specialistično-ambulantni dejavnosti se je spremenil v letu 1999, ko so se iz obračuna izločile

opravljene točke laboratorijske in transfuziološke dejavnosti. Ločeno smo začeli spremljati tudi storitve pri dispanzerju za žene. Plačevale so se točke na nivoju celotne bolnišnice, čeprav smo jih načrtovali in spremljali po posameznih dejavnostih. V letu 2001 se je plačeval opravljeni delovni program po posameznih ambulantah, v dispanzerju za žene smo uvedli količnike za evidentiranje opravljenega dela in glavarina. Delovni program specialističnih ambulant se je povečal za 71.857 točk in je bil 1.239.645 točk.

Delovna, živahna in pisana pisarna

V letu 2004 smo ločeno začeli spremljati CT-storitve, v naslednjem letu pa še ultrazvočne storitve. V letu 2006 smo začeli ločeno spremljati in tudi plačevati storitve, narejene v internistični urgentni ambulanti in v kirurški urgentni ambulanti.

Zaradi skrajševanja čakalnih dob smo v letu 2005 pridobili enkratni dodatni program za 1.200 CT-preiskav in 300 mamografskih slikanj. Tudi v letu 2006 smo pridobili enkratni dodatni program za 506 CT-slikanj in 310 mamografij. V obeh letih smo enkratni dodatni program tudi uresničili. Enkratnega dodatnega programa za 1.200 CT-slikanj v letu 2007 nismo uresničili.

V našem dializnem centru opravljamo akutne in kronične dialize, hemofiltracije, CAPD- in APD-dialize. V letu 2007 smo uresničili 5.186 dializ tipa I, II in III in smo imeli sedem bolnikov na APD- in CAPD-dializah. Število dializnih bolnikov se nam je v zadnjih desetih letih zmanjšalo, saj se je 1. junija 2002 odprl nov dializni center v Naklem.

ŠTEVILO AMBULANTNIH PREGLEDOV

dejavnosti/leto	1948	1957	1967	1977	1987	1997	2007
interna + diabetološka	459	0	5.058	5.450	6.978	12.093	18.978
kirurška Jesenice	375	0	6.152	31.222	19.998	25.024	39.392
kirurška Kranj	0	0	0	0	3.694	0	0
ortopedska	0	0	0	0	3.803	4.272	5.854
ginekološka	0	0	712	2.676	6.837	9.057	4.348
gor. center za bolezni dojk	0	0	0	163	1.590	3.961	4.450
pediatrična	0	0	637	2.176	3.242	3.232	5.040
otološka Kranj	0	0	0	11.287	10.362	7.101	5.145
otološka Jesenice	0	0	0	0	2.388	5.372	5.201
okulistična	0	0	0	0	4.337	3.771	3.260
dermatološka	0	0	0	0	6.347	5.397	6.235
nevrološka	0	0	0	0	204	0	0
število dializ (I-V)	0	0	0	0	4.986	6.795	8.827
skupaj	**834**	**0**	**12.559**	**52.974**	**64.794**	**72.485**	**89.076**

Večino zadnjih desetih let smo poslovno leto končali z negativnim poslovnim rezultatom. Delež izgube v celotnih prihodkih je bil:

- leta 1998 – 1,7 %
- eta 1999 – 2 %
- leta 2000 – 4,7 %
- leta 2001 – 4 %
- leta 2002 – 5,7 %
- leta 2005 – 0,6 %
- leta 2006 - 5,5 %.

"Koliko grejo pa plače gor?"

Trend ustvarjanja izgub smo prekinili leta 2003, ko smo kolektivno pristopili k nadzoru porab zdravil in drugega zdravstvenega materiala in močno znižali stroške. Pozitivno smo poslovali tudi v letu 2004.

Že v letu 2005 in še bolj v letu 2006 se je izkazalo, da je sistem financiranja po sistemu SPP za našo bolnišnico neugoden. Plačilo smo dobili na podlagi načrtovanega obsega dela. Resnično opravljeno delo je močno presegalo načrtovani obseg; uresničeno število uteži je bilo namreč višje od načrtovanega in plačanega. Cena naše povprečne uteži, SPP, je bila nižja od slovenske povprečne cene.

Trenutno je naš uresničeni delovni program enak načrtovanemu in naša cena povprečne uteži se je približala ceni povprečne slovenske uteži. Če ne bo sprememb na področju financiranja, ocenjujemo, da bomo lahko poslovali pozitivno.

Tudi na področju računovodstva so se zgodile pomembne spremembe. S 1. 1.2000 se je začel uporabljati Zakon o računovodstvu in prenehali smo pripravljati polletne računovodske izkaze. Letne računovodske izkaze pripravljamo na podlagi fakturirane realizacije in spremljamo poslovanje tudi na podlagi denarnih tokov, kar pomeni, da evidentiramo vse prilive in odlive v poslovnem letu ter na njihovi podlagi izdelamo dodatne računovodske izkaze.
Poleg računovodskih izkazov moramo javni zavodi pripraviti tudi letno poročilo. Letno poročilo je akt neposrednega oziroma posrednega uporabnika proračuna, ki je pripravljen v skladu z 21. členom Zakona o računovodstvu. Sestavljen je iz:

- bilance stanja
- izkaza prihodkov in odhodkov
- pojasnil k izkazom in
- poslovnega poročila, ki vsebuje tudi poročilo o doseženih ciljih in rezultatih neposrednega oziroma posrednega uporabnika.

Vsebina poročila o doseženih ciljih in rezultatih posrednega uporabnika je določena v 16. členu navodila o pripravi zaključnega računa.

Zakonske in druge pravne podlage za pripravo letnega poročila :

- Zakon o javnih financah (UL RS št. 79/99, 124/00, 79/01, 30/02, 56/02, 110/02, 127/06, 14/07), v njegovih 62., 89. in 99. členu.

- Zakon o računovodstvu (UL RS št. 23/99, 30/02) v členih od 20. do 29. in v 51. členu.
- Navodilo o pripravi zaključnega računa državnega in občinskega proračuna ter metodologije za pripravo poročila o doseženih ciljih in rezultatih neposrednih in posrednih uporabnikov proračuna (UL RS št. 12/01, 10/06, 8/07) v členih 2. in 16. do 18.
- Pravilnik o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava (UL RS št. 115/02, 21/03, 134/03, 126/04, 120/07) v 4. do 8. členu, 13. do 17. členu in 21. do 28 členu.
- Pravilnik o enotnem kontnem načrtu za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava (UL RS št. 54/02, 117/02, 58/03, 134/03, 75/04, 117/04 , 141/04 in 117/05, 114/06, 138/06) z opredelitvami v 1. in 2. členu.
- Pravilnik o razčlenjevanju in merjenju prihodkov in odhodkov pravnih oseb javnega prava (UL RS št. 134/03, 34/04, 13/05, 114/06, 138/06) v 16. in 17. členu.
- Pravilnik o določitvi neposrednih in posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov (UL RS št. 46/03) v 3. členu.
- Pravilnik o načinu in rokih usklajevanja terjatev in obveznosti po 37. členu Zakona o računovodstvu (UL RS št. 117/02 in 134/03).
- Pravilnik o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev (UL RS št. 45/05, 114/06, 138/06, 120/07).

Od 1. 7. 2002 opravljamo plačilni promet preko podračuna EZR (enotnega zakladniškega računa) oziroma ničelnega računa, s tem so se na podlagi Zakona o plačilnem prometu ukinili dosedanji žiroračuni na poslovnih bankah.

Omeniti moramo tudi posledice aktivnosti razvoja na področju notranjega nadzora javnih financ (NNJF) v Republiki Slovenji, ki določajo nove obveznosti za proračunske uporabnike. Ministrstvo za finance RS je v okviru prizadevanja za stalni razvoj državne in javne uprave ter zahtev EU začelo v letu 2000 intenzivno pospeševati razvoj sistema notranjega nadzora javnih financ.
Predpisi, ki določajo obveznosti ter opredeljujejo vloge in odgovornosti proračunskih uporabnikov na področju NNJF, so:

- Zakon o javnih financah (Ur.l. RS št. 79/99, 124/00, 79/01, 30/02, 56/02).
- Pravilnik o usmeritvah za usklajeno delovanje sistema notranjega nadzora javnih financ (Ur.l. RS št. 72/02).
- Usmeritve za notranje kontrole (Ministrstvo za finance, Urad RS za nadzor proračuna, 2004).
- Strategija razvoja notranjega nadzora javnih financ za obdobje od 2005 do 2008, ki jo je sprejela Vlada RS v letu 2005.
- Navodilo o pripravi zaključnega računa državnega in občinskega proračuna (Ur.l. RS št. 12/01, 10/06 in 8/07).

Posledica začetka aktivnosti je predpisana obveznost priprave Izjave o oceni NNJF, ki je obvezni sestavni del Letnega poročila proračunskega uporabnika, prvič v Letnem poročilu za leto 2006. Izjavo o oceni delovanja sistema NNJF smo pripravili na podlagi poročila notranjerevizijskega nadzora in samoocenitve vodij posameznih področij. V izjavi moramo oceniti ustreznost vzpostavljenega sistema notranjega nadzora, ki vključuje kontrolno okolje, oceno tveganj, notranje kontrole, pretok informacij in notranje revidiranje, ter opredeliti najpomembnejše ukrepe za izboljšanje sistema, ki smo jih izpeljali v preteklem letu, in ukrepe, ki jih nameravamo izpeljati v tekočem letu.

V letu 2008 bo naša naloga vzpostavitev registra tveganj, ki bo služil kot osnova za obvladovanje tveganj v naši bolnišnici. Register tveganj predstavlja zapis poslovnih ciljev z opredelitvijo prihodnjih dogodkov, ki lahko z večjo ali manjšo verjetnostjo ogrozijo uresničitev zastavljenih ciljev. Hkrati bo register zagotovil, da bodo notranje kontrole in predvideni ukrepi za obvladovanje tveganj zapisani na enem mestu.

Še vedno sledimo razvoju informacijske tehnologije. Obnovili smo program BIRPIS, s katerim lahko tekoče dnevno spremljamo in primerjamo dogovorjeni in uresničeni delovni program.

Tudi na področju računovodstva smo pridobili nov računalniški program, ki je bolj transparenten. Poleg računovodske in finančne funkcije vključuje tudi nabavno funkcijo. Predvsem pa nam omogoča pripravo več in kakovostnejših analiz ter pripravo kakovostnih informacij za odločanje. Obnovili smo tudi program za obračun plač; naši programi namreč niso več izdelani na podlagi DOS operacijskih sistemov.

Računovodski delavci moramo pripravljati vsako leto več informacij za zunanje in notranje uporabnike. Širi se obseg podatkov, ki jih moramo mesečno, trimesečno in letno poročati na AJPES, UJP, Banko Slovenije in DURS.

Razvoj informacijske tehnologije nam je vsekakor olajšal delo pri pripravi, posredovanju podatkov in izvedbi plačilnega prometa. Plačilni promet opravljamo preko spleta. Redne mesečne obračune davka na dodano vrednost, poročila o obračunanih plačah, trimesečna poročila in letne računovodske izkaze pošiljamo po elektronskem mediju.

Zaposleni v finančno računovodskem sektorju

Upravno-gospodarski sektor - obdobje sprememb

Irena Miko Udir, univ. dipl. soc., vodja upravno-gospodarskega sektorja

Vodja upravno-gospodarskega sektorja

V zbornikih ob pomembnih obletnicah neke ustanove so ponavadi predstavljeni oddelki in dosežki, s katerimi se lahko pohvalijo nosilci osnovne dejavnosti. Tudi pri pripravi strateških dokumentov in vizije Splošne bolnišnice Jesenice za prihodnjih nekaj let so bili sodelujoči osredotočeni predvsem na razvoj stroke po ožjih specialnostih, niso pa imeli v mislih služb, ki skrbijo za upravno-tehnični vidik poslovanja bolnišnice. Kljub temu se tudi naš sektor lahko pohvali z zastavljeno vizijo. Prepričana sem, da se večina zaposlenih v našem sektorju zaveda neločljive povezanosti z medicinskim in zdravstvenim delom bolnišnice ter odgovornosti do naše največje vrednote – bolnika. Trudimo se prepričati tudi vse izvajalce osnovne dejavnosti, da so podporne službe pomemben člen, brez katerega osnovne dejavnosti ne bi mogli izvajati.

Nepoznavalcu naš sektor predstavimo kot tisti del bolnišnice, ki skrbi za ves 'nemedicinski del', razen za finančno-računovodski sektor in informatiko. Za izvajanje vseh teh nalog je v bolnišnici zaposlenih 119 oseb.

Začnimo pri temeljih: kaj pravzaprav obsega upravno-gospodarski sektor v Splošni bolnišnici Jesenice? Organigram iz leta 1994, ki formalno še velja, navaja naslednja stroškovna mesta znotraj sektorja: vodstvo, ekonomat, servisne delavnice, kuhinja, splošna služba, čistilni servis, pralnica, centralna sterilizacija, čiščenje. Od tedaj se je stanje močno spremenilo: čistilni servis, pralnica in čiščenje so dejavnosti, ki jih je prevzel zunanji izvajalec, na novo smo organizirali nabavno službo, ki je nadomestila nekdanji ekonomat. Druge službe so se bodisi preoblikovale ali pa po svoji osnovni nalogi sploh ne sodijo v UGS (npr. centralna sterilizacija), spet tretje službe šele nastajajo in formalno še niso organizirane v zaokroženi celoti (npr. centralna administracija). Nenazadnje so s spremembo zakonodaje nekatere zadolžitve nastale na novo (pravna služba) ali sta se zahtevnost in obseg dela močno povečala, mi pa še nismo predvideli delovnega mesta za takšno področje ali določili pristojnih

Zaposleni v upravno-gospodarskem sektorju

oseb za izvajanje teh nalog (vodenje investicijskih projektov, HRM, varstvo pri delu, varovanje osebnih podatkov, posredovanje informacij javnega značaja ...). Vse te nejasnosti večkrat predstavljajo ovire pri vodenju sektorja, organiziranju dela in pri nadzoru stroškovne učinkovitosti. Dolgoročno je ena od pomembnejših nalog vodje UGS formalno razporediti kar največ področij dela v smiselne organizacijske enote, ki bodo obenem prepoznavne kot stroškovno mesto znotraj sektorja. Prepričana sem, da v obstoječi organiziranosti vodenje sektorja zaradi izredne pestrosti dejavnosti, ki jih izvajamo, v nedogled ne bo mogoče. Vsekakor so pristojnosti in odgovornosti zaposlenih v teh službah tako zelo raznolike, da je težko v enaki meri koordinirati dejavnosti na vseh pripadajočih področjih.

Informatiki

Na tem mestu bi se rada v prvi vrsti zahvalila svojim bližnjim sodelavkam in sodelavcem, ki vodijo in koordinirajo delo posamezne zaokrožene celote in se predstavljajo v nadaljevanju zbornika. Seveda sem hvaležna tudi vsem drugim zaposlenim v našem sektorju, ki odgovorno in vestno opravljajo vsakodnevno delo. Verjamem, da bomo skupaj zmogli še naprej ustvarjati primerne osnove za kakovostno delo naših zdravstvenih sodelavcev, ki neposredno skrbijo za bolnike.

Za konec naj spomnim še na svoje predhodnike, ki so se od leta 1960 zvrstili na delovnem mestu, ki ga danes poznamo pod imenom vodja upravno-gospodarskega sektorja. Kar dve desetletji je to funkcijo opravljala Ivica Tautovič (1960–1981), ki jo je nasledil Božo Pogačar (1981–1987). Pomemben pečat je zapustil Franc Čop, ki je sektor vodil vse do prezgodnje smrti (1988–1996). Njegova naslednika sta bila dr. Janko Berlogar (1998–2001) in Zdravko Malnar (2001–2002), ki sta se trudila zapolniti veliko vrzel, ki je nastala v obdobju, ko je bil sektor brez vodje. Želim si, da bi bila skupaj s sodelavci v prihodnjih letih tako učinkovita, da bodo ob 70. obletnici SB Jesenice lahko naši zanamci zapisali pohvalne besede tudi za poslovanje sektorja v prvem desetletju tega tisočletja.

Kadrovska služba

Zlata Koder, kadrovski referent

Kadrovska služba v Splošni bolnišnici Jesenice je pomemben del Upravno-gospodarskega sektorja. Ukvarja se predvsem s kadrovskimi zadevami v najširšem smislu. Sem sodijo vse naloge kadrovske administracije za sodelavke in sodelavce ter naloge, kot so spremljanje strukture zaposlenih in njihovo število ter druga poročila in analize, pomembna za zunanje institucije (IVZ, ZZV, MZ …), pa tudi za potrebe bolnišnice.

Kadrovska služba je odgovorna za učinkovito in uspešno zaposlovanje, razvoj in usposabljanje zaposlenih.

V zadnjem obdobju smo se lotili tudi projekta uvajanja t. i. kompetenc. Kompetence so vse sposobnosti uporabe znanja in druge zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno in učinkovito konča določeno nalogo, opravi delo in odigra vlogo v poslovnem procesu. Trenutno smo v fazi dokončanja nadgradnje sistemizacije z opisi delovnih mest.

V Kadrovski službi imamo vso kadrovsko evidenco zaposlenih od različnih pogodb o zaposlitvi, odločb in sklepov. Kadrovska služba opravlja dela in naloge za več kot 600 zaposlenih v bolnišnici. Trenutno število zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice je 608 delavcev.

Spodnja tabela prikazuje strukturo zaposlenih po oddelkih na dan 31. 3. 2008:

31. 03. 2008	01	02	0290	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	
Tarifna skupina	KRG	INT	ZN	G.P.	PED	RTG	AN-RE	TRF	LAB	LEK	SP. AMB.	FRS	INF.	UGS	VOD.	SKUPAJ
Nedoločeni čas																
VIII	19	10		4	5	3	9	1	2		5			1	3	62
VII (uni)					1	1			1	3		3	1	5	2	16
VII (vis)	18	15	1	4	4	8	10	2	1		9			2	1	75
VI	10	5	1	6	1	3	4	1			2	3	2	11		49
V (zdr)	65	60	11	14	19	1	9	1	7	3	21			8		220
V (adm)	8	6		4	4	2					4	19		16		63
IV														26		26
III	1													5		6
II														12		12
Določeni čas																
VIII		1									1			1		2
VII (uni)	10	9		4	4	1										29
VII (vis)	6	1		3		1										11
VI																
V (zdr)	10	8	3	2	3					1						25
V (adm)	2	1										1				4
IV														3		3
III																
II														5		5
SKUPAJ	149	116	16	39	41	20	32	5	11	7	42	26	3	95	6	**608**

Od 608 zaposlenih je 59 zdravnikov specialistov za nedoločen čas in dva za določen čas, trije zdravniki specializanti pa so tik pred specialističnim izpitom. V zdravstveni negi je trenutno zaposlenih 297 delavcev za nedoločen in 32 za določen čas. V laboratoriju je zaposlenih 11 delavcev, od tega sta dva specialista in v lekarni osem delavcev. Drugi zaposleni so v nezdravstveni dejavnosti.

Centralna administracija

Tatjana Berčič, vodja centralne administracije

Zaposleni v centralni administraciji

Pojem zdravstvena administracija zajema vse administratorke, ki delajo v oddelčnih pisarnah, ambulantah, v centralnem arhivu ter v sprejemnih pisarnah. Je tisti del upravno-gospodarskega sektorja, ki je organizacijsko in lokacijsko razpršen po vsej bolnišnici.

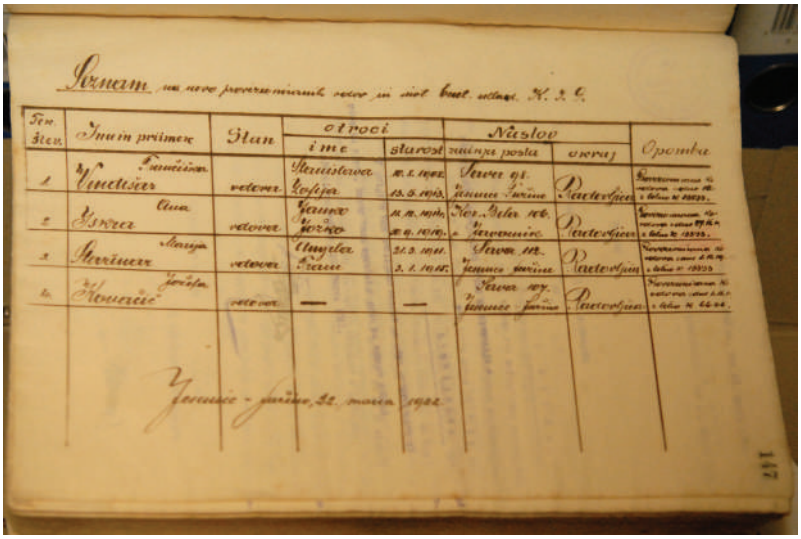
Do leta 2004 so administratorke organizacijsko sodile pod oddelke oz. ambulante. V letu 2004 smo začeli reorganizacijo centralne administracije, ki poteka še danes.

V letu 2004 smo izvedli prve dejavnosti v smeri sprememb. Sistematizirali smo delovno mesto vodje centralne administracije, katere naloge so vodenje in razporejanje vseh zdravstvenih administratork, koordinacija med oddelki in zdravstveno administracijo, organizacija dela, izobraževanje, ugotavljanje potreb, razmejitev pristojnosti med zdravstvenimi delavci in administracijo, skrb za vsebinsko korektnost dela zdravstvene administracije …

Osnovne naloge zdravstvene administracije so:
Ažurno in pravilno beleženje dogovorjenih dejavnosti zdravstvenega osebja v SBJ ter urejanje in arhiviranje vse zdravstvene dokumentacije.

Prva naloga vodje centralne administracije v sodelovanju z vsemi zaposlenimi je zato standardizacija dokumentacije, druga pa iz te izhajajoča standardizacija delovnih nalog.

Naslednji zelo pomemben korak je izobraževanje zdravstvenih administratork. Vse morajo enako obvladati standardizirane delovne naloge – tako na domicilnem kot na drugih oddelkih, specifične naloge, ki so značilne le za posamezna delovišča, pa mora obvladati čim več zaposlenih. Pomembno je dojemanje službe zdravstvene administracije kot celote, ki skrbi za to, da je administrativno delo narejeno enako kakovostno in enako hitro za vse oddelke in enote naše bolnišnice.



Izpis iz knjige bratovske skladnice iz leta 1917 – hranjeno v centralnem arhivu bolnišnice

V letu 2005 so se otološka, dermatološka in okulistična ambulanta selile v nove prostore. Tako je tudi sprejemna pisarna,

ki deluje v okviru centralne administracije, dobila nov prostor. Sprejem bolnika poteka individualno, zagotovljena mu je zasebnost. To pa ni odlika glavne sprejemne pisarne, za katero upamo, da jo bomo v bližnji prihodnosti lahko obnovili.

V letu 2007 smo začeli lokacijsko premestitev dela zdravstvene administracije iz zdravniških ordinacij. Seveda pa mora biti umik zdravstvenih administratork iz območja obravnave bolnika v interesu vseh – zdravnika, sestre, bolnika in nenazadnje zdravstvene administratorke. Pridobitev za prve tri je razumljiva, zdravstvene administratorke pa bodo šele takrat lahko same razporejale svoje delo znotraj delovnega časa in same sebi narekovale ritem dela, ki bo učinkovitejši od sedanjega stresnega vsiljenega ritma v konicah.

Centralna administracija aktivno sodeluje pri projektu uvajanja kakovosti v SB Jesenice. V okviru projekta smo v letu 2007 opisale podprocese zdravstvene administracije.

Ob izpolnitvi prej naštetih nalog in skupnem reševanju tekočih težav je cilj centralne administracije:

Učinkovita služba zdravstvene administracije, ki je organizacijsko in lokacijsko v največji možni meri centralizirana in samostojna enota ter opravlja svoje delo za potrebe zdravstvene dejavnosti profesionalno in kakovostno z najmanjšimi možnimi stroški.

Nabavna služba

Primož Reškovac, univ. dipl. ekon., vodja nabave

Nabavna služba v Splošni bolnišnici Jesenice v sestavi, kot je organizirana danes, deluje od leta 2004.

Pred tem je bila nabava organizirana ločeno po enotah glede na vrsto materiala in storitev. Pooblaščene osebe, ki so bile odgovorne za nabavo po internem Pravilniku o izdajanju naročilnic:

- zdravstveni material – vodja lekarne
- nezdravstveni potrošni material – skladiščnik
- material za prehrano – vodja kuhinje
- osnovna sredstva, drobni inventar – referent nabave
- popravila, vzdrževalna dela – vodja vzdrževanja
- tehnični material, rezervni deli – referent nabave, vodja vzdrževanja

S sprejetjem zakona o javnih naročilih leta 2001, ki nam je kot javnemu zavodu narekoval naročanje blaga in storitev z javnimi razpisi oz. naročili male vrednosti, se je pokazala potreba po centralizaciji nabave in povečanju števila zaposlenih.

Tako se je v letu 2004 oblikovala nabavna služba, ki jo sestavljajo vodja nabave in trije referenti.

Nabavni referenti

Vsi postopki naročanja, od povezav z dobavitelji, pridobivanja ponudb, izdaje naročilnic skladno z veljavno zakonodajo, komuniciranja z vodji enot oz. oddelkov, izvedbe javnih razpisov, potekajo sedaj v nabavni službi.

Sistem naročanja je računalniško podprt v programu GO – INFO, kar omogoča večjo transparentnost glede naročenega blaga in storitev, ažurirane evidence in boljšo povezavo z dobavitelji.

Zaradi prostorske stiske v upravi bolnišnice smo se leta 2005 preselili v prenovljene prostore v 'stanovanjski blok', kjer imamo odlične pogoje za delo.

Trudimo se sproti usklajevati želje in potrebe po nabavi medicinske in nemedicinske opreme za posamezne enote oz. oddelke ter s tem prispevati kar največ za nemoteno delovanje naše bolnišnice, seveda v mejah finančnih možnosti.

Pozitivna klima, medsebojno sodelovanje in razumevanje, pripravljenost za delo so odlika našega kolektiva, ki se bo po svojih močeh še naprej trudil za dobro naše bolnišnice.

Tehnično-vzdrževalna služba

Marko Lah, vodja tehnično-vzdrževalne službe

Tehnično-vzdrževalna služba

Tehnično-vzdrževalno službo v SBJ trenutno sestavlja ekipa sedemnajstih ljudi, ki v okviru UGS skrbimo za tekoče vzdrževanje stavb, inštalacij, opreme, pohištva in oskrbo z energijo. Večina zaposlenih nas vsakodnevno srečuje oziroma potrebuje, saj so vsa delovna sredstva od stavb do opreme že precej v letih in potrebujejo popravila. Velika večina te ekipe spada v tako imenovane servisne delavnice, kjer skrbimo za manjša popravila inventarja, inštalacij in stavb ter čiščenje snega v zimskem času. Popravila, ki jih izvajamo, so zgolj gašenje požara oziroma reševanje težav, ko se pojavijo oziroma jih uporabniki opazijo, manj pa je preventivnega vzdrževanja.

Velikost ekipe na papirju je mnogo večja, kot je resnična vsakodnevna prisotnost v bolnišnici, saj trije 'kurjači' delajo v izmeni, dva hišna delavca sta večino časa v skladišču, en voznik pa je večji del delovnega časa na službeni poti. Če odštejemo še vodjo servisnih delavnic, ki razporeja delo, naroča potrebni material, se dogovarja za sprotna popravila, preverja končano delo ter svetuje delavcem pri njihovem delu, in vodjo TVS, ki se dogovarja za večje obnove, zunanje servise, naročilo rezervnih delov, po potrebi pa tudi za videonadzor, varstvo pri delu, energetsko knjigovodstvo, vodenje evidenc narejenih delovnih ur in še marsikaj drugega, kar spada med administrativne zadeve, ostane še devet delavcev v servisnih delavnicah, ki glede na svoj poklic opravljajo zidarska, vodoinštalaterska, ključavničarska,

mizarska, električarska in slikopleskarska dela. Ker sta za vsak poklic le en ali dva zaposlena, posamezniki v celotni ekipi poleg svojega dela pomagamo tudi pri drugih opravilih, kadar delo to zahteva.

Ekipa je sicer zelo raznolika, tako po letih kot po znanjih in delovnih izkušnjah, vsi pa se med seboj dobro dopolnjujemo in smo tako sposobni narediti večino manjših vzdrževalnih del na stavbah in običajnih nemedicinskih inštalacijah. Pri večjih obnovah sodelujemo z zunanjimi izvajalci, ki jim lahko veliko pomagamo s poznavanjem infrastrukture in z manjšimi pomožnimi deli.

Omejitve pri našem delu so ponavadi vezane na sposobnost obdelave materialov, saj so delavnice opremljene le s stroji in z orodjem za manjša popravila.

Število vsakodnevnih zahtev za manjša popravila zapolnjuje večji del delovnega časa, preostanek pa je namenjen občasnim kontrolam inštalacij in pripravi materiala za rutinsko ponavljajoče se zahtevke, kot so rezanje opornic za mavčarno ali popravilo zvončkov za sestrski klic.

Del vzdrževalnega procesa ste tudi drugi zaposleni v bolnišnici, saj s svojimi zahtevki pomagate odpravljati pomanjkljivosti, ki jih kot uporabniki najprej opazite. Velikost ekipe in zasedenost sta glavna krivca za to, da ne naredimo toliko preventivnih ogledov in popravil, kot bi sami želeli. Zavedamo se, da je mogoče delati tudi bolje, zato smo vedno pripravljeni prisluhniti vašim predlogom za izboljšanje, prav tako pa smo veseli pohval za dobro narejeno delo.

Prihodnost TVS je odvisna od nadaljnje reorganizacije upravno-gospodarskega sektorja.
Zaradi vse večjega pomena energetike bi bilo smiselno uvesti delovno mesto energetskega menedžerja, ki bi vodil energetsko knjigovodstvo in se posvetil nadzoru in zmanjševanju porabe energentov.

Prav tako bi glede na velikost in število zaposlenih morali imeti osebo, odgovorno za varstvo pri delu. Glede na velikost stroškov zunanjih servisov, predvsem medicinske opreme, bi bilo pametno razmišljati tudi o osebi, ki bi skrbela le za to dejavnost, saj bi z boljšo evidenco popravil o posameznih osnovnih sredstvih lahko vzpostavili tudi njihovo preventivno vzdrževanje in dopolnili računovodsko evidenco opreme s podatki o iztrošenosti in pravilnosti delovanja, saj vsa medicinska oprema za zagotavljanje varnostnih standardov potrebuje tudi zakonsko določeno vzdrževanje. Ta oprema se namreč uporablja predvsem za paciente, njeno nepravilno delovanje pa lahko pripelje tudi do neljubih dogodkov. Prav tako bi boljši nadzor pripomogel k pravočasni odstranitvi oziroma zamenjavi iztrošene opreme.

Pomembno bo k boljšemu delovanju TVS pripomogla tudi uvedba elektronskega naročanja popravil, tako tistih, ki jih izvajamo sami znotraj servisnih delavnic, kot tistih, ki jih izvajajo zunanji serviserji, saj bo zagotovljena sledljivost naročil in delovnih nalogov in s tem boljša obveščenost naročnikov, kdaj lahko pričakujejo izvedbo zahtevanih del, ter več povratnih informacij, če dela ni mogoče izvesti.

Prehranska služba

Ana Zupan - Balič, vodja kuhinje

Sonja Čeferin Tomaš, univ. dipl. inž. živ. tehnologije

Naša glavna skrb je sestava jedilnikov in priprava hrane za bolnike. Pripravljamo tudi obroke za zaposlene, ki jih ponujamo v bolnišnični restavraciji, ki smo jo v letu 2007 obnovili. Bolniki v našo bolnišnico prihajajo z zelo

Zaposleni v prehranski službi

različnimi obolenji. Ustrezna prehrana bolnika vpliva na njegovo hitrejše okrevanje in boljše počutje.

Osnovna bolniška prehrana je zdrava in varovalna prehrana, sestavljena po priporočilih WHO (Svetovna zdravstvena organizacija) in na osnovi smernic D: A.CH – referenčne vrednosti za vnos hranil.

V kuhinji nas je zaposlenih 31 za polni delovni čas, 7 je zaposlenih za polovični delovni čas. Pripravljamo približno 800 obrokov dnevno. Izbor jedi je velik, saj sestavljamo več kot 30 različnih diet, omogočamo možnost izbirnih jedilnikov in hrane po želji. Če bolezensko stanje zahteva posredovanje bolnišničnega dietetika, bolniku pripravimo tudi posebne jedi iz živil, ki jih lahko uživa. Vse naše jedi so pripravljene iz kakovostnih, večinoma svežih živil in brez uporabe dodatkov jedem (vegeta in podobno) ter ostrih začimb, hrana pa je manj slana in manj mastna. Postopki, s katerimi toplotno obdelujemo živila, so: kuhanje, dušenje in pečenje v parnokonvekcijski peči, v kateri pripravljamo tudi ocvrte jedi. Klasičnega cvrtja v globoki maščobi ne delamo. Kuharji vse jedi za vsak obrok pripravljajo sproti, kar pomeni, da je hrana vedno sveže pripravljena. Že pripravljene hrane ne pogrevamo.

Od leta 2003 imamo sistem HACCP notranjega nadzora. Izobraževanja zaposlenih so osredotočena na pripravo hrane, dobro higiensko ter dobro proizvodno prakso. Naši zaposleni podpišejo izjavo, da nas bodo obveščali o pojavu nalezljive bolezni tudi v ožji družini.

Naročanje hrane za posameznega bolnika je delo medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov. Na osnovi naročila v kuhinji natisnemo kartico, na kateri so zapisani vrsta diete, prehranski dodatki, ime in priimek, datum rojstva, matični indeks, oddelek, krilo, številka sobe. Kartice razvrstimo po krilih. Delitev obrokov poteka po sistemu tablet, kar pomeni, da kartica potuje po tekočem traku, zaposleni v kuhinji pa izpolnjujemo njene zahteve. Vsak bolnik dobi svoj pladenj in ima vpogled na svojo kartico.
Posebno skrb posvečamo temperaturi hrane. Temperaturo hrane merimo pred in po delitvi obroka. Da zagotovimo ustrezno temperaturo hrane, si pomagamo tudi z ogrevanje servirne posode. Hkrati nam je pomemben tudi čas od priprave, delitve, prevažanja in postrežbe hrane bolniku.

Kuhinja v sedanjih prostorih deluje od leta 1981, investicij v opremo, razen najnujnejših, ni bilo. Največjo težavo nam povzroča strop. Adaptacija bo izvedena še v tem letu. Neustrezna razporeditev in premalo prostora povzročata križanje čistih in nečistih poti, kar predstavlja dodatno težavo pri organizaciji dela v kuhinji.

Kljub težavam pri zaposlovanju kvalificirane delovne sile (dietni kuharji, kuharji) se trudimo, da pripravimo čim bolj kakovostno in okusno hrano v zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih v bolnišnici, kar pa je naš cilj tudi v prihodnje.

Pokrovitelji ob 60-letnici Splošne bolnišnice Jesenice

mimovrste

lek
član skupine Sandoz

JANSSEN-CILAG

MEDIS

GE Healthcare

PHARMAMED

Pfizer

KRKA

OLYMPUS
Vizije so naša prihodnost

Občina Bled

OBČINA ŠENČUR

Občina Jezersko

Občina Bohinj

SALUS

SimpsiS®

gorenje

Gorenjski Glas

videofon
komunikacijski studio
video in multimedija

Radio Triglav®
Gorenjska 96 MHz
RADIO ZA RADOVEDNE

INTEGRAL avto
prodaja vozil in servisi d.o.o. Jesenice - skupina Alpetour Potovalna agencija
Cesta maršala Tita 67, 4270 Jesenice

DIRICKX DIFA TRADING
OGRAJA, KI VAŠ STIL IZDAJA!

Sanolabor

INFONET
Informacijski Inženiring

medium
tisk & design

MERKUR

triglav
ZAVAROVALNICA TRIGLAV, D.D.

Protim Ržišnik Perc
ARHITEKTI IN INŽENIRJI

Občina Žirovnica

JESENICE
Občina Jesenice

Dan se nikoli ne zaustavi!

Koordinacija: Sandra Jerebic, univ. dipl. soc., prim. Tone Lah, dr. med.
Oblikovanje: Andreja Remih, u.d.i.a., a.design
Lektoriranje besedila: Petra Kocjančič
Fotografije: Aleksander Novak
Tisk: Tiskarna Medium, Žirovnica
Število izvodov: 1200 kom

Splošna bolnišnica Jesenice, maj 2008