STROKOVNO POROČILO SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2012

Splošna bolnišnica Jesenice

Jesenice, 2013

STROKOVNO POROČILO SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2012

Urednici: Sandra Tušar, Irena Micco

Avtorji poročil po abecednem vrstnem redu:
Lidija Ahec, Teja Arnež, doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik, Mateja Bahun, Brankica Bašić Narić, Alenka Bijol, Janja Borič, Marina Ćurčija-Jurišin, Helena Dolžan Lindič, Tamara Heraković, Primož Jovan, Vlado Jurekovič, Maja Kaker, Gregor Kalan, Zdenka Kramar, Pavla Lavrinec, Jana Lavtižar, Nada Macura Višić, Judita Mandelc Kunčič, prim. Jernej Markež, Brigita Mavsar-Najdenov, Oti Mertelj, Marija Mežik Veber, Peter Najdenov, Ozrenka Nikolić Vranić, Zorica Panić, Mateja Perko, Janez Poklukar, Tanja Pristavec, prim. Janez Pšenica, Renata Rabič, Darja Rajgelj, Helena Ribič, prim. Igor Rus, Gordana Sivec, Marta Smodiš, Drago Sredanović, Mojca Strgar, Hubert Terseglav, Sandra Tušar in Nina Zupan

Izdajatelj in založnik: Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta maršala Tita 112, Jesenice

Leto izdaje: 2013

Tisk: Medium d.o.o.

Naklada: 60 izvodov

© Splošna bolnišnica Jesenice.

Publikacija je dostopna na spletnih straneh Splošne bolnišnice Jesenice: http://www.sb-je.si.
Uporaba in objava podatkov je dovoljena le z navedbo vira.

UVOD V STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2012

Sandra Tušar, dr. med., spec. krg.
v. d. strokovne direktorice

Leto 2012 je tudi v Splošni bolnišnici Jesenice močno zaznamovalo poglabljanje recesije, saj je plačnik znižal cene zdravstvenih storitev in s tem močno vplival na poslovanje, ki je zahtevalo ostre varčevalne ukrepe. Kljub temu lahko s strokovnega stališča trdimo, da je bilo leto 2012 uspešno, saj smo realizirali številne cilje:

- pri zdravljenju pacientov smo sledili strokovnim smernicam zdravljenja in ob tem posvečali posebno pozornost kakovosti in varnosti obravnave,
- aktivno s prispevki in posterji smo se udeležili številnih strokovnih izobraževanj v Sloveniji in tujini in na ta način skrbeli za neprestani strokovni razvoj zaposlenih,
- vzdrževali in izboljševali smo se v sistemih kakovosti ISO 9001:2008, DNV akreditaciji, Temos-u, Družini prijazno podjetje,
- izvajali aplikativno delo raziskovalcev zlasti na področjih izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave,
- krepili vlogo SBJ kot učne baze za področje zdravstvenih delavcev Gorenjske, saj v naši ustanovi izvajamo klinično prakso za študente medicine, Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice ter za dijake srednje zdravstvene šole,
- izdelali smo tri nove klinični poti, skupaj jih v vsakdanji praksi uporabljamo že 32,
- nadaljevali smo z zdravstveno – vzgojnim delom bolnikov na učnih delavnicah,
- izvedli anketo o zadovoljstvu pacientov, kjer smo dosegli zelo dobre rezultate; pacienti se v našem okolju počutijo sprejete, strokovno ustrezno obravnavane, hkrati pa prepoznavajo prijaznost vseh zaposlenih,
- izvajali investicijsko dejavnost v skladu z načrtom in okrnjenimi denarnimi sredstvi.

Načrtovani delovni program smo uresničili v celoti. V akutni bolnišnični obravnavi smo obravnavali 12.885 primerov za plačnika ZZZS in ostale plačnike, 12.448 v rednem programu ter 437 primerov, ki smo jih dobili na nacionalnem razpisu. Načrtovano število obravnav smo presegli za 37, od tega 35 porodov. Presegli smo načrtovano povprečno utež in je znašala 1,3952 (1,4025 v letu 2011). Nadaljuje se trend povečevanja oskrbnih dni sobivanja staršev ob bolnih otrocih, ki jih je bilo 3.121, kar je 688 več kot preteklo leto. Na neakutni bolnišnični obravnavi smo uresničili 4.336 BOD in za 19 dni presegli načrt. V strukturi opravljenega programa je 56,78 % vseh uteži opravljenih na kirurškem oddelku, 28,89 % na internem, 7,23 % na ginekološko – porodniškem in 7,10 % na otroškem oddelku. Struktura uteži je enaka strukturi preteklega leta. Čakalne dobe na operativne posege so se skrajšale pri operacijah žolčnih kamnov in endoprotezah kolkov, še vedno pa so bile nedopustno dolge čakalne dobe za vstavitev kolenske endoproteze (831 dni, 786 dni leta 2011). Že v preteklih letih kratko povprečno trajanje zdravljenja se je še skrajšalo na vseh oddelkih razen ginekološko – porodniškem oddelku. Povprečno je zdravljenje na kirurškem oddelku trajalo 3,54 dni (3,65 dni leta 2011), na internem oddelku 6,30 dni (6,48 v 2011), ginekološko – porodniški oddelek 2,63 dni (2,42 v 2011) in na pediatričnem oddelku 2,58 dni (2,67 v 2011). V specialistični ambulantni dejavnosti smo opravili 111.454 pregledov, kar je 6.406 več kot v preteklem letu, kljub temu pa smo realizirali manjše število točk zaradi spremenjenih pravil obračunavanja pregledov. Kljub doseganju in preseganju načrtovanega programa (ali zaradi tega) smo v letu 2012 dosegli negativni poslovni izid v višini 747.060,09 EUR.

V letu 2012 smo dokončali dolgoletni projekt gradnje heliporta na parkirni hiši, ki je bila zgrajena v javno-zasebnem partnerstvu, s čimer smo postali prva slovenska bolnišnica, ki ima heliport z uporabnim dovoljenjem. S to pridobitvijo je prevoz poškodovancev in obolelih v bolnišnico hitrejši, olajšan pa je tudi sekundarni transport iz bolnišnice v druge ustanove.

Zaključili smo prenovo ortopedske operacijske dvorane z vgradnjo sistema za prezračevanje in tako pridobili dodaten operacijski prostor za operacije, ki zahtevajo striktne aseptične pogoje. Obnovili smo prostore mavčarne. Imamo nov električni agregat za celotno bolnišnico, ki omogoča samooskrbo ob izpadih električne energije.

V vsakodnevno obravnavo smo ponovno vključili prostovoljce.

Na strokovno medicinskem področju smo uvedli številne novosti in izboljšave:

- po dolgih letih smo zaposlili specialistko nevrologije, ki je pričela izvajati specialistično ambulantno dejavnost, EMG in sodelovala pri zdravljenju pacientov, ki so na oddelku potrebovali nevrološko obravnavo,
- uvedba metaholinskega testa na pediatričnem oddelku v sodelovanju s KOPA Golnik,
- uvedba laparoskopske miomektomije in pelvične limfadenektomije pri ginekoloških rakih,
- v porodništvu smo spodbujali naravni porod in dosegli spodbudne rezultate kazalnikov,
- uvedba endovaskulatne operacije krčnih žil z radiofrekvenco,
- uvedba nove tehnologije za označevanje tumorskih označevalcev in hormonov ter specifičnih imunoloških preiskav,
- uvedba nove tehnologije za testiranje funkcije trombocitov med operativnimi posegi, ki omogoča optimizacijo porabe krvi in krvnih derivatov,
- razširili smo delovanje koordinatorjev primera s koordiniranjem odpusta, kar se je pokazalo z zmanjšanjem števila ponovnih sprejemov znotraj 28 dni predvsem na internem oddelku in povečanim zadovoljstvom pacientov, njihovih svojcev in zdravstvenih delavcev na primarnem nivoju.

Nadaljevali smo začrtano pot celovitega vodenja kakovosti in uspešno prestali obnovitveno presojo ISO certifikata in ponovno zunanjo presojo DNV akreditacije. Nekaterim zahtevam DNV standarda je zaradi pomanjkanja kadra težko zadostiti, vendar bomo na področju doslednosti izpolnjevanja medicinske dokumentacije morali narediti napredek, če bomo želeli akreditacijo ohraniti. Izguba akreditacije bi v letu 2014 pomenila približno 90.000 evrov manjši prihodek za opravljene storitve zaradi sprejetega Aneksa k Splošnemu dogovoru. Zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice smo aktivno sodelovali pri oblikovanju metodologij za spremljanje kazalnikov kakovosti na nivoju države in redno kvartarno objavljali izračunane kazalnike kakovosti. Zelo nezadovoljni smo bili s povečanjem števila v bolnišnici pridobljenih primerov MRSA, zato smo se problema lotili analitično in izvedli številne korektivne ukrepe ter izobraževanja zaposlenih.

V bolnišnici je bilo konec leta zaposlenih 119 zdravnikov: 66 specialistov, 42 specializantov, 2 sobna zdravnika in 9 pripravnikov. Nespremenjena je kadrovska zasedba na internem oddelku, kjer je število zdravnikov premajhno za redno delo in zagotavljanje 24-urnega zdravstvenega varstva.

V zdravstveni negi je bilo zaposlenih 345 medicinskih sester: 115 diplomiranih medicinskih sester, 9 babic, 217 medicinskih sester oz. zdravstvenih tehnikov in 4 pripravniki zdravstvene nege.

Pri diagnostiki in zdravljenju je sodelovalo 9 farmacevtskih delavcev in 38 zdravstvenih delavcev in sodelavcev. V bolnišnici je bilo poleg zdravstvenih delavcev in sodelavcev zaposlenih še 141 nezdravstvenih delavcev. Na zaposlovanje novih sodelavcev in upokojevanje je pomembno vplival sprejem ZUJF-a, ki uvaja hude restrikcije pri zaposlovanju novih delavcev. To je tudi eden od razlogov, da smo na razpisu specializacij Zdravniške zbornice uspeli dobiti bistveno manj razpisanih mest, kot so dejanske potrebe, če želimo posamezne dejavnosti kadrovsko okrepiti na daljši rok.

1.1 UVOD

Pomemben del strokovnega dela je stalno obnavljanje znanja ter spremljanje novih metod zdravljenja. Zaposleni smo se udeležili, aktivno ali pasivno, številnih izobraževanj v tujini, Sloveniji in znotraj bolnišnice. Določili smo reden termin za izobraževanje zdravnikov v bolnišnici ob sredah ob koncu delovnega dne in ponovno oživili klinično–patološke konference. Poleg že ustaljenega dostopa do baz podatkov ScienceDirect in SpringerLink, smo v tem letu uspeli pridobiti še dostop do UpToDate-a, ki ga pogosto uporabljamo za razreševanje strokovnih vprašanj v vsakdanji praksi s pacienti.

V leto 2013 nismo vstopili preveč optimistično, saj slabe makroekonomske napovedi vplivajo na celoten zdravstveni sistem in na posameznika v njem, pa naj bo ta v vlogi pacienta ali zdravstvenega delavca. Od zdravstvenih delavcev se pričakuje, da bomo delali več in bolj učinkovito, ob tem pa seveda ne smemo pozabiti, da je naše poslanstvo zdraviti paciente in jim tudi drugače pomagati. Čakajo nas mnoge nove naloge, ki jim bomo lažje kos, če bomo medsebojno sodelovali, se spoštovali in si prisluhnili.

Strokovno poročilo, ki sledi, naj nam še enkrat dovoli pogled nazaj − na uspešno opravljeno delo v letu 2012.

STROKOVNEMU POROČILU NA POT

Zdenka Kramar, dipl. m. s.
Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe

Zdravstvena nega in oskrba (ZNO) sta integralni del celostne obravnave pacienta v bolnišnici in tako vključeni v celovito obravnavo pacientov.

ZNO zagotavlja neprekinjeno 24 urno zdravstveno obravnavo pacientov s primerno strukturo in številom potrebnega kadra s ciljem nuditi strokovno, varno in kakovostno ZNO. S cilji, ki jih vsako leto postavimo in skoraj v celoti realiziramo, lahko sledimo viziji in poslanstvu bolnišnice in viziji zdravstvene nege ter oskrbe. V okviru ZNO neprestano skrbimo za izobraževanje in posledično za razvoj zaposlenih, kajti le tako lahko sledimo vsem spremembam pri neposrednem delu s pacienti. Za doseganje tega cilja zaposlene v ZNO stalno spodbujamo k usposabljanju in izobraževanju, kar zagotavlja lažje sledenje postavljenim ciljem in kakovostno ter varno izvajanje neposrednega dela s pacienti.

Vsekakor je potrebno v uvodu poudariti, da se trenutno nahajamo v obdobju, ko je in bo doseganje vseh postavljenih ciljev oteženo, zaradi vse večjih pritiskov po zmanjševanju stroškov. Vsi se moramo zavedati, da je to lahko zelo občutljivo za vse nas, tudi za področje ZNO. Okolje, ki zahteva neprestano 24 urno prisotnost, na izide zdravstvene obravnave zelo močno vpliva. Zato je potrebno pričakovane racionalizacijske ukrepe jemati na področju ZNO s previdnostjo in preudarnostjo.

Zaposleni v ZNO smo v preteklem letu v večini dosegli postavljene cilje in naloge. Zdravstveno nego in oskrbo smo poskušali izvajati s kar najmanjšim tveganjem za paciente. Ob tem smo stalno spremljali in analizirali odklone od pričakovanih izidov ter nenehno vpeljevali izboljšave na vseh področjih delovanja ZNO. Nenehna analiza, ukrepanje, ponovno vrednotenje − spremljanje in obdobno poročanje na izvedenih varnostnih vizitah/razgovorih ter notranjih in zunanjih presojah je doprineslo do rezultatov, ki smo jih s skupnimi močmi dosegli in na nekaterih področjih celo presegli.

Področje **nenehnega spremljanja kazalnikov kakovosti**, ki so opredeljeni v okviru celostne obravnave pacientov, pripomorejo k ohranjanju in izboljšavam vsakdanje prakse ZNO.

V preteklem letu smo pričeli bolj aktivno delovati na področju **razvoja stroke** z izvajanjem aplikativnega raziskovanja. Celotno raziskovalno delo je usmerjeno v klinično prakso, ki mora temeljiti na dokazih, podprtih z znanjem.

Z vzpostavitvijo koordinatorja zdravstvene oskrbe (koordinator odpusta), katerega najpomembnejše delo je usmerjeno v čim hitrejšo vrnitev opolnomočenega pacienta v domače okolje, je bil izpolnjen cilj, ki smo si ga zastavili ob začetku uvedbe koordinatorja odpusta.

V preteklem letu smo delovali na različnih področjih. Izpostavljam tista, kjer smo se zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi aktivno vključevali v interdisciplinarne time na področju:

- razvijanja kliničnih poti, protokolov, SOP…
- uvajanja negovalnih diagnoz neposredno v proces zdravstvene nege
- delovanja projektnih timov, ki vključujejo širok krog zaposlenih in so pomemben člen pri nenehnem uvajanju kakovosti in varnosti pri oskrbi pacientov.
- izvajanja zdravstveno vzgojnega dela pri pacientih in njihovih svojcev,
- vodenja in koordiniranje odpusta pacienta

- vodenje kazalnikov kakovosti
- vključevanja in koordinacije prostovoljcev
- raziskovalne dejavnosti …

Medicinske sestre smo največja, najbolj vidna in prepoznavna skupina zaposlenih v sistemu zdravstvenih storitev. Zato je celotna oskrba pacientov zelo odvisna od našega znanja, usposobljenosti in zadovoljstva. Prav tako imamo pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave vseh pacientov.
Izziv za zdravstveno nego je tudi razvoj znanja in izobraževanja zaposlenih. Dvig izobrazbene strukture pri zaposlenih v zdravstveni negi pomembno vpliva na kakovost in varnost obravnave pacientov. Danes smo v obdobju uporabe visokih tehnologij, različnih novih pristopov pri oskrbi in vodenju pacientov, ki so vse bolj kompleksni in povezani, pojavljajo se stalne spremembe terapevtske obravnave, vse več je kroničnih bolezni, ob tem se podaljšuje starostna doba ljudi. Zato se od zaposlenih v ZNO zahteva vse več znanja, ki je vse bolj kompleksno, tako s področja strokovnega znanja kot tudi komunikacije s pacientom. Danes moramo biti zaposleni v ZNO sposobni kritičnega razmišljanja, pripravljeni na stalno izobraževanje in moramo znati uporabljati in slediti z dokazi podprti zdravstveni negi.
V bolnišnici vse bolj spoznavamo, kako pomembno je, da je osebje informirano, da so odnosi profesionalni in da se zaposleni počutijo varno, saj to privede, do tega, da se zaposleni nenehno in dejavno zavedajo svojega prispevka k delovanju ustanove. Tega se moramo v sedanjem času, toliko bolj zavedati tudi v naši bolnišnici. S svojim delovanjem moramo še naprej graditi dobro organizacijsko in pravično kulturo ter spodbujati zaposlene, da pri tem sodelujejo in se aktivno vključujejo v vsa področja, ki so pomembna za oskrbo pacientov in razvoj stroke ZNO.

STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2012

Primarij asist. Janez Pšenica, dr. med., spec. krg.
Predstojnik službe

UVOD

Leto 2012 je bilo v marsičem dobro leto. Dokončno smo uredili ortopedsko operacijsko dvorano in fizično ločili dejavnosti kirurškega oddelka po traktih in operacijskih dvoranah. Pričel se je proces pozitivnega razdruževanja osnovnih dejavnosti kirurgije. Obdržali smo prekrivanja tam, kjer je to potrebno. Kadrovsko smo se po dolgem času nekoliko okrepili. Organizirali smo samostojen simpozij. Dosegli smo rekordno število operacij in obravnav, vendar čakalnih dob skupno nismo zmanjšali. Število čakajočih na programsko operacijo se je v letu 2012 povečalo za 300 ljudi. Žal tudi nismo uspeli pridobiti plačila za povečanje programa dela in s tem zavodu povzročili negativno bilanco. Razen nove operacijske dvorane, se pogoji dela niso izboljšali. Lastnika naša delavnost in uspešnost nista prepričali, da bi več vlagal v eno najbolj učinkovitih kirurških služb v državi. Kriza se je globoko zarezala tudi v zdravstvo. Iztrošenost opreme povzroča vsakodnevne težave pri delu in izkoristku delovnega časa.

1 ORGANIZACIJSKA ZGRADBA ODDELKA

Prostorske in posteljne kapacitete oddelka se v letu 2012 niso spremenile. Kirurgija deluje v petih hospitalnih operacijskih dvoranah, od katerih eno tri dni v tednu uporabljajo ginekologi in specialistki ORL. Dve dvorani sta prostorsko primerni in klimatizirani, ostale tri pa premajhne in s tem za nekatere večje operacije komaj primerne ali celo neprimerne. Tako se npr. kolorektalna kirurgija izvaja v prostoru velikem 4 x 5 m. Te manjše operacijske dvorane tudi niso ustrezno klimatizirane, kar je v poletnih mesecih pogosto nevzdržno. Nov operacijski blok - za katerega se trudimo že 30 let - je prav tako blizu kot je bil tedaj. To je obenem tudi največja ovira za razvoj kirurgije na Jesenicah.

Oddelek deluje na treh traktih. Pacienti so razvrščeni po dejavnostih kirurgije – abdominalna s splošno kirurgijo, poškodbena kirurgija in ortopedija. Odseki imajo 29 do 31 postelj, od tega vsak štiri postelje intenzivne kirurške terapije. Poleg treh traktov imamo tudi odsek kroničnih ran s petimi posteljami, kamor usmerjamo paciente, ki potrebujejo poleg kirurškega dela tudi intenzivno negovalno in fizioterapevtsko obravnavo. Otroci s kirurškimi boleznimi in poškodbami ležijo na otroškem oddelku, da so lahko bolj strokovno vodeni.

Dnevna bolnišnica je fizično ločena in deluje kot samostojen sklop na enem traktu. Večinoma tam na 6 posteljah ležijo kirurški pacienti, ki so dopoldan operirani, zvečer pa gredo domov. Celoten kirurški oddelek deluje na 95 posteljah.

Najtežje paciente zdravimo v EITOS, ki ga vodi specialist anesteziolog Vlado Jurekovič, dr. med.

Prostorske kapacitete kirurškega oddelka zadostujejo za sedanji obseg dela, vendar ovirajo širitev dejavnosti in strokovno organizacijske spremembe.

Za obvladovanje okužb z odpornimi bakterijami in za zagotavljanje večje intimnosti pacientov bi nujno potrebovali preureditev sob s 5 posteljami v manjše sobe z urejenimi sanitarijami. Te

prostorske danosti so pomembna ovira za obravnavo samoplačnikov in razvoj zdravstvenega turizma.

Tabela 1: Porazdelitev postelj kirurškega oddelka po oddelkih

	ŠTEVILO POSTELJ			
	sekundarnih	intenzivnih	dnevnih	SKUPAJ
KIRURŠKI ODDELEK	75	12	8	95
ABDOMINALNA KIRURGIJA	22	4	4	30
ORTOPEDSKA KIRURGIJA	21	4	4	29
TRAVMATOLOGIJA	27	4		31
SPLOŠNA KIRURGIJA (KKR)	5			5

Vodilni kadri kirurgije SBJ:

Namestnik predstojnika - Andrej Rupel, dr. med., spec. krg.
Kirurške ambulante - Petra Rupar, dr. med., spec. krg.
Odsek poškodbene kirurgije - prim. Matej Andoljšek, dr. med., spec. krg.
Odsek trebušne kirurgije - prim. mag. Miran Rems, dr. med., spec. krg.
Odsek ortopedske kirurgije - asist. mag. Tomaž Silvester, dr. med., spec. ort.
Odsek za kirurške rane - Branko Brodnik, dr. med., spec. krg.
Fizioterapija - asist. mag. Tomaž Silvester, dr. med., spec. ort.
Otroška kirurgija - Aleksander Grubišič, dr. med., spec. krg.
Dnevni oddelek - Judita Mandelc Kunčič, dr. med., spec. anest.

2 OPRAVLJENO DELO

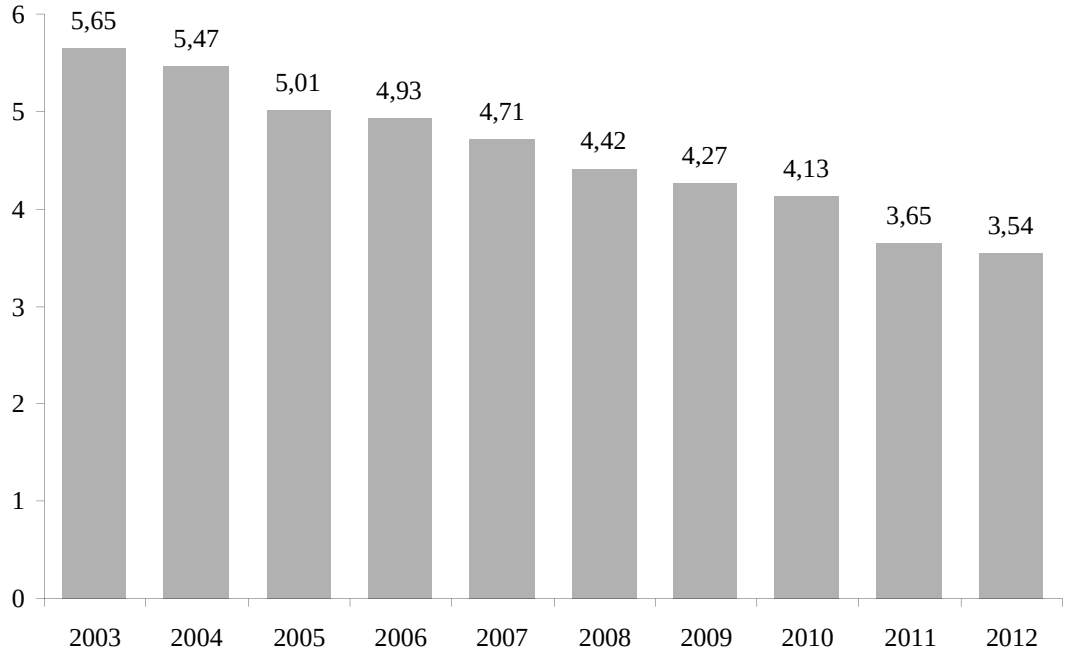
Uspešno smo sodelovali na nacionalnem razpisu in si naložili 385 dodatnih operacij. Izkoristili smo tudi možnost 10 % preseganja nekaterih prospektivnih operacij, pri katerih presegamo dopustno čakalno dobo in pristali pri 6.400 oskrbljenih pacientih. Ker se je s tem struktura dela močno zaostrila, smo dodatno podaljšali čakanje na nekatere operacije, ki ne sodijo v prospektivo. Ker je nevzdržno, da delamo le nujne operacije in tiste, ki sodijo v prospektivo, smo planirano število primerov presegli. Tudi na drugih oddelkih, ki so odvisni le od nujnih primerov, se je število le teh povečalo, tako da smo pripomogli k izgubi in ne pozitivnemu rezultatu bolnišnice. Plansko gospodarstvo, ni kaj. Večino prospektivnih operacij smo izvedli znotraj rednega delovnega časa, le 271 kot dodatno delo.

Ob vedno boljšem planiranju programskih posegov smo ležalno dobo še skrajšali in prišli pod magično mejo štirih dni, kar se v svetu razume za optimalno. Nadaljnje zmanjševanje verjetno ni smiselno. Ponovno se je zmanjšalo število oskrbnih dni. Da smo lahko sprejeli in operirali toliko več pacientov, so tisti po operaciji morali pri nas preživeti manj časa. Večji obrat pacientov ni samo organizacijski, pač pa tudi logistični problem. Če vemo, da se število sprejetih in obravnavanih pacientov ob istih prostorskih in kadrovskih danostih povečuje, nam je razumljivo, da je to možno le ob vedno boljši organizaciji dela. V to je vključeno vodstvo kirurgije in organizatorke dela, ki so nam v veliko pomoč. Težavnost primerov je ocenjena po diagnozah in spremljajočih boleznih s tako imenovano povprečno utežjo. Ta se je v zadnjih dveh letih ustalila.

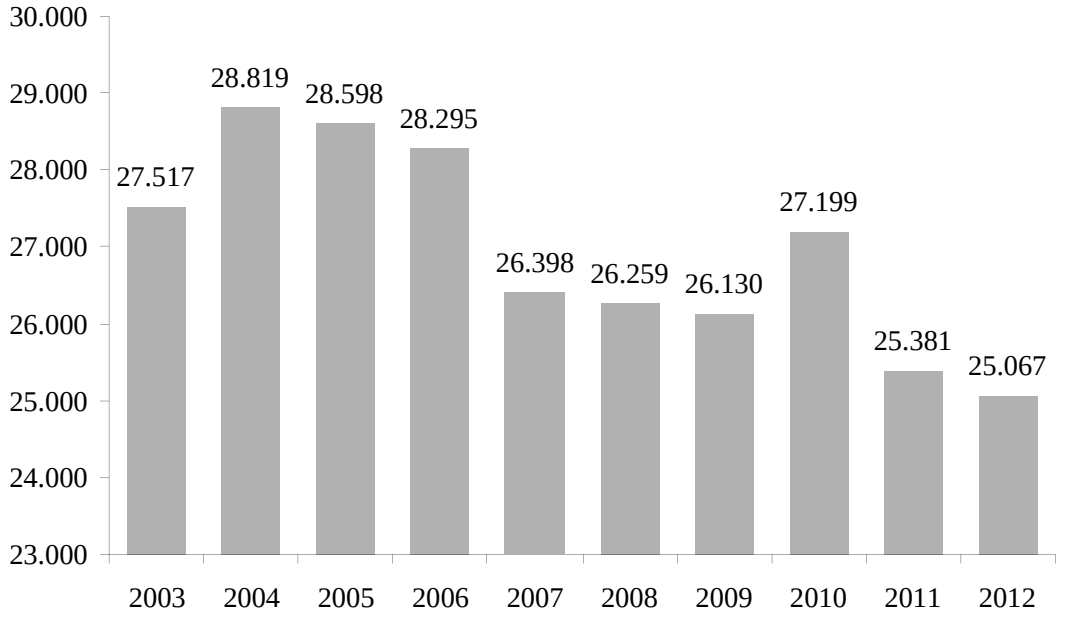
Prvič po več letih nam je navidezno padel odstotek operiranih pacientov za 3 % na 77 % operiranih pacientov. V to so všteti le tisti posegi, ki presegajo določeno obračunsko vrednost in smo jih opravili v dnevni bolnišnici in operacijskem bloku. Če bi šteli vse posege, ki smo jih

pogosto prisiljeni opraviti v prostorih ambulantnih operacijskih dvoran, pa namesto padca števila operiranih beležimo porast za 2 %. Torej je delež operiranih pacientov dosegel 82 %.

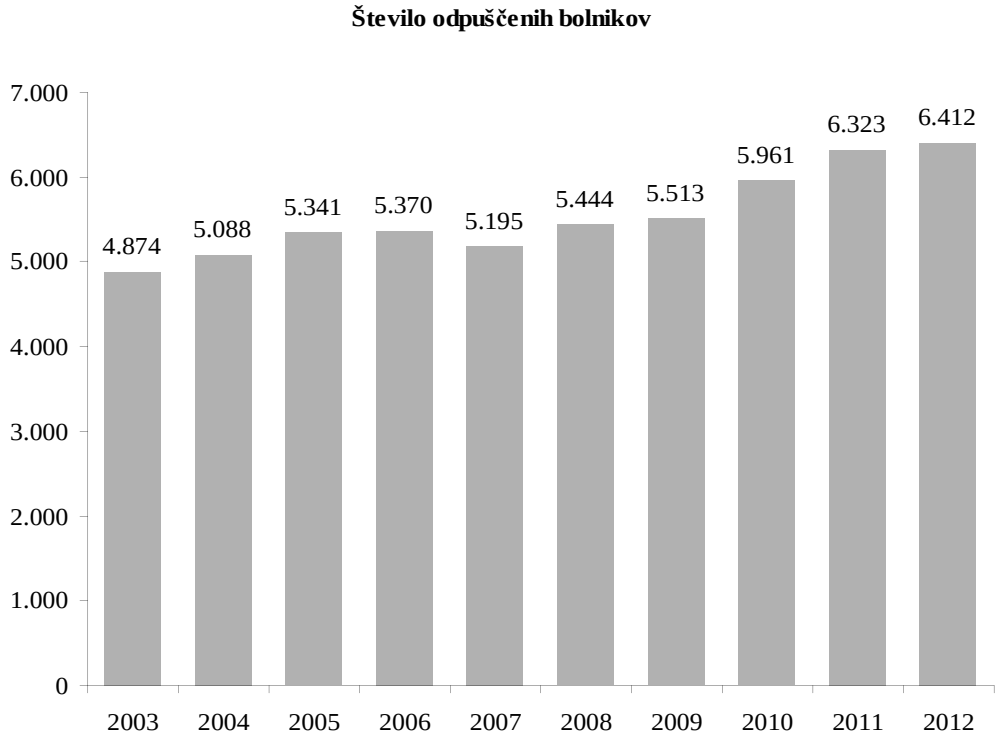
Graf 1: Povprečna ležalna doba na kirurškem oddelku SB Jesenice 2003 - 2012



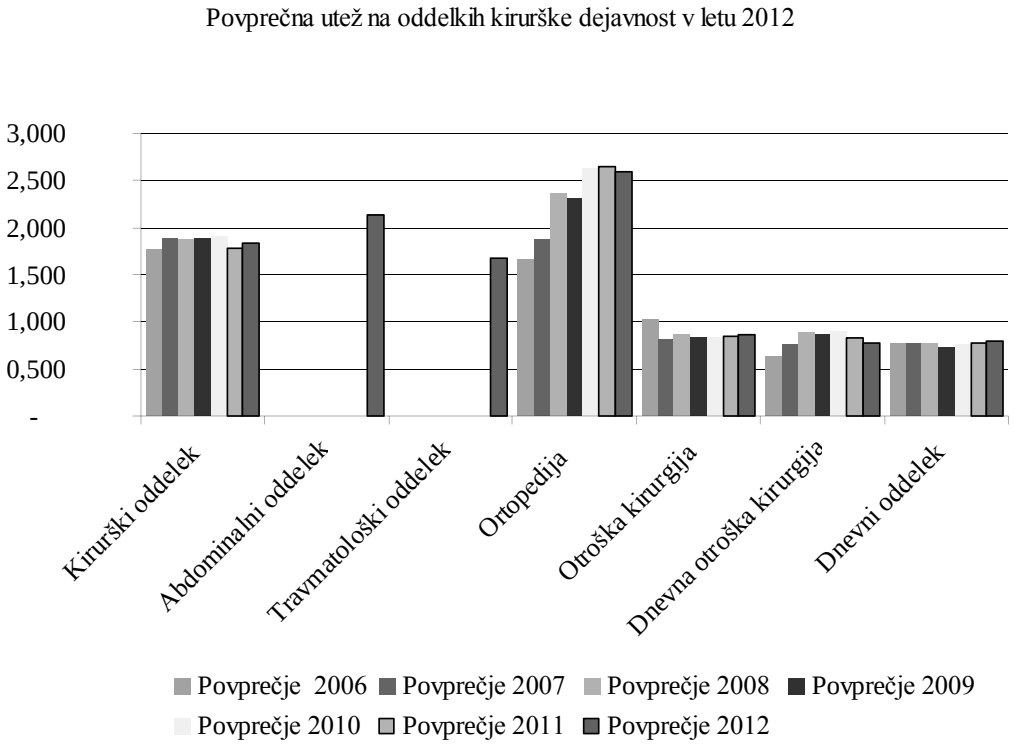
Graf 2: Število oskrbnih dni kirurškega oddelka SB Jesenice 2003 - 2012



Graf 3: Število odpuščenih pacientov 2003 do 2012



Graf 4: Povprečna utež obravnavanih kirurških pacientov in struktura po odsekih

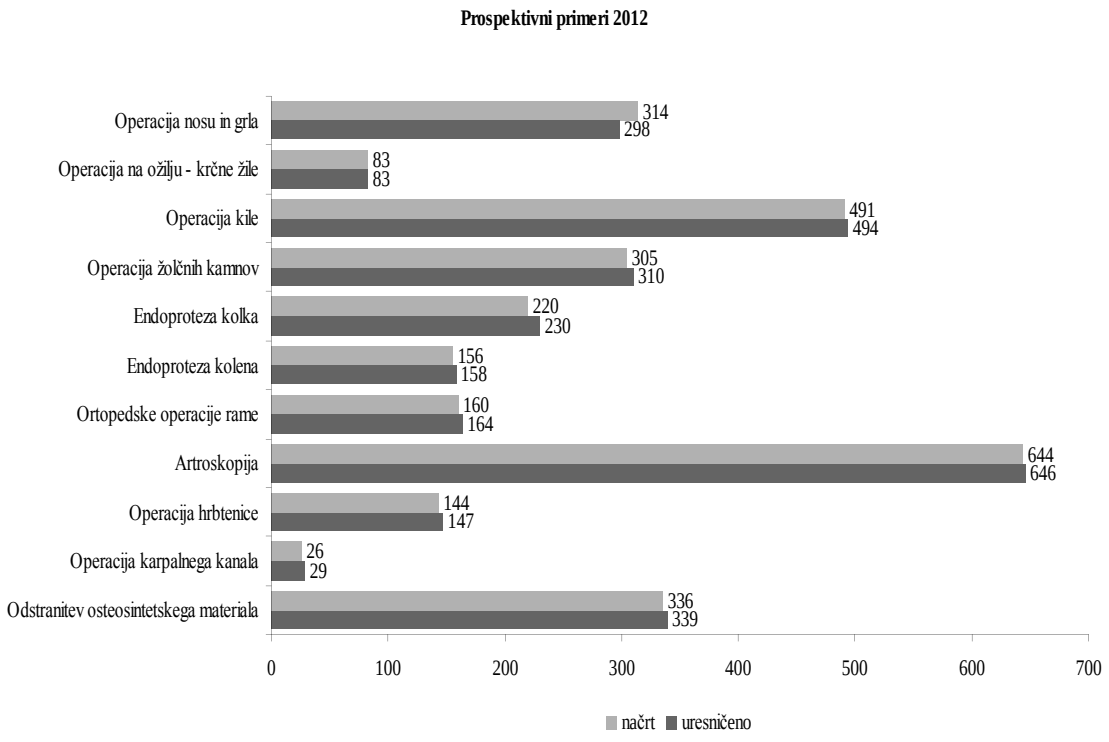


Glavna ovira za izboljšanje planiranja in še večji odstotek operativno oskrbljenih pacientov je pomanjkanje operacijskih dvoran, predvsem takšne, ki bi bila namenjena nujnim operacijam. S to dvorano bi preprečili stalne menjave v dnevnem programu, v katere smo prisiljeni zaradi nujnih primerov, ki jih ni moč operirati v dežurni službi.

Delež prospektivnih primerov je v skupni številki postal prevelik, saj dosega že 60 % vseh posegov. Konec leta v SB Jesenice najdaljša čakalna doba ni bila več za endoprotezo kolka ali kolena, pač pa za programsko operacijo deformiranega stopala, ki ne sodi v prospektivo. Čakalne dobe v SB Jesenice so problematično dolge pri endoprotezi kolena in operacijah stopal. Pri teh dveh posegih močno presegamo dopustno čakalno dobo. Ponovno so se povečale čakalne dobe za endoprotezo kolka. Pri drugih diagnozah smo s povečanjem števila operacij dosegli navidezno ravnovesje. Nekatere čakalne dobe so dolge tudi zaradi pacientove želje, da ga operira določen kirurg ali ortoped. Sloves dobre kirurgije in ortopedije nam je prinesel več pacientov, kot jih glede na kadrovske in prostorske danosti zmoremo ali jih je ZZZS pripravljen pokriti.

Če pogledamo po odsekih kirurgije, so čakalne dobe precej uravnotežene na travmatološkem in abdominalnem odseku. Stalen porast čakalnih dob na ortopedskem odseku pa enostavno ni rešljiv brez gradnje novega operacijskega bloka. Rezerve znotraj SBJ ni več.

Graf 5: Struktura prospektivnih primerov operiranih na krg. oddelku SBJ v letu 2012



(Opomba: Naredili smo 303 operacije karpalnih kanalov, vendar se kot prospektiva beležijo le hospitalni.)

V dinamiki najpogostejših diagnoz na kirurškem oddelku SB Jesenice ni mogoče spregledati, da se je število poškodb v 12 letih povečalo za 1000 primerov (64 %). Kako to razložiti?

Delna razlaga je, da se je povečalo število rekreativnih športnikov, ki na Gorenjskem preživljajo prosti čas. Druga razlaga je, da smo zmanjšali odstotek tistih, ki so prej v nujnem primeru šli v Ljubljano, zlasti iz spodnje Gorenjske. Tretja razlaga pa je povezana s staranjem prebivalstva in daljšo pričakovano življenjsko dobo. Tudi razvoj kotno stabilnih materialov je meje mogočega pomaknil precej više.

Spremembe v poimenovanju oz. šifriranju določenih operacij nam pri strokovnih statistikah delajo težave. Več kot 150 operacij raka debelega črevesa je razdrobljenih na 10 šifer, zato jih v statistikah najpogostejših operacij ni. Po drugi strani pa izgleda, da je najpogostejša travmatološka operacija odvzem OS materiala, ker so vse te operacije združene v nekaj šifer.

Tabela 2: Dinamika najpogostejših skupin bolezni in poškodb zdravljenih na kirurgiji SBJ

GLAVNE DIAGNOZE	***2000***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	1.803	2.219	2.347	2.524	2.809
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	846	1.023	1.226	1.341	1.269
Bolezni prebavil (K00 - K93)	1.216	1.119	1.141	1.302	1.236
Neoplazme (C00 - D48)	197	185	229	216	218
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	188	156	237	185	158
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	223	153	171	167	150
Bolezni obtočil (I00 - I99)	115	122	132	135	147
Bolezni dihal (J00 - J99)	62	94	130	139	144
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	67	88	112	104	87
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	37	49	55	52	82
Bolezni živčevja (G00 - G99)	25	232	116	86	30
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni (A00 - B99)	11	15	15	13	14
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	1	2	0	2	1
ostale diagnoze	70	52	41	45	59
SKUPAJ	***4.791***	***5.457***	***5.911***	***6.266***	***6.404***

Tabela 3: Najpogostejše operacije v zadnjih štirih letih

OPIS POSTOPKA	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***
Artroskopska meniskektomija	314	402	371	495
Hernioplastika ingvinalne kile, enostranska	326	293	338	307
Laparoskopska holecistektomija	248	289	342	257
Odstranitev plošče, žeblja ali žice, ki ni uvrščena drugje	217	351	282	250
Apendektomija	187	134	195	202
Popolna enostranska artroplastika kolčnega sklepa	184	188	225	148
Enostranska popolna kolenska artroplastika	59	74	111	147
Osteosinteza stegnenice zaradi zloma vratu ali pertrohanternega zloma	111	100	120	125
Odprta naravnava zloma distalnega dela koželjnice z osteosintezo	75	77	91	110
Ekscizijska nekretomija kože in podkožnega tkiva	133	156	104	97
Zaprta naravnava zloma distalnega dela koželjnice z osteosintezo				94
Odstranitev medvretenčne ploščice, na eni višini	73	75	91	78
Reparacija rotatorne manšete z dekompresijo subakromialnega prostora	70	85	92	75
Obrezanje moškega	96	146	103	74
Prekinitev safenofemoralnega ustja krčnih žil	66	59	75	63
Odstranitev žeblja, žice ali vijaka, ki ni uvščena drugje			59	63
Vgraditev delne kolčne endoproteze zaradi subkapitalnega zloma	56	67	57	63
Hernioplastika popkovne kile				58
Odprta repozicija zloma gležnja z osteosintezo	62	63	79	57
Prenos tetive, ligamenta ali kosti kolena ali noge, ki ni klasificirana drugje				55
Razrešitev zarastlin penisa	84	115	72	55
Odprta repozicija zloma gležnja			57	54
Dekompresija pri zožitvi hrbteničnega kanala, na dveh ali več nivojih				53
Prenos medialne r. f. tetive			55	50
Dekompresija subakromialnega prostora			69	46
Sprostitev medianega živca v karpalnem kanalu	226	118	260	301

Če upoštevamo 1.700 pacientov, ki potrebujejo nujno operacijo najkasneje v nekaj dneh in 2.900 prospektivnih primerov, lahko ugotovimo, da za vse ostale paciente zmanjka časa, kadra, prostora in plačnika.

Struktura sprejetih pacientov in operacij se spreminja predvsem na račun poškodovancev, bolezni lokomotornega aparata in rakavih trebušnih operacij. Po eni strani je to odraz staranja prebivalstva, daljše življenjske dobe, pa tudi večjega števila rekreativnih športnikov in tolerance za popoškodbeno zmanjšano aktivnost. Tega, da poškodbe vedno pustijo posledice, ljudje ne sprejemajo več.

Abdominalna in splošna kirurgija sta se združili. Čakalne dobe so v preteklem letu postale ustaljene. Dopustne čakalne dobe presegamo le še pri ventralnih kilah, ki so pogosto prisotne pri pacientih z veliko spremljajočimi boleznimi, kar oteži planiranje operacij. Dimeljske kile, bolezni žolčnika in tumorsko kirurgijo opravimo sproti.

Porast števila in kvalitete obravnav gre v precejšnji meri tudi na račun priliva pacientov s spodnje Gorenjske in ostale Slovenije. Čeprav nam to godi, saj potrjuje kvaliteto naših storitev, pa vlaganja lastnika v prostorske in materialne pogoje dela temu ne sledijo.

Tabela 4: Dinamika regionalne pripadnosti sprejetih pacientov na krg. oddelek SBJ

						INDEKS 2012/2005
Leto	***2005***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	
Zgornja Gorenjska	19.477	19.344	18.814	18.975	19.532	100,28
Spodnja Gorenjska	15.788	17.675	18.949	19.542	20.714	131,20
Ostala Slovenija	2.248	3.084	3.281	3.611	3.679	163,66
SKUPAJ	***37.513***	***40.103***	***41.044***	***42.128***	***43.925***	***117,09***

Tudi v ambulantnem delu kirurgije in ortopedije se število pregledov in ambulantnih storitev vsako leto povečuje. Že vrsto let opravimo vse posege, ki jih lahko, ambulantno. Obisk pacientov z zgornje Gorenjske je stalen, narašča pa obisk s spodnje Gorenjske in ostale Slovenije. Razlogi so podobni kot pri bolnišnični obravnavi pacientov. Obenem Gorenjska vedno bolj postaja turistična regija. Lepi zimski vikendi in počitnice povečajo število prebivalcev Gorenjske tudi za 40.000. Tako pri nas narašča predvsem število »nujnih« prvih pregledov, ki občasno preseže številko sto pregledov na dan.

V tem letu smo uvedli kontrolno ambulanto, v kateri dela specialist in tako fizično ločili nujne od kontrolnih pregledov. V usmerjene subspecialistične ambulante prvih kontrol ni bilo več mogoče naročati. Obenem s kadrovskimi okrepitvami razmišljamo predvsem o razširitvi ambulantne kirurške dejavnosti. Tako v bolnišnici, kot tudi v Kranju.

Ortopedi kljub velikemu številu ambulantnih delovišč še vedno komaj zadostijo potrebam prebivalcev Gorenjske. Ambulante so razporejene v vseh večjih mestih Gorenjske. S tem je tudi priliv pacientov za ortopedske posege velik. Kar dobra polovica vseh čakajočih programskih pacientov čaka na ortopedske operacije. V ortopedski ambulanti Jesenice in Škofja Loka so skupno opravili 7.000 pregledov. Še enkrat toliko pa v ambulantah v sklopu ZD Bled, Tržič in Kranj. Trend rasti je večji od možnosti širitve dejavnosti. Uredili smo specializirano ortopedsko operacijsko dvorano ter samostojen oddelek, kar pa že sedaj ne zadostuje za umiritev čakalnih vrst. Ortopedski oddelek je v preteklem letu obravnaval blizu 1.500 primerov, od katerih jih je bilo 1.270 operiranih. Na ortopedski operativni poseg pa ob koncu leta 2012 čaka 1.600 pacientov.

Graf 6: Dinamika ambulantnih pregledov in posegov na krg. SBJ

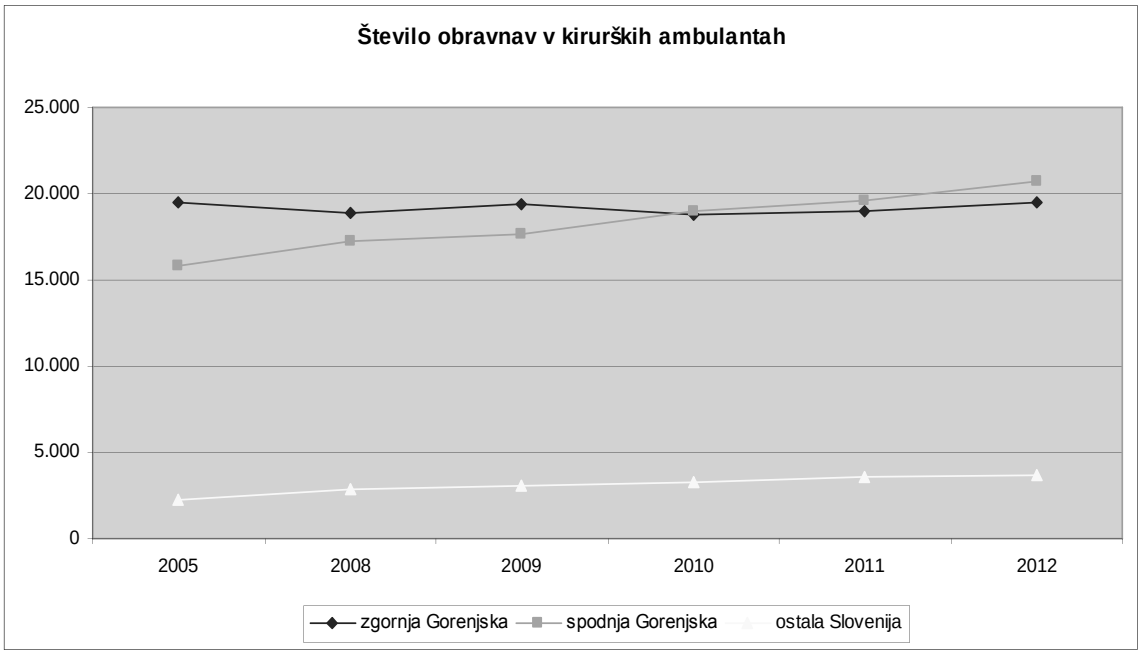


Tabela 5: Opravljeno delo Ortopedske ambulante SB Jesenice in Škofja Loka

	SKUPAJ	***PRVI***	***PONOVNI***	***HOSPITALNI SPREJEM***
Ortopedska amb. Jesenice	6.493	3.619	2.792	82
Ortopedska amb. Šk. Loka	464	284	180	0
Ortopedska amb. SKUPAJ	**6.957**	**3.903**	**2.972**	**82**

3 KADRI

V vsaki storitveni dejavnosti, kar je tudi zdravstvo, so najpomembnejši delovni potencial, pa tudi strošek, kadri. Število stalno zaposlenih na kirurškem oddelku se je v letu 2012 zmanjšalo, skupaj s tistimi, ki so pri nas za določen čas pa ostalo enako. Statistika zaposlenih za določen čas nas hitro prevara. Tako so vanjo vključeni tudi pripravniki in specializanti, ki krožijo le po nekaj tednov ali mesecev. V tem letu smo se okrepili za eno specialistko, Sonjo Kramer, dr. med. in enega specializanta, Jerneja Arha, dr. med. Za kadrovsko dopolnjenost potrebujemo vsaj še dva specializanta kirurgije in enega specializanta ortopedije.

Število zaposlenih v kirurški ambulanti, operacijski, administraciji in na fizioterapiji se ni pomembno spremenilo. Ponovno se moramo vprašati, kako ob vsakoletnem povečanju programa, to zmoremo. Za delovne uspehe moramo izraziti hvaležnost tudi negovalnemu in administrativnemu delu kirurgije. Če vemo, da se je v desetih letih število sprejemov in operacij povečalo za 1.500, število ambulantnih pregledov pa za 14.000 je 15 več zaposlenih verjetno premalo. Razmerje med zaposlenimi v »proizvodnji« proti zaposlenim v upravi in servisnih službah, se stalno krči na račun prvih.

Število specialistov je še vedno daleč od optimalnega. Dnevno sedaj delujemo v petih operacijskih dvoranah, za katere moramo računati vsaj 8 specialistov in 5 asistentov. Poleg

tega dnevno delujejo 4 kirurške in dve ortopedski ambulanti. Dva kolega sta dežurna, en mlajši je popoldne in čez vikende v nujni ambulanti. Na vsakem odseku naj bi bil dopoldne

Tabela 6: Zaposleni na kirurškem oddelku SB Jesenice pred desetimi in v zadnjih treh letih

profil	***tarifna skupina***	***2001***	***2002***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***
zdravniki	VII	14	18	-	-	-	
zdravniki - specialisti	VIII	-	-	17	18	19	20
DMS	VII	-	2	9	12	12	9
DMS - amb.	VII	-	-	-	-	1	3
VMS	VI	7	4	-	-	-	-
instrumentarke - DMS	VII	-	2	9	10	13	12
instrumentarke - VMS	VI	9	10	-	-	-	
dipl. fizioterapevtke	VII	-	-	10	9	11	10
dipl. delovni terapevt	VII	-	-	-	-	1	1
fizioterapevtke	VI	9	9	-	-	-	
SMS	V	38	40	34	38	45	43
SMS - op	V	-	4	13	12	10	8
SMS amb.	V	9	9	14	14	14	13
admin.	V	8	8	9	8	11	11
bolničar	III	6	10	-	-	-	-
skupaj za nedoločen čas		***100***	***116***	***115***	***121***	***137***	***130***

prisoten en specialist za vizito, odpuste in delo na oddelku. Dva ortopeda in en kirurg delata polovičen delovni čas. Predstojnik operativno deluje 80 % delovnega časa, strokovna direktorica pa 20 %. Realno nas je torej 17,5, vsakodnevnih delovišč pa 24,5. Ko prištejemo še strokovne odsotnosti in dopuste, je optimalna številka 28 specialistov in specializantov ali sobnih zdravnikov. Ko nas zmanjka, izpade delo na oddelku, nadaljujemo delo po dežurni službi ali po dopoldanskem delu. Na dan 1. 1. 2013 smo kirurgi in ortopedi v povprečju imeli še 13 dni lanskega dopusta in 380 prostih ur na specialista.

Tabela 7: delovišča kirurgov in ortopedov dnevno in ob vikendih – 24 ur dnevno

Delovišča	Nujna amb.	Kontr. amb.	Subsp. amb.	Ort. amb.	DB	OP-4	Amb. OP	Odseki	**Skupaj**
7h-15h	1	1	1	1	1+1	6+4	1	4	**21**
15h-21h	1	0	1	1	0	1+1	1	?	**6**
21h-7h	1	0	0	0	0	1	0	?	**2**
Sob., ned., praz.	1	0	0	0	0	1	1		**3**
Skupaj /dan	**3**	**1**	**2**	**2**	**2**	**12**	**2**	**4**	**29**

Situacijo delno rešujejo zunanji krožeči specializanti in sobni zdravniki. Žal je teh enkrat dovolj, drugič pa ne. Z Zdravniško zbornico se o tem ne uspemo vedno uskladiti. Posledično se kopičijo proste ure, dopust se redno prenaša v naslednje leto. V začetku naslednjega leta

odhajata dva specialista v pokoj. Predvidoma bo letos specialistični izpit naredil Aleš Fabjan, dr. med. Številčno bomo to leto krepkejši, a že v naslednjem letu, ko se ne obeta noben nov specialist, pademo ponovno v leto 2011.

Svojih specializantov imamo sedaj 8. V tem letu pričakujemo še vsaj dve mesti za specializanta kirurgije ali ortopedije.

4 ČAKALNE DOBE

Kljub temu, da smo število obravnav in operacij ponovno povečali, se je število čakajočih na operativni poseg v letu 2012 povečalo za 362. V letu 2011 smo čakalne dobe pri večini diagnoz zmanjšali, v tem letu pa so ponovno začele naraščati. Čakalne dobe za endoprotezo kolena so se pomembno zmanjšale, so pa zato ponovno zrasle za endoprotezo kolka. Skupaj na ta poseg čaka 861 pacientov. Glede na to, da teh posegov na leto naredimo 330 in da nekateri ta poseg potrebujejo zelo hitro lahko ugotovimo, da bo povprečen redno naročen pacient na ta poseg čakal 3 leta. Ostale čakalne dobe so se dokaj podobno podaljšale za kakšen mesec dni čakanja.

Sredi leta 2010 je Ministrstvo za zdravje izdalo pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Te so za kirurške posege 6 mesecev, za ortopedske pa eno leto. Čakajočih pacientov na programsko operacijo smo dne 1. 1. 2013 našteli 2.625. Dopustne čakalne dobe močno presegamo pri vseh endoprotezah, operacijah stopal in pri ventralnih kilah. V letu 2012 smo ponovno prečistiti čakalne vrste in zvečali število posegov. V tem letu smo dokončno opremili ortopedsko operacijsko dvorano v prvem nadstropju, le še artroskopski stolp potrebujemo. S tem smo postrgali zadnje notranje prostorske rezerve. Trajne rešitve so vezane na novogradnje urgence in operativnega bloka. Ker denarja na državnem nivoju ni, bomo morali te cilje premakniti nekam v prihodnost, tako kot že zadnjih 25 let. Ortopedskih posegov, zlasti protetike, brez vlaganj v kadre in opremo ni možno več povečevati. Za to, da je sistem verodostojen in pošten do pacientov skrbijo tri sestre – organizatorice primerov, brez katerih bi težko zmogli.

Tabela 8: Čakalne dobe v dnevih za prospektivne primere ob koncu leta 2012

ČAKALNE DOBE IN ŠTEVILO ČAKAJOČIH NA DAN 1. 1. 2013						
	št. čakajočih		**št. preseganja**		**pričakovana čakalna doba v dnevih**	
	hitro	**redno**	**hitro**	**redno**	**hitro**	**redno**
operacija kile	50	196	23	53	190	310
op kile pri otroku		8				70
op hrbtenice	7	47			90	300
artroplastika kolka	61	295	25	51	180	470
artoplastika kolena	42	463	14	150	180	720
op žolčnih kamnov	16	34			25	40
posegi v nosu		58				180
posegi na mandljih		21				180
op. krčnih žil	8	74		11	90	220

5 STROKOVNO DELO

Čeprav je že rutinskega dela in obveznosti preveč, se nekaj kolegov ukvarja tudi z znanstveno raziskovalnim delom, za kar jim čestitam. Trije kolegi so vpisali doktorski študij.

Sloves kvalitetne kirurgije smo si ustvarili zlasti na področjih poškodb okončin, kolorektalnih zločestih bolezni in ortopedije. Brez objavljanja rezultatov bi bilo naše delo samo sebi namen. Kolegi moje generacije redno aktivno sodelujejo na strokovnih srečanjih doma in v tujini in so za svoje področje priznani kot strokovnjaki. Zlasti primarij Andoljšek močno izstopa s količino aktivnih predavanj in strokovnimi prispevki. Mlajše kolege stalno spodbujamo, da nam sledijo, zato bomo ponovno uvedli tedenska strokovna predavanja mlajših kolegov in predstavitve naših aktivnih udeležb. V letu 2012 je opaziti med mlajšimi kolegi napredek pri aktivnih udeležbah.

V oktobru smo samostojno organizirali strokovni sestanek o zlomih in zdravljenju popoškodbenih težav distalne koželjnice. Predavali so kolegi iz vseh slovenskih bolnišnic, Avstrije, Srbije in Češke. Udeležba je bila dobra, odmevi odlični. Upamo, da bomo imeli priložnost, kaj takega ponoviti.

5.1 STROKOVNI PRISPEVKI 2012

Povzeto po podatkih Inštituta za biomedicinsko informatiko MF:

1. SARTELLI, Massimo, CATENA, Fausto, ANSALONI, Luca, LEPPANIEMI, Ari, TAVILOGLU, Korhan, GOOR, Harry van, VIALE, Pierluigi, LAZZARESCHI, Daniel Vasco, WERRA, Carlo de, MARELLI, Daniele, COLIZZA, Sergio, SCIBÉ, Rodolfo, ALIS, Halil, TORER, Nurkan, NAVARRO, Salvador, CATANI, Marco, CATENA, Fausto, **REMS, Miran**, PINTAR, Tadeja. Complicated intra-abdominal infections in Europe: preliminary data from the first three months of the CIAO Study. *World journal of emergency surgery*, 2012, vol. 7, 25 str., ilustr. http://www.wjes.org/content/pdf/1749-7922-7-15.pdf, doi: 10.118/61749-7922-7-15. [COBISS.SI-ID 228524]

2. **Fabjan A**, Andoljšek M. Syndesmotic screw in ankle fracture treatment - between theory and daily practice. In: Šimnic L, editor. Final programme and book of abstracts of the 9th Central European orthopaedic congress together with ARTOF; 2012 Jun 21-23; Portorož. Ljubljana: Society of orthopaedic surgery development, 2012; 87. [BS-ID: 165004. COBISS-ID: 30027225]

3. **Andoljšek M.** Open reduction and internal fixation of displaced intraarticular fracture of the calcaneus: influenece of type of fracture and congruency of the subtalar joint upon functional result. In: Šimnic L, editor. Final programme and book of abstracts of the 9th Central European orthopaedic congress together with ARTOF; 2012 Jun 21-23; Portorož. Ljubljana: Society of orthopaedic surgery development, 2012; 82. [BS-ID: 165003. COBISS-ID: 30026969]

4. **Andoljšek M.** Failed primary treatment of calcaneal fracture - what to do?. In: Šimnic L, editor. Final programme and book of abstracts of the 9th Central European orthopaedic congress together with ARTOF; 2012 Jun 21-23; Portorož. Ljubljana: Society of orthopaedic surgery development, 2012; 81. [BS-ID: 164999. COBISS-ID: 30026713]

5. Komadina R, Senekovič V, Dolenc I, **Andoljšek M**, Grabljevec K, Veninšek G, Preželj J, Kocjan T. Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji.Zdrav Vestn 2012; 81(3):183-92. [BS-ID: 163390. COBISS-ID: 1536105]

6. **Andoljšek M,** Rupar P. Zlomi distalnega humerusa pri starostnikih. In: Komadina R, editor. Operativno zdravljenje zlomov proksimalnega in distalnega dela humerusa pri starostniku. Podiplomska šola kirurških tehnik; 2012 mar 2-3; Portorož. Celje: Splošna in učna bolnišnica, 2012; 49. [BS-ID: 163149. COBISS-ID: 29609945]

7. **Fabjan A**, Kovač M, Rupel A, Rupar P, Andoljšek M. Zdravljenje zlomov zgornjega dela nadlahtnice v Splošni bolnišnici Jesenice (2006-2010). In: Komadina R, editor. Operativno zdravljenje zlomov proksimalnega in distalnega dela humerusa pri starostniku. Podiplomska šola kirurških tehnik; 2012 mar 2-3; Portorož. Celje: Splošna in učna bolnišnica, 2012; 47-8. [BS-ID: 163148. COBISS-ID: 29609689]

8. FRELIH FABJAN A, REMS M. Zgodnji rezultati operativnega zdravljenja bolnikov z adenokarcinomom debelega črevesa in danke odkritim v programu Svit = Early results of surgical treatment of patients with colorectal adenocarcinoma detected by the Svit program. *Gastroenterolog (Ljubl.)*, 2012, letn. 16, št. 1, str. 4-10. [COBISS.SI-ID 72656641]

9. REMS M. Pacientov pogled na akreditacijo bolnišnice. V: *Odgovor je kakovost : [referati]*. [Ljubljana]: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, 2012, str. [1-3]. [COBISS.SI-ID 72551425]

10. REMS M. Motiti se je človeško. Kje je prostor za kakovost?. V: ŽAGAR, Andreja (ur.). *Višji standard v sterilizaciji - višja varnost : zbornik predavanj, Ptuj, 12. in 13. april, 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji, 2012, str. 8-11, ilustr. [COBISS.SI-ID 72656385]

5.2 PREDAVANJA 2012 – AKTIVNA UDELEŽBA NA STROKOVNIH SREČANJIH

Andoljšek M. Lisfranc injuries. 5th Symposium and Course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora 18.-21.01.2012.

Andoljšek M. Reconstrction surgery after malunion of calcaneal fractures. 5th Symposium and Course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora 18.-21.01.2012.

Andoljšek M, Kristan A. Pipkin fractures. 5th Symposium and Course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora 18.-21.01.2012.

Andoljšek M. Forgotten salvage procedures in femoral neck fractures. 5th Symposium and Course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora 18.-21.01.2012.

Andoljšek M, Rupar P. Zlomi distalnega humerusa pri starostnikih. Šola kirurških tehnik. Operativno zdravljenje zlomov proksimalnega in distalnega dela humerusa pri starostniku. Portorož 02–03. 03.2012.

Andoljšek M. Failed primary tretment of calcaneal fractures – what to do. 9th CEOC. Central European Orthopaedic Congress. Portorož 21-23.06.2012.

Andoljšek M. Open reduction and internal fixation of displaced intraarticular fractures of the calcaneus. Influence of type of fracture and congruency of the subtalar joint upon functional results. 9th CEOC. Central European Orthopaedic Congress. Portorož 21-23.06.2012.

Andoljsek M. Posttraumatic reconstruction after calcaneal fracture. 5th Heidelberg Deformity-Day. International Congress for Correction of Complex Foot-Deformities. Heidelberg, Germany: 28-29.09.2012.

Andoljsek M. Panel IV: Foot trauma, bone healing problems and postraumatic deformity. Cases of Matej Andoljsek. 5th Heidelberg Deformity-Day. International Congress for Correction of Complex Foot-Deformities. Heidelberg, Germany: 28-29.09.2012.

Andoljšek M. Posttraumatic reconstruction after calcaneal fracture. Sastanak za stručno usavršavanje liječnika, Klinika za ortopediju Šalata, Zagreb: 06.11.2012.

Fabjan A, Kovač M, Rupel A, Rupar P, Andoljšek M. Zdravljenje zlomov zgornjega dela nadlaktnice v Splošni bolnišnici Jesenice (2006-2010). Šola kirurških tehnik. Operativno zdravljenje zlomov proksimalnega in distalnega dela humerusa pri starostniku. Portorož 02.–03. 03.2012.

Fabjan A, Andoljšek M. Syndesmotic screw in ankle fracture treatment – between theory and daily practice. 9th CEOC. Central European Orthopaedic Congress. Portorož 21.-23.06.2012.

Kovač M. Volar plate for DRF fixation: Distal radius - Where we are, Where we go, Kranjska Gora, 5.-6. oktober

Kunstelj A. Patofiziologija nastanka razjede zaradi pritiska. Stop razjedi zaradi pritiska. Jesenice 30.5.2012

Militarov A., Carotta R., Rupar P. Railway accident in Jesenice, BHAAS days in BIH: Sarajevo, April 18th 2012

Militarov A., Rupar P.,. Distal radius fracture osteosynthesis - Why and how. Distal radius - Where we are, Where we go, Kranjska Gora, 5.-6. oktober

Pšenica J, Militarov A., Rupar P., Zdravljenje artroze CMC sklepa palca v SBJ, Sekcija za krg roke, Maribor, 16. marec 2012

Pšenica J, Militarov A. Classification of DRF – Do we need it?: Distal radius - Where we are, Where we go, Kranjska Gora, 5.-6. oktober 2012

Pšenica J, Arh J. Is spongioplasty needed in distal radius osteotomy: Distal radius - Where we are, Where we go, Kranjska Gora, 5.-6. oktober 2012

Prlja A. Pathology of first MTP joint. Jesensko srečanje ortopedske sekcije. Valdoltra 16.11.2012

Ravnihar K. Preoperative planning in total hip and knee replacement with use of digital radiographic planning tools. V: ŠIMNIC, Ladislav (ur.). Slovenian orthopaedic congress 2012: Final programme and book of abstracts. Ljubljana: Society of Orthopaedic Surgery Development, 2012, str. 45.
[COBISS.SI-ID 30026457]

Rupar P., Andoljšek M. Physis fractures of the distal tibia. 5th Symposium and Course on tretment of articular and periasrticular fractures. Kranjska gora 18.-21.01.2012.

Rupar P., Andoljšek M. Distal biceps tendon rupture. 5th Symposium and Course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora 18.-21.01.2012.

Rupar P., Militarov A. Železniška nesreča na Jesenicah, Medical Response to Major Incidents Cours, ESTES Postgraduate Course: Portorož 2.-4. 2. 2012

Rupar P., Golob D., Andoljšek M., Poškodbe zaradi mraza. Posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Adria (34. IATROSSKI). Kranjska gora: 03.02.2012.

Rupar P., Jovanovič A. Epidemiology of DRF: 5. mednarodni sipmpozij o športnih poškodbah. Distal radius - Where we are, Where we go, Kranjska Gora, 5.,6. oktober 2012

Rupar P., Poškodbe kosti pri otroku in mladostniku Srečanje gorenjske pediatrije. Jesenice. 05.12.2012.

Rupar P.,, Andoljšek M. Zlomi pri otrocih. Srečanje gorenjske pediatrije. Jesenice. 06.12.2012.

REMS, Miran, VEJNOVIČ, Sašo, ŽGAJNAR, Janez. Onkološko gastroenterološki konzilij preko videokonference = Oncologic gastroenterologic videoconference expert meeting. V: LESKOŠEK, Branimir (ur.), JUVAN, Peter (ur.). *Povezani za več inovacij : zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, 2012, str. 78-80. [COBISS.SI-ID 72324353]

REMS, Miran, DOLENC, Matej, JEMEC, Marko, TUŠAR, Sandra, KUNSTELJ, Andrej. Treatment of infectious complications after reconstruction of incisional hernia with retromuscular mesh (rives stoppa). V: GORJANC, Jurij (ur.). *Zbornik 5. slovenskega simpozija in delavnice o kilah z mednarodno udeležbo : UKC Ljubljana, 9. novembra 2012 : University Medical Centre Ljubljana, November 9th 2012*. Ljubljana: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo UKC: Herniološko združenje Slovenije, 2012, str. 49. [COBISS.SI-ID 72560129]

REMS, Miran, GAŠPERIN, Miha, DOLŽAN LINDIČ, Helena. Day surgery for 2125 adult inguinal hernia repair. V: GORJANC, Jurij (ur.). *Zbornik 5. slovenskega simpozija in delavnice o kilah z mednarodno udeležbo : UKC Ljubljana, 9. novembra 2012 : University Medical Centre Ljubljana, November 9th 2012*. Ljubljana: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo UKC: Herniološko združenje Slovenije, 2012, str. 50-51. [COBISS.SI-ID 72560641]

REMS, Miran. Od letal k bolnišnicam, od pilotov k zdravnikom. V: *Odgovor je kakovost : povzetki referatov*. [Ljubljana]: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, [2012], str. 24. [COBISS.SI-ID 30286553]

Silvester T. ACETABULAR TOTAL HIP ARTHROPLASTY REVISIONS. JUMBO CUPS-OUR EXPERIENCE.Centralno evropski ortopedski kongres Portorož 23. 6. 2012

TUŠAR Sandra. Primer dobre prakse in prejemnika mednarodne akreditacije za bolnišnice DNV - NIAHO 2011. V: *Management in vodenje v zdravstvu 2012, Portorož, marec 2012 : globalna vizija*. Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje, 2012, str. 21-23. [COBISS.SI-ID 30030297]

TUŠAR Sandra, PANIĆ, Zorica. Predpis in aplikacija zdravil - doseganje skladnosti s standardom DIAS = Regulation and application of medicines - achieving compliance with the DIAS standard. V: BAHUN, Mateja (ur.), KRAMAR, Zdenka (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov : [strokovno srečanje] : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 70-72. [COBISS.SI-ID 30288601]

KALAN, Gregor, **TUŠAR, Sandra**, ZIDAR, Nina. Small neuroendocrine tumor of appendix with metastasis in the ileocecal lymphnode : a case report. *Virchows Arch.*, Sep. 2012, vol. 461, suppl. 1, str. S181 - S182. [COBISS.SI-ID 30285529]

Tomilson M, Harries W, **Andoljsek M**, Castro M, Reed L. Complex malleolar fractures. AOTrauma Masters Course – Foot and Ankle. Davos 01-06.12.2012.

Manoli A, Harries W, **Andoljsek M**, Agren PH, Castro M. Gastrocnemius and soleus issues. AOTrauma Masters Course – Foot and Ankle. Davos 01.-06.12.2012.

Swords M, Tomilson M, **Andoljsek M**. Late effect of foot injuries. Hindfoot reconstruction after calcaneal fractures. AOTrauma Masters Course: Foot and Ankle. Davos 01.-06.12.2012

Trije naši kolegi kot inštruktorji redno predavajo na ATLS tečajih doma in v tujini.

Pasivna izobraževanja podpiramo zlasti pri specializantih in mlajših specialistih. Vsak kirurg in ortoped je bil vsaj na dveh, kar je tudi pogoj za obnovitev licence. Kot asistent za kirurgijo skupaj s kolegi gostim študente ljubljanske in mariborske fakultete, v lanskem letu je bilo pri nas 8 študentov. Oni so zadovoljni, ker jih aktivno vključujemo v delo, mi pa, da nam pomagajo pri operacijah in na oddelku.

6 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Poleg skupnih kazalnikov kakovosti na kirurgiji merimo odklone oz. težave pacientov v pooperativnem obdobju, čas od odpusta pacienta do odposlane odpustnice, nepričakovane smrti pacientov in zaplete po artroplastikah kolka in kolena.

6.1 BOLNIŠNICA – ZAPLETI OZ. ODKLONI PRI PROGRAMSKO OPERIRANIH PACIENTIH

Obdobje od 1. 1. do 31.12. 2012
Hospitalno smo v letu 2012 operirali 3.855 pacientov. Zaradi organizacijskih zapletov smo anketo o težavah v pooperativnem obdobju poslali le 1.946 programskim odraslim pacientom. Analizirali smo prekomerno bolečino, pooperativne težave v zvezi z operacijo, infekt, hematom ali serom, ponoven nenapovedan obisk pri osebnem zdravniku in kirurgu, ponoven sprejem zaradi tega postopka pri nas ali v drugi ustanovi, ponovne operacije zaradi komplikacij prve operacije ter pooperativno globoko vensko trombozo ali pljučno embolijo.

Na anketo se je odzvalo 1.281 pacientov – 65 % odziv, 3 pacienti so umrli, 3 pacienti so spremenili naslov.

Ukrepi
Dejansko smo bili v preteklem letu primorani v kvantiteto, pri tem pa je zmanjkalo časa in volje za izboljšanje kvalitete. Rezultati so slabi, vredni premisleka. Najbolj skrbijo pooperativne komplikacije, ki so se pomembno zvečale. Kratka ležalna doba, precej mladih specialistov, hektično hitenje. Kvantiteto je potrebno umiriti na znosno raven, ki jo še kvalitetno zmoremo.

Še vedno imamo težave s pooperativnim zdravljenjem bolečine. Kratke hospitalizacije so verjetno glavni razlog za ta odklon. Verjetno se da kaj izboljšati že z ustreznimi analgetiki, ki jih pacient v obliki recepta dobi ob odpustnici. Odstotek tistih, ki dobijo ob odpustu recept za analgetik se je približal 100 %.

Vsekakor bomo v tem letu poskušali več narediti na kvaliteti obravnav. Idealno bi bilo, da bi po odsekih povzeli sistem dela dnevne bolnišnice, kjer je odklonov najmanj. Vsak odsek bi moral imeti urejevalca primerov, ki bi pacienta za operacijo klical, sledil na oddelku in tudi po odpustu. Vsak odsek ima namreč svojo specifiko, svoje prednosti in slabosti.

Tabela 9: Odkloni hospitalnih programsko operiranih pacientov v letu 2012

	2009	***2010***	***2011***	***2012***
Odklon/Število pacientov	**978**	**1.220**	**1.385**	**1.281**
Bolečina VAS>5	87 – 8,9 %	64 – 5,2 %	70 – 5,1 %	60 – 4,7 %
Infekt pooperativno – minor + major	28 – 2,8 %	24 – 1,9 %	34 – 2,4 %	66 – 5 %
Hematom - serom, krvavitev	4 – 0,4 %	7 – 0,6 %	6 – 0,43 %	19 – 1,4 %
Reoperiranih	6 – 0,6 %	3 – 0,24 %	10 – 0,72 %	16 – 1,2 %
Obisk druge ustanove (brez napot.)	6 – 0,6 %	9 – 0,7 %	4 – 0,28 %	3 – 0,23 %
Ponoven obisk kirurga (nenaročen)	31 – 3,1 %	29 – 2,3 %	13 – 0,9 %	50 – 4 %
GVT – pljučna embolija	1 – 0,1 %	2 – 0,16 %	3 – 0,21 %	12 – 0,9 %
Ponoven sprejem - nepredviden		9 – 0,7 %	19 – 1,37 %	23 – 1,8 %
Skupaj odkloni	***16,6 %***	***10,5 %***	***11,5 %***	***19 %***

6.2 DNEVNA BOLNIŠNICA – ODKLONI OD KLINIČNIH POTI

Obdobje od 1. 1. do 31. 12. 2012

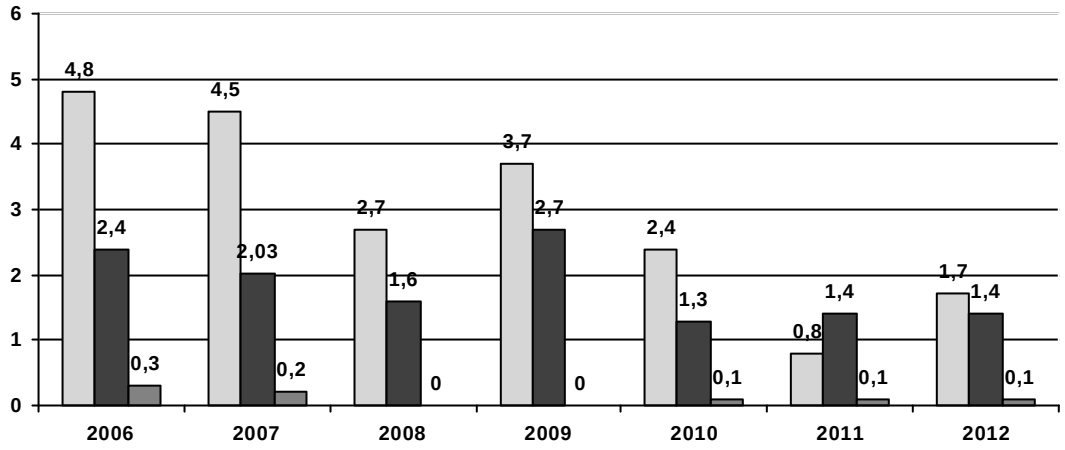
Tabela 10: Premestitve, zapleti doma in ponovne hositalizacije po obravnavi v DB v letu 2012

	Število primerov			
Vzrok premestitve v hospital:	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Anesteziološki: bolečina	2	3	0	0
Vrtoglavica, slabost	8	10		1
Kirurški: obsežnejši poseg	12	8	2	7
krvavitev, hematom	8	3		2
Medicinski: drugo			1	1
motnje ritma, bolečina v prsih	2	1	4	5
Socialna indikacija (sam doma)	1	1	2	1
Prevoz	5	1		1
Skupaj	**38 – 3,7 %**	**27 – 2,4 %**	**9 – 0,8 %**	**18 – 1,7 %**
Zapleti doma				
Hematom	7	4	7	3
Bolečina	19	7	6	10
Drugo	2	3	2	2
Ponoven sprejem - infekt	0	1	1	1
Vsi pacienti – delež odklonov	**1.025 – 6,4 %**	**1.086 – 3,8 %**	**1.076 – 2,3 %**	**1.026 – 3,3 %**

Tudi odkloni v dnevni bolnišnici so se povečali. Vzroki so večinoma isti kot v bolnišnici, dodaten razlog pa je verjetno porodniška odsotnost vodje, asist. mag. Mateje Lopuh, dr. med., ki se je osebno angažirala pri pooperativni analgeziji. Dnevna bolnišnica sicer deluje vzorno. Vsekakor jo je smiselno povečati. Vsi posegi v dnevni bolnišnici so opravljeni po

klinični poti. To je možno prenesti tudi v bolnišnico, saj je med kliničnimi potmi veliko stičišč. Delo je po začetnih težavah kasneje bolj usklajeno, predvidljivo.

Graf 7: Premestitve in zapleti na dnevnem oddelku v letu 2012



Ukrepi
Stanje je zadovoljivo in ne odstopa od preteklih let. V dnevni bolnišnici se, zaradi bistveno daljše čakalne dobe v bolnišnici, lotevamo vedno zahtevnejših posegov. Proces teče optimalno, le izkoristek delovnega časa je manjši kot v hospitalu. Težav in zapletov je malo, s tem pa tudi možnosti za izboljšanje. Sistem dela v dnevni bolnišnici je smiselno prenesti tudi na odseke kirurgije.

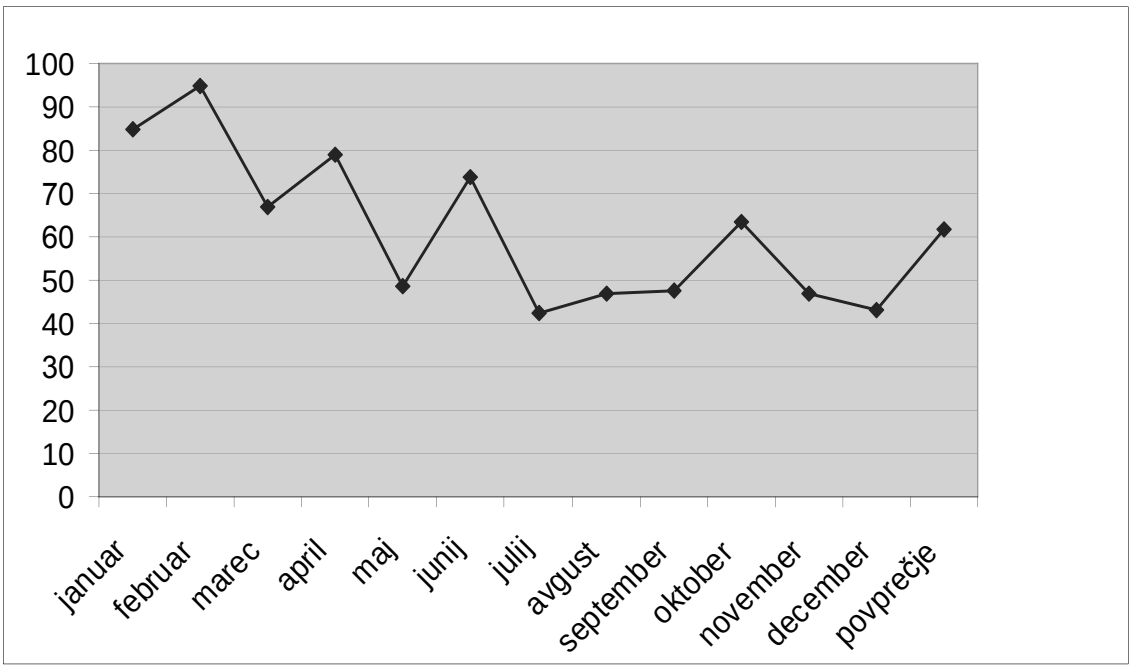
6.3 ODPUST – ČAS OD ODPUSTA DO POSLANE ODPUSTNICE

Obdobje od 1. 1. do 31. 12. 2012
Skupno število pacientov oz. odpustnic: 6.412.
Povprečen čas od fizičnega odpusta pacienta do odpustnega pisma oddanega na pošto je bil v letu 2012 2,5 dni oz. 61,5 ur.

Tabela 11. Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice

leto	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
januar	94 ur	50 ur	85 ur	84 ur
februar	63	74	95	96
marec	89	60	67	65
april	77	70	79	81
maj	80	47	57	49
junij	98	63	47	74
julij	34	61	54	42
avgust	48	72	61	46
september	61	72	53	48
oktober	59	68	37	63
november	48	67	56	47
december	45	88	62	43
povprečje	**66,33 ur**	**66,00 ur**	**62,81 ur**	**61,5 ur**

Graf 8: Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice v letu 2012



Stanje se je v primerjavi z letom 2009 in 2010 nekoliko izboljšalo. Zelo slab je bil začetek leta, najboljše pa poletje, ko smo kljub zmanjšani kadrovski zasedbi očitno uspeli vse narediti sproti. Kadrovske omejitve se najbolj pokažejo pri delu, ki ga najmanj cenimo. Napredek pri tehnični izvedbi odpustnice je uvedba zvočnega računalniškega odpusta, ki je sedaj mogoča skoraj pri vsakem računalniku na kirurgiji. Stalno opozarjanje na nezaključeno dokumentacijo je edini način, da je ta kazalnik še v sprejemljivih mejah. Ovira za izboljšanje tega kazalnika je pogosto pomanjkanje administratork v kirurški pisarni ter stalno povečevanje potrebne in nepotrebne dokumentacije. Medoddelčne premestitve so še vedno problem, ki pa smo ga pričeli urejati.

Ukrepi
Stalno opozarjanje na nezaključene odpustnice s strani predstojnika in kadrovske okrepitve.

6.4 SMRTI HOSPITALIZIRANIH PACIENTOV

Obdobje od 1. 1. do 31. 12. 2012

Tabela 12: Skupno število umrlih pacientov

leto	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
	število - %	*število - %*	*število - %*	*število - %*
Pričakovane smrti	94 – 1,7 %	97 – 1,6 %	61 – 1 %	52 – 0,8 %
Nepričakovane smrti	22 – 0,4 %	7 – 0,1 %	7 – 0,1 %	6 – 0,1 %
Skupaj	***116 – 2,1 %***	***104 – 1,7 %***	***68 – 1,1 %***	***58 – 0,9 %***

Definicijo pričakovanih oz. nepričakovanih smrti je skoraj nemogoče postaviti. V letu 2009 smo izhajali iz predpostavke, da med nepričakovane smrti štejemo tiste, pri katerih ob retrogradni analizi ugotavljamo, da bi mi sami lahko naredili kaj več ali hitreje. V lanskem letu

smo uporabili analizo, ki poleg sprejemne bolezni ali poškodbe upošteva pridružene bolezni. Vse smrtne primere obravnavamo na kirurškem konziliju. Zapletene primere vedno obravnavamo večstrokovno. Boljši je jutranji raport, boljša predaja službe. Septični primeri gredo čim prej v EITOS ali če je potrebno, na operacijsko mizo. Sepsa je tudi glavni končni razlog smrti. Praviloma je razlog zanjo predhodna bolezen, redko poškodba Hitra agresivna reakcija je edina možnost za uspeh. Že nekaj ur zamude je lahko usodnih. Vedno skupno odločimo ali je potrebna avtopsija, ali ne. Ko dobimo rezultate le-te, ponovno primerjamo naše diagnoze z obdukcijskimi in analiziramo morebitne napake.

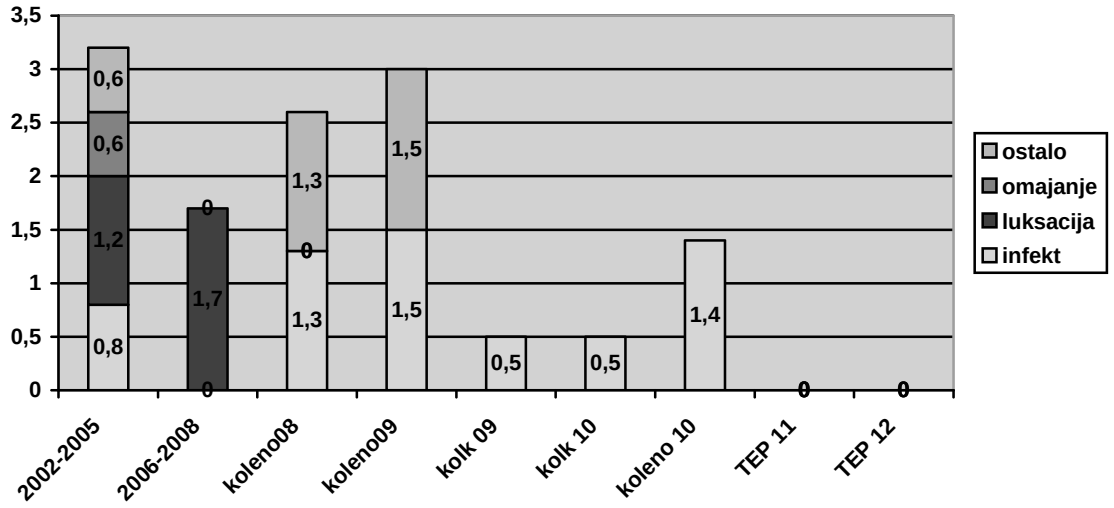
Ukrepi
Vse smrtne primere obravnavamo na kirurškem konziliju, kjer se tudi opredelimo do potrebe po obdukciji. Pri vseh nepričakovanih smrtih je obdukcija nujna. Ko dobimo obdukcijski zapisnik, ponovno preverimo potek bolezni in eventualna neskladja s kliničnimi diagnozami. Mortalitetno – morbiditetne konference interdisciplinarno so še sporadične. Želimo si, da bodo v tem letu zaživele.

6.5 ZGODNJI ZAPLETI PO PROGRAMSKI ARTROPLASTIKI KOLKA IN KOLENA

Kot kazalnik kakovosti so opredeljeni zgodnji zapleti po programskih primarnih artroplastikah kolka in kolena – infekt, omajanje s potrebo po ponovnem posegu, izpah s potrebo po ponovnem odprtem posegu (nezaprta repozicija). Tako je to definirano v švedskem registru TEP in splošno sprejeto v ostali Evropi.

V tem letu smo opravili 170 primarnih popolnih artroplastik kolka in 158 primarnih artroplastik kolena. Zabeležili nismo nobenega zgodnjega zapleta ali infekta, ki bi potreboval ponoven poseg. Zapletov v preteklem letu ni bilo. Rezultat je dober tudi na račun boljšega delovnega okolja – obnovljene in klimatizirane ortopedske operacijske dvorane.

Graf 9. Odstotek pacientov z zgodnjimi zapleti primarnih TEP kolka in kolena (2002 –2012)



ZAKLJUČEK

S tem, ko smo v letu 2012 dosegli številko 6.412 oskrbljenih pacientov, od katerih jih je bilo 5.200 operiranih, smo v danih prostorskih možnostih dosegli svoj maksimum. Ponovno beležimo naraščanje čakalnih dob. V tem letu je naraslo število čakajočih pacientov za 362. Skupno čaka na operativni poseg 2.625 pacientov. S preureditvijo edine delno proste operacijske dvorane znotraj bolnišnice smo dosegli mejo, preko katere znotraj teh zidov ne gre. Malenkostna rezerva je v boljšem izkoristku delovnega časa in v delu izven delovnega

časa. Tu pa se ustavimo pri kadru. Izkušnje jesenskih mesecev kažejo, da ko je preveč, postanemo površni in nevarni. To leto bo zaradi prazne blagajne ZZZS primerov nekaj manj, kar je priložnost za izboljšanje organizacije in kvalitete storitev.

Analiza realizacije ciljev za leto 2012:

1. Izboljšati notranje kazalnike kakovosti – bolečina, infekt – ***neuspešno***
2. Maksimalno izkoristiti vse dosegljive operacijske prostore – ***delno uspešno***
3. Urgentno ambulanto povsem ločiti od kontrolne in jo kadrovsko okrepiti – ***uspešno***
4. Popolno usposobiti operacijsko dvorano v prvem nadstropju – ***delno uspešno***
5. Pridobiti tri specializacije iz splošne kirurgije in se približati optimalni kadrovski številki – ***neuspešno***
6. Nadaljevati z organizacijskimi in vsebinskimi dejavnostmi za razdelitev kirurgije na bolj samostojne strokovne enote z večjimi pooblastili in večjo odgovornostjo strokovnih vodij – ***delno uspešno***
7. Sodelovati pri pripravi in načrtih za urgentni center – ***delno uspešno***
8. Obiskati Ministra za zdravje z namenom lobiranja za nov operacijski blok ali novo bolnišnico - ***neuspešno***
9. Pri predstojniku Klinike za plastično kirurgijo lobirati za subspecializacijo iz kirurgije roke - ***neuspešno***
10. Organizirati specializiran kirurški kongres z mednarodno udeležbo – ***uspešno***
11. Narediti prve travmatološke klinične poti zlomov distalnega podlakta – ***delno uspešno***
12. Izboljšati kulturo varnosti in strpnega dialoga – ***delno uspešno***

Cilji za leto 2013 torej ostajajo isti kot nedokončani v preteklem letu. Dodatno se, glede na ekonomsko situacijo države in posledično zdravstva, pojavlja cilj racionalizacije vseh stroškov, ki so vezani na našo klinično storitev. Tu pa nastane problem, saj odločamo le o majhnem delu materialnih in kadrovskih stroškov.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE KIRURŠKEGA ODDELKA

Jana Lavtižar, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN na kirurškem oddelku

UVOD

Na kirurškem oddelku smo v letu 2012 namenili največ časa in pozornosti varni in kakovostni obravnavi pacientov. Obenem smo poskrbeli za zasebnost pacientov v času bivanja na kirurškem oddelku.

2 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

2.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

Vsako leto beležimo nekoliko večje število pacientov II. in III. kategorije glede potreb po zdravstveni negi. Največ pacientov III. kategorije potreb po zdravstveni negi je bilo v mesecu februarju, sledita januar in julij. Najmanj pacientov III. kategorije je bilo v mesecu avgustu. Več kot polovica vseh pacientov na kirurškem oddelku je razvrščenih v II. stopnjo kategorizacije potreb po zdravstveni negi. V skladu z našimi pričakovanji se je povečalo prav število pacientov, ki jih razvrščamo v to stopnjo.

2.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO

V preteklem letu je bilo na kirurškem oddelku izvedenih 77 razgovorov s pacienti pred operacijo resekcija raka na debelem črevesu in želodcu. Z 38 stomisti in njihovimi svojci je bilo na abdominalnem odseku izvedeno zdravstveno vzgojno delo in priprava na samo operacijo in oskrbo doma. Prav tako smo izvajali zdravstveno vzgojno delo na področju aplikacije antikoagulantne terapije.

2.3 KOORDINATOR PRIMERA

V letu 2012 smo na kirurškem oddelku pričeli uvajati v neposredno oskrbo pacientov koordinatorja odpusta/skrbi. V prvo domsko varstvo je bilo napotenih/premeščenih 79 pacientov. 229 pacientov je odšlo po razgovoru/obravnavi s koordinatorjem zdravstvene skrbi (KZS) v domačo oskrbo in jim je bila priskrbljena pomoč na domu. KZS je v 244 primerih urejal pomoč pri medicinsko tehničnih pripomočkih.

V letu 2012 smo posredovali 386 obvestil službi zdravstvene nege, med njimi 123 obvestil v domove za starostnike (DSO) in 21 obvestil ob ostalih premestitvah. Število obvestil patronažni službi se je povečalo za 10, število ostalih obvestil pa kar za 29 primerov.

V letu 2012 smo v mesecu marcu in oktobru organizirali srečanje ILCO društva za stomiste in njihove svojce.

3 REALIZACIJA CILJEV

3.1 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTNE CELOSTNE OBRAVNAVE PACIENTOV

V letu 2012 smo izdelali klinično pot za operacijo zdrsa medvretenčne ploščice (hernija disci) na ortopedskem odseku in klinično pot za nabodno osteosintezo s Kirschner žicami/odprte

metode zdravljenja zlomov distalne podlakti/ osteosintezo z zunanjim fiksaterjem – radius na travmatološkem odseku. Prenovili smo klinično pot za operacijo krčnih žil. Izvedli smo pregled izpolnjenosti kliničnih poti in ugotovili, da je potrebna obsežna prenova vseh kliničnih poti, ker neizpolnjevanje rubrik izhaja iz tega, da so se obravnave v nekaterih primerih spremenile.

V operacijskem bloku so spremljali ali so pacienti za operacijo pravilno pripravljeni.

Izveden je bil nadzor zdravstvene dokumentacije na področju ZN. Našli smo nepravilne zapise, ugotovili, da si zapisi ne sledijo sistematično, da se vpisani podatki prepogosto podvajajo in jih ni potrebno ponovno beležiti. Ukrepi so zato usmerjeni v izvedbo izobraževanja o pravilnem dokumentiranju. V letu 2013 bo temu namenjenega več časa. Cilj zaradi te aktivnosti ni bil dosežen in nismo bili v 90 % uspešni.

3.2 ZAGOTAVLJANJE INFORMIRANOSTI PACIENTOV IN SVOJCEV

V letu 2012 nismo izdelali načrtovane zloženke za paciente o oskrbi v domačem okolju po operaciji s totalno endoprotezo kolka. Pripravili smo osnutek skupaj s fizioterapijo in jo bomo izdelali v letu 2013.

Zloženk o poškodbah in boleznih, ki se zdravijo na kirurškem oddelku nismo pripravili, ker smo prioritetno naredili zloženko o ocenjevanju bolečine. Te zloženke bomo ponovno dali v plan za leto 2013. Izdani sta bili zloženki za pacienta in svojce ob sprejemu na kirurški oddelek in bili zelo lepo sprejeti. Pacienti so tako informirani o dogajanju na oddelku in zato ob aplikacijah terapije bolj dosledno prisotni v sobah.

Pričeli smo z uporabo zloženk za pripravo pacienta na operativni poseg, v letu 2013 bomo izdelali še plakat na to temo, ki bo nameščen na tistem delu oddelka, kjer se pacienti veliko časa zadržujejo.

3.3 ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTOV

V letu 2012 so bile s strani diplomiranih medicinskih sester (dipl. m. s.) izvedeni 104 varnostni razgovori (od 72 planiranih), kar je več kot v letu 2011. Na temo padcev in ogroženosti oziroma nastanka razjeda zaradi pritiska (RZP) je bilo opravljenih 42 varnostnih razgovorov. To pomeni skupaj 146 razgovorov o varnosti. Na vseh odsekih so bili izvedeni varnostni razgovori po planu. Koordinatorica je opravila 23 varnostnih vizit in 3 s predstojnikom.

Tabela 1: Varnostne vizite/varnostni razgovori na kirurškem oddelku: nivo izvedbe, ukrepi, učinkovitost

NIVO IZVEDBE	***ŠTEVILO VV/VR***	***ŠTEVILO UKREPOV***	***UČINKOVITOST***
Koordinatorica ZN	23	79	59 ukrepov (100%) 18 ukrepov (50%) 3 ukrepi neizvedeni
Odgovorne MS odd.	104	196	146 ukrepov (100%) 48 ukrepov (50%) 2 ukrepa neizvedena
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	3	14	5 ukrepov (100%) 9 ukrepov (50%)

V letu 2013 smo reševali 19 zabeleženih odklonov. Vse ukrepe smo uspešno izvedli.

V letu 2012 smo na kirurškem oddelku zabeležili 25 padcev pacientov in zastavljenega cilja nismo dosegli, ker nismo zmanjšali padcev za 2 primera, ampak se je število padcev povečalo. V dopoldanskem času je padlo 9 pacientov, kar je enako kot v letu 2011. V popoldanskem času je padlo 7 pacientov, padla sta 2 pacienta več kot v letu 2011. Preko noči je v letu 2012 padlo 9 pacientov, kar so 3 pacienti manj kot v letu 2011. Torej smo izboljšali število padcev v nočnem času.

S kazalnikom število novonastalih RZP nismo dosegli zastavljenega cilja, saj smo pridobili 17 RZP, od tega 10 pri moških in 7 pri ženskah. Kar 12 pacientov od 17, ki so pridobili RZP je imelo oceno ogroženosti 15 točk in več in so bili samostojni ali minimalno odvisni od pomoči medicinske sestre. 15 primerov RZP je bilo II. stopnje, najpogostejša mesta nastanka RZP so bila: gluteus, pete in sakralno. Pri pregledu dokumentacije in študijah primerov smo ugotovili, da je bil v 6 primerih dejavnik, ki je vplival na nastanek RZP zavračanje obračanja in, drugi najpogostejši dejavnik pa neustrezna razbremenitev. RZP je nastal povprečno po petih dneh hospitalizacije. Na kirurškem oddelku so v letu 2012 dipl. m. s. pri 79 pacientih izvedle nadzor nad obračanjem in preventivo pacientov ogroženih za RZP. Skladnost izvedenih preventivnih aktivnosti je bila ugotovljena v 51 %. Neskladnosti so zaznale pri izpolnjevanju dokumentacije (24 %), neustrezni razbremenitvi (20 %) in neustreznosti blazin (5 %).

V letu 2012 je bilo na kirurškem oddelku odvzetih 773 nadzornih kužnin za MRSA, 730 nadzornih kužnin za ESBL in 232 nadzornih kužnih za VRE. V drugi polovici leta je prišlo do 3 prenosov MRSA. Zaposleni so se vključili v projektno skupino za bolnišnične okužbe in delovali na kirurškem oddelku kot promotorji higiene rok. Izvedeni so bili nadzori razkuževanja rok.

4 RAZVOJ KADROV V ZN NA KIRURŠKEM ODDELKU

V letu 2012 so se zaposleni na kirurškem oddelku udeležili 18 različnih internih izobraževanj in sicer je bilo 174 udeležb. Na 11 eksternih izobraževanjih je bilo 46 udeležb, od tega 31 na enem izobraževanju, kar pomeni, da se je več kot polovica zaposlenih udeležila enega izobraževanja izven bolnišnice. Žal sta dve eksterni izobraževanji odpadli, zato je bilo manj eksternih udeležb, kot je bilo predvideno v planu izobraževanja. Prav tako smo imeli 4 aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih. Izobraževanja za medicinske sestre s strani kirurgov in ortopedov ni bilo izvedeno in bodo prestavljena v leto 2013.

Aktivne udeležbe zaposlenih na kirurškem oddelku:

- Manca Pogačnik in Petra Lončar: Zdravstvena nega pacienta s poškodbo roke – obravnava po klinični poti; KIRURŠKA SEKCIJA LAŠKO.
- Sabina Mulalič in Dubravka Karadžić Šmitran: Od koordinatorja primera do koordinatorja odpusta v Splošni bolnišnici Jesenice; 5. DNEVI ANGELE BOŠKIN KRANJSKA GORA.
- Jana Lavtižar in Zdenka Kramar: Koordinator zdravstvene obravnave pacienta - case manager; 5. DNEVI ANGELE BOŠKIN KRANJSKA GORA.
- Jana Lavtižar: Obravnava bolnika z diagnozo Hernia disci po klinični poti; VIII. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE

Izvedenih je bilo le 24 letnih razgovorov, saj je bilo kar 11 zaposlenih na porodniškem dopustu. Cilj ni bil dosežen v celoti, zato bo v letu 2013 potrebno porazdeliti opravljanje letnih razgovorov med odgovorne medicinske sestre na odsekih, kot je bilo predvideno že v letu 2012.

Zahvaljujem se vsem zaposlenim na kirurškem oddelku, ki so skrbeli za varno in kakovostno obravnavo kirurških pacientov in z izvajanjem varnostnih razgovorov širili varnostno kulturo tudi v letu 2012 ter s tem poskrbeli tudi za zasebnost pacientov.

5 CILJI ZA LETO 2013

Cilj	**Vzpostaviti sistem, ki zmanjšuje tveganje pri predpisu, aplikaciji in shranjevanju zdravil**
Aktivnosti	- analiza rezultatov nadzora in izvajanje ukrepov - redni mesečni nadzor nad izpolnjevanjem zdravstvene in negovalne dokumentacije (OBR 120a) - analiza motenj pri razdeljevanju zdravil
Cilj	**Povečanje enotne prakse ZNO**
Aktivnosti	- izdelava nove klinične poti - prenova obstoječih kliničnih poti - spremljanje izpolnjevanja kliničnih poti - usmerjeno izobraževanje zaposlenih na oddelku
Cilj	**Izboljšanje informiranosti pacientov in njihovih svojcev o zdravstvenem stanju in poteku zdravljenja**
Aktivnosti	- seznanjanje pacientov o pravicah in dolžnostih pacientov s pomočjo zloženke - delovanje koordinatorja odpusta - zagotavljanje zasebnosti v bolniških sobah
Cilj	**Zmanjšati možnosti napačne identifikacije pacienta**
Aktivnosti	- izvedba nadzora nad izvajanjem identifikacije pacienta - analiza rezultatov in izvajanje ukrepov nadzora
Cilj	**Izboljšati predajo pacienta med vsemi nivoji in oblikami**
Aktivnosti	- analiza rezultatov nadzora in izvajanje ukrepov
Cilj	**Zagotavljanje informiranosti pacientov in svojcev**
Aktivnosti	- izdelava predstavitvene zloženke za totalno endoprotezo kolka - izdelava zloženke o osteoporozi in zdravstveno vzgojnega programa - izdelava zdravstveno vzgojnega programa za oskrbo izločalne stome - izdelava zloženke in zdravstveno vzgojnega programa za paciente, ki so operirani po programu pospešenega okrevanja
Cilj	**Zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega dela kot vrednote zaposlenih**
Aktivnosti	- izvajanje preventivnih ukrepov (padci, RZP, BO) - izvajanje nadzora nad izvedbo posebnega varovalnega ukrepa - beleženje in poročanje o odklonih in ukrepih - izvajanje varnostnih vizit oziroma pogovorov o varnosti - izvajanje nadzora nad razkuževanjem rok zaposlenih
Cilj	**Strokovni razvoj zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v skladu z novimi znanji, smernicami in standardi.**
Aktivnosti	- udeležba zaposlenih na izobraževanjih po planu izobraževanj - 2 aktivni udeležbi na eksternih izobraževanjih - Izvedba kirurških izobraževalnih uric - Izvajanje letnih razgovorov z zaposlenimi

POROČILO O DEJAVNOSTI KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE

Darja Rajgelj, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN v operativni dejavnosti

UVOD

Operacijske medicinske sestre so nedvomno del zdravstvene nege, vendar se dela in naloge specifično prepletajo z deli in nalogami zdravnikov v operacijski dvorani. Delo je timsko, vsak posameznik prispeva h kakovostni izvedbi in uspehu zadanih nalog in ciljev. Naloge so prerasle samo pripravo pacienta na operativni poseg, vključno s pripravo prostora, opreme, materiala in aparatur ter instrumentiranje ob izvedbi operativnega posega. Danes operacijske medicinske sestre odgovorno razvijajo stroko perioperativne zdravstvene nege, jo organizirajo in vodijo. Ne predstavljamo si, da bi delo v operacijskih prostorih sploh lahko teklo brez nas, čeprav je veliko našega dela ostalim članom tima nevidno. Tudi kirurški varnostni sistem, ki smo ga pri nas začeli uvajati leta 2011, ne bi zaživel in ne bi bil tako uspešen brez aktivnosti operacijskih medicinskih sester in si za to prav gotovo zaslužijo javno pohvalo.

2 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

2.1 KADROVSKA ZASEDBA IN ORGANIZACIJA DELA

Tabela 1: Kadrovska sestava v primerjavi z leti 2009, 2010 in 2011

	31. 12. 2009	31. 12. 2010	31. 12. 2011	31. 12. 2012
Dipl. m. s.	13	12	11	14
dipl. m. s. bolniška	0	1	1	0
dipl. m. s. porodniška	2	1	1	0
TZN	6	6	8	6
TZN (bolniška, porodniška)	1	1	0	1
koordinator - TZN	1	1	1	1
študent	1	0	0	0
študij ob delu	2	3	1	0

Trenutna kadrovska zasedba zaposlenih v ZN v op. bloku tako po številu kot po izobrazbi še ustreza za pokrivanje petih delovišč. Kakršnokoli varčevanje na kadrih je skoraj nemogoče, če upoštevamo dejstvo, da je kader precej pomlajen in v bližnji prihodnosti lahko pričakujemo tudi daljše odsotnosti. Še vedno pa nekako velja pravilo, da zanimanja za delo v op. bloku med zaposlenimi v SBJ ni in na interni razpis ni bilo niti ene prijave. Tako sta bili v letu 2012 v enoto sprejeti dve kolegici, ki sta bili izbrani po zunanjem razpisu.

Organizacijske spremembe so nastale v drugi polovici leta 2012 po končani prenovi operacijskih prostorov v 1. nadstropju – bivša ginekološka operacijska. V teh prostorih od septembra dalje poteka izključno ortopedski program. Pri tem se je za zelo koristno izkazalo povezovalno dvigalo med nadstropjema, kar je bila prava odločitev ob prenovi.

3 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2012

V letu 2012 se je izobraževalo 21 MS/SMS od skupaj 23 zaposlenih v ZN v op. bloku, kar je 91 % vseh zaposlenih.

Udeležili smo se osmih zunanjih predavanj in delavnic, kjer smo zabeležili 26 pasivnih udeležb in dve aktivni (Bohinc Darka).

Bili smo prisotni na sedmih internih izobraževanjih v okviru organizacije SBJ, kjer je bilo 18 različnih slušateljev, kar je 78 % zaposlenih v ZN v op. bloku. Udeležba bi bila lahko boljša, vendar nam ne ustreza običajen čas izobraževanj, ko v op. bloku še poteka operativni program. V okviru enote smo pripravili osem internih izobraževanj na trenutno aktualne teme in problematiko pri vsakodnevnem delu.

Dve MS sta opravili interno kroženje v SBJ po opravljenem študiju, ena od njiju je uspešno opravila tudi interni izpit v op. bloku.

4 REALIZACIJA CILJEV

Tabela 2: Realizacija ciljev v letu 2012

26. 1. 2012	začetek operiranja krčnih žil po novi metodi RFA - radiofrekvenčna ablacija ven - pod mentorstvom
26. 4. 2012	obnovitvena presoja po ISO
11. 5. 2012	prevzem aparata Glosair – Johnson za dezinfekcijo zraka
14.-15. 6. 2012	presoja DNV
22. 6. 2012	začetek samostojnega operiranja krčnih žil po novi metodi RFA - radiofrekvenčna ablacija ven
1. 7. 2012	začetek prenove operacijskih prostorov – odstranitev dotrajanega avtoklava, klimat. ortopedska operacijska, povezovalno dvigalo med nadstropjema
17. 9. 2012	konec prenove in začetek delovanja ortopedsko operacijskih prostorov
22. 11. 2012	notranja presoja COP v op. bloku
December 2012	končana anketa zaposlenih v op. bloku o kirurškem varnostnem sister
junij 2012	nabava vrtalke in žage Aeskulap, vrtalke in žage Synthes
junij 2012	nabava osnovnega inštrumentarija Aeskulap
junij 2012	nabava inštrumentarija za operacijo križnih vezi
oktober 2012	nabava artroskopskih prijemalk
	popolnitev obstoječih setov z osteosintetskim materialom – dodatne plošče in vijaki
	nov kolčni vijak in parcialna endoproteza kolka Lima

5 CILJI IN KAZALNIKI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI V LETU 2013

1. cilj	• **pridobivanje, obnavljanje znanja zaposlenih v op. bloku** • **razvoj zaposlenih**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**
Kazalnik	• število internih izobraževanj in delavnic znotraj enote • število izobraževanj v okviru SBJ • število planiranih in izvedenih zunanjih izobraževanj • število pasivnih udeležencev na zunanjih srečanjih • število aktivnih udeležencev na strokovnih srečanjih • število izpeljanih letnih razgovorov z zaposlenimi	8 ali 80 % 7 ali 100 % 8 ali100 % 26 ali100 2 ali 100 %	10 do konca leta po planu SBJ 6 - 8 12 -14 2 osebi do konca leta vse OP MS in SMS
2. cilj	• **varna obravnava pacienta v op. bloku** • **dvig varnostne kulture v op. bloku**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**
Kazalnik	• število padcev pacientov v op. bloku v letu 2012 • število izvedenih VV/VR • število uspešno izvedenih korektivnih ukrepov • število poškodb kože pacientov (v povezavi z oddelkom) • uvedba kirurškega varnostnega sistema “ček lista”	1 zdrs pacienta z op. mize 33 ali 100 % 0 uvedba KVS na vsa delovišča, anketa zaposlenih	30 0
3. cilj	• **izboljšanje kakovosti dela ZN v op. bloku**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**
Kazalnik	število izdelanih standardov število izdelanih protokolov mesečne kontrole izpolnjevanja dokumentacije v ZN – KP, List perioperativne ZN beleženje časov in aktivnosti v op. bloku število kadra v ZN	0 (v delu) 0 (v delu) 100 % 100 % 14 DMS, 6 SMS, 1 SMS koordinator	1 letno 1 letno preko celega leta preko celega leta 14 DMS, 7 SMS

6 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH IN VARNOSTNIH RAZGOVORIH

	1. 1. - 30. 6. 2012	1. 7. - 31. 12. 2012	**SKUPAJ**
število VV/VR	16	17	**33**
število izrečenih ukrepov	45	51	**96**
število uspešno izvedenih ukrepov	43	57	**90**

Najpogosteje izpostavljeni problemi:

- zagotavljanje kakovosti in varnosti za pacienta - primerna delovna temperatura v op. prostorih, padec pacienta, označevanje in transport histoloških in mikrobioloških preparatov, nameščanje pasivne drenaže, higienska urejenost pacienta ob sprejemu v op. blok, nevarnost RZP in poškodbe kože, kontrola sterilnosti, kirurški varnostni sistem, pravilna uporaba elastičnih povojev, sprejem in predaja pacienta;
- varnost zaposlenih (varna uporaba električnih aparatur);
- preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb v op. bloku: izolacijski ukrepi, razpored čiščenja, razkuževanje rok, zaščitna oblačila za osebje op. bloka, osebna urejenost osebja, pravilno ločevanje odpadkov na mestu nastanka;
- dokumentacija (izpolnjevanje pacientove dokumentacije v ZN, redne mesečne kontrole);
- sodelovanje s centralno sterilizacijo.

7 CILJI IN AKTIVNOSTI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI ZA LETO 2013

Ob že utečenih ciljih se bomo v letošnjem letu v ZN v op. bloku osredotočili predvsem na kakovostno in varno celostno obravnavo pacienta, ki obsega:

- zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega dela za paciente in osebje v obstoječih razmerah;
- pregled obstoječe dokumentacije (KP, List perioperativne ZN, Celostna obravnava pacienta in Protokol dela v op. bloku);
- izdelava končne verzije Kirurškega varnostnega sistema;
- ustrezna identifikacija pacientov in označitev operativnega področja;
- izboljšanje sodelovanja z oddelki in enotami - predaja pacientov.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA DNEVNEM ODDELKU

Helena Dolžan Lindič, dipl. m. s.
koordinator zdravstvene oskrbe

1 PREGLED DELA V LETU 2012

Na dnevni oddelek je bilo v letu 2012 sprejetih v obravnavo 1.026 pacientov. Na matični kirurški oddelek je bilo zvečer oziroma čez noč premeščenih kar 18 pacientov in sicer zaradi različnih kirurških, anesterioloških in drugih medicinskh vzrokov ali zaradi socialne indikacije (pacient brez prevoza, brez spremstva ali zaradi prevelike oddaljenosti do doma). V času novoletnih praznikov, zimskih in prvomajskih počitnic pa tudi čez poletje in jeseni je bil oddelek nekaj tednov zaprt.

2 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Izvedenih je bilo več aktivnosti za obnovitev standarda kakovosti in prizadevanj za izboljšanje kakovosti in varnosti pri delu s pacienti. Spremljali smo kazalnike kakovosti in odklone, uporabljene klinične poti smo pripravili za tisk in popravili že uporabljene obrazce in navodila. Izobraževanja zaposlenih so tekla v bolnišnici in izven nje. Sodelovali smo v različnih projektnih skupinah.

2.1 POROČILO O ZASTAVLJENIH IN IZVEDENIH CILJIH

Cilji in kazalniki kakovosti ter na te vezane aktivnosti v zdravstveni negi na dnevnem oddelku, ki smo jih želeli obdržati in izboljšati pa so bili:

- ***Zadovoljen pacient in njegovi svojci***

  Aktivnosti: vse obravnave na DO so se izvajale po klinični poti, spremljali smo izpolnjevanje kliničnih poti v naključno izbranih dnevih v tednu (vsak mesec), popravili ustna in pisna navodila pacientu pred sprejemom in po odpustu, poskrbeli za ustrezno zdravstveno vzgojno delo pacientov. Anketni vprašalnik je dobil vsak pacient, ki je bil sprejet na DO.

  Evalvacija, učinkovitost: redno smo vodili in spremljali kazalnike - število obravnav po klinični poti in število zadovoljnih pacientov. V pripravi je nova klinična pot (KP) in sicer za artroplastiko. Stare KP smo obarvali in pripravili za tisk. Še vedno je nekaj sodelavcev, ki se jim dokumentiranje v KP zdi nepomembno (polja ostajajo prazna). Zadovoljstvo pacientov smo spremljali s pomočjo anketnih vprašalnikov, Do konca leta je bilo vrnjenih 359 vprašalnikov (ok. 35 %). S samo obravnavo so bili pacienti zadovoljni, nekaj (11 pacientov) pa je bilo nezadovoljnih (pogrešajo topli obrok, televizijo, predolgo je čakanje na operacijo in zvečer na odpust iz bolnišnice, jim je dolgčas, poleti je v prostorih vroče, potrebna je klima).

- ***Povečati varnost pacientov ter preprečiti vse padce na DO***

  Aktivnosti: povečati varnost s pomočjo varnostnih vizit, seznaniti pacienta z varnostnimi ukrepi na oddelku in nevarnostmi ob neupoštevanju le-teh, preveriti ali pacient razume naša navodila, izvajanje ustreznih varnostnih ukrepov, ocena pacientovega stanja po op.

posegu. Izobraževanje kadra na DO o varnosti, z opazovanjem in z razgovorom preveriti stanje oziroma znanje kadra. Poročanje in beleženje o varnostnih in potencialnih zapletih.

Evalvacija, učinkovitost: redno vodenje in spremljanje kazalnikov - število padcev na DO in število varnostnih zapletov: na dnevnem oddelku lani nismo imeli nobenega padca. Vsak mesec smo izvedli vsaj 1 varnostno vizito. V KP je posebna rubrika kamor se vedno vpiše ocena pacientovega stanja po operaciji. Ustrezni varnostni ukrepi se izvajajo ob vsakem posamezniku.

- ***Izvajanje varnostnih vizit (VV)***

Aktivnosti: redno izvajanje VV, redno poročanje in dokumentiranje zapletov, spremljanje in analiza pacientove dokumentacije, izvajanje ustreznih ukrepov.

Evalvacija, učinkovitost: kazalnik kakovosti nam je bilo število varnostnih vizit v letu. Vsak mesec smo izvedli vsaj 1 varnostno vizito, tako kot je bilo načrtovano v začetku leta. Obravnavali smo več vprašanj, problemov, ki so jim sledili ustrezni ukrepi. Skupaj smo opravili 15 varnostnih vizit . Udeležili smo se tudi več izobraževanj o varnosti.

- ***Strokovna rast zaposlenih***

Aktivnosti: izvajanje letnih razgovorov, priprava matrike znanj za sodelavce, priprava plana izobraževanj za tekoče leto, organizacija dela, ki je posamezniku omogočala izobraževanje, redno informiranje sodelavcev o programu izobraževanj znotraj SBJ, spremljanje in upoštevanje oblikovanih standardov in protokolov, opazovanje in preverjanje znanja posameznika (v razgovoru in pri delu), poročanje in posredovanje znanja pridobljenega na izobraževanju, sodelovanje v različnih projektnih skupinah.

Evalvacija, učinkovitost: število strokovnih izobraževanj nam je pomemben kazalnik kakovosti, ki smo ga spremljali. Udeležili smo se 3 eksternih izobraževanj in 17 internih, ki so jih pripravili naši zaposleni in nekaj tudi zunanji predavatelji. Po izobraževanju smo pripravili poročila. Posamezniki se aktivno vključujemo tudi v različne projektne skupine v bolnišnici: skupina za raziskovanje, skupina za bolnišnično higieno, skupina za varovanje zasebnosti pacienta, skupina za klinične poti.

3 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE – KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

3.1 POROČILA VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Število VV/VR	15
Število izrečenih ukrepov	45
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	43

Problemi in zapleti, ki so bili v preteklem letu največkrat izpostavljeni na oddelku in zaradi katerih so bili izrečeni korektivni ukrepi so bili:

- pacient je zavračal navodila in nasvete po operativnem posegu,
- pacient je z zobno protezo odšel v op. sobo,
- pacient je odklanjal sodelovanje pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih,
- pacient je sam zapustil oddelek in si pred glavnim vhodom prižgal cigareto,
- nepopolno je bila predpisana terapija po op. posegu,
- pacient si je sam odpiral infuzijsko steklenico in analgetik v njej,

- ni primerna sobna temperatura v prostoru za pripravo pacienta na operacijo (hladno),
- pacient si je po op. posegu naročil pico,
- zagotavljanje zasebnosti je potrebno ves čas obravnave,
- pacient je odšel domov brez spremstva.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

Glede na to, da želimo postati visoko zanesljiva zdravstvena organizacija, ki zagotavlja kakovostno in varno celostno obravnavo pacienta, smo med cilji, ki veljajo za vso bolnišnico večji poudarek dali nekaterim in sicer:

1. cilj: Vzpostaviti sistem, ki zmanjšuje tveganje pri predpisu, aplikaciji in shranjevanju zdravil
2. cilj: Zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega dela kot vrednoto zaposlenih
3. cilj: Povečanje enotne prakse ZN za SBJ
4. cilj: Zagotavljanje osebne integritete pacientom
5. cilj: Izboljšati predajo pacienta med vsemi nivoji in oblikami
6. cilj: Strokovni razvoj vseh zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v skladu z novimi znanji, smernicami in standardi.

Aktivnosti za dosego teh ciljev ter vrednotenje oziroma kazalniki kakovosti pa veljajo za vse oddelke in enote v bolnišnici in jih je predstavila v poročilu že pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege.

POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE ZA LETO 2012

Slavica Hrovat, viš. fiziot.
Vodja fizioterapije

UVOD

Fizioterapevtske obravnave potekajo po vseh oddelkih in enotah bolnišnice ter v ambulanti. Ob svetovnem dnevu fizioterapevtov smo v septembru v avli bolnišnice predstavile plakat na temo: Aktivnosti izvajanja FTH obravnav v ambulanti in na bolniških oddelkih. Aktivno smo sodelovale pri konziliarnih pregledih fiziatra (20 obiskov – 106 pacientov). Na internih izobraževanjih v okviru bolnišnice je bilo povprečno število udeležencev 3,6 fizioterapevtke na predavanje. Na internih izobraževanjih sta aktivno sodelovali Sandra Košnik in Nina Cuznar.
V tem letu pa smo dosegli tudi napredek v rehabilitaciji pacienta na osnovi dobre strokovne povezave, sodelovanja in dopolnjevanja delovne terapije in fizioterapije.

Odsotnost zaradi bolniških in dveh porodniških je bila kar 1,93 zaposlenega, kar močno vpliva na organizacijo dela, saj je v našem kolektivu le 11 zaposlenih.

1 MANAGEMENT V DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

Ključne naloge fizioterapevtov, ki izvajajo fizioterapevtske obravnave, so izvajanje delo v skladu s standardi za FTH prakso, skrb za varno izvajanje obravnav in za učinkovitost celotnega procesa. V svoje delo tako vključujemo ocenjevanje, fizioterapevtsko diagnostiko, načrtovanje, posredovanje in vrednotenje uspešnosti fizioterapije.

1.1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2012

1. cilj	**Razvoj stroke in osebna rast fizioterapevtov**	**Realizacija**
Kazalnik	izobraževanje iz limfne drenaže, PNF, mobilizacija živčevja Terapevtske vaje pri bolečini v križu (2 FTH) Manualna terapija miofascialnih prožilnih točk (2 FTH) Interdisciplinarno izobraževanje (2 ustanovi)	Ni realizirano Realizirano – 1 FTH Realizirano – 1 FTH Ni realizirano
2. cilj	**Zagotoviti varnost pacientov pri FTH obravnavi in varnost dela**	
Kazalnik	Terapevtska miza – BOBATH Biofeedback stimulator Aparat za lasersko terapijo Postavitev klicne naprave (zvonec) za hidroterapijo	Ni realizirano Ni realizirano Ni realizirano Delno realizirano
3. cilj	**Nenehno izboljševanje kakovosti**	
Kazalnik	Analizi anket o zadovoljstvu pacientov s FTH storitvami – za ambulanto in hospital Strokovni tedenski sestanki / redni – izredni Razširjeni sestanek s strokovnim in organizac. vodjem (2) ISO in DNV presoja procesa	Realizirano 29 rednih – 19 izrednih Ni realizirano Realizirano

1.2 KAZALNIKI KAKOVOSTI ZA OBDOBJE 1. 1. – 31. 12. 2012

1.2.1 Kazalnik števila padcev med FTH obravnavami na bolniških oddelkih:
Zabeležili smo **1** padec pri **5232** pacientih (0.02 %).
1.2.2 Kazalnik števila varnostnih zapletov (padci, zdrsi, poškodbe):
Zabeležili smo **1** poškodbo (opeklino) pri **942** pacientih.

1.2.3 Kazalnik števila varnostnih razgovorov za zagotavljanje varnosti pacientov:
Izpeljali smo 27 varnostnih razgovorov, zabeležili 2 odklona.

2 REALIZACIJA PLANA DELA

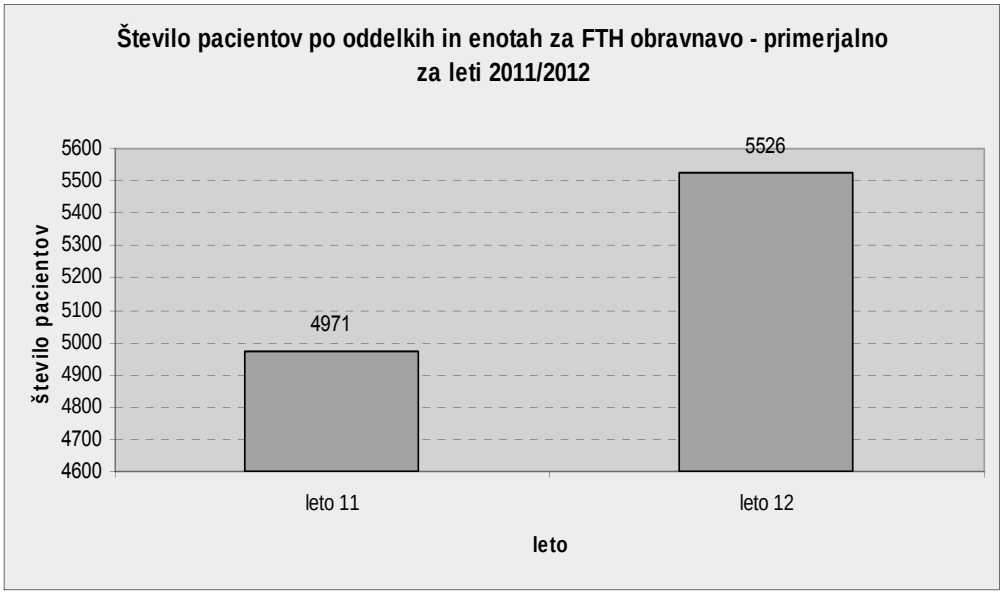
2.1 DEJAVNOST AMBULANTNE FIZIOTERAPIJE

Plan za leto 2012 je bil 39.810 točk. Dejansko opravljenih točk je bilo **38.790,14 točk** (indeks real./plan 97,44).
Število **prvih** obiskov zunanjih pacientov v ambulantni obravnavi je bilo **650** pacientov (indeks real./plan 89,16), vseh pacientov (prvi in ponovni) skupaj 942. Obravnavali smo še 136 hospitalnih pacientov. Skupno smo tako obravnavali **1078** pacientov (indeks 12/11 85,02).

2.2 DEJAVNOST FIZIOTERAPIJE PO ODDELKIH IN ENOTAH

V letu 2012 smo po oddelkih in enotah mesečno obravnavali z naročilom za fizioterapijo (OBR FTH 1) **4956** pacientov (indeks 12/11 112,30). Skupno število pacientov (naročilnice in prenosi) po mesecih je bilo **5526** (indeks 12/11 111,16). Število FTH obravnav je bilo **22.853** (indeks 12/11 112,39).

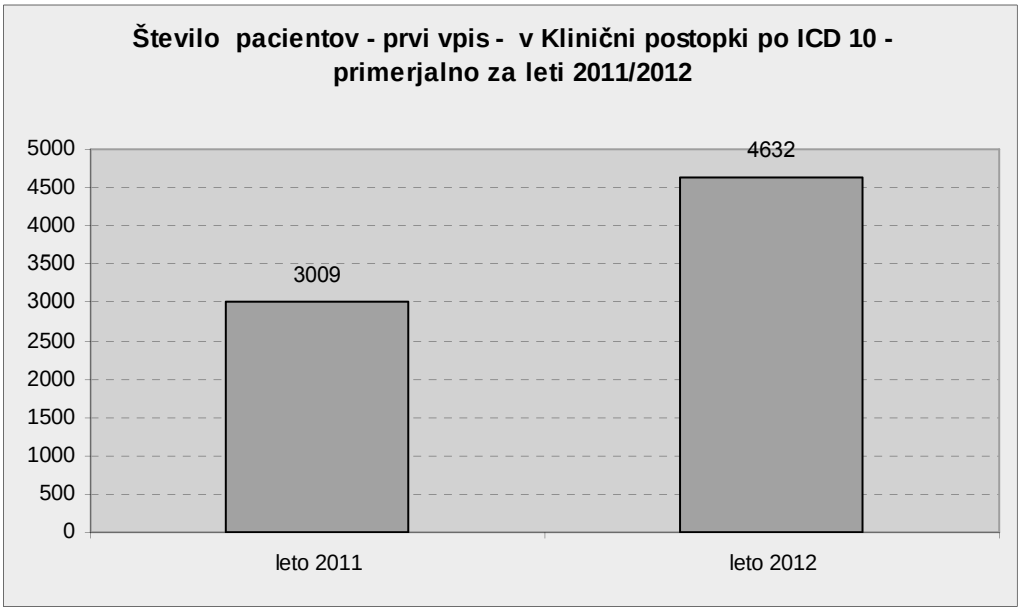
Graf 1: Število vseh pacientov po oddelkih in enotah, ki so bili vključeni v fizioterapevtsko obravnavo



(Vir: Birpis 21)

V grafu 1 je prikazan porast števila pacientov, ki so bili vključeni v proces fizioterapevtske obravnave po oddelkih in enotah. Največji dvig obravnav je ponovno na travmatološkem oddelku, sledijo oddelki in enote interne, ortopedija, abdominalni oddelek s splošno kirurgijo, pediatrični oddelek in ostali.

Graf 2: Število prvih pacientov vpisanih pod Klinični postopki po ICD 10



(Vir: Birpis 21)

Vsi pacienti v hospitalu so bili vodeni tudi po Kliničnem postopku po **ICD 10** (Graf 2) **prvi** vpis pacienta za FTH obravnavo. Zabeležili smo ponoven porast pacientov v primerjavi z letom 2011 (indeks 12/11 - **118,49**). Porast števila pacientov za posamezne diagnoze ali operacije je prikazan v tabeli 1.

Tabela 1: Število obravnavanih pacientov po izbranih diagnozah ali po načinu operacije

Izbrane diagnoze ali vrste operacij	**2011**	**2012**	**Indeks 12/11**
AMI, PTCA	66	91	**137,87**
KOPB	87	115	**132,18**
TEP KOLENA	108	141	**130,55**
LUMBALGIE DRUGO	122	158	**129,5**
INTERNA DRUGO	312	394	**126,28**
ZAPESTJE – OP	175	216	**123,42**
ABDOMEN DRUGO	77	91	**118,18**
VEČJE OP. NA TREBUHU	112	132	**117,85**
PLJUČNICA	241	258	**107,05**
GLEŽENJ – OP.	321	341	**106,23**
KOLENO – LCA	58	59	**101,72**
ZLOM KOLKA DRUGO	257	260	**101,16**

(Vir: interno vodenje primerov)

3 STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE

Dodeljenih nam je bilo **900 evrov** sredstev za izobraževanje.

3.1 UDELEŽBA NA ZUNANJIH IZOBRAŽEVANJIH

Distal radius - Where we are, Where we go – Katarina Čatlak, Slavica Hrovat
Pomen zaznavnih in prepoznavnih sposobnosti v rehabilitacijski medicini - Jerica Pisek
Neinvazivna ventilacija pri respiratorni fizioterapiji – Katarina Čatlak
Hrbtenica v ortopediji – Sandra Košnik
Dnevi Angele Boškin – Katarina Čatlak
Izobraževanje za kliničnega mentorja – Katarina Čatlak

3.2 AKTIVNO SODELOVANJE:

Katarina Čatlak je pod naslovom »The role of physiotherapy in CRPS« predavala na mednarodnem simpoziju kirurgov »Distal radius – Where we are, Where we go« v Kranjski gori.

4 KAKOVOST

4.1 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PACIENTOV

Izvedli smo dve anketi o zadovoljstvu pacientov s fizioterapevtsko obravnavo (za hospital in ambulanto). Analiza rezultatov je pokazala zelo visoko zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtsko obravnavo, še posebej pa je razveseljivo dejstvo, da je zadovoljstvo visoko tako s strokovnostjo kot z osebnim pristopom fizioterapevta in njegovem odnosu do pacienta.

4.2 PRESOJA FTH PROCESA

Imeli smo dve zunanji presoji procesa (ISO, DNV). Obe smo uspešno prestali.

4.3 NAVODILA, PROTOKOLI, PROCESI DELA

Za večjo učinkovitost celotnega procesa FTH obravnav smo pripravili:
14 navodil o zgodnji rehabilitaciji za paciente (SOP NA FTH)
6 protokolov dela FTH obravnav (SOP FTH)
5 obrazcev poteka FTH obravnav (OBR SOP FTH)

5 CILJI ZA LETO 2013

Cilj	Aktivnost	Rok izvedbe	Odg. oseba
1. cilj: Razvoj stroke in osebna rast fizioterapev-tov	• Mobilizacija živčevja (1 FTH) • Mulligan koncept (1 FTH) • Tečaj iz proprioceptivne nevromuskularne facilitacije (1 FTH) • Bobath tečaj (1 FTH) • Udeležba na seminarjih, simpozijih DFS • Posodobitev znanja v drugih sorodnih ustanovah	31. 12. 2013 Kontinuirano	Vodja dejavnosti Strokovni vodja Organizacijski vodja

2. cilj: Zagotoviti varnost pacientov pri FTH obravnavi in varnost dela	• Aparat za lasersko terapijo • Večfunkcijski stimulator • Biofeed back stimulator • Bobath terapevtska miza • Varnostni razgovori • Redni servisi aparatov • Vodenje števila odklonov	31. 12. 2013 Kontinuirano	Vodja dejavnosti Strokovni vodja Organizacijski vodja
3. cilj: Nenehno izboljševanje kakovosti	• Spremljanje prenove, uvedba novih SOP v skladu z novimi smernicami FTH metod dela • Anketa o zadovoljstvu pacientov s FTH obravnavami – ambulantno in za hospital • Redni tedenski timski sestanki • Dvakrat letno razširjeni sestanek z vodjema enote	Kontinuirano 31. 12. 2013 Kontinuirano	Vodja dejavnosti Strokovni vodja Vodja dejavnosti

STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE ZA LETO 2012

Primarij Jernej Markež, dr. med., spec. int. med.
Predstojnik službe

UVOD

V strokovnem poročilu je predstavljeno delo vseh oddelkov in enot, ki organizacijsko sodijo v okvir službe za interno medicino v letu 2012. Navedeni in komentirani so osnovni podatki o obsegu in vsebini bolnišnične dejavnosti, specialističnih internističnih ambulant, urgentne internistične ambulante ter enot za funkcionalno diagnostiko. Posebej pa je predstavljeno delo Enote za intenzivno internistično terapijo (IIT), Centra za hemodializo in CAPD ter enote za endoskopsko diagnostiko.

1 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA

ENOTA za INTENZIVNO INTERNISTIČNO TERAPIJO (IIT): 5 postelj
Strokovni vodja: Teja Arnež, dr. med., spec. int. med.

KARDIOLOŠKI ODSEK: 20 postelj
Strokovni vodja: Marija Mulej, dr. med., spec. int. med.

GASTROENTEROLOŠKI ODSEK: 26 postelj
V okviru odseka je Enota za intenzivno nego (PIN) z 8 posteljami.
Strokovni vodja: Franc Šolar, dr. med., spec. int. med.

ENDOKRINOLOŠKI ODSEK: 20 postelj
Strokovni vodja: Boris Pelko, dr. med., spec. int. med.

NEFROLOŠKI ODSEK: 7 postelj
Strokovni vodja: Marko Šluga, dr. med., spec. int. med.

ENDOSKOPSKA ENOTA
Strokovni vodja: Primož Jovan, dr. med., spec. int. med.

CENTER za HEMODIALIZO in CAPD
Strokovni vodja: Igor Rus, dr. med., spec. int. med.

SPECIALISTIČNE INTERNISTIČNE AMBULANTE

URGENTNA INTERNISTIČNA AMBULANTA (IPP)
Prim. Marija Mulej, dr. med., spec. int. med.

Oddelek za interno medicino je imel 80 standardnih postelj. Sedem sob je 5-posteljnih, tri sobe so 4-posteljne, pet sob ima 3, šest sob 2, dve sobi sta enoposteljni. Pravih nadstandardnih sob tudi v letu 2012 nismo imeli. Zaradi potrebe po izolacijah MRSA, VRE, ESBL in na druge odporne bakterije pozitivnih bolnikov, je dejansko razpoložljivih postelj običajno okrog 70.

V IIT je 5 postelj na premajhni funkcionalni površini. Že več let načrtujemo prenovitev IIT in povezavo s sosednjo sobo št. 17, kjer bi organizirali koronarno enoto. Upamo, da bomo v letu 2013 bližje realizaciji. Enoto za polintenzivno nego (PIN) naj bi opremili predvsem za zdravljenje bolnikov z akutno možgansko kapjo.

1.1 PROTOKOL DELA ZDRAVNIKOV

Redni delovni sestanki (ponedeljek – petek):

8.00: poročanje zdravnikov v Urgentni internistični ambulanti in dežurnih internistov, aktualna problematika, posveti o najtežjih bolnikih, obravnava obdukcijskih zapisnikov, spremljanje porabe zdravil in zdravstvenega materiala, kratki obiski predstavnikov farmacevtskih firm (torek, četrtek ali petek), kratka predavanja. Vsako sredo, ob sodelovanju klinične farmacevtke mag. Najdenove: kritični pregled antibiotičnega zdravljenja na oddelku, s posebnim poudarkom na racionalnem predpisovanju rezervnih antibiotikov. Na jutranjem sestanku je prisotna tudi glavna medicinska sestra oddelka.

14.30: predaja službe, poročanje dopoldanskega zdravnika na IPP, poročanje s strokovnih srečanj in kongresov. Ob petkih je drugi redni sestanek ob 13.00 uri.

Glavne vizite predstojnika so ob 8.30 uri: ob sredah na Gastroenterološkem odseku, ob četrtkih na Kardiološkem odseku in v IIT ter ob petkih na Endokrinološko–nefrološkem odseku. Pri vizitah aktivno sodeluje tudi klinična farmacevtka.

Leta 2012 je bilo na v internistični službi redno zaposlenih 11 specialistov internistov, dva manj kot leta 2000. En internist – kardiolog dela polovičen delovni čas, trije specialisti ne dežurajo več. V letu 2012 ni nihče od naših specializantov specializiral, ravno tako pa se na novo ni zaposlil noben specialist internist. Od 14 specializantov trenutno na našem oddelku delajo štirje. V letu 2013 praktično vsi specializanti in specializantke odhajajo na kroženje v Univerzitetni klinični center Ljubljana in Univerzitetno kliniko za pljučne bolezni in alergijo Golnik, oziroma bodo odsotni zaradi porodniškega dopusta. Od 15. maja 2013 bodo redno na našem oddelku le trije specializanti. Od maja 2013 bo tako pokrivanje in razpisovanje 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva težavnejše in še bolj zapleteno. V dežurni službi sodelujeta tudi internista s Klinike Golnik. Zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja gastroenterologov – endoskopistov so se štirje mladi zdravniki uspešno uvajali v endoskopsko dejavnost. 1 krat tedensko v Endoskopski enoti pomaga upokojeni gastroenterolog.

Glede na naraščajoč obseg dela predstavlja premajhno število specialistov internistov glavni problem oddelka. Ob tem je neugodna tudi starostna struktura, saj je povprečna starost internista preko 50 let. Iskanje ustreznih dodatnih specialistov internistov se bo nadaljevalo tudi v letu 2013. Kljub kadrovskim težavam poteka strokovno izpopolnjevanje izven ustanove v načrtovanem obsegu. Glavni mentorji na oddelku so: prim. Marija Mulej, dr. med., prim. Igor Rus, dr. med. in Joško Fajdiga, dr. med., v letu 2013 pa bo to postala tudi Teja Arnež, dr. med.

2 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST:

V letu 2012 smo zaostali za načrtovanim programom za 1,92 %. Pregled obsega dela je podan v Tabeli 1:

Tabela 1: Pregled opravljenega dela v bolnišnični dejavnosti:

	leto 2011	*načrt 2012*	*leto 2012*	*IND na nač. 2012*	*odstop od načrta*	*IND na l. 2011*
INTERNI ODDELEK	**3.298**	**3.342**	**3.278**	**98,08**	**-64**	**99,39**
- skupaj ZZZS	3.240	3.289	3.219	97,87	-70	99,35
- ostali plačniki	58	53	59	111,32	6	101,72

V letu 2012 je bilo z Oddelka za interno medicino odpuščeno 3.278 bolnikov. Na druge oddelke bolnišnice je bilo premeščenih (Tabela 2) 76 bolnikov, in sicer na Kirurški oddelek 73 (leta 2011 65) in na Ginekološki oddelek 3 (leta 2009: 6). V letu 2012 je bilo skupno 3.354 internističnih obravnav. V UKC Ljubljana je bilo premeščenih 127 (leta 2012: 117), v PB Begunje 38 (leta 2012: 32), na Kliniko Golnik 17 (leta 2012: 23), v SB Izola 13 bolnikov, v SB Nova Gorica 10 bolnikov in v SB Celje 7 bolnikov (leta 2012: 9). Večino premeščenih bolnikov v UKC Ljubljana predstavljajo bolniki z akutnim koronarnim sindromom, ki se po opravljeni koronarografiji in perkutanem posegu (PCI) vrnejo na naš oddelek. Sodelovanje s KO za intenzivno interno medicino in KO za kardiologijo je bilo tudi v letu 2012 zelo dobro. Število premeščenih bolnikov v druge ustanove zaradi potrebe po invazivni žilni diagnostiki in zdravljenju je znašala 157. Ravno toliko bolnikov je iz naših kardioloških in angioloških ambulant napoteno v omenjene ustanove za enako diagnostiko in zdravljenje. V letu 2013 nam bo pri omenjeni diagnostiki pomembno pomagal nov CT aparat, v prihodnje pa je cilj pridobiti program in opremo za invazivno angiološko ter kardiološko diagnostiko ter perkutano zdravljenje.

Tabela 2: Število premeščenih pacientov z internega oddelka na druge oddelke in v druge ustanove

Oddelek/ustanova, v katero je bil pacient napoten	***št. premeščenih***
Kirurški oddelek SBJ	73
Ginekološki oddelek SBJ	3
UKC Ljubljana	127
Psihiatrična bolnica Begunje	38
Klinika Golnik	17
Splošna bolnišnica Celje	7
Splošna bolnišnica Šempeter	10
Splošna bolnišnica Izola	13
Bolnišnica Sežana	1
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	1
Psihiatrična bolnišnica Ormož	1
UKC Maribor	3
Splošna bolnišnica Trbovlje	2
Onkološki inštitut Ljubljana	4

Zastopanost posameznih obolenj in bolezenskih skupin pri bolnikih, zdravljenih na Oddelku za interno medicino v letu 2012 je v glavnem primerljivo z letom 2011. V letu 2012 je na prvem mestu po zastopanosti zastojno srčno pešanje, na drugem mestu pa preddvorna fibrilacija in undulacija. Tako je zastojno srčno pešanje prvič po dolgih letih na prvem mestu.

Tabela 3: Najpogostejše glavne diagnoze pri vseh hospitaliziranih pacientih

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
I500	Zastojna srčna odpoved	170
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	144
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	135
J189	Pljučnica, neopredeljena	118

N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	75
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	63
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	60
K590	Zaprtje (konstipacija)	58
N300	Akutno vnetje sečnega mehurja	58
K703	Alkoholna ciroza jeter	54

Tabela 4: Najpogostejše glavne diagnoze pri bolnikih, mlajših od 65 let

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	43
K85	Akutni pankreatitis	32
K703	Alkoholna ciroza jeter	31
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	25
J189	Pljučnica, neopredeljena	22
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	20
I500	Zastojna srčna odpoved	19
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	17
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučnega	17
A09	Driska in gastroenteritis, pri katerih se pred	14
G409	Epilepsija, neopredeljena	14
T424	Benzodiazepini	13

Tabela 5: Najpogostejše glavne diagnoze pri bolnikih, starejših od 65 let

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
I500	Zastojna srčna odpoved	151
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	115
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	101
J189	Pljučnica, neopredeljena	96
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	58
N300	Akutno vnetje sečnega mehurja	52
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	50
K590	Zaprtje (konstipacija)	48
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	46
I110	Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno	40
D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredelje	36
D649	Anemija, neopredeljena	32

Tabela 6: Zastopanost bolezenskih skupin od leta 2000 do 2012

GLAVNE DIAGNOZE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	INDEKS 2012/00
Bolezni obtočil (I00 - I99)	888	867	986	995	1.044	1.021	1.019	938	955	1.012	967	1.012	1.021	114,9
Bolezni prebavil (K00 - K93)	389	408	450	386	415	378	450	432	536	541	552	605	628	161,4
Bolezni dihal (J00 - J99)	369	311	355	408	376	384	349	401	360	415	417	401	478	129,5
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	172	160	172	177	178	189	176	186	213	240	244	150	133	77,33
Neoplazme (C00 - D48)	206	230	266	219	245	228	256	260	248	237	238	250	271	131,5
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	134	133	163	149	142	132	169	180	204	210	215	216	251	187,3
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni (A00 - A99)	68	77	102	94	97	138	149	161	197	169	192	183	183	269,1
Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv (D50 - D89)	69	71	74	92	85	81	97	132	154	150	176	152	179	259,4
Bolezni živčevja (G00 - G99)	68	86	93	81	105	81	66	78	120	120	123	102	135	198,5
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	110	117	121	97	83	87	95	101	97	90	102	114	118	107,2
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	60	85	68	51	56	53	43	56	53	45	55	56	53	88,33
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	34	44	42	23	31	33	50	42	51	35	28	41	56	164,7
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	22	28	43	29	13	22	26	22	34	17	20	30	27	122,7
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	24	17	16	17	18	20	15	13	13	24	13	14	20	83,33
Bolezni ušesa in mastoida (H60 - H95)	3	16	7	8	10	13	10	14	16	10	13	13	15	500,0
ostale diagnoze	11	12	11	17	13	9	9	4	4	4	4	9	6	54,55
SKUPAJ	**2.627**	**2.662**	**2.969**	**2.843**	**2.911**	**2.869**	**2.979**	**3.020**	**3.255**	**3.319**	**3.359**	**3.348**	**3.574**	**136,0**

Tabela 7: Število bolnikov z glavno diagnozo: akutni miokardni infarkt

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
I210	Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednje stene	18
I211	Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje stene	24
I212	Akutni transmuralni miokardni infarkt ostalih mest	8
I213	Akutni transmuralni miokardni infarkt neopred	2
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	64
I219	Akutni miokardni infarkt, neopredeljen	5
I228	Naslednji miokardni infarkt drugih lokalizaci	0
SKUPAJ		***121***

Tabela 3 prikazuje 10 najpogostejših glavnih diagnoz pri vseh hospitaliziranih bolnikih, Tabela 4 najpogostejše glavne diagnoze pri bolnikih mlajših od 65 let in Tabela 5 pri starejših od 65 let V Tabeli 6 je prikazana zastopanost bolezenskih skupin od leta 2000 do 2012. V tabeli 7 je posebej prikazano število bolnikov, ki so bili leta 2012 zdravljeni zaradi akutnega srčnega infarkta (STEMI in NSTEMI).

Starostna struktura hospitaliziranih bolnikov se še naprej povečuje. Bolnišničnih obravnav pri starejših od 80 let je bilo v letu 2012 (Tabela 8) 1.201, to je 35,8 %. Starejših od 90 let je bilo 113. V letu 2012 je bilo v Domove starejših občanov (DSO) odpuščenih 191 bolnikov. Populacijo bolnikov, ki so iz gorenjskih DSO napoteni na naš oddelek, predstavljajo težki, polimorbidni bolniki, pri katerih so najpogostejše glavne diagnoze: pljučnica, okužbe sečil, možganska kap, sepse. Zdravljenje teh bolnikov je dolgotrajnejše in pogosto zahteva rezervne antibiotike.

Tabela 8: Število hospitaliziranih bolnikov starih 80 let ali več v letu 2012

starost bolnika	***št. bolnikov***
80 - 85 let	702
86 - 90 let	386
91 - 95 let	90
96 - 100 let	23
101 -	0
SKUPAJ	***1.201***

Povprečno trajanje zdravljenja (PTZ) v letu 2011: 6,48 dni, leta 2012 pa 6,3 dni, kar je za 0,18 manj kot leta 2011.

Povprečna utež v letu 2012 je bila 1,589 (interni oddelek: 1,553, IIT: 2,438, dnevni oddelek internistika: 0,843). Povprečna utež je za 0,011 nižja od uteži leta 2011. Visoka povprečna utež je v določenem razmerju do trajanja in višine stroškov zdravljenja. Skupno število uteži pri akutni obravnavi 3.278 bolnikov je bilo 5.207, kar je največ do sedaj, vezano pa je predvsem na večje število obravnavanih bolnikov.

V zadnjih letih je opazen postopen porast števila hospitaliziranih bolnikov iz južnih gorenjskih občin. Trendi števila obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od leta 1999 do leta 2012 je prikazan v Tabeli 9 in Tabeli 10 ter Grafu 1.

Tabela 9: Število obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od 1999 do 2012

	Območna enota						
Leto	*OE RADOVLJICA*	*OE JESENICE*	*OE KRANJ*	*OE TRŽIČ*	*OE ŠKOFJA LOKA*	*OSTALA SLOVENIJA*	***SKUPAJ***
1999	944	1.058	443	83	54	100	**2.682**
2000	959	1.023	389	111	68	94	**2.644**
2001	986	1.018	403	91	71	100	**2.669**
2002	1.107	1.165	373	109	52	120	**2.926**
2003	1.103	1.112	384	101	66	91	**2.857**
2004	1.045	1.160	385	112	64	95	**2.861**
2005	969	1.205	467	126	61	98	**2.926**
2006	1.072	1.117	434	151	91	91	**2.956**
2007	1.115	1.143	463	151	92	105	**3.069**
2008	1.042	1.175	604	172	77	135	**3.205**
2009	1.068	1.287	585	201	98	121	**3.360**
2010	1.092	1.239	562	194	128	131	**3.346**
2011	1.100	1.178	674	186	106	145	**3.389**
2012	1.192	1.164	809	164	116	152	**3.597**
INDEKS 2012/99	***126,27***	***110,02***	***182,62***	***197,59***	***214,81***	***152,00***	***134,12***

Na dnevnem oddelku je bilo leta 2012 211 obravnav. To so bili predvsem bolniki za elektivnoelektrokonverzijo atrijske fibrilacije in undulacije, razbremenilne punkcije ascitesa ter kronični hematološki bolniki zaradi transfuzij krvi.

Na Oddelku za interno medicino je leta 2012 umrlo 267 bolnikov (leta 2011: 241). Tako je na internem oddelku umrlo 227 ljudi, v enoti Intenzivne internistične terapije 33, na Oddelku za zdravstveno nego pa 7. V večini primerov nepričakovane smrti ali nejasne klinične diagnoze je bila napravljena obdukcija. Obdukcij je bilo 33 (12,4 % umrlih). Leta 2011 je bilo obduciranih 7,5 % umrlih. Med najpogostejšimi vzroki smrti so: srčno-žilne bolezni, pljučnice pri polimorbidnih bolnikih in neoplazme. V Tabeli 11 je prikazana zastopanost glavnih diagnoz pri umrlih bolnikih.

V letu 2012 je bilo v 28 dneh po odpustu zaradi iste bolezni ponovno hospitaliziranih 98 bolnikov (leta 2011: 239 in leta 2010 151). To so bili predvsem bolniki z zastojno srčno odpovedjo (15), z jetrno cirozo in zapleti le-te (15), različnimi opredeljenimi in neopredeljenimi tumorskimi spremembami (13), anemijo, v sklopu kroničnih in malignih bolezni krvi in krvotvornih organov (12) in boleznimi dihal (10) (Tabela 12).

Ponovni sprejem v mesecu dni po odpustu je kompleksen kazalnik kakovosti. Na ponoven sprejem vplivajo številni dejavniki: prezgodnji odpust, neustrezen predpis terapije za doma, neustrezno jemanje zdravil in izvajanje nefarmakoloških ukrepov v domačem okolju, poslabšanje kronične bolezni, nepredvidljivi zapleti, pritisk svojcev na hospitalizacijo bolnikov, maligna obolenja, slabe socialne okoliščine.

Tabela št. 10: Delež obravnav na oddelku po območni enoti bivanja od 1999 do 2012

	Območna enota						
Leto	OE JESENICE	OE RADOVLJICA	OE KRANJ	OE TRŽIČ	OE ŠKOFJA LOKA	OSTALA SLOVENIJA	**SKUPAJ**
1999	35,2	39,45	16,52	3,09	2,01	3,73	100
2000	36,27	38,69	14,71	4,2	2,57	3,56	100
2001	36,94	38,14	15,1	3,41	2,66	3,75	100
2002	37,83	39,82	12,75	3,73	1,78	4,1	100
2003	38,61	38,92	13,44	3,54	2,31	3,19	100
2004	36,53	40,55	13,46	3,91	2,24	3,32	100
2005	33,12	41,18	15,96	4,31	2,08	3,35	100
2006	36,27	37,79	14,68	5,11	3,08	3,08	100
2007	36,33	37,24	15,09	4,92	3	3,42	100
2008	32,51	36,66	18,85	5,37	2,4	4,21	100
2009	31,79	38,3	17,41	5,98	2,92	3,6	100
2010	32,64	37,03	16,8	5,8	3,83	3,92	100
2011	32,46	34,76	19,89	5,49	3,13	4,28	100
2012	33,14	32,36	22,49	4,56	3,22	4,23	100

Graf 1: Število obravnav na Internem oddelku od leta 1999 do leta 2013 po območni enoti bivanja

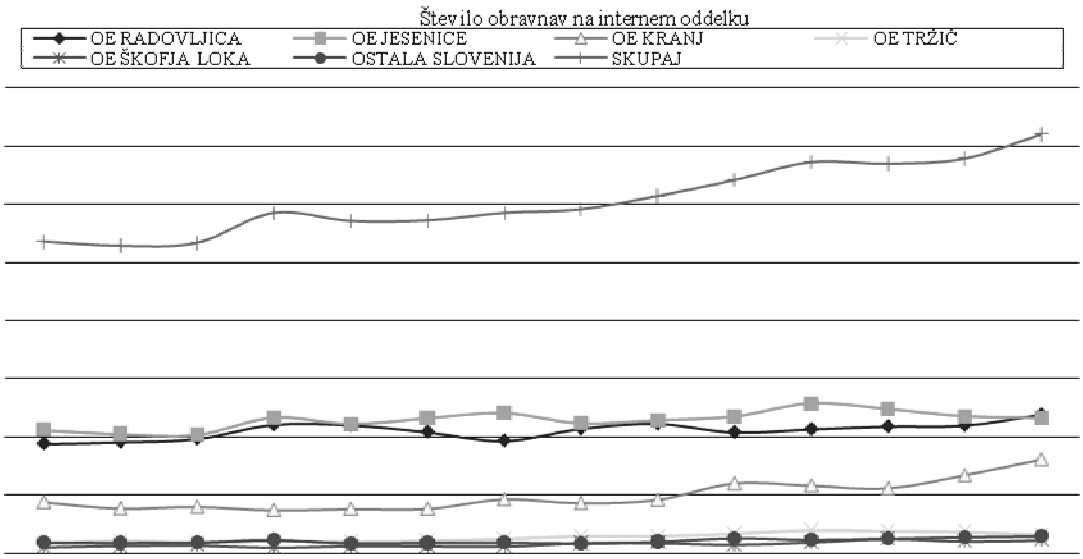


Tabela 11: Število umrlih pacientov po glavnih diagnozah v letu 2012

Poglavje	***št. umrlih pacientov***
I00-I99 Bolezni obtočil	81
J00-J99 Bolezni dihal	65
C00-D48 Neoplazme	43
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	30
K00-K93 Bolezni prebavil	26
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi	3
G00-G99 Bolezni živčevja	3
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	6
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	3
Q00-Q99	1

Tabela 12: Število ponovno hospitaliziranih pacientov v 28 dneh po odpustu razporejeni po glavni diagnozi

Poglavje	***Št. obravnav***
I00-I99 Bolezni obtočil	23
K00-K93 Bolezni prebavil	16
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni izvidi	6
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	12
C00-D48 Neoplazme	17
J00-J99 Bolezni dihal	10
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	0
G00-G99 Bolezni živčevja	3
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	4
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	2
ostale diagnoze	5
Skupaj	***98***

Spremljamo tudi naslednje dejavnike kakovosti:

1. Delež bolnikov z akutnim miokardnim infarktom (AMI), ki jim je pred odpustom predpisan Aspirin;
2. Število bolnikov z akutnim transmuralnim miokardnim infarktom in izvedeno primarno koronarno intervencijo;
3. Število bolnikov z akutnim subendokardnim miokardnim infarktom in izvedeno primarno koronarno intervencijo;
4. 30-dnevna smrtnost zaradi AMI.

V letu 2012 smo planirali analizo naslednjih dveh kazalnikov kakovosti:

1. Delež bolnikov z AMI, ki so bili odpuščeni z opravljeno ehokardiografijo oziroma opredeljeno sistolično funkcijo levega prekata (EF) in
2. Število bolnikov z akutno možgansko kapjo (AMK) ali tranzitorno ishemično atako (TIA), ki so bili odpuščeni z opravljenim ultrazvočnim (UZ) pregledom vratnih arterij.

Prvega kazalnika kakovosti nismo analizirali, ker je Evropsko združenje za kardiologijo izdalo nova priporočila za zdravljenje bolnikov z zastojnim srčnim pešanjem, v katerih pa je zdravljenje odvisno od EF. Tako je ehokardiografski pregled pred odpustom praktično nujen. Kadar zaradi dobrega kliničnega poteka in kadrovske stiske omenjenega pregleda pred odpustom nismo napravili, je bolnik ob odpustu prejel datum za ehokardiografski pregled, ki ga je opravil v naslednjih 6 tednih. Drugega kazalnika nismo analizirali, ker smo v letu 2012 dobili novo sodelavko, Janjo Borič, dr. med., specialistko nevrologije, ki nam je s svojim znanjem in bogatimi izkušnjami pomagala triažirati bolnike pri ultrazvoku vratnih arterij. Ne glede na zapisano smo v več kot polovici primerov (57 %) UZ vratnih arterij napravili pred odpustom. Drugi bolniki so v skladu s klinično verjetnostjo za pomembno bolezen vratnih arterij in splošnim kliničnim stanjem bolnika prejeli datum za UZ vratnih arterij, ki so ga opravili najkasneje 4 tedne po odpustu.

Že v letu 2010 smo razmišljali o spremljanju serumskih vrednosti NT-proBnatriuretičnega peptida pri bolnikih s srčnim popuščanjem, česar zaradi velike klinične uporabe in uporabnosti markerja nismo zmogli napraviti. Verjamemo, da bo pri bolnikih s srčnim popuščanjem ob nadgradnji operacijskega sistema BIRPIS mogoče spremljati bolnike s srčnim popuščanjem v istoimenski ambulanti. V posebno za to ambulanto prirejenim operacijskim sistemom BIRPIS, ki naj bi bil že dodobra razvit (Splošna bolnišnica Slovenj Gradec), bo mogoče spremljati omenjene bolnike in razvoj kardiorenalnega sindroma, zato bodo poleg NT-proBnatriuretičnega peptida pomembni kazalniki kakovosti obravnave bolnikov: sečnina, kreatinin, kalij, natrij, kalcij, magnezij, albumini, železo, feritin, transferin, morda celo nov markergalectin-3, plazemska koncentracija topnih transferinskih receptorjev.
Skladno z odločitvijo strokovnega sveta smo redno izvajali tudi preglede dokumentacije in spremljali potek zdravstvene obravnave

Poraba zdravil in zdravstvenega materiala v primerjavi z načrtom in letom 2011 je prikazana v Tabeli 13 (podatek vključuje porabo zdravil in zdravstvenega materiala iz lekarne, porabo kisika (ki se deli po ključu) in dejansko porabo krvi).

Tabela št. 13: Poraba zdravil in zdravstvenega materiala

Absolutni zneski					
	leto 2011	**načrt 2012**	**leto 2012**	**IND na načrt**	**IND na 2011**
interni oddelek	785.649,38	796.131,06	845.607,57	106,21	107,63
IIT	225.505,17	213.152,94	150.304,54	70,51	66,65
INTERNI ODD SKUPAJ	***1.011.154,55***	***1.009.284,00***	***995.912,11***	***98,68***	***98,49***

V primerjavi z letom 2011 se je poraba zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika na Oddelku za interno medicino skupno znižala za 0,92 %, in sicer se je na oddelku povečala za 8,28 % in v IIT znižala za 32,94 %. V primerjavi z letom 2011 je bilo opaziti znižanje porabe (oddelek + IIT) za 1,51 %, na oddelku se je povečala za 7,63 % in v IIT zmanjšala za 33,35 %. Stroški zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika so bili leta 2012 303.82, leto poprej pa 306.60 evrov. Kljub uporabi kliničnih smernic, kliničnih poti in navodil so za racionalnejšo porabo nujne stalne dodatne aktivnosti.

Enako velja za porast laboratorijskih preiskav. Stroški zunanjih laboratorijskih preiskav na bolnika so v letu 2012 v primerjavi z letom 2011 porasli za 13,07 % (Tabela 14).

Tabela 14: Zunanje laboratorijske preiskave

	leto 2011	načrt 2012	leto 2012	IND na načrt	IND na 2011
Absolutni zneski					
interni oddelek	287.880,66	291.723,1	325.520,6	111,59	113,07
na bolnika					
interni oddelek	87,29	87,29	99,30	113,76	113,76

Poraba koncentriranih eritrocitov v letu 2012 se je povečala za 16,38 % v primerjavi z letom 2011, poraba plazme se je zmanjšala za 6,90 %, med tem, ko pa je prišlo do enormnega 418 % porasta transfundiranja trombocitnih pripravkov. Slednje je posledica zdravljenja večjega števila bolnikov s kroničnimi in malignimi krvnimi boleznimi. Zaradi tega bi bilo smiselno na nivoju bolnišnice zapisati protokol oziroma priporočila za zdravljenje bolnikov s trombocitnimi pripravki ter enega od specializantov usmeriti v subspecializacijo iz hematologije. Poraba koncentriranih eritrocitov in drugih nadomestkov krvi v evrih je prikazana v Tabeli 15.

Tabela 15: Poraba koncentriranih eritrocitov in drugih nadomestkov krvi v evrih (absolutni zneski).

Naziv preiskave	***količina 2011***	***količina 2012***	***IND količina 12/11***	***vrednost 2011***	***vrednost 2012***	***IND vrednost 12/11***
Eritrociti, v ohranitveni raztopini	0	84		0,00	0,00	
Eritrociti, odstranjeni levkociti, v ohr. raztop.	1.264	1.581	125,06	140.304,00	163.281,00	116,38
Sveža zmrznjena plazma	435	472	108,39	30.450,00	28.350,00	93,10
Trombociti, odstranjeni levkociti, zlitje (polna kri)	0	585		0,00	583,60	
Trombociti, obdelani s psoralenom, zlitje iz polne krvi, odstr. levk.	16	434		9.337,60	37.350,40	400,00
Trombociti obdelani s psoralenim, afereza, odstr.levk.	1	591		583,60	4.085,20	700,00
Avtologna kri	0	88		0,00	0,00	
Skupaj				***180.675,20***	***233.650,20***	***129,32***

3 SPECIALISTIČNA AMBULANTNA DEJAVNOST IN FUNKCIONALNA DIAGNOSTIKA

Specialistična ambulantna dejavnost se izvaja v splošni internistični ambulanti, urgentni internistični ambulanti (IPP) ter v usmerjenih ambulantah: kardiološki, antitrombotični, gastroenterološki, diabetološki, nefrološki in v ambulanti za CAPD.

Menimo, da bi več diabetikov in bolnikov na antikoagulantni zaščiti lahko vodili v primarnem zdravstvu. Načrt programa za ZZZS, izražen v točkah, v letu 2012 ni bil dosežen; opravljen je bil v 99,59 %. Presežen je bil program v Diabetološki ambulanti (108,78 %), kardiološki ambulanti (106,87 %) in v Urgentni internistični ambulanti (117,21 %).

Pregled opravljenih točk je prikazan v Tabeli 16.

Tabela št. 16: Pregled opravljenih točk za plačnika ZZZS

	leto 2011	načrt 2012	leto 2012	IND na načrt	IND na 2011
internistična ambulanta	37.665	38.442	38.283	99,59	101,64
urg. internistična ambulanta	30.237	29.686	34.794	117,21	115,07
gastroenterologija	133.325	133.506	117.507	88,02	88,14
kardiologija	69.813	69.677	74.465	106,87	106,66
SKUPAJ internistične amb.	**271.040**	**271.311**	**265.049**	**97,69**	**97,79**
diabetološka ambulanta	47.879	47.341	51.499	108,78	107,56

Število obiskov in obseg dela v ambulantah in enotah za plačnika ZZZS je podan v Tabeli 17.

Tabela 17: Prikaz števila obiskov in obsega dela v ambulantah in enotah za plačnika ZZZS

INTERNE AMBULANTE	***moški***	***ženske***	***skupaj***	**prvi *obisk***	**ponovni *obisk***	**v *hospital***	***skupaj***
I1 urg. internistična amb.	2.294	2.649	**4.943**	3.420	4	3.083	**6.507**
I2 splošna internistična amb.	347	323	**670**	583	252	1	**836**
I3 kardiološka amb.	297	358	**655**	676	147	0	**823**
I4 antitrombotična amb.	525	454	**979**	268	8.885	0	**9.153**
I5 nefrološka amb.	153	127	**280**	152	299	0	**451**
I6 diabetološka amb.	1.053	1.023	**2.076**	366	4.927	0	**5.293**
I7 gastroenterološka amb.	68	75	**143**	104	54	0	**158**
SKUPAJ	***4.737***	***5.009***	***9.746***	***5.569***	***14.568***	***3.084***	***23.221***

V letu 2012 je bilo v ambulantah skupno 23.221 pregledov, v diagnostičnih enotah pa 6.953 (Tabela 18). V urgentni internistični ambulanti je bilo opravljenih 6.507 pregledov, od tega je bilo 3.083 bolnikov hospitaliziranih. V zadnjih 10 letih se je število napotitev v urgentno internistično ambulanto povečalo za 154 %. Povečalo se je število napotitev predvsem iz južnih gorenjskih občin.

Tabela 18: Diagnostične enote in opravljeno delo 2012 (absolutno)

DIAGNOSTIČNE ENOTE	**moški**	**ženske**	**skupaj**	**prvi obisk**	**ponovni obisk**	**v hospital**	**skupaj**
10 EKG	10	198	**208**	218	0	0	**218**
11 ehokardiografija	587	586	**1.173**	1.308	7	0	**1.315**
12 obremenitve	343	212	**555**	578	1	0	**579**
13 endoskopije	1.221	1.289	**2.510**	2.577	265	4	**2.846**
16 holter	209	213	**422**	432	0	0	**432**
17 doppler	593	744	**1.337**	1.563	0	0	**1.563**
SKUPAJ	**2.963**	**3.242**	**6.205**	**6.676**	**273**	**4**	**6.953**

Trendi števila obravnav in bolnikov v urgentni internistični ambulanti po območni enoti bivanja so prikazani v Tabeli 19, Tabeli 20 in Grafu 2.

Tabela št. 19: Število obravnav v Urgentni internistični ambulanti po območni enoti bivanja

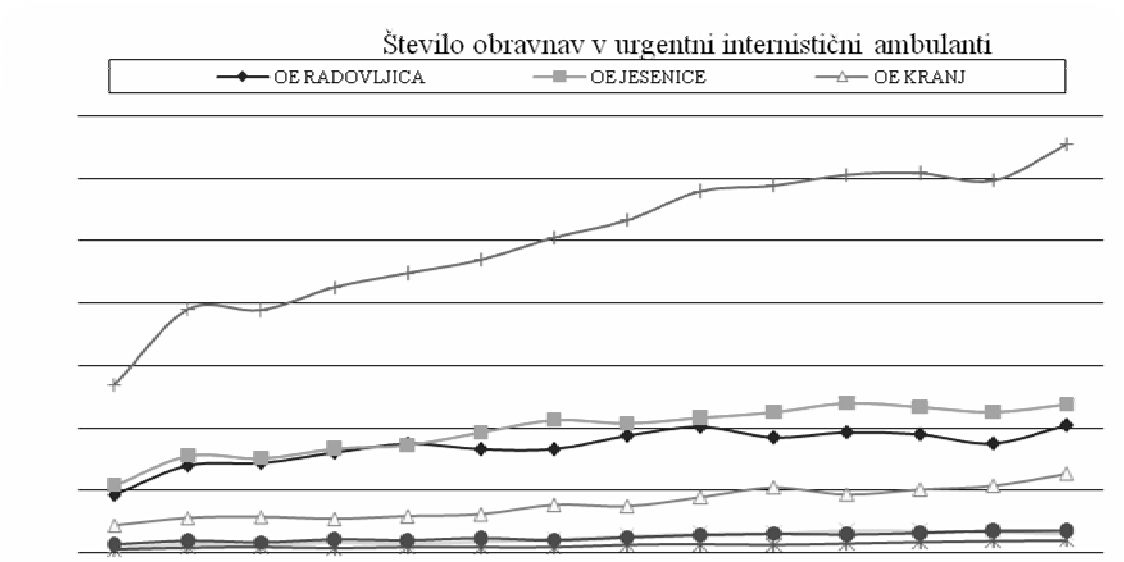
ENOTA	RAD	JES	KR	TRZ	SK	OE	SKUPAJ
1999	928	1.085	431	80	42	126	**2.692**
2000	1.395	1.558	551	137	73	187	**3.901**
2001	1.433	1.517	568	125	84	162	**3.889**
2002	1.603	1.673	535	169	66	209	**4.255**
2003	1.745	1.732	579	147	84	196	**4.483**
2004	1.659	1.936	610	179	82	231	**4.697**
2005	1.659	2.135	762	219	82	197	**5.054**
2006	1.874	2.083	739	273	123	242	**5.334**
2007	2.018	2.172	883	310	134	282	**5.799**
2008	1.847	2.260	1.042	317	122	302	**5.890**
2009	1.930	2.408	928	361	145	292	**6.064**
2010	1.896	2.346	1.009	354	169	318	**6.092**
2011	1.751	2.263	1.070	342	187	358	**5.971**
2012	**2.043**	**2.388**	**1.262**	**303**	**196**	**355**	**6.547**

Tabela 20: Delež obravnav v Urgentni internistični ambulanti po območni enoti bivanja

ENOTA	JES	RAD	KR	TRŽ	ŠK	OE	SKUPAJ
1999	34,4	40,3	16	2,97	1,56	4,68	100
2000	35,7	39,9	14,1	3,51	1,87	4,79	100
2001	36,8	39	14,6	3,21	2,16	4,17	100
2002	37,6	39,3	12,5	3,97	1,55	4,91	100
2003	38,9	38,6	12,9	3,28	1,87	4,37	100
2004	35,3	41,2	12,9	3,81	1,75	4,92	100
2005	32,8	42,2	15	4,33	1,62	3,9	100
2006	35,1	39	13,8	5,12	2,31	4,54	100
2007	34,8	37,4	15,2	5,35	2,31	4,86	100
2008	31,3	38,3	17,6	5,38	2,07	5,13	100
2009	31,8	39,7	15,3	5,95	2,39	4,82	100
2010	31,1	38,5	16,5	5,81	2,77	5,22	100
2011	29,3	37,9	17,9	5,73	3,13	6	100
2012	**31,2**	**36,4**	**19,2**	**4,63**	**2,99**	**5,42**	**100**

Legenda: JES - Območna enota Jesenice, RAD – Območna enota Radovljica, KR - Območna enota Kranj, TRZ - Območna enota Tržič, SK - Območna enota Škofja Loka, OE – Ostale območne enote Slovenije.

Graf 2: Število obravnav v Urgentni internistični ambulanti po območni enoti bivanja



Diagnostična širina in število laboratorijskih preiskav na bolnika v urgentni internistični ambulanti je preobsežno in premalo racionalno. Z nenujnimi preiskavami v določeni meri stroškovno razbremenjujemo laboratorije v ZD, določene laboratorijske preiskave pa se delajo predvsem zato, da se izključijo potencialna akutna internistična obolenja ter da se bolnik nato odpusti v domačo oskrbo. Na IPP spada predvsem diagnostika, ki je ključnega pomena za opredelitev aktualnega diferencialno-diagnostičnega problema. Nekateri nenujni bolniki so napoteni v urgentno internistično ambulanto, da se izognejo čakanju na redni pregled.

V antitrombotični ambulanti je bilo v letu 2012 9.153 obiskov, od tega prvih 268 in ponovnih 8.885. Naraščanje obiskov je predvsem posledica večanja števila bolnikov z atrijsko fibrilacijo.

Načrtovan program v Enoti za srčno-žilno diagnostiko in preiskave pljučne funkcije, izražen v točkah, je bil v letu 2012 presežen za 6,7 %. Med drugim je bilo opravljeno (skupno ambulantno in hospitalno): 1.697 ehokardiografij (od tega 1.638 transtorakalnih in 59 transezofagealnihehokardiografij), sonografij vratnih arterij 583, dopplerskih pregledov ven 832, 434 pregledov perifernih arterij, obremenitvenih testov 655, 24-urnih Holterelektrokardiografij 490, spiromterij361 in 59 (leta 2011: 45) ultrazvokov arterij spodnjih okončin, ki jih od leta 2011 dela Janez Poklukar, dr. med.

Načrtovan program dela v Endoskopski enoti, izražen v točkah je bil dosežen v 88,02 %, obseg dela je bil v primerjavi z letom 2011 manjši za 11,86 %. Vzroki so predvsem naslednji: pomanjkanje gastroenterologov-endoskopistov in različne dodatne odsotnosti endoskopistov. Tako je bilo leta 2012 narejenih 1.875 gastroskopij (188 urgentnih gastroskopij), 1.409 kolonoskopij (od tega v programu SVIT 464), 164 ERCP-jev, 40 vstavitev PEG-ov. Opravljenih je bilo še 5 balonskih dilatacij prebavne cevi (trikrat dilatiran požiralnik in dvakrat rektum). Podatki o delu Endoskopske enote v letu 2010 so podani v Tabeli 21.

Tabela 21: Podatki o delu Endoskopske enote v letu 2012

	AMBULANTA	***HOSPITAL***	***SKUPAJ***
Gastroskopije	1393	294	**1687**
Urgentne gastroskopije	130	58	**188**
SKUPAJ	***1523***	***352***	***1875***
PEG prvi		37	**37**
PEG ponovni		3	**3**
PEG izvlek		3	**3**
SKUPAJ		***40***	***40***
Kolonoskopije SBJ	820	125	**945**
Program SVIT	464		**464**
SKUPAJ	***1284***	***125***	***1409***
Polipektomija kolono	516	72	**588**
Dilatacija požiralnika	1	2	**3**
Dilatacija rektuma	1		**1**
GastroClip	57		**57**
Endoskopska odstranitev tujka	5		**5**
ERCP	55	109	**164**
EPT			**140**
št. stentov - vstavitev		16	**16**
št. stentov - menjava			
št. stentov - ex		2	**2**
Histološki material poslan			**903**
Vsi mlg. skupaj			**100**
Kolono mlg. SBJ			**46**
Kolono mlg. SVIT			**20**
Gastromlg.			**27**
ERCP mlg. (pankreas in žolčni vodi)			**7**

ZAKLJUČEK

Gledano v celoti je bilo leto 2012 za oddelke interne medicine relativno uspešno. Dosegli smo načrtovan program dela v bolnišnični dejavnosti. Nekoliko manjša je bila realizacija načrtovanega programa v Endoskopski enoti, med tem ko smo program v Urgentni internistični ambulanti in Enoti za srčno-žilno diagnostiko presegli. Dolgoletni trend rasti stroškov porabe zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta na internem oddelku se je zaustavil, do pomembnega znižanja stroškov pa je prišlo v IIT. Število obravnav v urgentni internistični še vedno hitro narašča.

Po dolgih letih vodenja Internega oddelka se bo v letu 2013 upokojil prim. Jernej Markež, dr. med., zato je letno poročilo primerno mesto, da se mu zaposleni na Internem oddelku zahvalimo za preteklo vodenje in opravljeno delo.

Glavne aktivnosti in naloge Oddelka za interno medicino v letu 2013:

- imenovanje novega predstojnika,
- realizacija načrtovanega programa dela v bolnišnični in specialistično-ambulantni dejavnosti in tudi v diagnostičnih enotah,
- stalna prizadevanja za izboljšanje kadrovske zasedbe zdravnikov, posebej specialistov internistov (gastroenterologi, diabetologi),
- aktivnosti za zmanjšanje stroškov porabe zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika,
- aktivnosti za hitrejšo in kvalitetnejšo obravnavo v urgentni internistični ambulanti in s tem restriktivnejšo politiko sprejemanja bolnikov,
- aktivnosti za racionalno rabo antibiotikov, drugih zdravil, krvi in drugih krvnih pripravkov,
- aktivnosti za racionalno naročanje laboratorijskih preiskav,
- preureditev Intenzivne internistične terapije in Enote za polintenzivno nego,
- dopolnitev in zamenjava iztrošene opreme (Ehokardiografski aparat),
- zaradi vse večjega števila obravnav v urgentni internistični ambulanti in zaradi naraščanja števila hospitalizacij, ki so posledica predvsem staranja prebivalstva in s tem povezane pogostejše obolevnosti, je treba v prihodnosti računati na večje kapacitete Internega oddelka, večjo kadrovsko zasedbo in posledično tudi večji program dela,
- sodelovanje s primarnim zdravstvom,
- delo na kazalnikih kakovosti,
- aktivno sodelovanje pri izpolnitvi pogojev za akreditacijo DNV.

Pripravil:
Janez Poklukar, dr. med.

Predstojnik:
prim. Jernej Markež, dr. med.

POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE (IIT)

Teja Arnež, dr. med., spec. int. med.
Strokovni vodja

OPRAVLJENO DELO

Sprejemi: 511 pacientov
Število umrlih: 27 pacientov, to je 7,2 % (lani 7 %).

Umetna ventilacija: 6.134 pri 64 intubiranih pacientih

Opravljeni terapevtski posegi:
- elektrokonverzija: 101
- elektroda PM: 7
- fibrinolitična terapija: 12 (1 pljučna trombembolija, 1 akutni miokardni infarkt, 10 ishemičnihcerebrovaskularnihinzultov)
- bronhoskopija: 2
- število akutnih hemodializ: 35 (pri 9 bolnikih)
- število urgentnih endoskopij: 27
- perikardiocinteza: 2

V zadnjih 2 letih zaznavamo porast pacientov z akutno možgansko kapjo, ki zahteva fibrinolitično zdravljenje. Narašča tudi število pacientov, premeščenih z UKC Ljubljana ter število pacientov, premeščenih z drugih oddelkov SB Jesenice zaradi akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja oziroma zapletov bolezni. V koronarni enoti izvajamo številne posege (perikardialne punkcije, abdominalne punkcije, plevralne punkcije, uvajamo centralne kanale, izvajamo urgentne gastroskopije pri intubiranih oziroma hemodinamsko nestabilnih pacientih). Glede na vse večje število težko bolnih pacientov (septični šok, hemoragični šok, akutni koronarni dogodek, kardiogeni šok, akutna možganska kap, pljučna embolija, akutna ledvična odpoved, akutna respiratorna odpoved …) je UZ preiskava postala nujna za nadaljnjo diagnostiko in vodenje hudo bolnih pacientov. UZ aparat si moramo izposojati v ambulanti za neinvazivno kardiološko diagnostiko, zaradi česar na eni strani izgubljamo dragocen čas, hkrati pa motimo delovanje ambulantnega dela. Tudi prostorski pogoji ostajajo enaki že več kot 24 let in glede na vse bolj kompleksno patologijo pacientov, ne zagotavljajo več optimalnih pogojev dela. Tudi kadrovska podhranjenost je še vedno aktualna, saj v koronarni enoti delata dva zdravnika, ki opravljata tudi vse ostale obveznosti na oddelku in ambulanti ter 12 medicinskih sester.

POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE

Primož Jovan, dr. med., spec. int. med.
Strokovni vodja

1 OPRAVLJENO DELO

V letu 2012 smo v endoskopski enoti SBJ opravili skupno 1.875 gastroskopij, 1.409 kolonoskopij (945 v rednem času in urgentno v pripravljenosti ter 464 v programu SVIT), 164 ERCP-jev in 40 vstavitev PEG-ov.

Opravili smo skupno 188 urgentnih gastroskopij, od tega 130 v popoldanskem oz. nočnem času, v tako imenovani pripravljenosti in 58 krat dopoldan (dopoldanska številka je verjetno precej višja, vendar se vse urgentne gastroskopije ne beležijo kot urgentne).

Pri 57 ambulantnih urgentnih gastroskopijah in kolonoskopijah smo ob ostalih sklerozacijskih posegih postavljali klipe. Petkrat smo odstranjevali tujek iz zgornjih prebavil.

Od 164 ERCP-jev smo v več kot 80 % opravili biliarnosfinkterotomijo, vstavili smo tudi 16 biliarnih ali pankreatičnihstentov.

Na prebavnem traktu smo odkrili 100 novih malignomov, od tega 46 karcinomov kolona v okviru rednega hospitalnega dela, 20 karcinomov kolona v okviru SVIT-a, ugotovili smo 27 karcinomov želodca in 7 karcinomov pankreasa ali žolčnih poti pri ERCP-ju samem (s predhodnimi preiskavami sta bila slednja dva tipa karcinomov pogosto že znana oz. odkrita). Opravili smo tudi 5 balonskih dilatacij prebavne cevi – trikrat smo dilatirali požiralnik, dvakrat smo dilatirali rektum.

2 OPREMLJENOST ENOTE IN NAČRTI ZA PRIHODNOST

Endoskopske aparature so relativno iztrošene. Za izvajanje gastroskopij bi potrebovali visokoločljivostna gastroskopa s stolpom.

Pri kolonoskopijah si prav tako želimo izboljšanja ločljivosti z nabavo stolpa z boljšo ločljivostjo ekrana, za hitrejši obrat pacientov potrebujemo dodatno še vsaj en kolonoskop.

Pri ERCP področju je pomembna nabava dodatnih pripomočkov – za dilatacijo malignih stenoz, ščetkanje, stentiranje, kar je relativno poceni in ne presega vrednosti 4 000 evrov, sam endoskopski aparat pa je za zdaj še uporaben.

Glede samega opisovanja preiskav oz. video-digitalne dokumentacije je že znan problem nabave Endobase programa še za gastroskopije ter povezave z Birpisom.

Zavedamo se, da ni sodobnega gastroenterološkega oddelka brez UZ aparata in endoskopskega UZ aparata. V prihodnosti vidimo priliko za nabavo samega UZ aparata, ki bi se kombiniral z endoskopskim UZ aparatom, ob uvedbi skupne urgentne enote s prerazporeditvijo prostorov.

Z dodatnim UZ aparatom (tako za preprosti UZ abdomna kot tudi za endoskopski UZ), bi pridobili tudi možnost jetrnih punkcij in punkcij drugih dostopnih tkiv v abdomnu z nastavkom za punkcije na UZ aparatu. Cena celotnega kompleta je okrog 150.000 evrov.

Nadaljevati moramo dobro zastavljeno, sicer v skromnih razmerah izvajano punktiranje v obliki dnevnega hospitala, ascitesa, plevralnih izlivov, kar se opravlja v punkcijskem prostoru na gastroenterološkem oddelku. Leta 2012 je bilo opravljenih pribl. 170 razbremenilnih in diagnostičnih punkcij. Za te posege bi ustrezal stari prenosni UZ aparat v izogib stalnega prevažanja boljših aparatov.

Razširiti moramo sodelovanje z našim laboratorijem, pri čemer moramo biti aktivnejši predvsem mi. V tej smeri predlagamo izvajanje testov, laktozneintolerance tudi pri starejših, določanje antigena HP v blatu, določanje kalprotektina za KVČB, določanja antigena in toksina Cl. Difficile v blatu.

V sodelovanju s patologom moramo dopolniti klasifikacijo metaplazij in displazijBarrettovega požiralnika, koristno bi bilo določanje dipeptidaz v sluznici dvanajsternika, z izvajanjem rutinske UZ vodene jetrne punkcije, bi razširili histopatološko diagnostiko tudi na to področje (precejšnja količina NASH, kriptogenih ciroz, etc.)

V ta namen bi morali razmišljati tudi o izobraževanju mlajših kolegov na UZ področju (tudi glede oceneportalne hipertenzije, smeri pretokov v veni porte, tromboz v veni porte, etc.), ter na področju UZ vodenih punkcij v abdomnu.

Ob velikem številu onkoloških bolnikov bi bilo, zaradi strokovnih in človeških vidikov, smiselno tudi nadaljnje vodenje bolnikov po obravnavi na KOGE UKC Ljubljana oz. Onkološkem inštitutu UKC Ljubljana, v kolikor bi to bilo tudi finančno ovrednoteno in prostorsko organizirano.

V ožjem endoskopskem smislu je potrebno spremljati vse smelejše endoskopske mukozne in submukoznedisekcije na prebavilih, razmišljati o vstavljanju kovinskih samoraztegljivihstentov na biliarni sistem, pa tudi na požiralnik oz. kolon paliativno in. nadaljevati z balonskimi dilatacijami prebavil, predvsem požiralnika ob ustreznih indikacijah.

Potrebno je zagotoviti vsaj enkrat tedensko osemurno prisotnost v drugih ustanovah krožečih specializantov s področja gastroenterologije. Zaenkrat ob torkih izmenično opravljata gastroskopije specializanta, ki začenjata tudi z učenjem kolonoskopij in ERCP-jev, ob sredah bosta gastroskopije opravljali specializantki (ena do maja, druga od maja dalje), za tretjo se je še potrebno dogovoriti za prost dan, če ji delo na oddelku, kjer kroži, to dopušča.

Še naprej bomo ob petkih potrebovali pomoč upokojenega kolega Andreja Hribernika, dr. med., spec. int. med., saj je obilje dela na oddelku, v dnevnem hospitalu, urgenci in dežurstvu za tri specialiste gastroenterologe preobsežno.

Vsi specialisti gastroenterologi menimo, da je naše urgentno endoskopsko delo močno podcenjeno in kljub težkim ekonomskim razmeram ne sme biti ovrednoteno le kot običajno nadurno delo. Opažamo, da vrednotenje endoskopskega dela, opravljenega v stresnih urgentnih situacijah, stalno upada.

Poudariti moramo še, da le z nadaljevanjem rednega dela po dežurstvu - glede na številčno skromnost specialistov - na endoskopijah preprečujemo, da bi prišlo do dramatičnega upada opravljenega dela oz. skrbi za paciente.

POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO IN AMBULANTE ZA KRONIČNO AMBULANTNO PERITONEALNO DIALIZO

Primarij Igor Rus, dr. med., spec. int. med.
Strokovni vodja

1 OPRAVLJENO DELO

V letu 2012 smo v Centru za hemodializo povprečno zdravili 44 bolnikov s kronično ledvično boleznijo, od tega so bili 4 v programu nadomestnega zdravljenja s peritonealno dializo, na dan 31. 12. 2012 pa smo zdravili 35 bolnikov s hemodializo odnosno 4 s peritonealno dializo. V celotnem letu smo opravili 5.873 dializ, kar je 20 dializnih procedur manj kot leto poprej. Bistveno se je zvišalo število tako imenovanih zapletenih procedur, medtem ko je število akutnih hemodializnih procedur bilo manjše za 50. Vse to lahko pripišemo naraščanju polimorbidnosti pri dializnih bolnikih, ki imajo poleg osnovne bolezni prisotno vsaj še eno odpovedovanje organov. V intenzivnih enotah tako v EITOS, kot v IIT smo dializirali 40 pacientov in opravili 204 zapletene dialize, zlasti po metodi kontinuiranega zdravljenja, veliko tudi s citratno kontinuirano venovenskohemodiafiltracijo, ki smo jo izvajali s sodelovanjem z zdravniki in ostalimi zaposlenimi v intenzivni enoti operativnih strok.

V lanskem letu je umrlo 6 pacientov, ki so bili v programu nadomestnega zdravljenja s hemodializo, v prvi vrsti so bili vzroki smrti kardiovaskularni in infektivni zapleti. Leta 2012 so bili transplantirani štirje bolniki, ki so se zdravili v programu nadomestnega zdravljenja s kronično hemodializo. Nekaj bolnikov je bilo premeščenih v druge centre, na novo pa so začeli nadomestno zdravljenje štirje bolniki.

Tako kot v ostalih centrih tudi v našem centru opažamo, da vključujemo bolnike s končno ledvično odpovedjo, ki je posledica diabetične ledvične bolezni, nefroangioskleroze in različnih glumerulopatij.

Vsi na novo vključeni bolniki so bili pred tem sledeni v tukajšnji nefrološki ambulanti, vsi so že pred tem dobivali tako eritropoetin kot analoge vitamina D, vsi so že imeli pred začetkom nadomestnega zdravljenja skonstruirano AV fistulo.

82 % bolnikov v programu kroničnega nadomestnega zdravljenja je ves čas dobivalo substitucijsko terapijo z eritropoetinom in povprečna vrednost hemoglobina je bila 113.9 g/L, velika večina je dobivala analoge vitamina D v kombinaciji s kalcimimetiki.

Tudi v lanskem letu opazujemo trend krčenja bolnikov, ki se zdravijo v ambulanti za peritonealno dializo, vzroki so predvsem v nemotiviranosti bolnikov s kronično ledvično boleznijo stopnje 5., da bi se zdravili po tej metodi, kakor tudi polimorbidnost teh bolnikov, kar onemogoča vstavitev PD katetra zaradi najrazličnejših vzrokov.

V lanskem letu smo dokončno posodobili reverzno ozmozo, tako da le-ta sedaj zadostuje najstrožjim kriterijem pridobivanja čiste vode, dobili smo tudi štiri najnovejše hemodializne aparate Artis, ki omogočajo izvajanje vseh vrst enostavnih in zapletenih dializnih procedur. V centru je trenutno zaposlenih 5 diplomiranih sester, 1 višja medicinska sestra in 5 zdravstvenih tehnikov, poleg tega delno delujeta 2 zdravnika specialista, kjer imata poleg tega še dodatne zadolžitve na oddelku, specialističnih ambulantah, funkcionalni diagnostiki in opravljata dežurno službo.

Poudarjam, da smo v 22 letih dializne dejavnosti v Splošni bolnišnici Jesenice dosegli ogromen napredek kar se tiče dializnega zdravljenja bolnikov. Vse to je omogočilo skrbno,

vestno sodelovanje tako dializnih sester kot dializnih zdravnikov, ne nazadnje pa tudi razvoj tehnologije, ki smo jo ves čas spremljali in dograjevali, tako da smo lahko ves čas stopali v korak in se primerjali, tako po kakovosti, predvsem pa po preživetju bolnikov, z najbolj razvitimi v Evropi. Dva bolnika se zdravita v tukajšnjem centru več kot 20 let, kar je nedvomno dokaz, da s skrbnim in vestnim delom ter s poznavanjem tehnologije novih sintetičnih membran, z načini sterilizacije, lahko dosegamo praktično normalno pričakovano življenjsko dobo, ker je bilo še pred leti, ko je bilo preživetje bolnikov na dializi sila kratko, nepredstavljivo.

Tabela 1: Število opravljenih dializ (2010 do 2012)

	LETO 2010			***LETO 2011***			***LETO 2012***		
	ZZZS	*ostali plačniki*	*SKUPAJ*	*ZZZS*	*ostali plačniki*	*SKUPAJ*	*ZZZS*	*ostali plačniki*	*SKUPAJ*
število dializ I	2.134	0	**2.134**	1.195	0	1.195	1.273	0	**1.273**
število dializ II	295	5	**300**	244	14	258	198	6	**204**
število dializ III	3.583	6	**3.589**	4.353	88	4.441	4.190	206	**4.396**
število IV	1.064	0	**1.064**	982	0	982	770	0	**770**
število V	566	0	**566**	0	0	6.876	0	0	**0**

POROČILO DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA INTERNEM ODDELKU

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.
Koordinatorica zdravstvene nege internega oddelka

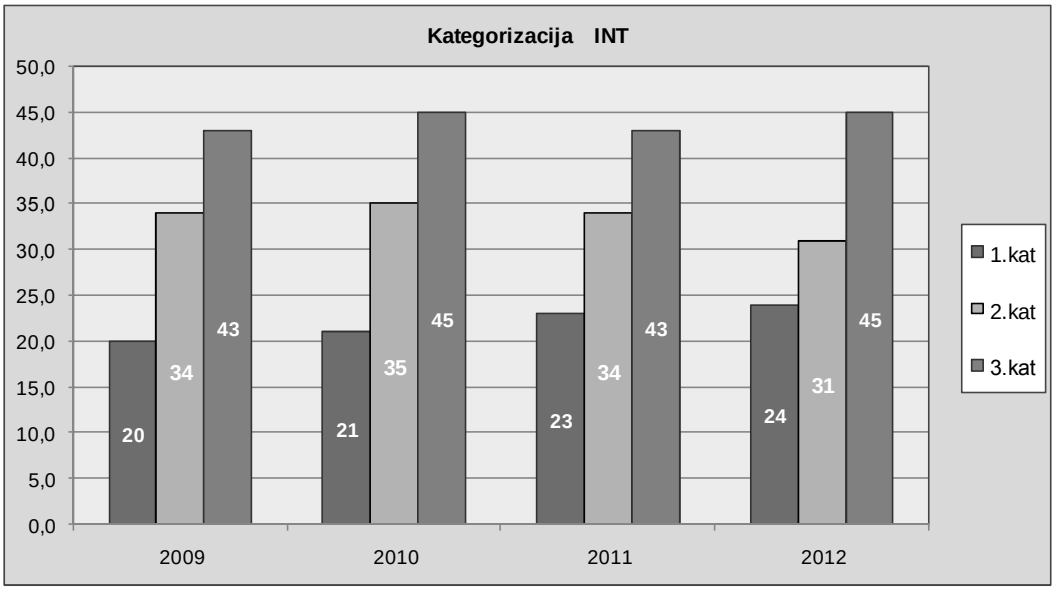
UVOD

Zdravstvena nega (v nadaljevanju ZN) na internem oddelku se je v preteklem letu osredotočala predvsem na varen potek dela in doseganje kazalnikov kakovosti. Kot leta poprej smo veliko energije usmerili v pripravo na presojo ISO in akreditacijo DNV - DIAS. Sodelovali smo kot izvajalci notranjih presoj na pediatričnem oddelku ter tehnično vzdrževalni službi. V okviru zdravstvene nege smo se izkazali na notranji presoji. Čez vse leto je potekalo kroženje med odseki internega oddelka, kar se je izkazalo za pozitivno, predvsem glede prenosa primerov dobrih praks. Ena izmed udeleženk kroženja, Tjaša Avguštinčič, je prenesla primer dobre prakse v primeru prejemanja kronične terapije. Pri izvajanju rednih strokovnih nadzorov v ZN, ki so potekali v jesensko zimskem času, smo imeli aktivno udeleženko, medicinsko sestro Vesno Avdić. Aktivno pa smo sodelovali tudi na 5. Dnevih Angele Boškin.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE NEGE NA INTERNEM ODDELKU

Tako kot predhodno leto je tudi letos število sprejetih pacientov krepko presegalo številko 3000. Kategorizacija pacientov na internem oddelku je vidna iz grafa, kjer je prikazana primerjava od leta 2009 do leta 2012. Sprememb v smislu nihanja ene ali druge kategorije na področju kategorizacije letos ne beležimo.

Graf 1: Primerjava kategorizacije v štirih letih na internem oddelku



(Vir: Mežik Veber, Splošna bolnišnica Jesenice, 2012).

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE – KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

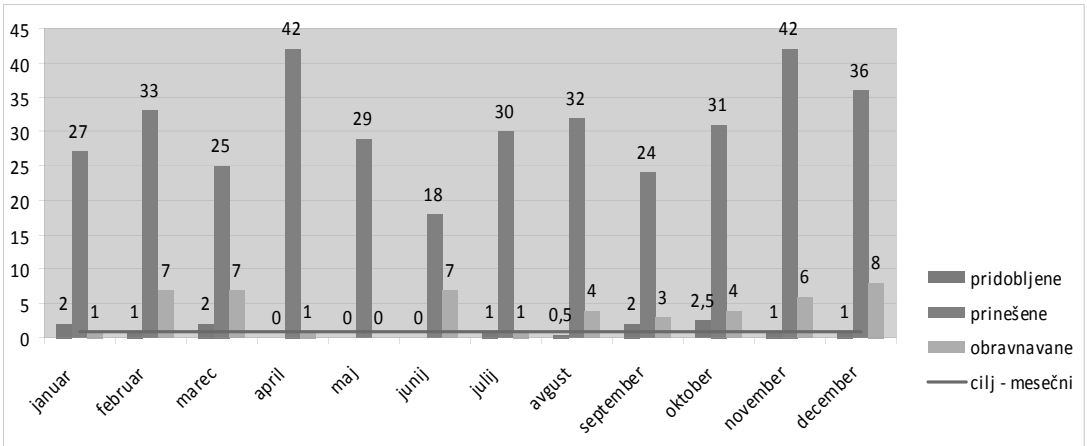
2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Predstavitev kazalnikov kakovosti, ki smo jih spremljali na internem oddelku v letu 2012.

1. Razjeda zaradi pritiska (RZP)

CILJI: a. največ 12 pridobljenih RZP na leto b. izboljšati sodelovanje s koordinatorico za oskrbo rane c. udeležba na izobraževanjih v organizaciji koordinatorice za oskrbo rane	**Realizacija** Ne **Učinkovitost** Cilj ni dosežen
AKTIVNOSTI: izvajanje ocene ogroženosti za RZP vsem novo sprejetim pacientom in nadaljnje ocenjevanje glede na Norton shemo; ocena po 24 in 72 urah; izvajanje standarda preprečevanje RZP; pregled izvedene preventive s pomočjo»ček list«; opravljanje VV/VR in nadzorov nad preventivo razjed, študije primera ob novo nastalih RZP. Ukrepi so se nanašali predvsem na pravočasno in pravilno izvedbo preventivnih ukrepov, pomanjkanje ustreznih blazin, redno spremembo lege ter pomanjkljivo dokumentiranje; prijava zaposlenih na izobraževanja.	
EVALVACIJA: • cilja ne dosegamo, beležimo 13 pridobljenih RZP v letu 2012 • ocenjevanje ogroženosti za RZP ob sprejemu poteka po protokolu in ga izvajamo redno. • 100 % realizacija ocenjevanja ogroženosti za RZP ob sprejemu. Za nadaljnje ocenjevanje po Norton shemi ni odstotkov uspešnosti. • Opravljene 4 VV s koord. za oskrbo ran v okviru letnega načrta. Napisane vse študije primerov in opravljeni VR ob novo nastalih RZP. • Aktivna udeležba zaposlenih v projektnem timu za preventivo in oskrbo RZP. Med najpogostejšimi udeleženci so bile: Nada Zalokar, Vesna Avdić, Sabina Uščuplić, Irena Pesjak, Vanja Mengeš ter Ana Zupan.	

Graf 2: Prikaz števila RZP po mesecih pridobljene, prinesene, obravnavane na internem oddelku v letu 2012



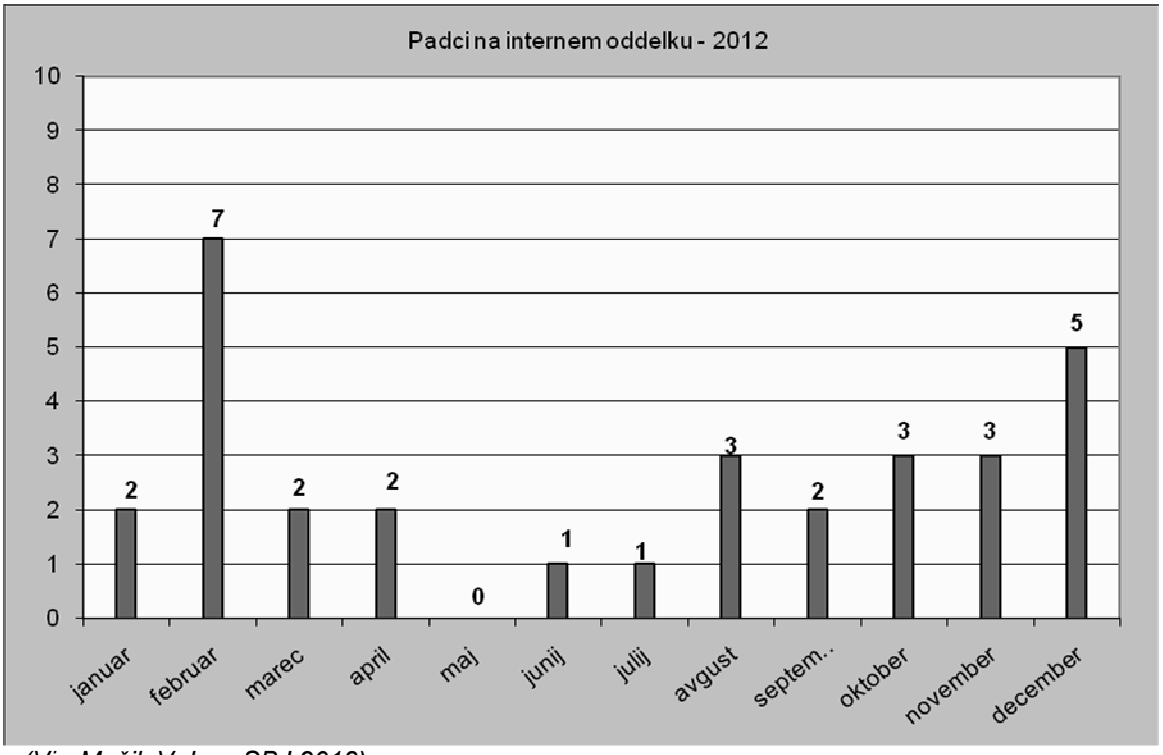
(Vir: Mertelj, SBJ 2012)

Starost pacientov s pridobljeno RZP se je gibala od 75 do 85 let. Večinoma so to pacienti, pri katerih ocenjujemo manj kot 10 točk po Nortonovi shemi. Mesto nastanka je v večini primerov sakralno področje, peta ter stopalo. Stopnjo RZP pa ocenjujemo v najpogostejših primerih z II. stopnjo, nastale so povprečno po 10. dneh hospitalizacije.

2. Padci

CILJI: a. znižati število padcev glede na prejšnje leto b. izboljšati sodelovanje s koordinatorico za padce c. udeležba na sestankih projektne skupine za padce in izobraževanjih na področju varnosti	**Realizacija** Da **Učinkovitost** Cilj je dosežen
AKTIVNOSTI: izvajanje ocene ogroženosti za padec vsem novo sprejetim in nadaljnje ocenjevanje glede na spremembo zdravstvenega stanja; izvajanje protokola SOP 5 Ocenjevanje tveganj za padec pacientov; opravljanje VV/VR s koordinatorico za padce; prijava zaposlenih na izobraževanja.	
EVALVACIJA: v letu 2012 smo zabeležili 31 padcev oz. 3,4 padca na mesec. Incidenca vseh padcev pacientov s postelje na 1000 BOD je bila 0,3. Cilj za leto 2012 je bil 0,6; tako smo cilj dosegli, saj je bil postavljen cilj incidenca 1,5. V letu 2010 je bilo skupno število padcev 51, v letu 2011 pa 43. Opravljenih in zabeleženih 7 VV (planirane 4) s koord. za padce ter razgovori v negovalnem timu in s pacientom ob vsakem padcu - 100% realizacija.	

Graf 3: Prikazuje gibanje števila padcev s postelje in vseh padcev po mesecih na internem oddelku

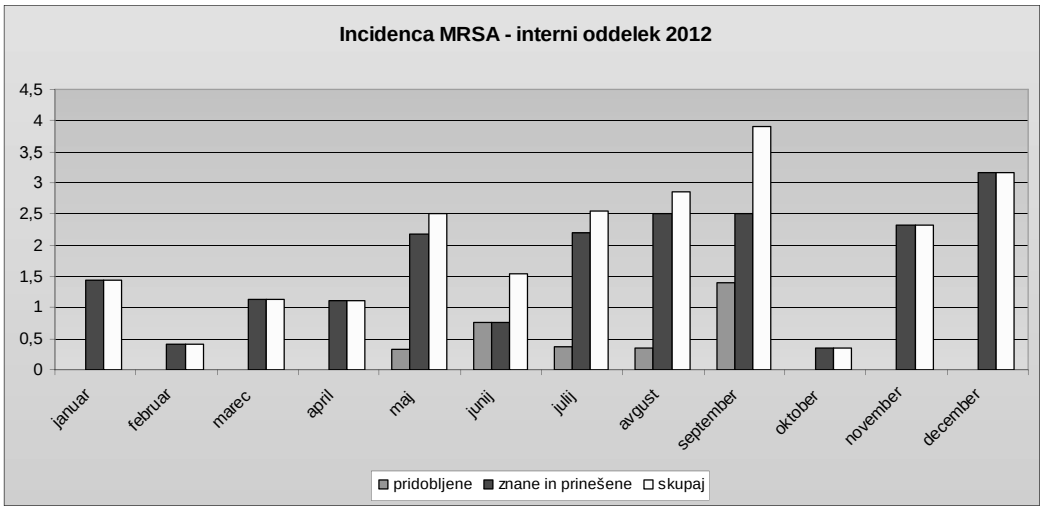


(Vir: Mežik Veber, SBJ 2012).

3. Bolnišnične okužbe (BO)

CILJI: a. preprečiti prenos MRSA na oddelku b. dobro sodelovanje z bolnišnično higieničarko (BH) c. udeležba in sodelovanje v projektni skupini za bolnišnično higieno ter izobraževanjih, organiziranih s strani bolnišnične higieničarke	**Realizacija** Ne **Učinkovitost** Cilj ni dosežen
AKTIVNOSTI: • izvajanje standardov za preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb glede na prostorske zmogljivosti in načrtno spremljanje kazalnikov kakovosti na področju bolnišničnih okužb • opravljanje VV/VR z bolnišnično higieničarko • prijava zaposlenih ter sodelovanje na delavnicah in udeležba na izobraževanjih	
EVALVACIJA: V letu 2012 smo imeli 9 prenosov MRSA. Povprečno na mesec odvzamemo nadzorne kužnine (NK) več kot 120 pacientom na MRSA, 60 na ESBL in 40 na VRE. Vse paciente z dokazano kolonizacijo ali okužbo kontaktno izoliramo po principu sam v sobi. Na področju prenosa BO, smo izvedli 7 VV/VR od planiranih 4 na leto. Udeležba na izobraževanjih je potekala po načrtu. V projektno skupino je vključena Aida Hadžić, dipl. m. s., ki je stalna članica skupine za bolnišnično higieno, ki se je redno udeleževala sestankov, obenem je tudi promotor higiene rok. Prostorske zmogljivosti so v okviru oddelka, glede na število pozitivnih nadzornih kužnin (NK), ki so znane že ob sprejemu, za zdaj zadostne. Manjkajo enoposteljne sobe za sprejem pacientov z dejavniki tveganja za odvzem NK, namestimo pa jih v kohortno izolacijo. Prav tako so pogosto tudi pacienti z ESBL okužbo v več posteljni sobi, nameščeni na svojo stran sobe.	

Graf 4: Incidenca znane, v bolnišnico prinesene in v bolnišnici pridobljene ter skupna incidenca MRSA v letu 2012



(Vir: Ahec, SBJ 2012).

2. 2 ODKLONI S PREDLOGI IZBOLJŠAV

Na internem oddelku je bilo v obdobju od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2012 zabeleženih v računalniško aplikacijo ART 20 odklonov. 16 odklonov je bilo strokovne narave, 3 odkloni so bili označeni kot drugo, en odklon se je nanašal na poškodbo osebja. Vsi odkloni so bili obravnavani; izvedenih je bilo 26 ukrepov. Za primer bi lahko navedli odklon, na podlagi katerega se je izvedla sistemska rešitev glede nameščanja identifikacijske zapestnice. Na podlagi tega so se na oddelku izvajale periodične kontrole identifikacijskih zapestnic; z namenom preprečevanja zamenjave oz. namestitve napačne identifikacijske zapestnice. Kar nekaj odklonov je bilo zaradi neustreznega časa vizite, predpisa diabetične terapije ter odkloni na področju prehrane in napitkov pacientov.

2.3 POROČILO O IZVEDENIH VARNOSTNIH VIZITAH/RAZGOVORIH

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	koordinatorica ZN internega oddelka izvedla 42 VV/VR, skupaj v sodelovanju s koordinatoricami za padce, RZP in BH 25 VV/VR
Število izrečenih ukrepov	44
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	98-% uspešnost pri realizaciji
Skupna učinkovitost VV/VR	98-%

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	Odgovorne MS vseh treh odsekov izvedle 50 VV/VR
Število izrečenih ukrepov	86
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	Ukrepi so realizirani. Beležimo 96-% učinkovitost.

Teme VV/VR	Korektivni ukrepi	Rezultat
Preprečevanje nevarnosti padcev	Opozarjanje pacientov na nevarnosti padcev, prav tako njihovih svojcev; doslednost pri beleženju zdravstvenega stanja pacienta 1h po padcu; aktivna vključenost članov v projektno skupino.	Doseganje cilja. V letu 2012 smo imeli največ VV/VR na temo preventive padca. Izkazalo se je za učinkovito, saj je bilo v letu 2012 11 padcev manj kot v letu 2011.
Preprečevanje RZP	Korektivni ukrepi realizirani	Cilja v okviru RZP nismo dosegli, vendar je bil narejen napredek v smeri obnovitve znanja zaposlenih, na področju preventive RZP, kamor so bili vključeni vsi zaposleni.
Preprečevanje prenosa BO	Korektivni ukrepi glede na prenos MRSA na oddelku	Ukrepi izvedeni ter upoštevani. Realizacijo ukrepov bi težko točno ocenila, glede na število prenosov. Srečujemo se z vsakoletnim povišanjem št. odvzetih NK ter pomanjkanjem enoposteljnih sob za paciente, ki so MRSA+ ter ESBL+.

Za zgoraj omenjenimi tremi področji, ki smo jih zajeli z VV/VR, velja izpostaviti tudi VV s področja identifikacije pacienta ter aplikacije zdravil. Veliko je bilo narejenega na področju omejevanja pacienta. Sledili smo čim doslednejšemu izpolnjevanju lista Varovalni ukrep. Tako smo dosegli tudi poostreno opazovanje pacienta, ki je fizično omejen. Prešli smo na računalniško beleženje uporabe fiksativnih pripomočkov v Birpis. V okviru nadzora, ki je potekal v novembru 2012, se je izkazala 82-odstotna učinkovitost v okviru nadzora fizične omejitve pacienta. Teme VV/VR so bile tudi s področja tehtanja pacienta, merjenja telesne temperature, odvajanja ter dokumentiranja.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu 2012 so bili s strani zaposlenih v zdravstveni negi opravljeni vsi letni razgovori. S pomočjo le-teh, so zaposleni izpostavili ovire, s katerimi se srečujejo. Skupaj smo uskladili področja iz matrike znanj, kjer bo še potrebno nadgraditi ali na novo pridobiti znanje. Zunanjih izobraževanj v okviru organizacij strokovnih sekcij se je udeležilo 21 medicinskih sester. Aktivno je sodelovala na 5. dnevih Angele Boškin Dubravka Karadžič Šmitran, dipl.m.s. s prispevkom Od koordinatorja primera do koordinatorja odpusta v SBJ. Zaposleni so v letu 2012 aktivno sodelovali v okviru naslednjih projektnih skupin: projektna skupina za preventivo RZP in oskrbo kronične rane, za preprečevanje padcev, za bolnišnično higieno, za dokumentacijo, za standarde, za zasebnost, za raziskovanje. Največjo udeležbo beležimo v projektni skupini za preventivo RZP in oskrbo kronične rane.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2012

CILJ RZP:	Število pacientov s pridobljeno RZP 13/leto.
Aktivnosti	Preventiva in oskrba RZP po standardu SBJ, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Št. pridobljenih RZP/mesec.
CILJ PADCI:	Incidenca padcev pacientov iz postelje na 1000 BOD je 0,3. Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD1,2.
Aktivnosti	Preprečevanje padcev po protokolu, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Št. vseh padcev/mesec.
CILJ MRSA:	Preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij (VOB).
Aktivnosti	Ukrepi za preprečevanje VOB,sodelovanje z BH in spremljanje učinkovitosti.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Št. zabeleženih prenosov/mesec.
CILJ OVK:	Zmanjšati število koloniziranih OVK.
Aktivnosti	Izvajanje internih nadzorov nad izvajanjem standardov kakovosti; uvedba katetrske MS na oddelku.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Št. koloniziranih OVK/mesec.

CILJ ZN INT. 1:	Izboljšati in vzpostaviti sistem na področju predpisa in aplikacije zdravil.
Aktivnosti	Pregled procesa razdeljevanja zdravil, poročanje o napakah in odklonih, analiza rezultatov in definiranje ukrepov, ovrednotiti in izmeriti število pogostosti pojavljanja napak v zvezi z zdravili, motenje pri razdeljevanju zdravil
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Število odklonov in napak, rezultati nadzorov, poročila o izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije.
CILJ ZN INT. 2:	Zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem.
Aktivnosti	Vpeljava zdravstveno-vzgojnega dela tako v ambulantnem in hospitalnem delu.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Spremljanje kazalnika v okviru uvedbe pedagoške MS.
CILJ ZN INT. 3:	Izboljšanje varnosti in kakovosti dela na oddelku.
Aktivnosti	• Izvajanje VV/NV po načrtu; • sodelovanje v projektnih skupinah, • beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti ukrepov; • izvajanje letnih razgovorov z usklajevanjem matrike znanj; • razvijanje novih kliničnih poti.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• Število VV/NV; • število sodelujočih v projektnih skupinah; • število odklonov s predlogi izboljšav; • št. izpeljanih letnih razgovorov ter število dopolnjenih matrik znanj glede na izvedene letne razgovore; • število na novo vpeljanih kliničnih poti.

ZAKLJUČEK

Še naprej bomo stremeli k varni in kakovostni zdravstveni negi. Vsekakor pa ostaja vodilo: slediti sodobnim standardom zdravstvene nege, kjer je v središču zdravstvene nege pacient, ki nam je zaupan v oskrbo. Doseganje ciljev bomo poskušali izboljšati, med njimi je tudi realizacija projekta zdravstvene vzgoje pacienta s srčnim popuščanjem, ki ostaja dolg izpred preteklih let.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI (IIT)

Maja Kaker, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege v internistični intenzivni terapiji

UVOD

Kakovostna in varna obravnava je bila vodilo našega dela tudi v letu 2012. Usmerili smo se v izobraževanje, ki smo ga prvič v enoti organizirali sami, prvič smo sodelovali z EITOS-om, pripravili smo predavanje za zaposlene v okviru enote, kasneje tudi za vse ostale zaposlene. Pripravili smo tudi dve predavanji za pripravnike.

1 REALIZACIJA CILJEV/KAZALNIKOV V LETU 2012

1.1 Bolnišnične okužbe (BO)

CILJI: • v enoti ne bo prenosa MRSA, VRE in ESBL • tudi v prihodnosti dobro sodelovanje z bolnišnično higieničarko • udeležba in sodelovanje v projektni skupini za bolnišnično higieno • udeležba na delavnicah in izobraževanjih v organizaciji bolnišnične higieničarke	**REALIZACIJA** Da **UČINKOVITOST** Učinkovitost 100%, cilj je dosežen
AKTIVNOSTI: • izvajanje izolacijskih ukrepov po standardu kakovosti v okviru možnosti enote z visokim tveganjem • aktivno sodelovanje v projektni skupini • aktivno sodelovanje na delavnicah, udeležba na izobraževanjih, organizacija delavnice v okviru enote	
EVALVACIJA • 1 MS je vključena v projektno skupino, v njej aktivno sodeluje • udeležba na delavnicah in izobraževanjih • v okviru enote smo organizirali delavnico na temo razkuževanja rok	

1.2 Razjeda zaradi pritiska (RZP)

CILJI: • V enoti bomo pridobili največ 3 razjede zaradi pritiska • sodelovanje s koordinatorico za oskrbo ran • udeležba na delavnicah in izobraževanjih • udeležba in sodelovanje v projektni skupini za oskrbo ran	**REALIZACIJA** Da **UČINKOVITOST** Učinkovitost 100%, cilj je dosežen
AKTIVNOSTI: • ocenjevanje ogroženosti za nastanek za RZP pri vseh sprejetih pacientih po protokolu • preventiva in oskrba RZP po standardu kakovosti • aktivno sodelovanje v projektni skupini • aktivno sodelovanje na delavnicah, udeležba na izobraževanjih	
EVALVACIJA • v letu 2012 smo pridobili 2 RZP • v projektni skupini aktivno sodelujeta 2 MS • udeležba na delavnicah in izobraževanjih	

1.3 Izvajanje kakovostne oskrbe žilnih poti

CILJI: • incidenca koloniziranih osrednjih venskih katetrov (OVK) bo največ 0,05 % na število katetrskih dni	**REALIZACIJA** Da
AKTIVNOSTI: • neposredno opazovanje oskrbe žilnih poti po standardu kakovosti • pregled prenovljenih standardov kakovosti Oskrbe vbodnega mesta OVK, uvajanje in odstranitev OVK • udeležba na delavnicah in seminarjih	**UČINKOVITOST** Učinkovitost 100 %, cilj je dosežen
EVALVACIJA • incidenca koloniziranih OVK je 0 % • pregled prenovljenih standardov kakovosti • udeležili smo se delavnice/izobraževanja	

1.4 Visoka strokovna usposobljenost negovalnega tima

CILJI: • udeležba na notranjih in zunanjih strokovnih izobraževanjih po načrtu izobraževanja enote in matrike znanj bo 100-odstotna • aktivno sodelovanje zaposlenih v enoti v projektnih skupinah • aktivno in pasivno sodelovanje na notranjih ali zunanjih izobraževanjih • organiziranje delavnice/izobraževanja za enoto	**REALIZACIJA** Da **UČINKOVITOST** cilj je dosežen
AKTIVNOSTI: • spremljanje, prijava in udeležba na notranjih in zunanjih strokovnih izobraževanjih • sodelovanje pri projektnih skupinah in poročanje • aktivne udeležbe na notranjih in zunanjih strokovnih seminarjih • organizacija delavnice/izobraževanja za enoto	
EVALVACIJA • udeležba na notranjih in zunanjih izobraževanjih • v projektnih skupinah je še vedno aktivno vključenih 58 % zaposlenih v enoti, od tega je ena zaposlena aktivna v treh projektnih skupinah, ena pa v štirih • organizacija izobraževanja v sodelovanju z EITOS-om	

1.5 Padci, zdrsi pacientov

CILJI: • v enoti ne bo padcev, zdrsov pacientov	**REALIZACIJA** Da
AKTIVNOSTI: • ocenjevanje ogroženosti za padec pacienta • preprečevanje padcev po protokolu • redno izvajanje VV/VR s koordinatorico za padce • aktivno sodelovanje v projektni skupini • aktivno sodelovanje na delavnicah, udeležba na izobraževanjih • organizacija delavnice v okviru enote	**UČINKOVITOST** cilj ni dosežen
REALIZACIJA • v letu 2012 se je zgodil 1 padec pacienta • 1 MS je vključena v projektno skupino • udeležba na delavnicah, izobraževanjih • v okviru enote organizirali delavnico na temo fizičnega oviranja	

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE- KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN	10	8	100 %
Odgovorne MS odd.	43	33	91 %
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	0	0	
Skupaj	***53***	***41***	***92 %***

3 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

1. Slediti ciljem in aktivnostim zdravstvene nege organizacije
2. Izboljšanje varnosti in kakovosti dela v enoti
3. Kolonizacija OVK bo 0,03 % glede na število katetrskih dni, ne bo katetrske sepse
4. Ne bo prenosa MRSA, VRE ali ESBL
5. Ne bo padca pacienta v enoti
6. Pridobili bomo največ 2 RZP
7. Izboljšati varnost na področju razdeljevanja zdravil

ZAKLJUČEK

Tudi v prihodnje bomo stremeli h kakovostni in varni obravnavi naših pacientov, sledili bomo ciljem in se trudili, da jih dosežemo.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE CENTRA ZA HEMODIALIZO

Mateja Perko, višja med. sestra
koordinatorica ZN na hemodializnem oddelku

UVOD

Leto 2012 se je za zaposlene na hemodializnem oddelku začelo precej razgibano. Marca se je izvedla načrtovana prenova Centra za hemodializo.

Med prenovo smo vsem pacientom zagotovili redno hemodializno zdravljenje. V času prenove, ki je potekala do 16. 4. 2012, je dializno zdravljenje pacientov potekalo brez zapletov. Uskladili smo razporede pacientov, metode hemodializnega zdravljenja, prevoze na in z dialize, uredili dogovore s svojci in drugimi službami, da je vse potekalo optimalno. Zaposleni v dializnem centru smo delali šest dni v tednu v treh izmenah. Dodatni prostori so bili na kirurškem oddelku, EITOS-u in radiološkem oddelku. V času prenove smo pogosto sodelovali s tehnično službo. Med prenovo smo zamenjali odtoke vseh dializnih monitorjev, saj so stari predstavljali možno nevarnost za neoporečno izvajanje hemodializnih, predvsem on – line metod. Povsem smo obnovili dotrajano električno, vodovodno in plinsko napeljavo, talne obloge, prepleskali stene ter zamenjali razpadajoči strop v eni od dializnih sob. Sedaj delo izvajamo v boljših pogojih, čeprav nas občasno pesti pomanjkanje kadra in popolna zasedenost dializnega centra. Zaposleni v Centru so zelo zadovoljni, prav tako je zadovoljstvo pacientov zelo visoko. Po prenovi v aprilu smo prešli na turnusno delo.

V letu 2012 smo izvedli skupno 208 akutnih hemodializ pri 51 pacientih, in sicer v EITOS-u, IIT ter pri pacientih z oddelkov, ki so prešli na kronično hemodializno zdravljenje, ali pa je pri njih prišlo do restitucije ledvične funkcije.

V letu 2012 smo dobili štiri nove dializne monitorje Artis in se ob pomoči strokovnjakov firme Gambro naučili na njih izvajati bikarbonatne hemodialize. Ostale dializne metode bomo uvedli v letu 2013.

V preteklem letu je bila na zahtevo ZZZS izvedena racionalizacija prevozov dializnih pacientov. Temu je bilo treba prilagoditi razporede pacientov in hkrati upoštevati vse spremembe, da smo zagotovili kakovostno in varno oskrbo.

Leto 2012 so bili uspešno transplantirani štirje dializni pacienti, ki so bili na čakalni listi za presaditev ledvice.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Število zaposlenih na oddelku je: sedem diplomiranih medicinskih sester, ena višja medicinska sestra ter trije tehniki zdravstvene nege (ena kolegic je že absolventka VŠZN Jesenice)
Zaposleni aktivno sodelujejo v projektnih timih za:

- standarde kakovosti
- preprečevanje padcev
- dokumentacijo v ZN
- preventivo in oskrbo RZP
- skupina za oskrbo OVK
- bolnišnično higieno

Vsi zaposleni se zavedamo, da smo osebno odgovorni za najvišjo možno raven varnosti in kvalitete pri svojem delu s pacienti. To smo vsekakor dokazali tudi pri presoji ISO standard 26. 4. 2012, svoje delo pa smo želeli predstaviti tudi predstavnikom za akreditacijo po NIAHO standardu.

Kot vedno smo se tudi v preteklem letu trudili, da bi se zaposleni čim bolj aktivno vključili v delo v enoti oz., da bi čutili pripadnost njej. Skrbimo za stalno strokovno izobraževanje. V letu 2013 se bo treba bolj vključiti v aktivno sodelovanje na izobraževanjih znotraj in izven SBJ.

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE ZA LETO 2012

2.1 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTNE IN VARNE ZDRAVSTVENE NEGE OZ. CELOSTNE OBRAVNAVE PACIENTA

- izdelati standard "Odvzem vzorcev dializatov ter vode iz reverzne osmoze za mikrobiološke preiskave".
  Cilja še nismo realizirali. Izvajamo pa redne mesečne kontrole dializatov ter vode iz reverzne osmoze. V letu 2012 smo le 2x zabeležili neustrezen rezultat. Odvzem dializatov smo takoj ponovili, do ustreznega izvida nismo izvajali ON LINE metod na teh monitorjih.

- redni oddelčni sestanki - potekajo redno po dogovoru.

- izvajanje varnostnih vizit in varnostnih razgovorov
  V letu 2012 smo izvedli skupno 51 varnostnih vizit in varnostnih razgovorov - 14 s strani koordinatorice ZN, 37 so jih izvedle timske medicinske sestre.
  Najpogosteje izpostavljeni varnostni zapleti:

  - koagulacija krvi med dializo
    Ukrepi:
    - nadzor nad kontrolo vodenja antikoagulacije med dializo
    - obnova znanja, kaj storiti v primeru koaguliranja krvi v sistem
    - pogovori, izobraževanje in nadzor nad izvajanjem antikoagulantne terapije pri citratni CVVH pri pacientih, ogroženih zaradi krvavitve

  - akutne in kronične komplikacije med dializo
    Ukrepi:
    - obnoviti oz. preveriti znanje, kako ravnati v primeru pojava enih ali drugih
    - nadzor nad ravnanjem v primeru zapletov
    - VR OZ. VV po takem zapletu

  - higiena rok
    Ukrepi:
    - redni varnostni razgovori o pravilni higieni rok
    - določili smo promotorja higiene rok v enoti
    - redno se udeležujemo internih strokovnih izobraževanj na tem področju

  - rokovanje z odpadki
    Ukrepi:
    - redna udeležba na sestankih s tega področja
    - dogovorjene ukrepe takoj prenašamo v prakso na oddelku
    - stalen nadzor nad rokovanjem z odpadki
    - kontinuirano sodelovanje z bolnišničnih higienikom

- izolacija pacientov
  Ukrepi:
  - stalen nadzor nad upoštevanjem standarda Kontaktna izolacija
  - dobra komunikacija in stalno povezovanje naše enote z oddelki, od koder prihajajo akutni pacienti in je pri njih potrebna kontakna izolacija

- varovanje žilnih pristopov za hemodializo
  Ukrepi:
  - pisna in ustna navodila pacientom po konstrukciji A-V fistule, sodelovanje tudi s svojci
  - pri izobraževanju študentov in pripravnikov ima to področje poseben pomen
  - pripravljamo izobraževanje za medicinske sestre v SBJ, ki se pri delu s pacienti srečujejo z A-V fistulami
  - nabava rdečih plastičnih zapestnic, ki jo pacient na kronični hemodializi z AVF dobi ob sprejemu v bolnišnico
  - opozoriti medicinske sestre na to zapestnico
  - izvajanje nadzora nad ustreznostjo varovanja roke z A-V fistulo
  - izogibati se punkcijam na predvsem novo skonstruiranih A-V fistul po aplikaciji začetne antikoagulantne terapije

- ustreznost izpolnjevanja dokumentacije dializnih pacientov
  Ukrepi:
  - redni nadzori nad izpolnjevanjem, opozarjanje, preverjanje
  - redno poročanje (OBR 120/a) bo steklo v letu 2013, ko bomo imeli novo dializno knjigo, ki upošteva priporočila po DNV in ISO presoji ter notranjih nadzorih
  - obveščati zaposlene o pomembnosti pravilnega izpolnjevanja pacientove dokumentacije
  - poudarek predvsem na nadzoru predpisa in aplikacije zdravil - redna udeležba na sestankih projektne skupine za dokumentacijo

V letu 2012 smo popravili in dopolnili kar nekaj naših dokumentov in jih tudi ustrezno obvladovali (mnenje o hemodializnem zdravljenju, poročilo o hemodializnem zdravljenju, list zdravstvene nege hemodializnega osrednjega venskega katetra, zdravstvena nega A-V fistule, delovanje prenosne reverzne ozmoze, vklop in izklop centralne reverzne ozmoze v kleti, temperatura v hladilniku z zdravili ...)

Med možnimi varnostnimi zapleti posebno pozornost namenjamo naslednjim:

- opozarjanje na nerealnost meritev vitalnih funkcij, če se izvajajo v samem postopku priklopa ali odklopa pacienta na in z dializne procedure
- upoštevanje predpisanega časa izpostavljenosti i-Stat kartuš sobni temperaturi za merjenje ion. Ca pri izvajanju citratnih dializ
- opozarjanje medicinskih sester na oddelku, kjer je hospitaliziran kron. dializni bolnik, na dietni režim in pravilen čas jemanja fosfatnih vezalcev, izolirano od ostale per os terapije
- opozarjanje na pravilno aplikacijo eritropoetina pri hemodiafiltracijah in brezacetatnih hemodializah zaradi možnosti izgube v infuzatnih linijah
- opozarjanje na možnost nerealnih rezultatov preiskav krvi, katerih vzorci so bili odvzeti iz HD OVK polnjenimi z novimi antikoagulantnimi sredstvi
- opozarjanje na upoštevanje kontaktnega časa pri prevezah HD OVK in opazovanje alergičnih reakcij na koži v okolici HD OVK, kot posledica uporabe Citroclorexa
  Ukrepi:
  - redni varnostni razgovori o teh možnih varnostnih zapletih
  - nenehen nadzor nad upoštevanjem navedenega
  - povezovanje z drugimi dializnimi centri, izmenjava izkušenj, priporočil in znanj

2.2 IZVAJANJE KAKOVOSTNE IN VARNE OSKRBE HEMODIALIZNIH OSREDNJIH VENSKIH KATETROV

Poteka neprestano po protokolih in standardih. Stanje na dan 31. 12. 2012:

Na novo uvedenih HD OVK je bilo v tem obdobju 59, zabeležili smo skupno 3.845 katetrskih dni, le 4 konice HD OVK so bile kolonizirane, katetrskih seps ni bilo. Pri eni od naših pacientk beležimo že več kot 1.100 katetrski dan.

2.3 RAZVOJ KADROV

Udeležili smo se interno organiziranih strokovnih izobraževanj:

- TPO
- Preventiva RZP
- Zdravstvena zakonodaja
- Higiena rok
- ena DMS se je v maju udeležila strokovnega izobraževanja naše sekcije na temo Anemija in kronična ledvična odpoved
- udeležba ene DMS na mednarodnem kongresu EDTNA/ERCA v septembru v Strasbourgu.
- v novembru na VŠZN Jesenice uspešno diplomirala ena od sodelavk.

2.4 RAZVIJANJE NOVE DOKUMENTACIJE TER DOPOLNITEV OBSTOJEČE

Pripravili smo vsebinske popravke obstoječe dokumentacije, ki so bili ob sodelovanju s skupino za zdravstveno. dokumentacijo že upoštevani ter preneseni v prakso.

Do 15. aprila načrtujemo, s predstavnico vodstva za kakovost, dopolniti COP na hemodializnem oddelku. Iz njega bo razvidno, na katere standarde kakovosti, SOP in protokole se pri svojem delu opiramo in katere kazalnike kakovosti vodimo na oddelku.

Čim prej moramo posodobiti Protokol ravnanja v primeru opustitve hemodializnega zdravljenja.

2.5 ZADOVOLJEN PACIENT IN NJEGOVI SVOJCI

Izvedena je bila anketa o zadovoljstvu pacientov in njihovih svojcev. Odzvalo se je 77 % pacientov, nekaj anket pa je bilo neveljavnih.

Anketa je pokazala, da so pacienti zadovoljni z delom MS in zdravnikov, urejenostjo prevozov na in z dialize, pa tudi, čeprav nekoliko manj, s prostorsko ureditvijo, tehnično opremljenostjo in okoljem v našem DC. Tudi če bi imeli možnost izbire, se ne bi odločili za zdravljenje v drugem DC.

Svojci so izredno (100 %) zadovoljni s sodelovanjem z zaposlenimi v DC, menijo, da je za njihove svojce – naše paciente –pri nas optimalno poskrbljeno, kar se tiče kakovosti in varnosti 96 % svojcev meni, da dobijo dovolj informacij glede zdravljenja in življenjskega režima doma. Vsi (100 %) so zadovoljni z odnosom zdravstvenega osebja v DC do njihovega svojca. Zaupajo v delo zaposlenih v DC, na svoja vprašanja vedno dobijo zadovoljive odgovore. Na rezultate ankete smo ponosni in nam dajejo vzpodbudo pri nadaljnem delu.

3 CILJI ZA LETO 2013

- Preddializno svetovanje pacientu s kronično ledvično odpovedjo: dokončno obvladovanje dokumenta s tega področja in nadaljevanje s prakso.
- Opredeliti proces zdravstveno vzgojnega dela na našem oddelku, ga ustrezno dokumentirati in ocenjevati (področje HD, PD, TX, prehrana HD pacienta)
- Opolnomočenje srednjega managementa.
- Izboljšati vse oblike predaje pacienta na vseh nivojih.
- Izboljšati kulturo varstva zasebnosti pacienta (paravani, ustrezen prostor za uvajanje oz. odstranjevanje OVK, preveze ran po konstrukciji A-V fistul …).
- Dokončno opredeliti delokroge.
- Realizacija ciljev, ki nam jih ni uspelo realizirati v preteklem letu.

ZAKLJUČEK

Veseli smo, da se je vsaj znotraj naše bolnišnice spremenil odnos oz. pogled na delo Centra za dializo. Treba je poudariti, da izvajamo 14 različnih strokovno in tehnično zahtevnih metod in da dializno zdravljenje marsikdaj pripomore k boljšim izidom zdravljenja pacientov tudi na drugih oddelkih –EITOS, IIT, kirurški in interni oddelek.

STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKE SLUŽBE ZA LETO 2012

Drago Sredanović, dr. med., spec. gin.
Predstojnik službe

UVOD

Leto 2012 je bilo kljub nastopajoči finančni krizi kar zelo uspešno glede na opravljeni in tudi nekoliko preseženi zastavljeni delovni program. Pretežno vse leto smo v primernem obsegu izvajali operativni program, porodov pa je bilo ob uvajanju novih pristopov tudi nekaj več kot leto prej. Prav tako smo dobro delali tudi v ambulantah, le v ambulanti za bolezni dojk smo zaradi spremenjenega načina vrednotenja storitev, s številom doseženih točk precej zaostali za načrtom.

1 ORGANIZACIJA ODDELKA

Ginekološko-porodniški oddelek se nahaja v tretjem nadstropju Splošne bolnišnice Jesenice. Posteljni del je združen v zahodnem traktu in je umetno ločen na ginekološki del z desetimi posteljami in porodniški del s šestnajstimi posteljami. Za vse sobe skrbimo vsi, ker ni določenih vodij posameznih enot. Porodni blok, administracija in sobe zdravnikov so nameščeni v vzhodnem traktu. V porodnem bloku so nameščene tri porodne postelje in operacijska miza za urgentne carske reze. Operacijsko dvorano v prvem nadstropju bolnišnice smo jeseni povsem prepustili ortopedom in se pridružili kirurgom v operativnem bloku v drugem nadstropju. Ambulantni del dejavnosti je lociran v prvem nadstropju ambulantnega prizidka in služi namenom ginekološkega dispanzerja, specialistične ginekološke ambulante, UZ diagnostike in ambulante za bolezni dojk.

V okviru Ginekološko-porodniške službe je bilo v letu 2012 zaposlenih:
- 6 zdravnikov specialistov (1 zdravnik za delni delovni čas je zapustil ustanovo v mesecu maju)
- 1 specializantka (2 specializanta sta na kroženju v Ljubljani)
- 1 diplomirana medicinska sestra
- 5 diplomiranih babic
- 6 MS babic na oddelku in 1 MS babica za ambulantno delo (odšla v pokoj)
- 7 zdravstvenih tehnikov na oddelku in 3 zdravstveni tehniki za ambulantno delo
- 2 administratorki na oddelku in 1 za ambulantno delo

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2012

- **Ohranitev zadostnega števila specialistov za redno delo:**
  cilj je bil dosežen, saj smo v začetku leta pridobili novo specialistko.
- **Zagotovitev nadaljevanja dobre prakse operiranja pacientk z ginekološkim rakom in dodatno izobraževanje v zvezi s tem:**
  cilj je bil delno dosežen, saj planiranega dodatnega izobraževanja (npr: na GK v Ljubljani) nismo uspeli uresničiti.
- **Nadgradnja in nadaljnji razvoj pri zahtevnih endoskopskih operacijah:** napredovali smo pri razvoju laparoskopske miomektomije in pelvične limfadenektomije. Z laparoskopsko opremo smo imeli precej manj tehničnih težav
- **Izvedba predvidenega prospektivnega programa TVT operacij:**
  cilj ni bil dosežen, ker nam ni uspelo pridobiti zadostnega števila pacientk.
- **Ohranitev in nadaljnji razvoj diagnostične obravnave dojk:**

dejavnost se ohranja, vendar na isti ravni kot do sedaj.

- **Izdelava novih kliničnih poti (TVT, histerektomija, …), informacije za posamezne operacije in navodila za pacientke po odpustu domov;**
  klinične poti so v postopku priprave, nekatere pa so že vpeljane v vsakodnevno delo.
- **Skrb za in uresničevanje popolnejše dokumentacije:**
  pomanjkljivosti so še vedno prisotne, vendar v manjšem številu.
- **Poglabljanje znanja in izkušenj pri naravno vodenih porodih:**
  novi pristopi so že utečeni, dodatna znanja pa še pridobivamo.
- **Skrb za dobro porodniško prakso:**
  rezultati perinatalne obravnave so vzpodbudni, marsikje odlični.
- **Ohranitev naziva »Novorojencu prijazna porodnišnica«, ki ga podeljuje Unicef:** cilj je dosežen.
- **Ureditev varne podporne infrastrukture v primeru porodov doma:**
  cilj ni dosežen zaradi pomanjkanja širšega zanimanja za to vrsto prakse.
- **Kultura varnosti pri vsakdanjem delu:**
  trudili smo se, in se še, delati varno, kljub temu pa še vedno kdaj opažamo pomanjkljivosti, ki bi jih lahko izboljšali.

3 OPRAVLJENO DELO

3.1 REALIZACIJA DELOVNEGA PROGRAMA

Zadani delovni program za leto 2012 smo uspeli uresničiti in preseči. Odpustili smo skupaj 1.517 obravnavanih pacientk, kar je v 102,7 % izpolnjen letni načrt. Načrtovanih je bilo 1.477 obravnav.

Pri izračunu SPP-jev smo zbrali 1.288,6 uteži (v letu 2011: 1.260,49), povprečna skupna utež pa je bila 0,851, kar je več kot vsa leta doslej. V letu 2011 je ta znašala 0,825. Povečanje vrednosti uteži je na račun dela v ginekologiji, kjer je povprečna utež 0,822 (leta 2011-0.774), V porodništvu je povprečna utež vredna 0,982 (leta 2011 1.024). Ginekološko je bilo obravnavanih 785 pacientk (od tega 174 na dnevnem oddelku), porodniško pa 730 pacientk.

3.2 KADRI

Ena specialistka je bila vse leto na porodniškem dopustu. V mesecu marcu je delo nastopila nova specialistka. V maju je odšel specialist, ki je delal delni delovni čas. V tem času pa se je vrnila iz porodniškega dopusta še ena specialistka.

Uspešno sodelujemo z ginekologom z Ginekološke klinike v Ljubljani, ki nam pomaga pri obravnavi zapletenih primerov in sodeluje pri zahtevnejših operacijah enkrat do dvakrat mesečno. Pri dežurstvih so nam še vedno pomagali trije zunanji ginekologi. Pri delu v ambulanti za bolezni dojk v veliki meri še naprej sodeluje ginekolog po pogodbi.

Opravljeni so bili letni razgovori z redno zaposlenimi zdravniki.

3.3 ČAKALNE DOBE

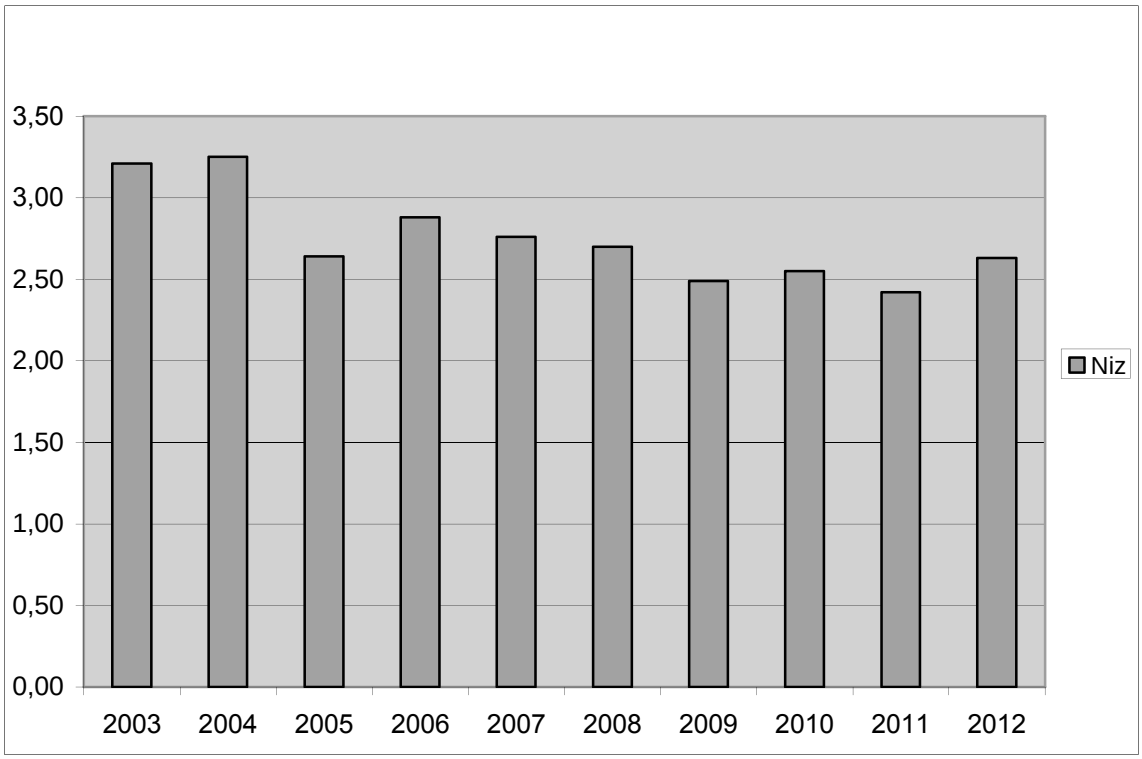
Elektronska knjiga naročanja je dobro urejena in vodena. Uspeli smo sanirati zamude iz preteklosti, tako da praktično ni preseganja v čakalnih dobah.

3.4 STROKOVNO DELO

Tabela 1: Povprečna ležalna doba na ginekološko-porodniškem oddelku za vse pacientke po letih

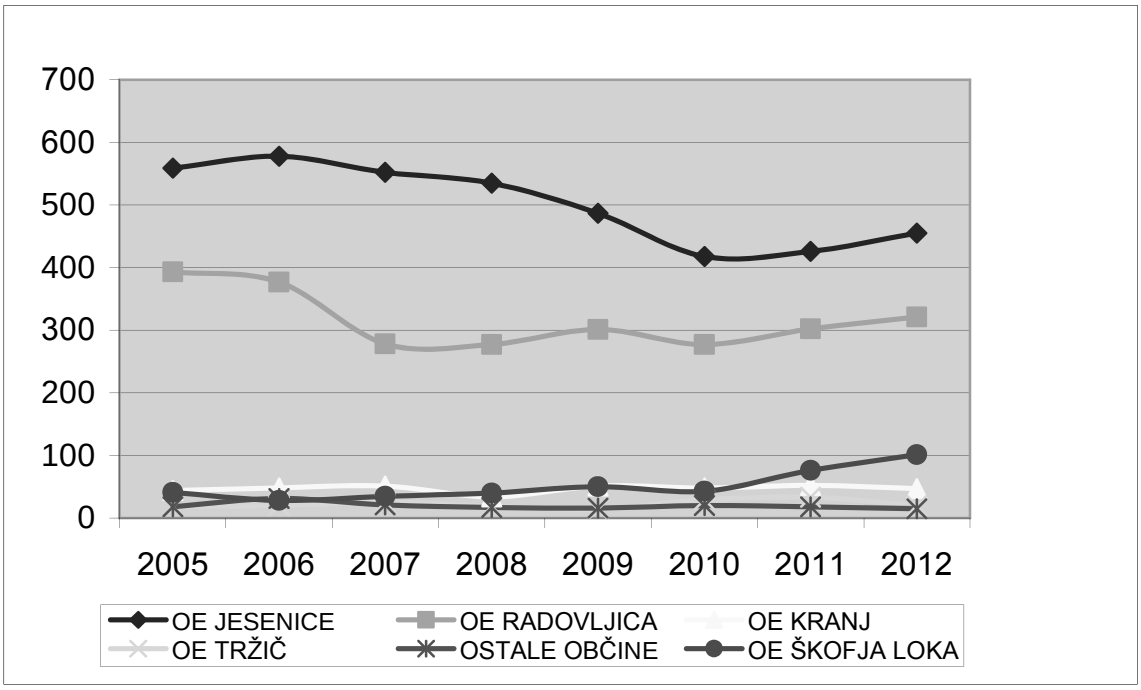
leto	***ležalna doba***
2003	3,21
2004	3,25
2005	2,64
2006	2,88
2007	2,76
2008	2,70
2009	2,49
2010	2,55
2011	2,42
2012	2,63

Graf 1: Povprečna ležalna doba na ginekološko porodniškem oddelku



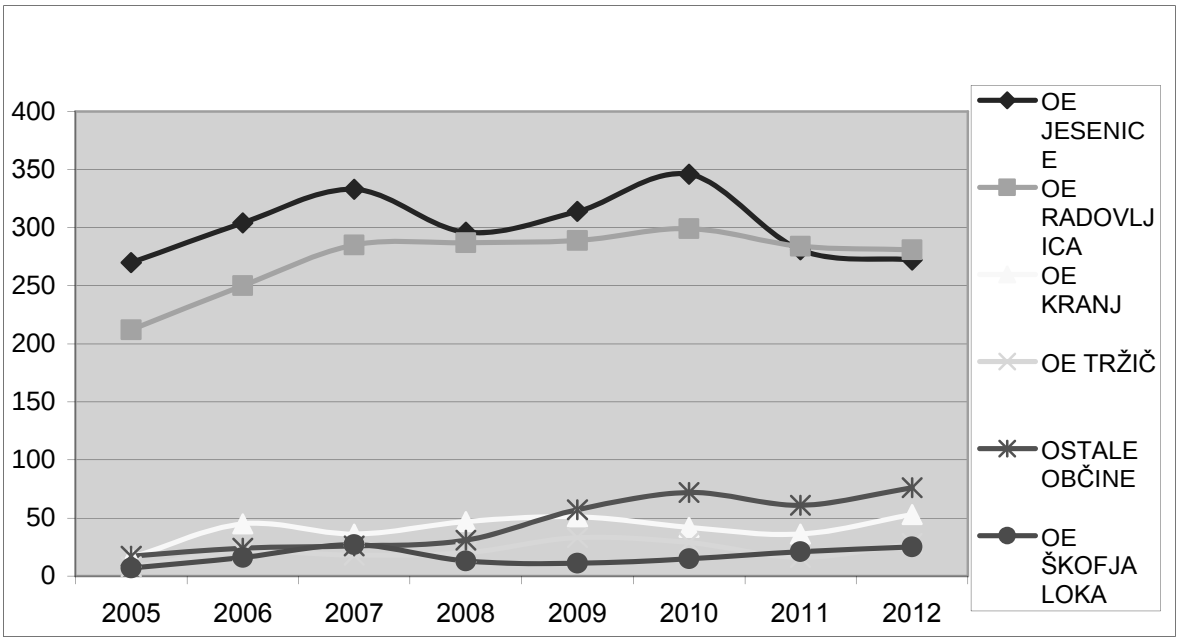
Povprečna ležalna doba na ginekološko-porodniškem oddelku je v letu 2012, glede na prejšnja tri leta, nekoliko narasla.

Graf 2: Število obravnav na ginekološkem oddelku po občinah



Tudi na porodniškem delu je bilo število obravnav ponovno nekoliko večje.

Graf 3: Število obravnav na porodnem oddelku po občinah

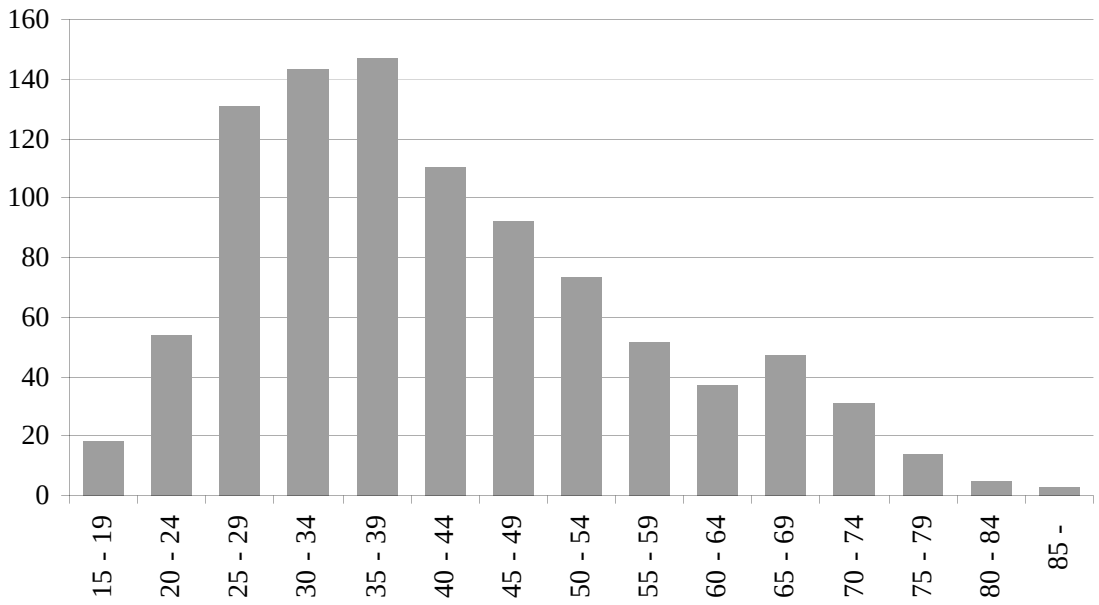


Starostna struktura pacientk na ginekološkem oddelku je podobna kot v preteklih letih. Največ obravnavanih pacientk je v starosti od 25 od 45 let, na prvem mestu pa je starostna skupina od 35 do 39 let (na prvem mestu v letu 2011 je bilo starostno obdobje od 30 do 35 let).

Tabela 2: Starostna struktura pacientk na ginekološkem oddelku v letu 2012

Starost	Število pacientk	Delež
15 - 19	18	1,88
20 - 24	54	5,64
25 - 29	131	13,69
30 - 34	143	14,94
35 - 39	147	15,36
40 - 44	110	11,49
45 - 49	92	9,61
50 - 54	73	7,63
55 - 59	52	5,43
60 - 64	37	3,87
65 - 69	47	4,91
70 - 74	31	3,24
75 - 79	14	1,46
80 - 84	5	0,52
85 -	3	0,31
SKUPAJ	***957***	***100,00***

Graf 4: Starostna struktura pacientk na ginekološkem oddelku v letu 2012

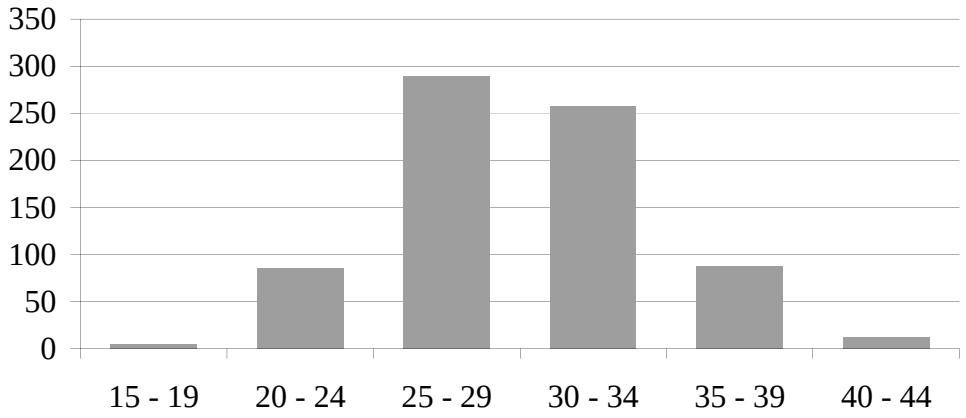


Na porodniškem oddelku so še vedno na prvem mestu porodnice v starosti od 25 do 29 let, vendar je naslednja starostna skupina od 30 do 35 let že zelo blizu.

Tabela 3: Starostna struktura pacientk na porodnem oddelku v letu 2012

Starost	Število pacientk	Delež
15 - 19	5	0,68
20 - 24	86	11,64
25 - 29	290	39,24
30 - 34	258	34,91
35 - 39	88	11,91
40 - 44	12	1,62
SKUPAJ	***739***	***100,00***

Graf 5: Starostna struktura pacientk na porodnem oddelku



Po MKB klasifikaciji je bilo na ginekološkem delu vse leto zabeleženih 957 glavnih diagnoz in na porodniškem delu 698 glavnih diagnoz. Pri ginekoloških primerih sta v porastu diagnozi polip materničnega telesa in uterovaginalni zdrs, diagnoza sterilizacija pa je v upadu. Pri porodniških primerih pa je v ponovnem porastu spontan porod v glavični vstavi, v upadanju pa so porodi z vakuumsko ekstrakcijo.

Tabela 4: Glavne diagnoze na porodnem oddelku v letu 2008, 2009, 2010, 2011 in 2012

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012
O800 Spontani porod v glavični vstavi	474	499	544	486	539
O820 Porod z elektivnim carskim rezom	38	47	51	52	30
O821 Porod z nujnim carskim rezom	40	51	51	44	58
O814 Porod z vakuumsko ekstrakcijo	66	56	50	41	27
O470 Nepravi porod pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti	25	33	39	22	35
O471 Nepravi porod ob ali po dopolnjenem 37. tednu nosečnosti	11	15	14	12	15
Ostale diagnoze	39	46	56	41	32
Skupaj	***693***	***747***	***805***	***698***	***736***

Tabela 5: Glavne diagnoze na ginekološkem oddelku v letih 2008 do 2012

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012
O049 Medicinski splav, popolni ali neopredeljeni, brez zapleta	96	123	120	127	122
N879 Displazija materničnega vratu, neopredeljena	104	57	45	49	57
N393 Stresna inkontinenca	14	12	17	52	57
N840 Polip materničnega telesa	30	31	42	34	55
O021 Splav z odmrlim plodom (missed abortion)	53	42	53	49	49
N979 Ženska neplodnost, neopredeljena	10	30	41	46	41
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	30	23	36	28	38
N813 Popolni uterovaginalni zdrs	15	24	16	10	38
N938 Druge vrste opredeljena nenormalna krvavitev iz maternice in nožnice	22	26	23	21	27
Z302 Sterilizacija	56	52	36	43	23
O089 Zaplet po splavu in izvenmaternični in molarni nosečnosti, neopredeljen	15	12	15	27	20
N950 Pomenopavzna krvavitev	29	32	34	15	20
O200 Grozeči splav	14	19	13	7	19
Q518 Druge prirojene malformacije maternice in materničnega vratu	18	23	17	26	18
D251 Intramuralni leiomiom maternice	22	14	14	18	17
O039 Spontani splav, popolni ali neopredeljeni, brez zapleta	26	13	16	9	13
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	12	16	11	8	3
N951 Menopavzna stanja in stanja žensk v klimakteriju	9	10	7	1	6
N872 Huda displazija materničnega vratu, ki ni uvrščena drugje	11	15	8	9	4
N871 Zmerna displazija materničnega vratu	24	15	17	17	8
N841 Polip materničnega vratu	13	18	19	14	11
N710 Akutna vnetna bolezen maternice	10	6	9	5	6
D250 Submukozni (podsluznični) leiomiom maternice	6	5	8	5	10
D061 Eksocerviks (zunanja stena materničnega vratu)	20	1	11	5	6
Ostale diagnoze	269	298	207	283	289
Skupaj	**633**	**613**	**835**	**908**	**957**

Pri najpogostejših SPP-jih v ginekologiji sta na prvih dveh mestih konizacija in ostali posegi na spodnjem delu reproduktivnega sistema ter ostali posegi na rodilih zaradi nemalignih tvorb. Glede na realizirano število uteži pri SPP-jih v ginekologiji so na prvem mestu rekonstruktivni posegi na ženskem reproduktivnem sistemu nato pa histerektomije zaradi nemalignih tvorb.

Tabela 6: Najpogostejši SPP primeri obračunani na ginekološkem oddelku v letu 2012 (za vse plačnike) - redni program:

koda	Opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,43	110	47,29
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	0,65	107	69,55
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36	82	29,52
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	1,28	81	103,71
N62B	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez sp.bol.stanj ali zapletov	0,26	68	17,70
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,70	57	96,90
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	0,56	54	30,24
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani	0,70	27	18,90
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,37	25	34,25
O62Z	Grozeči splav	0,30	19	5,70
O63Z	Splav brez D&C (dilatacije in abrazije aspiracijske kiretaže ali histerotomije)	0,32	18	5,76

Tabela 7: Razporeditev SPP-jev na ginekološkem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2012 (za vse plačnike) - redni program

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	1,28	81	103,71
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,70	57	96,90
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	0,65	107	69,54
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,43	110	47,29
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastr.ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	34,25	1,37	46,92
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprod. sistemu	0,56	54	30,24
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36	82	29,49
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v op. dvorani	0,70	27	18,90
N62B	Bolezni ženskega reprod.sistema in motnje menstr. ciklusa brez sp.bol.stanj ali zapletov	0,26	68	17,70
N03B	Posegi na maternici, jajcnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj	2,09	8	16,72
O03Z	Ektopična nosečnost	1,03	11	11,32

Pri najpogostejših SPP-jih v porodništvu prevladujejo vaginalni porodi in porodi s carskim rezom brez zapletenih diagnoz. Pri razporeditvi SPP-jev glede na realizirano število pa je slika enaka.

Tabela 8: Najpogostejši SPP primeri obračunani na porodnem oddelku v letu 2012 (za vse plačnike) - redni program

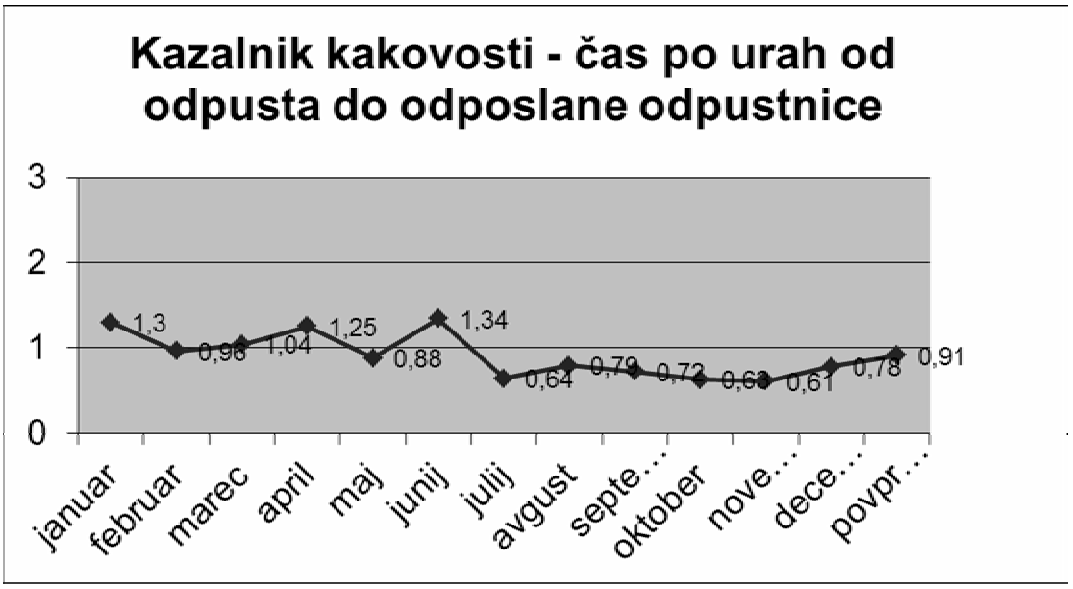
koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenih diagnoz	0,91	525	477,74
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenih diagnoz	1,71	70	119,7
O64Z	Lažni porod	0,33	45	14,85
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami	1,17	27	31,6
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	12	25,32
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz	0,41	12	4,92
O65B	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zmernih ali brez zapletenih diagnoz	0,32	12	3,84
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	9	14,31
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnoz.	1,11	5	5,55
O02Z	Vaginalni porod z zapletenimi posegi v operacijski dvorani	1,56	4	6,24

Tabela 9: Razporeditev SPP-jev na porodnem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2012 (za vse plačnike) - redni program

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenih diagnoz	0,91	525	477,74
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenih diagnoz	1,71	70	119,70
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami	1,17	27	31,60
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	12	25,32
O64Z	Lažni porod	0,33	45	14,85
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	9	14,31
O01A	Porod s carskim rezom s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	3,05	3	9,15
O02Z	Vaginalni porod z zapletenimi posegi v op. dvorani	1,56	4	6,24
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami	1,11	5	5,55
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz	0,41	12	4,92

Razpon čakanja na odpustno listo po mesecih je bil od 0,64 do 1,34 dni, v povprečju so pacientke čakale 0,91 dni na odpustnico. Rezultati so vsako leto boljši.

Graf 6: Kazalnik kakovosti čas od odpusta do poslane odpustnice pregled po mesecih



Na ginekološko-onkološki konzilij Ginekološke klinike je bilo napotenih 16 pacientk z diagnozo ginekološkega raka (leta 2011 20 pacientk) in sicer: 11 z rakom materničnega telesa, 2 z adenokarcinomom materničnega vratu in 1 z invazivnim ploščatim rakom materničnega vratu, 1 s karcinosarkomom mioma, 1 pacientka pa z mejno malignim seroznim tumorjem ovarija. 1 pacientka je bila obravnavana na dermatološko-onkološkem konzilji zaradi malignega melanoma vulve.

V Register raka RS smo prijavili še 9 primerov CIN 3 (leta 2011: 12 pacientk).

Iz ambulante za bolezni dojk smo na nadaljnjo obravnavno na Onkološki inštitut napotili tudi 19 pacientk s potrjeno diagnozo raka dojke (v letu 2011 14 pacientk) in 6 pacientk (leta 2011 21 pacientk) s suspektnimi spremembami za raka dojke.

3.4.1 Porodništvo

Porodništvu je bil dan še poseben poudarek z vračanjem k čimbolj naravnemu rojevanju, z izogibanjem aktivnemu in medikamentoznemu poseganju v porod, seveda kadar je le to možno. Pridobili smo tudi na prepoznavnosti, saj narašča zanimanje za porod pri nas iz širšega slovenskega prostora. Rezultati dela so posledica novih pristopov in so vedno boljši:

- porodov je bilo 30 več (655) kot leto prej
- delež carskih rezov ostaja v želenih okvirih - 13,4 %
- delež vakumskih ekstrakcij se uspešno zmanjšuje - 4,7 % (leta 2006 12,6 %, nato vsako leto manj)
- delež epiziotomij iz leta v leto dosega neverjetne vrednosti, lani le še 6,7 %, v letu 2006 pa še 46,7 %
- delež kakršnihkoli ruptur porodnih poti ostaja konstanten - 35,7 %, leta 2008 30,3 %
- uporaba Syntocinona kadarkoli med porodom samo v 18,5 %, v letu 2007 še v 80,8 %
- indukcija poroda le v 6,9 %, leta 2009 še v 25,8 %
- delež epiduralne analgezije se je zmanjšal- 24,3 % prej vsa leta pribl. 35 %
- zelo visok delež vaginalnih porodov po predhodnem porodu s carskim rezom - 58,5 %, prej največ leta 2006 - 38,4 %
- delež krvavitev več kot 500ml je bil 2,6 %, predlani 3,7 % in v letu 2010 1,7 %
- mrtvorojen je bil 1 otrok, zgodnje neonatalne smrtnosti pa po naših podatkih ni bilo.

3.4.2 Ginekološka operativna dejavnost

V letu 2012 smo operirali 631 pacientk, pri katerih je bilo skupaj narejeno 894 operativnih posegov. Ponovno se je povečalo število laparoskopskih operacij (215). Napravljenih je bilo 11 laparoskopsko asistiranih vaginalnih histerektomij (LAVH), 8 laparoskopskih miomektomij in 5 laparoskopskih pelvičnih limfadenektomij, najpogostejše pa so bile laparoskopske enukleacije cist (37). Izvedli smo rekordno število histerektomij, poleg 11 LAVH, še 39 vaginalnih in 23 abdominalnih. Plastik vagine je bilo napravljenih 68.

Transfuzijo je dobilo 7 pacientk, od tega 4 po operativnem posegu, 3 pa zaradi stanja po hudi krvavitvi ob sprejemu. Po porodu so transfuzijo dobile 4 pacientke. Poraba krvi je bila največja po letu 2007.

Tabela 10: Poraba krvi in krvne plazme primerjalno od leta 2006 do 2012

	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
KRI	2.243	7.241	3.620	2.671	3.081	4.970	7.000
PLAZMA	370	2.145	1.475	77	630	785	2.395

Med pooperativne komplikacije smo šteli:

- 2 reviziji po ekstirpaciji ateroma labij
- 2 reviziji zaradi retence urina po TVT operaciji
- revizija po laparoskopski sterilizaciji zaradi krvavitve v trebuh
- revizija po konizaciji
- perforacija uterusa pri histeroskopiji in pljučna embolija po operaciji
- absces in sepsa po carskem rezu
- spontana perforacija kolona po carskem rezu
- revizija po laparoskopski tubektomiji zaradi izvenmaternične nosečnosti
- revizija zaradi infekta rane po carskem rezu

V letu 2012 smo dobili nov monitor za nadzor vitalnih funkcij in obnovili nekaj operativnega instrumentarija.

3.4.3 Ambulantna dejavnost

Tabela 11: Realizacija načrtovanega programa v ambulantni dejavnosti primerjava let 2011 in 2012 - točke

	realizacija 2011	*načrt 2012*	*realizacija 2012*	*INDEKS real/načrt*	*INDEKS 12/11*
Dispanzer za žene	35.108	35.226	35.470	100,69	101,03
Ginekološka ambulanta	33.403	33.730	36.831	109,19	110,26
GCBD	20.857	25.111	16.467	65,58	78,95

Tabela 12: Realizacija načrtovanega programa v ambulantni dejavnosti primerjava let 2011 in 2012 - obiski

	realizacija 2011	***načrt 2012***	***realizacija 2012***	***INDEKS real/načrt***	***INDEKS 12/11***
Gin. amb.	3.024	3.632	3.278	90,25	108,40
GCBD	4.099	3.765	3.847	102,18	93,85

V ginekološkem dispanzerju je bilo v letu 2012 odvzetih 1.524 brisov (2011: 1.697 brisov) materničnega vratu po Papanicolau. Vseh uporabnih brisov je bilo 99,8 % (96,5 %), manj uporabnih 0 % (3,4 %) in neuporabnih 0,02 % (0,06 %). Brisov iz skupine A je bilo 87,2 % (86,1 %), brisov iz skupine B 7,5 % (9,5 %) in patoloških brisov iz skupine C 4,9 % (4,4 %). Konziliarnih pregledov je bilo napravljenih 77 (78).

V okviru ginekološkega dispanzerja je bilo opravljenih 2.071 (1.954) UZ pregledov pri ginekoloških pacientkah in nosečnicah, v okviru specialistične ambulante pa še 1.512 (1.402).

V ambulanti za bolezni dojk je bilo v letu 2012 izvedenih 118 (136) tanko igelnih punkcij tipljivih lezij dojke in odvzetih 40 brisov (33) izcedka iz dojk. S tanko iglo je bil potrjen rak dojke v 19 primerih (14), suspekten pa je bil izvid s tanko iglo v 6 primerih (13), po brisu izcedka pa v 0 primerih (6). Aspirat punkcije je bil neuporaben za citološko preiskavo v 27,1 % (23,5 %), bris izcedka v 0 % (24,2 %).

Razpored dela v specialistični ambulanti, ginekološkem dispanzerju in ambulanti za bolezni dojk ostaja enak kot leta 2011, zamenjali so se le zdravniki.

Tabela 13: Obravnave po glavnih diagnozah v ginekološki specialistični ambulanti (G1)

Leto	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Diagnoza	št. diagnoz	št. diagnoz	št. diagnoz	št. diagnoz	št. diagnoz
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	864	1.148	1.083	1.084	1.260
O268 Druga opredeljena stanja, povezana z nosečnostjo	154	160	145	151	175
Z988 Druga opredeljena stanja po kirurških posegih	28	72	95	107	143
O049 Medicinski splav popolni ali neopredeljen					138
Z34 Nadzor nad normalno nosečnostjo	7	12	53	67	135
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	72	78	92	91	95
O47 Nepravi porod	196	87	61	76	72
N879 Displazija materničnega vratu, neopredeljena	74	70	69	102	67
O200 Grozeči splav	83	101	82	52	62
O039 Spontani splav popolni ali neopredeljeni					60
O021 Splav z odmrlim plodom (missed abort.)	47	38	55	48	54
N948 Druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi spolnimi organi in menstruacijskim ciklusom	223	161	98	22	50
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	47	41	41	45	48
D251 Intramoralni leiomiom maternice					46
N813 Popolni uterovaginalni zdrs	43	35	36	35	44
N840 Polip materničnega telesa	50	43	50	43	42
N710 Akutna vnetna bolezen maternice					41
Ostale diagnoze	1.533	1.381	860	1.127	1.011
Skupaj	3.882	3.737	2.954	3.082	3.543

Tabela 14: Obravnave po glavnih diagnozah v Gorenjskem centru za bolezni dojk (G3)

Leto	2008	2009	2010	2011	2012
Diagnoza	**št. diagnoz**				
N608 Druge benigne displazije dojke	3.775	3.407	3.398	3.411	3411
N645 Drugi znaki in simptomi v dojki	182	105	155	150	179
N602 Fibroadenoza dojke	46	133	128	76	46
Z014 Ginekološki pregled (splošni)(rutinski)				33	26
N60 Benigna displazija dojke				215	24
N64 Druge motnje dojke					24
N948 Druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi spolnimi organi in menstr. ciklusom				46	22
N63 Neopredeljena zatrdlina v dojki	86	60	46	43	18
N600 Solitarna motnja dojke					12
N62 Hipertrofija dojke	10	18	10	19	11
N601 Difuzna cistična mastopatija	5	38	34	34	10
ostale diagnoze	45	89	36	92	76
Skupaj	4.165	3.886	3.836	4.138	3859

Tabela 15: Obravnave po glavnih diagnozah v Dispanzerju za žene (G4)

Leto	2008	2009	2010	2011	2012
Diagnoza	**št. diagnoz**				
Z014 Ginekološki pregled (splošni)(rutinski)	1.704	1.693	1.712	1.664	1383
Z304 Nadzor nad kontracepcijskimi sredstvi	1.741	1.516	1.419	1084	860
N948 Druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi	911	878	1.012	778	684
Z34 Nadzor nad normalno nosečnostjo				341	530
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	325	338	648	606	398
Z348 Nadzor nad drugimi normalnimi nosečnostmi	421	405	646	526	395
O268 Druga opredeljena stanja, povezana z nosečnos	165	245	389	295	377
Z321 Potrjena nosečnost	30	91	143	174	370
O47 Nepravi porod	177	166	414	316	251
Z391 Oskrba in pregled doječe matere	234	228	258	236	215
N889 Nevnetna nepravilnost maternič. vratu					200
N911 Sekundarna amenoreja	333	308	243	236	167
O200 Grozeči splav	246	159	259	187	162
N710 Akutna vnetna bolezen maternice				132	161
Z988 Druga opredeljena stanja po krg posegih					148
N760 Akutni vaginitis (kolpitis)	287	231	146	138	122
Z301 Vstavitev (intrauterinega) kontrac.sredst.	103	104	111	89	104
R104 Druge in neopred. bolečine v trebuhu					95
N959 Menopavzna in perimenopavzna motnja, neopredeljena	121	132	139	178	85
ostale diagnoze	2.490	1.961	1.683	1.359	1452
Skupaj	9.288	8.455	9.222	8.339	8159

3.4.4 Izobraževanje

V letu 2012 smo aktivno sodelovali na 3 izobraževanjih in sicer:

- Eva Macun; Prekinitev nosečnosti z zdravili, Ljubljana,
- Eva Macun; 3. izobraževalni dan Zora, Brdo pri Kranju
- Maruša Strgulc; ICS 42. Annual meeting, Peking, Kitajska

Udeležili smo se še naslednjih izobraževanj:

- Zanositev, nosečnost in porod - Potovanje, ki zaznamuje naše življenje (Babiška sekcija)
- Human rights and childbirths conference, Haag
- Šola za UZ diagnostiko v ginekologiji, Maribor
- Novakovi dnevi
- Osnove donorskega programa, SB Jesenice
- 4. Intenzivni tečaj psihosomatike v ginekologiji in porodništvu, Ljubljana
- Obvladovanje tveganj in napak v varnostno kritičnih okoljih
- ISPO 2012 scientific meeting, Graz
- Republiško strokovno srečanje o dojenju in laktaciji, Laško
- 2. Hrvatski kongres ginekološke onkologije, Zagreb
- International video workshop on radical surgery in gynaecologic, Praga
- Simpozij o kontracepciji v različnih življenjskih obdobjih, Ljubljana
- Novosti v kontracepciji, Ljubljana
- 10th MSRM, Budva

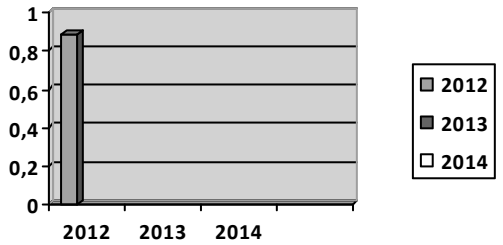
Jeseni smo pričeli z organizacijo srečanj za vse gorenjske ginekologe, teme pa so bile naslednje:

- Naravni porod - Eva Macun
- UZ diagnostika anomalij fetalnega srca - Samo Vesel
- Minimalno invazivna operativa v uroginekologiji - Matija Barbič
- Vpliv delovanja možganov na urinsko inkontinenco - Maruša Strgulc

4 KAZALNIKI KAKOVOSTI

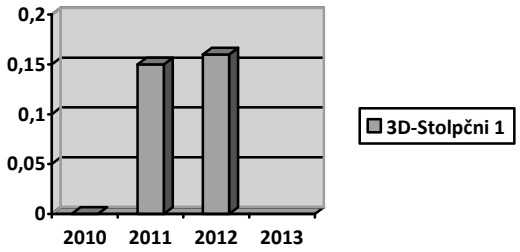
Zaradi pokrivanja s kazalniki ZZZS smo spremenili 2 kazalnika kakovosti v ginekologiji in 2 kazalnika kakovosti v porodništvu.

- *Delež transfuzij pri vseh ginekoloških pacientkah (spremenjen kazalnik kakovosti)*



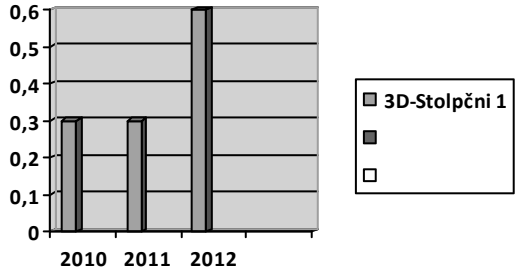
Ker je prejšnji kazalnik Delež transfuzij po histerektomiji dejansko že prisoten pri kazalnikih ZZZS, smo le tega nadomestili z novim.
Ciljna vrednost je manj kot 1 % transfuzij pri vseh ginekoloških pacientkah.

- *Delež PTE po operaciji (spremenjen kazalnik kakovosti).*



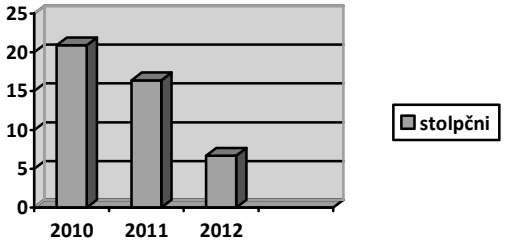
Ciljna vrednost je 0,0 % PTE po operaciji.

- *Delež pooperativnih hematomov, abscesov ali krvavitev, ki zahtevajo revizijo.*



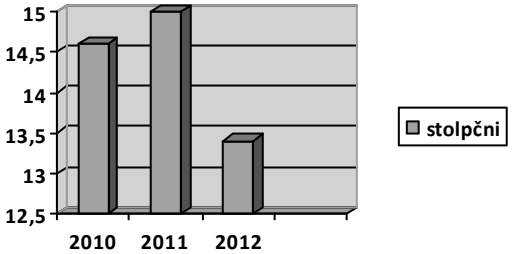
V letu 2012 smo imeli še enkrat več revizij kot v dveh letih prej. Ciljna vrednost je manj kot 0,3 % revizij po operaciji.

- *Delež epiziotomij pri vseh porodnicah (spremenjen kazalnik kakovosti).*



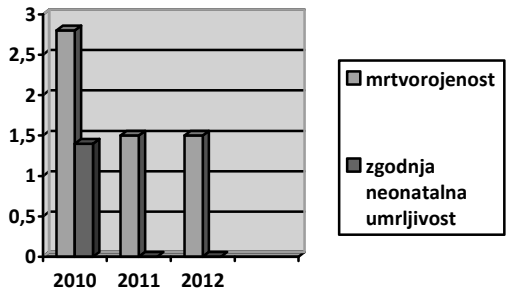
Kazalniki za standardne prvorodke nimajo prave uporabne vrednosti, zato smo kazalnik posplošili za vse porodnice. Napredek je iz leta v leto večji in skoraj neverjeten. Ob tem ni izrazitega porasta spontanih ruptur porodnih poti. Ciljna vrednost je pod 15 %.

- *Delež vseh carskih rezov (SPREMENJEN KAZALNIK KAKOVOSTI).*



Uporabnejši je kazalnik za skupno število carskih rezov. Zadovoljni smo z ohranitvijo števila carskih rezov pod 15 %, kar je tudi ciljna vrednost.

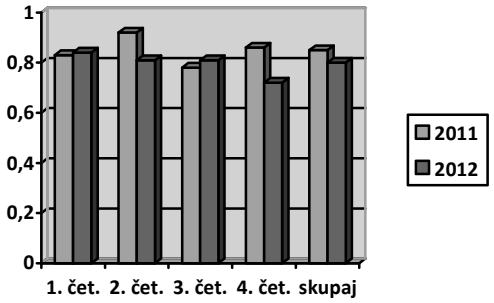
- *Stopnja perinatalne mortalitete.*



Rezultati so spremenljivi, a številke vseeno ostajajo nizke. Mrtvorojenost je odvisna od številnih dejavnikov, na katere pogosto nimamo posebnega vpliva.
Ciljna vrednost je 0,0 ‰ perinatalne mortalitete.

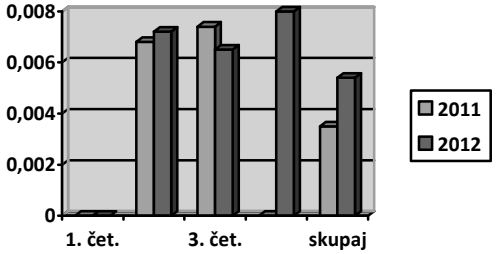
Kazalniki kakovosti, ki jih spremljamo na državnem nivoju, so bili redno poročani vsake 3 mesece.

- *KK 2: Izključno dojenje ob odpustu*



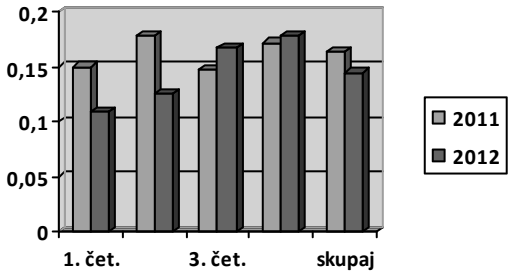
Rezultati so relativno slabi in potrebujejo podrobnejši pregled in razlago oziroma uskladitev s pristopom pediatrov. Sklenili smo, da se bomo dojenju posvetili izraziteje že v času nosečnosti. Želimo ohraniti priznanje Unicefa in bo s tem namenom formirana ožja skupina s pripravo programa svetovanja in osveščanja žensk o dolgoročnem pomenu dojenja. Povprečna vrednost polnega dojenja za celo Slovenijo, po podatkih Unicefa je 85 %, kar lahko vzamemo za ciljno vrednost.

- *KK 36: Poškodbe ob porodu pri vaginalnem porodu.*



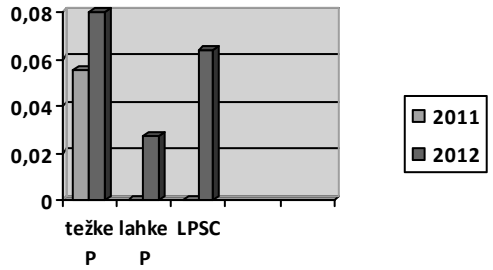
Hujših poškodb ob porodu ni veliko, se jim pa pogosto ni mogoče izogniti. Tudi pri epiziotomiji lahko pride do hujših ruptur presredka. V lanskem letu je bilo število ruptur presredka 3. in 4. stopnje skoraj še enkrat večje kot leto prej. Ciljna vrednost je manj kot 0,5 % hujših poškodb ob vaginalnem porodu.

- *K 37: Delež carskih rezov (z upoštevanjem izključitvenih dejavnikov).*



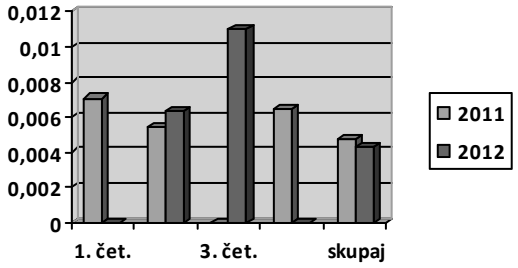
Število carskih rezov je nekoliko manjše kot v letu 2011. Ciljna vrednost je manj kot 15 %.

- *KK 38: Ginekološke operacije – izguba krvi*



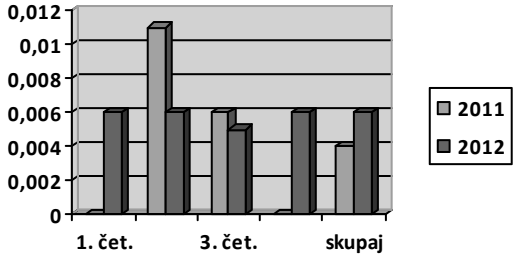
Rezultati za leto 2012 so precej slabši kot leto prej. Ciljna vrednost je manj kot 5 % vseh krvavitev po ginekoloških operacijah.

- *KK 39: Perinatologija –Apgar*



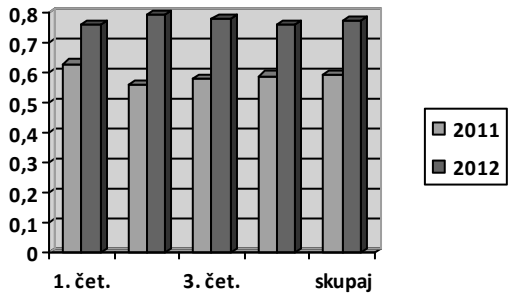
Številke so k sreči konstantno nizke, je pa ocena vsekakor odraz slabega stanja novorojenca in je zanesljiva. Ciljna vrednost je manj kot 0,3 % novorojencev z Apgarjem 6 ali manj po 5. minuti po rojstvu.

- *KK 40: Perinatologija-transfuzije.*



Številke so bile letošnje leto bolj konstantne med letom, v skupnem pa večje kot leto prej. Potrebno je še izboljšati preventivo večjih poporodnih krvavitev (protokol, trening). Ciljna vrednost je manj kot 0,4 % poporodnih krvavitev, ki zahtevajo transfuzijo krvi.

- *KK 41: Perinatologija - porodi brez intervencij*



Rezultati tega kazalnika so zelo dobri, ni pa v navodilih za spremljanje zajeta tudi vakuumska ekstrakcija, kar nas čudi. Ciljna vrednost je več kot 60 % porodov brez intervencij.

Rezultati izvedene ankete med porodnicami so bili zelo dobri, za kar smo bili tudi pohvaljeni. Vsekakor pa bo treba določene probleme še urediti. Najpogostejša pripomba je bila izražena zaradi pomanjkanja zasebnosti v porodni sobi, vendar veliko manj kot leto prej. Obstaja že plan in ideja za rešitev problema.

V letu 2012 je bilo število odklonov manjše kot leta 2011. Vse odklone smo skupaj razrešili in predvideli ukrepe.

5 CILJI ZA LETO 2013

- Ohranitev zadostnega števila specialistov za redno delo.
- Zagotovitev nadaljevanja dobre prakse operiranja pacientk z ginekološkim rakom in dodatno izobraževanje v zvezi s tem.
- Nadgradnja in nadaljnji razvoj pri zahtevnih endoskopskih operacijah.
- Ohranitev in nadaljnji razvoj diagnostične obravnave dojk.
- Izdelava novih kliničnih poti (TVT, histerektomija …), informacije za posamezne operacije in navodila za pacientke po odpustu domov.
- Skrb za in uresničevanje popolnejše dokumentacije.
- Poglabljanje znanja in izkušenj pri naravno vodenih porodih.
- Skrb za dobro porodniško prakso.
- Ohranitev priznanja Unicefa za »Novorojencu prijazno porodnišnico«.
- Kultura varnosti pri vsakdanjem delu.
- Razširitev porodnega bloka za kvalitetnejšo in varnejšo obravnavo porodnic.
- Nadaljevanje in krepitev sodelovanja z notranjimi in zunanjimi sodelavci.
- Ohranjanje in poglabljanje stikov na področju izobraževanja.

ZAKLJUČEK

Naše želje in napori so usmerjeni v ohranjanje in izboljševanje dela v okviru Splošne bolnišnice Jesenice. Trudimo se za uspešno premagovanje in odstranjevanje ovir še naprej. Pri tem sodelujemo vsi zaposleni na ginekološko-porodniškem oddelku.

POROČILO DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKEM ODDELKU

Marta Smodiš, dipl. m. s.
Koordinatorica zdravstvene nege na ginekološko-porodniškem oddelku

UVOD

V zdravstveni negi (ZN) na ginekološko porodniškem oddelku smo v preteklem letu naredili velik korak k spremembam v porodništvu, kjer je poudarek na upoštevanju želje porodnice o načinu poroda, ko se porod začne spontano in se razvija v svojem lastnem ritmu. Pri porodu se upošteva tudi porodni načrt, če ga porodnice prinesejo s seboj, vendar vse v okviru varnega izvajanja. Pri porodu je vedno lahko prisoten partner, po izbiri pa tudi doula – porodna spremljevalka, ki spremlja žensko že v času nosečnosti, poroda in po porodu, ter ji nudi praktično in čustveno podporo. Na oddelku omogočimo partnerju sobivanje z otročnico, če dopuščajo prostorske kapacitete. V okviru oddelka potekajo zdravstveno vzgojne aktivnosti in svetovanja na področju dojenja in prehrane. Redno se vključuje služba fizioterapije pri obravnavi otročnic, novorojencev in ginekoloških operirank.

Zadovoljstvo otročnic smo spremljali s pomočjo Anketnega vprašalnika o zadovoljstvu pacientk po porodu. Na enak način bi želeli spremljati zadovoljstvo ginekoloških pacientk, vendar tega nismo še realizirali.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE NEGE

Cilj managementa je kakovostno opravljena storitev, redno spremljanje novosti in vključevanje le teh v naše vsakdanje delo. Naloga managementa je skrb za redno izobraževanje zaposlenih (interno in eksterno), vzpodbujanje k aktivnim udeležbam ter k večjemu sodelovanju v projektnih skupinah.

V bolnišnici je ena temeljnih vrednot odgovornost do pacientov in profesionalni odnos do dela. Zaposleni na ginekološko porodniškem oddelku si prizadevamo slediti tem vrednotam s kvalitetno obravnavo vseh naših pacientk.

V tabeli in grafu je prikaz kategorij sprejetih pacientov v letu 2012:

Tabela 1: Delež pacientk po kategorijah zdravstvene nege po mesecih v letu 2012 in primerjava z letom 2011 na gin.- por. oddelku.

		2011	jan	feb	mar	april	maj	junij	julij	avg	sept	okto	nov	dec
Kategorija	I	13,0	13,6	36,9	20,2	26,4	14,9	18,8	11,7	17,2	15,6	15,4	17,2	16,1
	II	73,0	74,9	50,3	62,6	58,8	72,5	69,3	69,2	68,6	76,4	69,9	68,0	68,9
	III	13,0	11,5	12,8	17,1	14,8	12,6	11,9	19,1	14,2	8,0	14,7	14,9	15,0

(Vir: Mežik-Veber, 2013)

2 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

1. CILJ: Padci a.) na gin-por. oddelku brez padca b.) sodelovanje v projektni skupini za padce	**Realizacija** Delna **Učinkovitost** Cilj delno dosežen
AKTIVNOSTI: ocena ogroženosti za padec vsem pacientkam ob sprejemu ter sprememba ocene glede na zdravstveno stanje pacientke opravljanje VV/VR	
EVALVACIJA: V letu 2012 smo zabeležili 2 padca Opravljeni sta bili dve VV v letu 2012, potekali so razgovori v negovalnem timu ob vsakem padcu – 100 % realizacija. Ukrepi so se nanašali na zagotavljanje varnih pogojev bivanja, prepoznavanje dejavnikov, ki vplivajo na stanje pacienta MS z oddelka sodeluje v skupini za padce	
2. CILJ: Izključno dojenje po porodu a.) povečati število izključno dojenih otrok b.) pripraviti protokol dojenja c.) sodelovanje z ostalimi službami pri promoviranju dojenja č.) udeležba na izobraževanjih o dojenju	**Realizacija** Delna **Učinkovitost** Cilj je delno dosežen
AKTIVNOSTI: Izvajanje vseh aktivnosti v okviru svetovanja in zdravstvene vzgoje dojenja Redni VV/VR na temo spremljanja dojenja Spremljanje podatkov o dojenju Udeleževanje zaposlenih na izobraževanjih in delavnicah o dojenju	Realizirano
EVALVACIJA: Redno svetovanje s strani MS Ni bilo ZV svetovanja s strani dipl. babice Dve MS sta se izobraževali po planu izobraževanja, vendar izobraževanja nista zaključili v celoti	Delno realizirano

3 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE – KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

3. 1 ODKLONI S PREDLOGI IZBOLJŠAV

Oddelek/ enota	**Skupno število odklonov**	**Sporočili sami / dodelili drugi**	**Odkloni sporočeni anonimno**	**Strokovni odklon**	**Pritožba pacienta/ svojca**	**Poškodba osebja**
GIN - POR	**5**	**3/1**	**1**	**3**	**0**	**0**
Oddelek/ enota	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Varnostni incident informacij**	**Kaznivo dejanje**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
GIN - POR	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**12**

NAJPOGOSTEJE PRIJAVLJENI ODKLONI	
ODKLON: Neprimeren odnos osebja ali pacientov	**Realizacija** **Učinkovitost (1 – 5)**
AKTIVNOSTI: • Skupni sestanek in razgovori v timu	4 (srednja)
EVALVACIJA: • Izboljšanje odnosov v timu	
ODKLON: Nepravilno ločevanje odpadkov	**Realizacija** **Učinkovitost (1 – 5)**
AKTIVNOSTI: • Pregled protokola ločevanja odpadkov • pravilna označitev embalaže za odpadke	4 (srednja)
EVALVACIJA: • pravilno označevanje odpadkov (nalepke na kontejnerjih) • obveščanje ISS-a za odvoz smeti	
ODKLON: Aplikacija terapije – nepopoln predpis	**Realizacija** **Učinkovitost (1 – 5)**
AKTIVNOSTI: • Razgovor v timu o aplikaciji terapije • Upoštevanje 6P • Vključevanje farmacevtke v reševanje odklona	4 (srednja)
EVALVACIJA: • Izpolnjevanje predpisa v celoti	
ODKLON: Naročanje na operativni poseg - pacientka ni bila obveščena	**Realizacija** **Učinkovitost (1 – 5)**
AKTIVNOSTI: • Razgovor v timu	5 (dobra)
EVALVACIJA: • Redno preverjanje o obveščanju en dan pred posegom • Potrditev klicanih oseb s podpisom na operativni program	

3.2 POROČILO ANKETNEGA VPRAŠALNIKA O ZADOVOLJSTVU PORODNIC

Ali vam je porodna soba zagotavljala intimnost?	Leto 2011 - 94,5 %, 2012 - 94,7 %
Ali ste o poteku poroda dobili zadovoljive informacije?	2011 - 98,2 %, 2012 - 97,2 %
Ali so bile želje, ki ste jih izrazili med porodom upoštevane?	2011 - 97 %, 2012 - 97 %
Ali vam je babica razložila postopke, preden so bili opravljeni?	2011 - 98,2 %, 2012 - 97,6 %
Ali ste dobili dovolj podpore in pomoči pri oskrbi in negi novorojenca?	V letu 2011 niso dobile pomoči 1,1 %, 2012 -1,7 %
Ali ste dobili dovolj nasvetov in praktične pomoči pri dojenju?	Leto 2011 - 96,4 %, 2012 - 95,3 %

Ali so bili nasveti enotni?	2011 - 91,9 %, 2012 - 95 %
Ali je hrana zadovoljila vaša pričakovanja?	2011 - 75,2 %, 2012 - 80,4 %
Ali je bilo zdravstveno osebje do vas ustrežljivo, spodbudno, prijazno?	2011 - 99,5 %, 2012 - 99,6 %
Ali ste ob odpustu dojili svojega otroka?	2011 - 95,2 %, 2012 - 95,3 %

V večini odgovorov anketiranke ne bi ničesar spreminjale, z oskrbo so bile zadovoljne. Posebej poudarjajo prijaznost, ustrežljivost ter kakovost dela v porodni sobi. Glede posredovanja informacij o dojenju, osebni higieni in drugih navodil, je največji delež informacij posredovala medicinska sestra.

Večina žensk ni imela pripomb na bivanje, bile so zadovoljne s profesionalnostjo medicinskih sester, oskrbo in kvaliteto dela na oddelku.

3.3 POROČILO IZVEDENIH VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	koord. ZN gin.-por. odd. izvedla 18 VV/VR
Število izrečenih ukrepov	38
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	95 % uspešnost pri realizaciji
Skupna učinkovitost VV/VR	20

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	Vodja babic v porodni sobi -7 VV/VR
Število izrečenih ukrepov	16

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	Odgovorne MS vseh treh odsekov izvedle 16 VV/VR
Število izrečenih ukrepov	32
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	Ukrepi so realizirani, uspešnost preverjamo

	Varnostni problem/zaplet	***Korektivni ukrepi***	***Rezultat***
1.	Identifikacija pacienta pred odvzemom krvi	• Seznanitev zaposlenih • Pregled dokumentacije • Nameščanje identifikacijske zapestnice	Realizirano 5 (dobra)
2.	Preprečevanje padcev	• Pogovor v timu o izvajanju preprečevanja padcev • Vsakemu pacientu zloženko o preprečevanju padcev	Realizirano 5 (dobra)
3.	Ločevanje odpadkov	• Pravilno označevanje odpadkov • Namestitev dodatnega opozorila na embalažo	Realizirano 4 (srednje)
4	Seznanitev zaposlenih o poteku in izvedbi izrednega strokovnega nadzora ter o poteku konference ZN	Izvedeni korektivni ukrepi so bili realizirani	Realizirano 4 (srednje)

5	Odvzem vzorcev za laboratorijske preiskave	- Pogovor v timu o izvajanju odvzema vzorcev - Upoštevanje standarda o odvzemu krvi - Pravilno označevanje vzorcev - Pravilna napotitev, redna - nujna	Realizirano 5 (dobra)

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

Letni razgovori so bili izvedeni z 18 zaposlenih. Zaposleni so v letnih razgovorih izpostavili dobre medsebojne odnose in sodelovanje.

V letu 2012 smo izvedli dve izobraževanji:

- V okviru ginekološko porodniškega oddelka smo pripravili izobraževanje in povabili društvo Solzice. Naslov izobraževanja je bil Sočutno spremljanje staršev ob smrti otroka in stiska zdravstvenih delavcev ob soočanju s smrtjo otroka in žalujočih staršev. Ker je izkušnja smrti otroka pred, med in kmalu po porodu težka tudi za zdravstvene delavce, so nam pripravili izkustveno delavnico.
- Organizirali smo srečanje s patronažnimi medicinskimi sestrami in organizirano predavanje gin.-por. oddelka o naravnem porodu. Predavali so zaposleni na gin-por. oddelku. Predavanja se je udeležilo 25 udeležencev.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

Cilj 2013	Kazalnik	Aktivnost	Časovnica	Odgovorna oseba
PADCI: Brez padca	Št. vseh padcev/ leto	Preprečevanje padcev po protokolu, izvajanje ukrepov., spremlj. učinkovitosti	Redno v letu 2013	MS gin.-por. odd.
MRSA: preprečevanje prenosa VOB	Št. zabeleženih prenosov/leto	Ukrepi za preprečevanje VOB, sodelovanje z BH in spremljanje učinkovitosti.	Redno v letu 2013	MS gin.-por. odd.
1. CILJ ZN GIN.-POR. ODD. realizirati sklepe rednih letnih razgovorov	Št. realiziranih sklepov do konca leta	Izvedba sklepov, preverjanje uspešnosti.	Do konca leta 2013	Koord. ZN, MS gin.-por. odd.
2. CILJ ZN GIN.-POR. ODD.: povečati število dojenih otrok	Število dojenih/pol leta	Izpeljava sprememb na področju dojenja	Do maja leta 2013	Koord. ZN, MS gin.-por. odd.
3. CILJI ZN GIN.-POR. ODD.: KP za fiziološki porod		Izpeljava v sodelovanju zaposlenih na gin-por. odd.	Do konca leta 2013	Predstojnik, Koord. ZN, babice v porodni sobi,
4. CILJ ZN GIN.-POR. ODD.: Dokumentacija za novorojenca		Izpeljava v sodelovanju zaposlenih na gin.-por. odd. in pediatriji		Predstojnik ped. oddelka, Koord. ZN, MS v PNN

ZAKLJUČEK

Zasedenost postelj na oddelku zelo niha, saj lahko samo okvirno predvidimo število možnih sprejemov s strani porodnic. Zato tudi niha obremenjenost zaposlenih na ginekološko-porodniškem oddelku.

Na podlagi notranjih nadzorov in presoj smo odkrili nekatere nepravilnosti, ki jih bomo odpravili, saj želimo, da je obravnava pacientk in novorojenčkov varna in kakovostna

STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2012

Judita Mandelc Kunčič, dr. med., spec. anest.
Predstojnica službe

UVOD

Anesteziološko-reanimacijska služba je ena od temeljnih medicinskih služb Splošne bolnišnice Jesenice, ki združuje anesteziološko-reanimacijsko dejavnost naslednjih organizacijskih enot:

- Oddelek za anestezijo in reanimacijo,
- Operacijski blok,
- EITOS - Enota za intenzivno terapijo kirurških strok,
- Dnevni oddelek,
- Porodna soba,
- Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečin in paliativno oskrbo,
- Urgenca.

Službo vodi predstojnica Judita Mandelc Kunčič, dr. med., spec. anest., EITOS - enoto za intenzivno terapijo kirurških strok Vlado Jurekovič, dr. med., spec. anest., vodja Centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo je asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med., spec. anest.

Vsi zdravniki delamo v operacijskem bloku in na dnevnem oddelku. Eden od anesteziologov je ob izpolnjenih pogojih v lanskem letu prenehal dežurati. V Enoti intenzivne terapije v rednem delovnem času dela eden iz skupine zdravnikov, ki imajo za svoje ožje področje intenzivno medicino. Delo v Centru za zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo je bilo zaradi porodniškega dopusta zmanjšano.

1 REALIZACIJA CILJEV

V letu 2012 smo se odločili za spremljanje števila punkcij trde možganske opne pri vstavljanju epiduralnega katetra in število postpunkcijskega glavobola pri porodnicah. Zabeležili smo le dve punkciji dure.

Hemodinamski nadzor pacienta med operacijo izvajamo občasno, pri najtežjih pacientih, trudimo se za sistematično monitoriranje vseh s srčno žilnimi obolenji, kar nam v celoti še ne uspeva zaradi organizacijskih in finančnih razlogov.

Anesteziologi se udeležujejo delavnic s področja ultrazvočno vodene regionalne anestezije, da bi to dejavnost izvajali v praksi, pa je neobhodno potrebna ustrezna UZ aparatura.

1.1 OPRAVLJENO DELO

1.1.1 Operacijski blok in ginekološka – ortopedska operacijska soba

V operacijski sobi v prvem nadstropju je do oktobra 2012 program potekal vsak dan: trikrat v tednu ortopedski, dvakrat ginekološki operativni program. Od novembra 2012 se v tej dvorani izvajajo samo ortopedske operacije.

Iz dokumentacije za evidentiranje anestezij in posegov v zvezi z anestezijo, ki se beležijo v operacijskem bloku in ginekološki oziroma v ortopedski operacijski sobi, je moč razbrati, da

je bilo v letu 2012 zabeleženih 21.548 aktivnosti, kar je 10 % več kot v predhodnem obdobju. Ob tem je bilo celotno število anestezij komaj zaznavno manjše, in sicer 4.812 – 0.5 % manj. V preteklem letu so se v operacijskem bloku in na dnevnem oddelku izvajale operacije krčnih žil in posegov na rokah v lokalni anesteziji, ki ni zabeležena v obrazcu evidentiranja posegov, kjer je bil od anestezijske ekipe prisoten le anestezijski tehnik.

Življenje ogrožajočih stanj v urgenci ali na oddelkih, ko je bila nujna prisotnost anesteziologa, je bilo 15.

Dodatni program v mesecih marec, april, maj, junij in november je potekal po ustaljenem urniku, endoproteze kolka ob sobotah, ostale operacije (žolčnik, kile, artroskopije, odstranitve osteosintetskega materiala) pa v popoldanskem času od ponedeljka do četrtka.

Tabela 1: Evidentirani posegi po grupi aktivnosti Anestezija v letih 2005 do 2012

		leto							
šifra	*Ime aktivnosti*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*
SPLOŠNA ANESTEZIJA									
92502-00	Intravenska splošna anestezija	124	129	67	100	129	424	283	114
92502-01	Inhalacijska splošna anestezija	10	13	20	22	12	9	19	25
92502-02	Intravenska in inhalacijska splošna anestezija	2.609	2.820	2.981	3.021	3.106	3.164	3.707	3.917
92502-03	Splošna anestezija, kombinirana z velio regionalno anestezijo	167	130	115	159	138	146	125	132
SKUPAJ		2.910	3.092	3.183	3.302	3.385	3.743	4.134	4.188
SPINALNI BLOK									
18206-08	Injiciranje opioida v spinalni kanal (pred op., med op. in po njej)	124	28	28	29	36	32	27	40
18209-08	Injiciranje lokalnega anestetika v spinalni kanal (pred op., med op. in po njej)	551	467	388	443	411	505	441	408
SKUPAJ		**675**	**495**	**416**	**472**	**447**	**537**	**468**	**448**
KOMBINIRANO SPINALNO-EPIDURALNA ANESTEZIJA									
18216-02	Infuzija lokalnega anestetika v epiduralni prostor (pred op., med op. in po njej)	47	28	34	40	29	26	26	17
18216-05	Infuzija opioida v epiduralni prostor (pred op., med op. in po njej)	33	20	23	28	27	18	23	11
SKUPAJ		**80**	**48**	**57**	**68**	**56**	**44**	**49**	**28**
BLOKADA PERIFERNIH ŽIVCEV ALI PLETEŽEV (Z ALI BREZ KATETRA)									
18254-00	Blokada brahialnega pleteža z lokalnim anestetikom	75	33	23	37	29	59	28	24
18270-00	Blokada femoralnega živca z lokalnim anestetikom	15	18	12	41	43	65	75	75
18272-02	Blokada poplitealnega živca z lokalnim anestetikom	22	10	10	9	4	12	6	13
18278-00	Blokada ishiadičnega živca z lokalnim anestetikom	20	15	23	43	37	58	76	66
SKUPAJ		**132**	**76**	**68**	**130**	**113**	**194**	**185**	**178**
OSTALI POSEGI EVIDENTIRANI POD GRUPO AKTIVNOSTI AN - ANESTEZIJA									
11600-02	Monitoriranje centralnega venskega tlaka	3	4	4	2	3		6	5
11600-03	Monitoriranje sistemskega krvnega tlaka	12	12	6	7	4	6	21	14
13400-00	Kardioverzija					2	2	1	
3706-02	Transfuzija zgoščenih celic	60	105	72	78	81	70	116	70

13815-01	Perkutana centralna venska katetrizacija	5	4	10	6	10	18	6	6
13839-00	Odvzem krvi za diagnozo	103	104	155	179	143	138	139	143
13842-00	Vstavitev arterijskega katetra za analizo plinskega ravnovesja	28	20	18	47	40	46	45	52
18213-00	Intravenska regionalna anestezija zgornje okončine z retrogradno perfuzijo		1				1	1	1
18272-00	Blokada safenskega živca z lokalnim anestetikom		1						
18272-01	Blokada posteriornega tibialnega živca z lokalnim anestetikom		1						
18272-03	Blokada suralnega živca z lokalnim anestetikom		1						
36800-00	Katetrizacija mehurja	351	301	397	529	486	419	651	615
41898-00	Bronhoskopija z upogljivim instrumentom	4	2	2		3	1		
90179-00	Endotrahealna intubacija, enojni lumen	1.731	1.986	2.011	1.976	2.067	2.060	2.404	2.295
90220-00	Katetrizacija/kanulacija druge vene	3.537	3.638	3.334	3.529	3.585	3.983	4.390	4.441
90486-00	Epiduralna injekcija lokalnega anestetika med porodom	14	3	4	2	4	2	3	
90486-01	Epiduralna injekcija opiata med porodom	14	1	3		1	1		
92036-00	Uvajanje nazogastrične cevke	51	50	60	51	49	41	42	38
92052-00	Kardiopulmonalno oživljanje	4	0	1		2	2	12	
92053-00	Masaža srca pri zaprtem prsnem košu	3	0	1	5	1	2	2	
92055-00	Drugi načini za spremembo srčnega ritma	6	1	2	5	2	5	5	
92060-00	Transfuzija prej odvzete avtologne krvi	11	7	19	12	7	10	4	1
92062-00	Transfuzija drugega seruma	47	66	34	60	32	47	47	54
92500-00	Rutinska anestezіološka preoperativna ocena	3.492	3.602	3.613	3.796	3.809	4.283	4.635	4.658
92500-01	Podaljšana anestezіološka preoperativna ocena	1	1	1	2	3		7	4
92500-02	Urgentna anestezіološka preoperativna ocena	17	21	7	23	37	41	60	99
92501-00	Lokalna (topična) anestezija				3	1	7	3	6
92501-01	Lokalna infiltracijska anestezija	4	29	20	50	27	59	52	74
92503-00	Intravenska sedacija, pod kontrolo anestezista	380	694	560	739	932	1.059	1.377	1.405
92505-01	Uporaba obrazne maske	349	414	417	383	540	720	995	1.172
92505-02	Uporaba laringealne maske	813	685	769	910	924	1.235	1.354	1.553
SKUPAJ		**11.040**	**11.754**	**11.520**	**12.394**	**12.795**	**14.258**	**16.378**	**16.706**
SKUPAJ EVIDENTIRANI POSEGI		**14.837**	**15.465**	**15.244**	**16.366**	**16.796**	**18.776**	**21.214**	**21.548**

(Vir: Birpis 21)

1.1.2 Dnevni oddelek

Program na dnevnem oddelku poteka po znanih strokovnih smernicah in po kliničnih poteh za posamezno vrsto operacije. V jeseni 2012 smo se dogovorili, da pacientov z BMI (indeks telesne mase) več kot 35, ne bomo operirali v operacijski sobi dnevnega oddelka zaradi povečane verjetnosti perioperativnih zapletov. Vse, ki imajo BMI med 30 in 35, pregledamo v anestezіološki ambulanti, kjer anesteziolog oceni verjetnost tveganja in glede na oceno napoti pacienta v glavni operacijski blok ali na dnevni oddelek.

V letu 2012 smo na dnevnem oddelku operirali 1.026 pacientov. Premestitev na bolnišnične oddelke, zapletov doma in ponovnih sprejemov je bilo izredno malo. Na bolnišnične oddelke je bilo iz dnevnega oddelka premeščenih 18 pacientov (1,8 %), največkrat zaradi povečanega obsega kirurške operacije (6 pacientov) in slabosti z bruhanjem (5 pacientov), sledijo motnje srčnega ritma (2), po enkrat pa zaradi socialne indikacije, endotrahealne intubacije, neurejenega krvnega sladkorja in hematoma.

V 16 primerih smo zabeležili zaplete po prihodu domov: 12 (1,6 %) zapletov je izhajalo iz bolečine in otekline, enkrat je bila razlog zapleta slabost in enkrat kolaps.

Odstotki zapletov in premestitev so nizki, kljub temu je naš cilj še natančnejša triaža pacientov in takšna strokovna obravnava, da nihče ne bi trpel bolečine, slabosti in bruhanja.

1.1.3 Porodna soba

Epiduralna analgezija in subarahnoidna analgezija za lajšanje porodnih bolečin je bila narejena pri četrtini porodov, pri 136 porodnicah, kar je 25 %. Porod z epiduralno in subarahnoidno analgezijo (samo 2) se je končal s carskim rezom pri 20 porodnicah, to je v 12,2 % (15 v splošni anesteziji, 2 v subarahnoidnem bloku in 3 v epiduralni anesteziji). Vakuumsko dokončanje poroda pri porodnicah z EDK analgezijo je bilo opravljeno pri 17 porodnicah, to je v 10 %. Vsem nosečnicam, ki želijo imeti porod olajšan z epiduralnim katetrom, nudimo predavanje o tem načinu lajšanja bolečin. Udeležijo se ga lahko ob torkih ob 13. uri brez predhodnega naročanja. V preteklem letu je predavanje obiskalo 240 bodočih mamic.

85 % porodnic z epiduralnim lajšanjem porodne bolečine je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih. V 2 primerih (1,2 %) nismo uspeli vstaviti epiduralnega katetra.

Splošnih anestezij za operativne posege v porodni sobi (iztipanje, šivanje, porodi z medenično vstavo) je bilo 11, kar je 1,6 %.

Tabela 2: Analiza uvedenih analgezij ob porodu po vrstah, načinu in zadovoljstvu porodnic

leto	št. porodov	št. EDK, SB analgezij	% EDK	zadovoljne in zelo zadovoljne porodnice (št., %)	Neu-spešno uvajanje EDK	število S.C. pri EDK	število VACUUM dok. por. pri EDK	število spl. anest. v por. sobi
2003	428	84	19,6					
2004	518	117	22,5					
2005	453	163	35,9					
2006	578	221	38,2					
2007	630	202	32,0					
2008	621	219	35,2					
2009	662	253	38,2	204 90,6 %	5	18 (8,8 %)		
2010	696	249	35,8	193 84,6 %	6	15 (6 %)	30 (12 %)	13 (1,3 %)
2011	624	226	36,2	192 84,9 %	8	11 (4,8 %)	26 (11,5 %)	10 (1,6 %)
2012	655	163	25	138 85 %	2	20 (12,2 %)	17 (10,4 %)	11 (1,1 %)

1.1.4 Anestezиološka ambulanta

V anestezиološki ambulanti, kjer se opravi pregled dokumentacije, izpolni pojasnilna dolžnost in pridobi soglasje pacienta za anestezijo, smo v letu 2012 pregledali 20 % manj pacientov kakor leto prej. Razlog je v večjem obsegu operativnega programa od načrtovanega, zaradi česar (ob pomanjkanju kadra in prioritetni naravi operativnega programa) nismo uspeli zagotoviti, da bi anestezиološka ambulanta redno delala.

Tabela 3: Obravnave v anestezиološki ambulanti po diagnozah v letu 2012

	2012
Diagnoza	**št. obravnav**
C00-D48 Neoplazme	62
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	1
G00-G99 Bolezni živčevja	2
I00-I99 Bolezni obtočil	14
K00-K93 Bolezni prebavil	227
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	3
M00-M99 Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva	440
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	19
R00-R99 Simptomi, znaki in nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje	2
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov	63
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	25
Skupaj	**858**

(Vir: Birpis)

1.1.5 Ambulantne anestezije

V letu 2012 je bilo v »spodnji operacijski« narejenih 659 posegov v splošni anesteziji, večinoma drenažne incizije ognojkov in prepozicije zlomov zgornjih okončin.

Uredili smo prebujevalnico, kjer so pacienti po operativnem posegu v splošni anesteziji opazovani in monitorirani, dokler niso primerni za odpust.

1.1.6 Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo

V letu 2012 smo v centru obravnavali in vodili 60 pacientov z napredovalo rakavo boleznijo. Glavnina dela je bila usmerjena na urejanje simptomov. Vodili smo koordinacijo dela s splošnimi zdravniki in patronažnimi medicinskimi sestrami. Usmerjeni smo bili na predpisovanje podkožnih črpalk. Še vedno je delovala neprekinjeno dostopna mobilna številka za nasvete svojcem in zdravnikom.

2 KADROVSKA ZASEDBA

V letu 2012 je bilo v Anestezиološko-reanimacijski službi zaposlenih 9 specialistov s polnim delovnim časom in ena specialistka s polovičnim delovnim časom. V tem letu smo imeli daljšo odsotnost zaradi porodniškega dopusta.

Na oddelku imamo 5 specializantov. Trije specializanti že več let opravljajo program specializacije v UKC Ljubljana, trije specializanti (dva za SBJ, eden za BGP) so sredi leta 2012 zaključili kroženje v SB Jesenice in odšli v UKC Ljubljana.

Tudi v letu 2012 smo si še pomagali s pogodbenimi anesteziologi iz drugih ustanov. Dežurno službo je v 11 % opravil pogodbenik (41 dežurstev). Za dodatni kirurški program smo v 10 primerih potrebovali pomoč pogodbenega anesteziologa.

2.1 UDEJSTVOVANJE ANESTEZIOLOGOV IZVEN BOLNIŠNICE

Nataša Rutar, dr. med.; spec. anest., inštruktor za ACLS in bolnišnični transplantacijski koordinator, je bila v letu 2012 aktivni predavatelj in inštruktor:

- Predavanje "Vzdrževanje možnega mrtvega darovalca" v okviru v European Training Program on Organ Donation (ETPOD).
- Inštruktor v simulacijskem centru v okviru mednarodne Delavnice o možganski smrti – vzdrževanje možnega mrtvega darovalca (2nd international WORKSHOP ON BRAIN DEATH DIAGNOSTICS AND DONOR MAINTENANCE, 31. 8. 2012)
- Inštruktor na tečaju ACLS, Bled, 2.- 4. marec 2012

Jelena Vilman, dr. med.; spec. anest., inštruktor ACLS, ATLS in ETC je članica Izvršilnega odbora SZUM. V letu 2012 je aktivno delovala kot:

- inštruktor na ACLS tečaju na Bledu, maj 2012,
- inštruktor ETC tečaj na Igu, junij 2012,
- inštruktor ATLS tečaja na Igu, december 2012,
- inštruktor ETC tečaj v Newcastlu, oktober 2012.

Eva Pogačar, dr. med.; spec. anest., je inštruktor APLS in ima funkcijo odgovorne osebe v SBJ na področju pridobivanja tkiv in celic.

Branka Gruden Repe, dr. med.; spec. anest., opravlja funkcijo namestnice transplantacijske koordinatorice in odgovorne osebe na področju pridobivanja tkiv in celic.

Vlado Jurekovič, dr. med.; spec. anest., je kot predavatelj sodeloval na Mednarodnem simpoziju intenzivne medicine na Bledu 2012.

Asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med.; spec. anest. je aktivno sodelovala pri:

- Strokovni in organizacijski odbor konference ATOME; 20. 3. 2012 Brdo; aktivna udeležba: Pojav odvisnosti pri jemanju nadzorovanih zdravil. Zbornik prispevkov, Brdo 2012. ATOME Slovenija
- Dodatna znanja iz paliativne medicine za zdravnike, 19. in 20. 4. 2012. Seznam predavanj: Predpisovanje podkožnih črpalk; Zdravljenje bolečine; Ukrepi za obvladovanje simptomov v domačem okolju.
- Strokovni in organizacijski odbor konference SZPM Moravske Toplice, 8. 5. 2012; aktivna udeležba: Kompleksno doživljanje bolečine pri bolniku z rakom. Zbornik prispevkov, Moravske Toplice, 2012
- Okrogla miza HOSPIC: Doživljanje smrti, 5. 6. 2012, Radovljica
- Organizacijski in strokovni odbor letne konference SZZB: 5. in 6. 10. 2012, Ljubljana; aktivna udeležba: Ketamin in lidokain v podkožnih črpalkah, Zbornik prispevkov, SZZB, Ljubljana 2012.
- Aktivna udeležba: 5. 10. 2012, Kirurško srečanje Distalni radius, CRPS – chroinc medical puzzle
- Teden hospica in paliativne oskrbe: aktivna udeležba: Dodajmo življenje dnevom, 9. 10. 2012.

2.2 MENTORSTVO

V letu 2012 je bilo na dvotedenskem izobraževanju o anesteziji in intenzivni medicini 17 zdravnikov pripravnikov, na več mesečnem kroženju sta bila 2 specializanta kirurgije.

3 ZAKLJUČEK

Opravili smo ves kirurški program, čeprav se je le-ta med letom ves čas povečeval. Želimo si natančnejšega načrtovanja operativnega programa, ker bi le na ta način lahko svoje delo v celoti strokovno opravili. S tem mislim doslednejše predoperativne in pooperativne preglede in nadzorovanje pooperativne bolečine.

4 CILJI

- Ponovno uvesti delo v Centru za zdravljenje bolečine in blažilno oskrbo
- Izboljšati pooperativno vodenje oziroma zdravljenje akutne bolečine.
- Uvesti moderne načine medoperativnega hemodinamskega nadzora pacientov.
- Začeti z ultrazvočno vodeno regionalno anestezijo pacientov.
- Sodelovati pri ustanovitvi urgentnega bloka.
- Sistemsko in organizacijsko uvesti predoperativni in pooperativni anesteziološki pregled pacientov.

STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK ZA LETO 2012

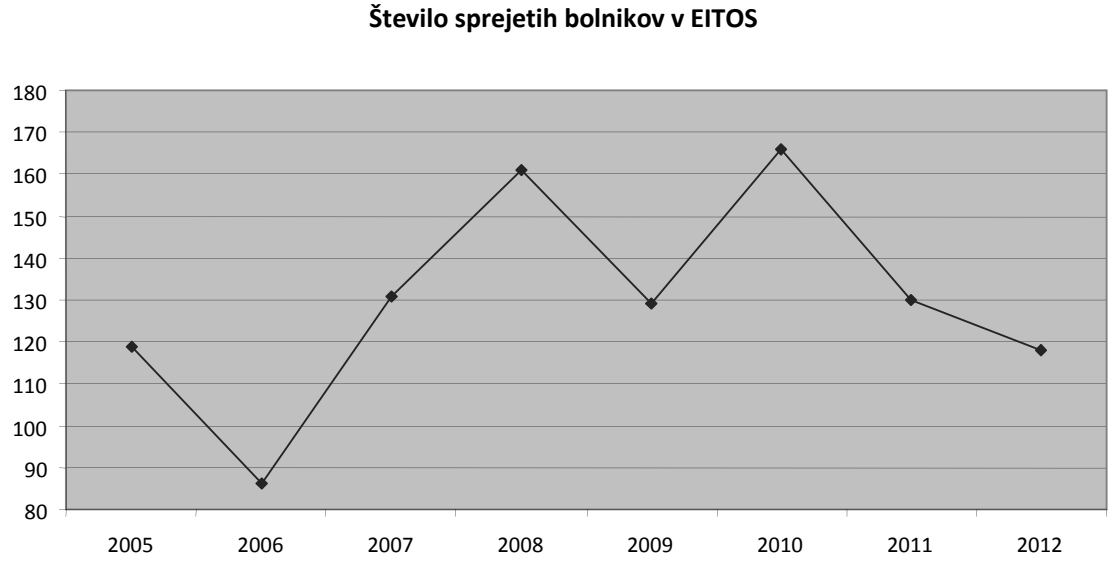
Vlado Jurekovič, dr. med., spec. anest.
Vodja dejavnosti

Tabela 1:Število pacientov, BOD, ure mehanske ventilacije in odstotek umrljivosti pacientov sprejetih v EITOS primerjalno po letih od 2004 do 2012

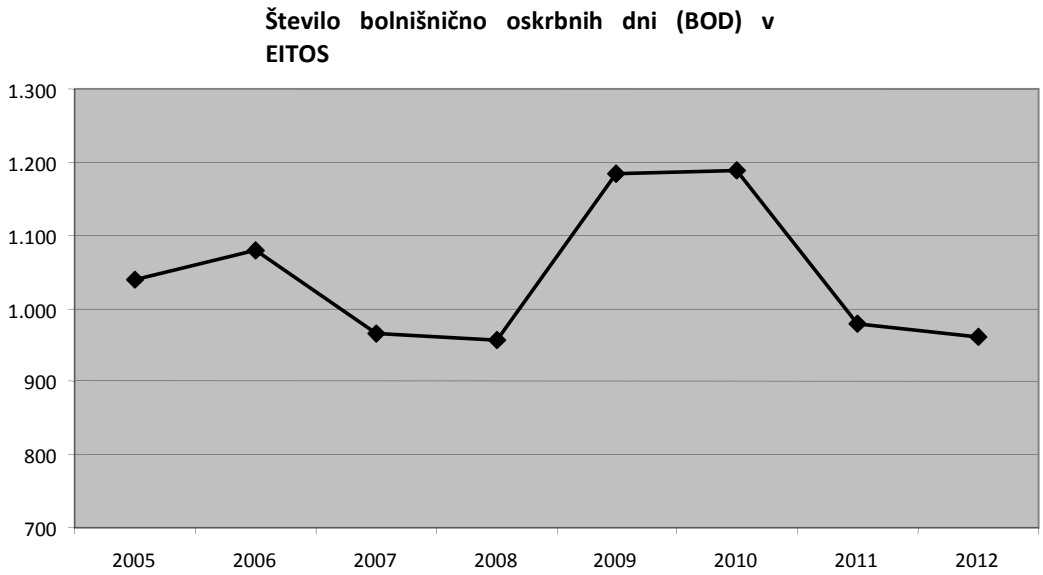
Podatki za EITOS po letih									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
št. bolnikov	112	119	86	131	161	129	166	130	118
BOD*	869	1.039	1.079	965	956	1.185	1.188	978	960
ure meh. ventilacije	11.853	16.529	17.219	11.626	9.672	14.855	11.157	9.695	9.196
umrljivost (%)*	27	27	25	20	19	22	28	23	17

*(BOD *– bolnišnično oskrbni dan)*
(umrljivost – koliko % vseh sprejetih pacientov je umrlo v EITOS)*

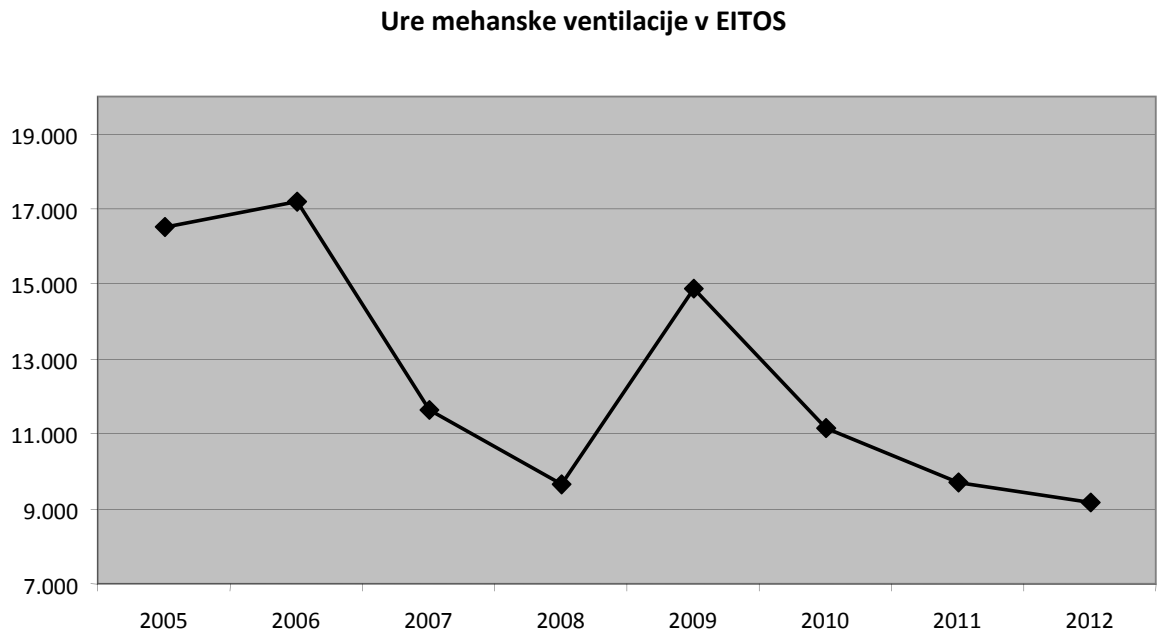
Graf 1: Število sprejetih pacientov v EITOS, primerjalno po letih (2005- 2012)



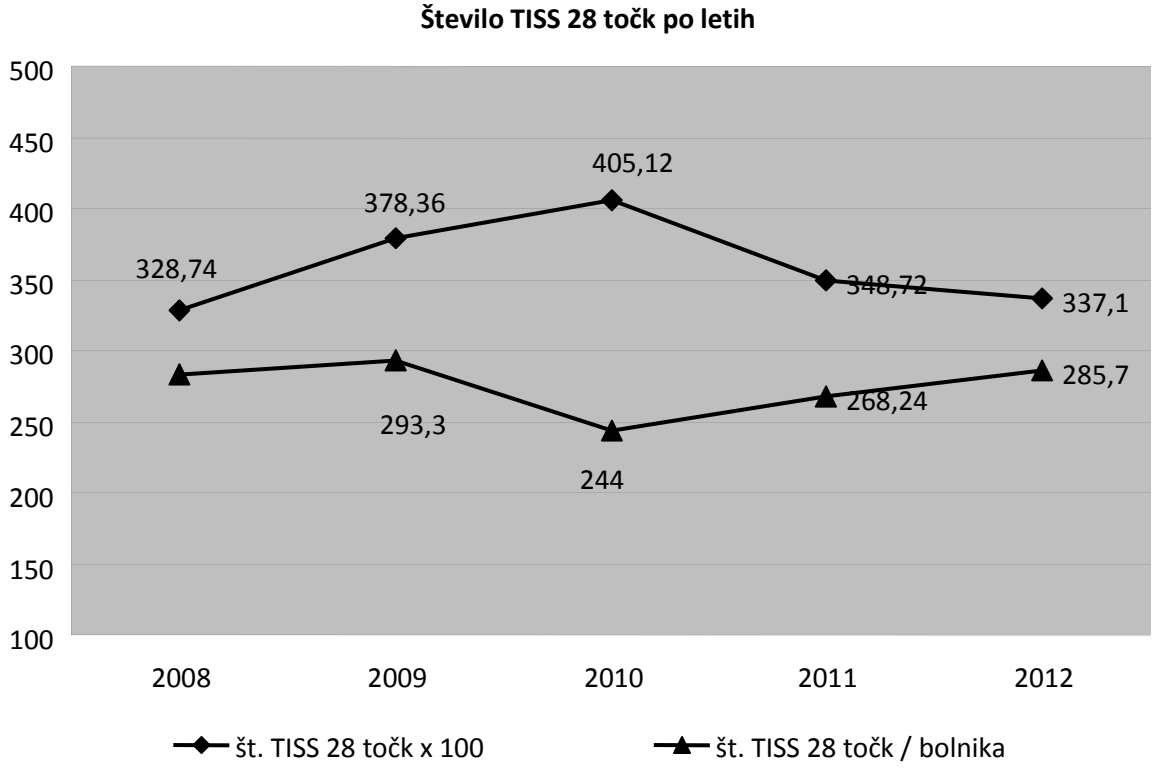
Graf 2: Število bolnišnično oskrbnih dni v EITOS, primerjava po letih (2005-2012)



Graf 3: Ure mehanske ventilacije pacientov v EITOS, primerjava po letih (2005-2012)



Graf 4: Število TISS 28 točk v EITOS, primerjava po letih (2008-2012)



Graf 5: Število TISS 28 točk na bolnišnično oskrbni dan, primerjava po letih (2008-2012)

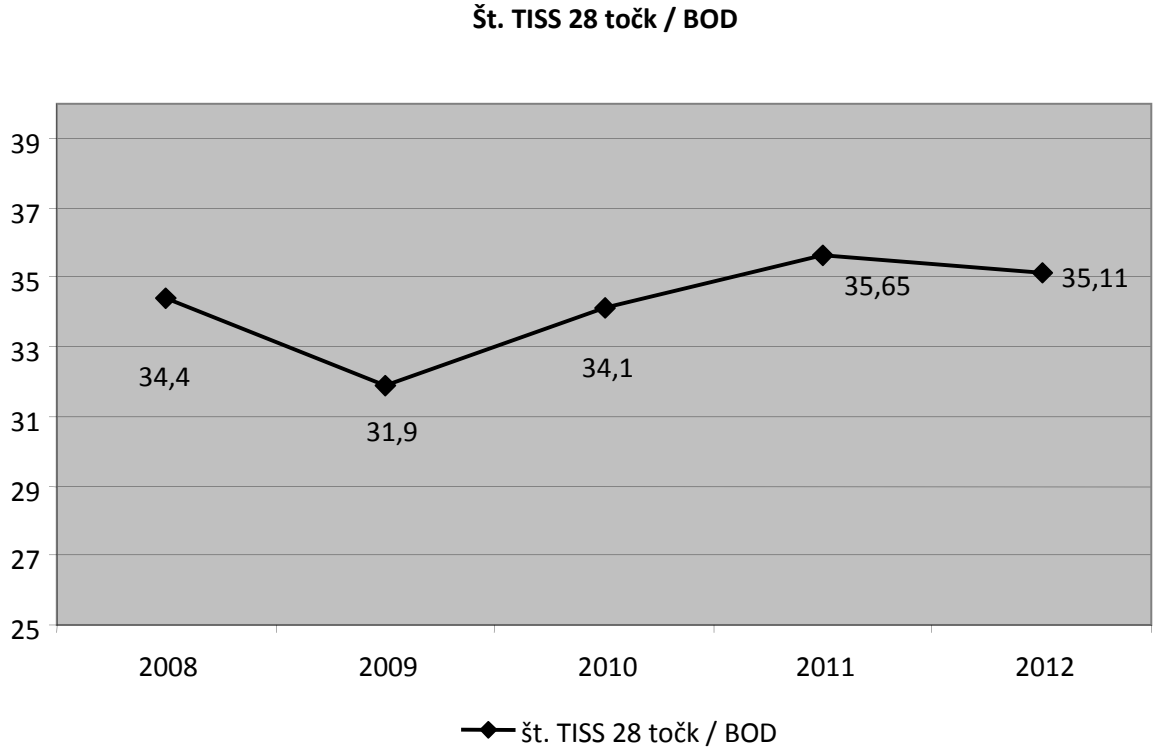
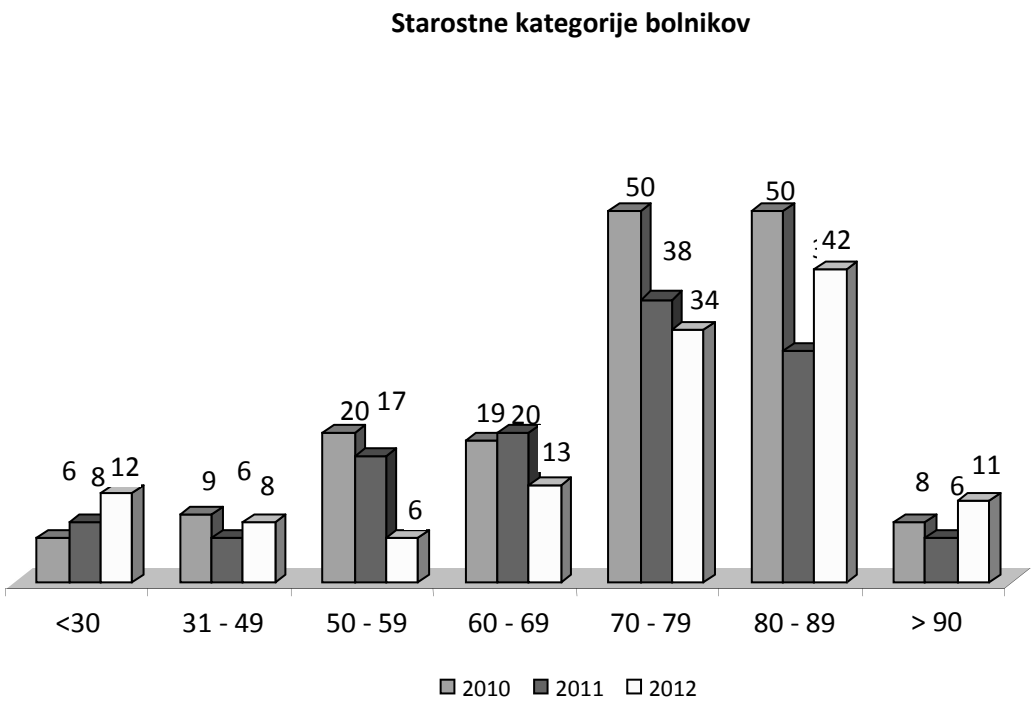


Tabela 2: Število TISS 28 točk, število TISS 28 točk na BOD in na pacienta ter vrednost TISS 28 točke izražene v EUR, primerjava po letih (2008-2012)

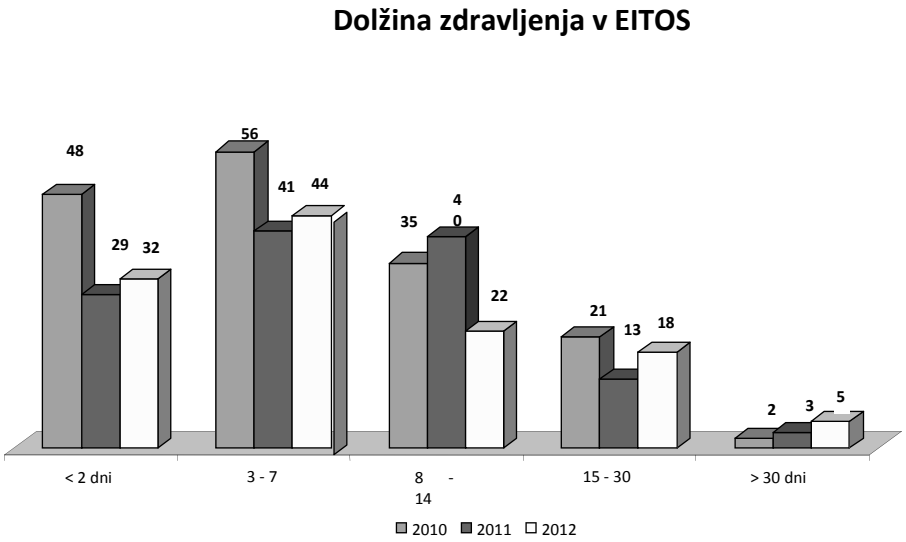
	2008	2009	2010	2011	2012
št. TISS 28 točk	32.874	37.836	40.512	34.872	33.712
št TISS 28 točk/BOD	34,4	31,9	34,1	35,65	35,11
št TISS 28 točk/pacienta	283,3	293,3	244	268,24	285,7
vrednost TISS 28 točke (EUR)*	7,64	8,73	7,86	8,31	8,44

* izražena glede na vrednost porabe zdravil in zdravstvenega materiala v EITOS

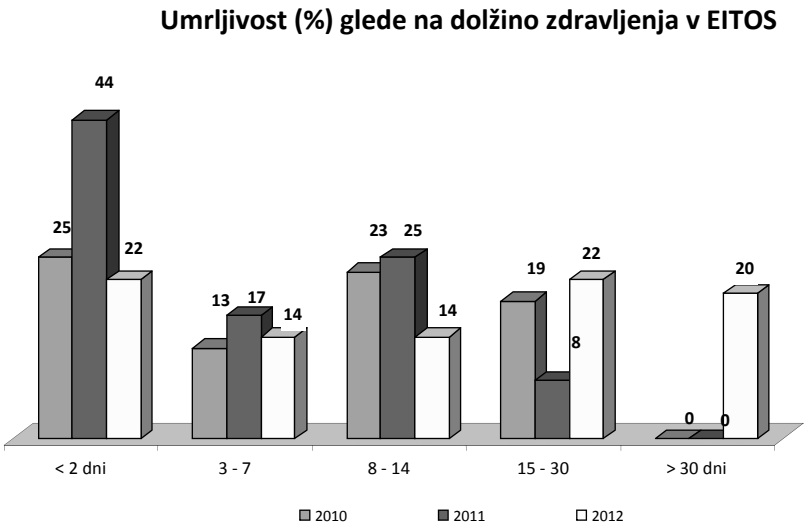
Graf 6: Starostne kategorije pacientov v EITOS (2010-2012)



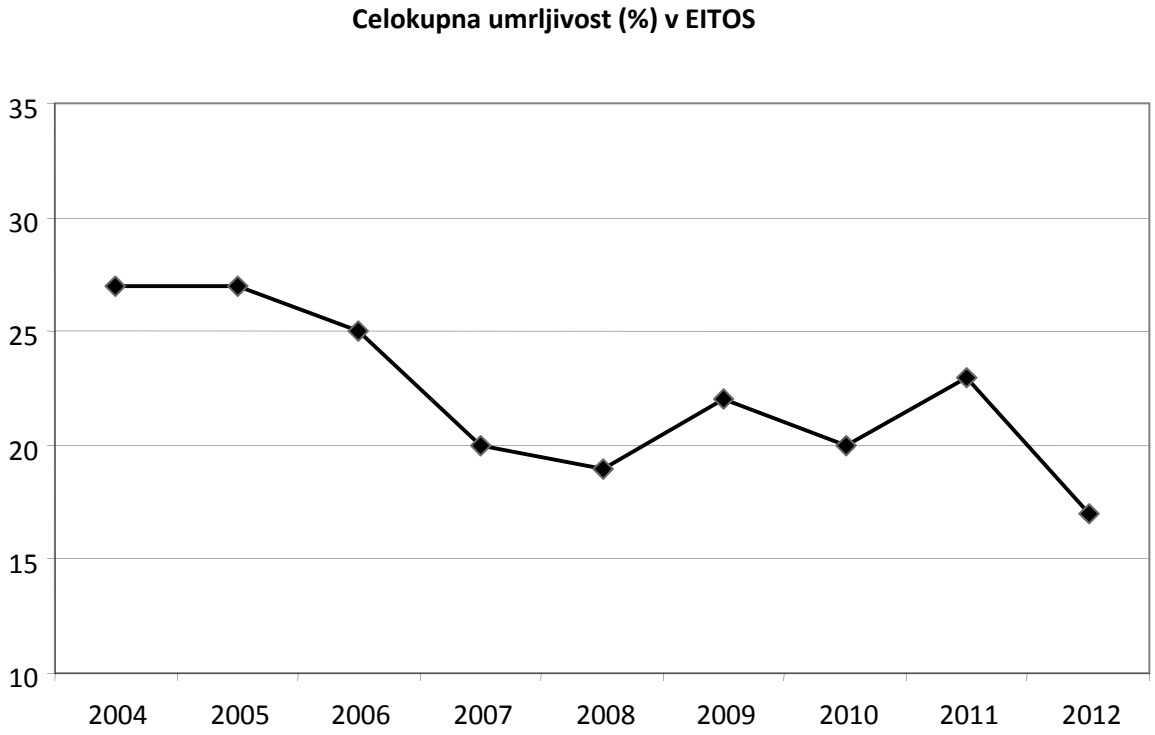
Graf 7: Dolžina zdravljenja v EITOS v dnevih, primerjava po letih (2010-2012)



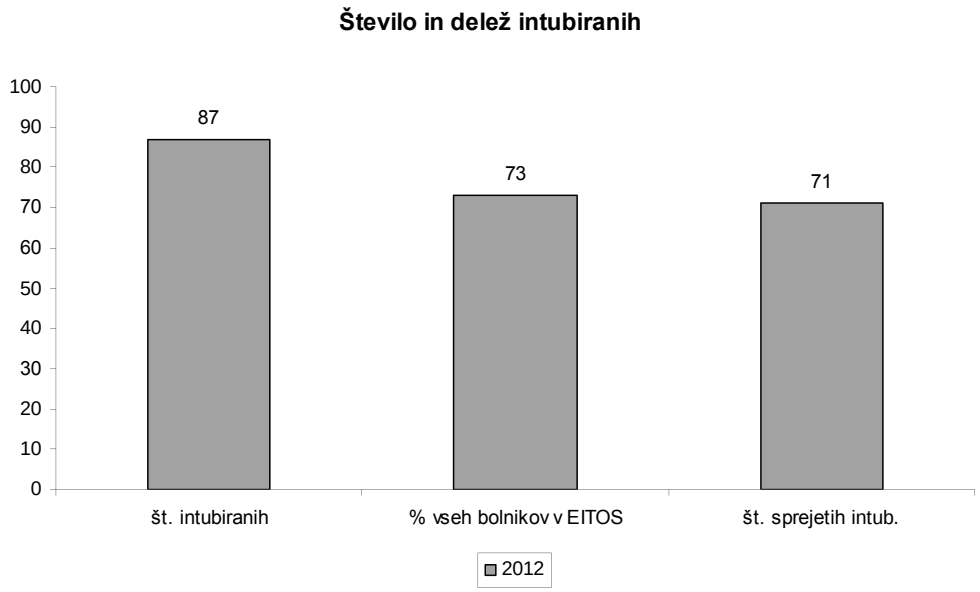
Graf 8: Umrljivost pacientov v EITOS glede na dolžino zdravljenja, primerjava po letih (2010-2012)



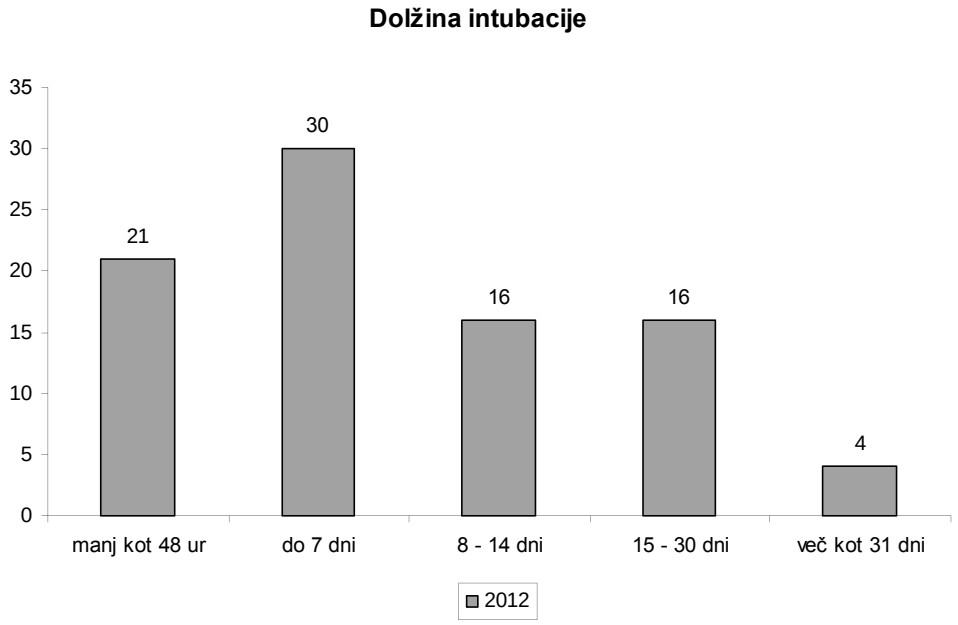
Graf 9: Celokupna umrljivost pacientov v EITOS, primerjava po letih (2004-2012)



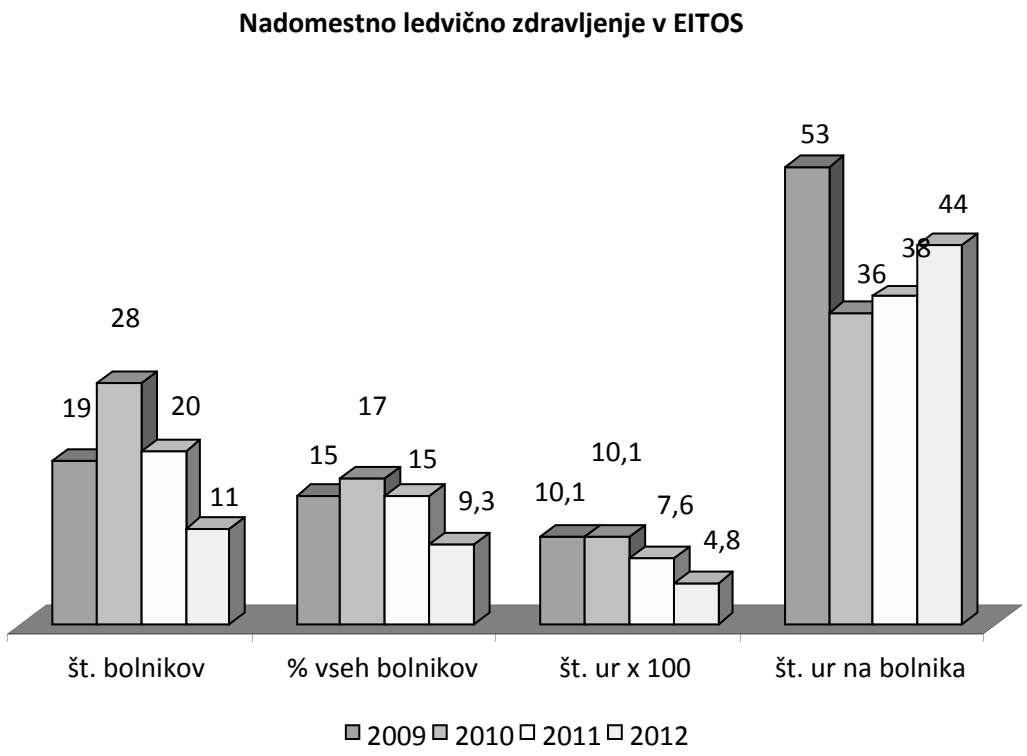
Graf 10: Število in delež intubiranih pacientov v EITOS (2012)



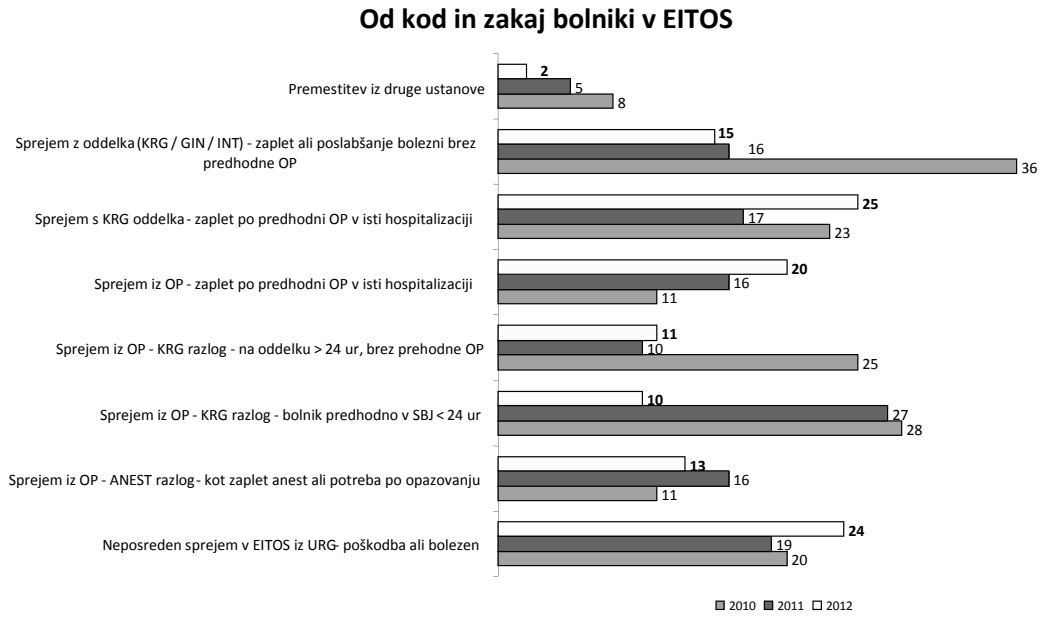
Graf 11: Dolžina intubacije pacientov v EITOS v letu 2012



Graf 12: Število in deležev pacientov z nadomestno-ledvičnim zdravljenjem v EITOS, primerjava po letih (2009-2012)



Graf 13: Vzrok sprejema pacientov v EITOS, napotna ustanova/oddelek, primerjava po letih (2010-2012)



POVZETEK

Število sprejetih pacientov in število bolnišnično oskrbnih dni je manjše kot leta 2011, vendar primerljivo s preteklimi leti.

Zdravimo predvsem starejše paciente, le 20 pacientov (17 % vseh pacientov) je bilo mlajših od 49 let.

Analiza doseženih TISS točk pokaže, da smo v minulih treh letih delali enako (št. TISS/BOD), a smo v letu 2012 zdravili bolj bolne paciente, kot leto poprej (št. TISS/pacienta). Točkovni sistem TISS 28 se je v minulih letih tudi v naši ustanovi pokazal kot primeren opisni kazalec teže pacientov, intenzivnosti zdravljenja in ocene stroškov. Vrednost TISS točke je v primerjavi z letom 2011 višja (2011 – 8,3 €, 2012 – 8,4 €). Porast vrednosti gre predvsem na račun enega samega poškodovanca in treh zdravil, ki jih je moral prejeti.

Večina pacientov je bila zdravljena v »razumnem« trajanju dveh tednov. Število pacientov, ki so bili zdravljeni manj kot 3 dni, je nekoliko večje kot v letu 2011, vendar je umrljivost v tej skupini pomembno nižja kot leta 2011, kar je morda odsev racionalnejše alokacije intenzivnega zdravljenja.

46 % pacientov je bilo sprejetih neposredno iz operacijske, 34 % z oddelkov in 20 % neposredno z urgence, 13 % pacientov je bilo sprejetih z oddelka, ne da bi bili predhodno operirani. 38 % (45 pacientov) je bilo sprejetih zaradi zapleta po predhodni operaciji, kar je nekoliko več kot leta 2011.

2 pacienta smo sprejeli neposredno iz drugih ustanov, 15 (13 %) pa premestili v druge ustanove (kar je pomembno več, kot v 2011); en pacient je bil odpuščen neposredno v domačo oskrbo, 82 pacientov je bilo premeščenih na oddelke SB Jesenice.

Celokupna umrljivost se skozi leta malo spreminja; vrednost tega podatka je sorazmerno majhna, v letu 2012 je bila celokupna smrtnost v EITOS 17 % - umrlo je 20 pacientov od 118

sprejetih v EITOS. Če odštejemo umrle v prvih 48 urah (7 pacientov), je bila umrljivost 11 %, dodatnih 16 pacientov je umrlo na oddelku po odpustu iz EITOS, kar je 16 % vseh odpuščenih iz EITOS na oddelke SBJ (15 premestitev v drugo ustanovo ni vštetih).

Od vseh pacientov, zdravljenih v EITOS in premeščenih na oddelke SBJ, je v času hospitalizacije v SB Jesenice umrlo 36 (35 %) pacientov

Izpostavljamo:

- dobro sodelovanje s kolegi kirurškega oddelka,
- nadaljevanje odličnega sodelovanja s Centrom za hemodializo,
- nadaljevanje rednega sodelovanja z bolnišničnim dietetikom in uporabo lastnega računalniškega programa za spremljanje prehrane kritično bolnih,
- sodelovanje s kliničnim farmakologom,
- nadaljevanje sodelovanja v mednarodnem projektu primerjave enot intenzivne terapije (PROSAFE),
- že utečen in preverjen lastni sistem »nadzora« nad stroški ustvarjenimi s porabo zdravil in zdravstvenega materiala,
- strokovnost, delavnost, natančnost, prizadevnost in požrtvovalnost vseh zaposlenih v enoti intenzivne terapije, ki presega meje delovnih obveznosti.

Zahvaljujemo se še vsem neimenovanim posameznikom in službam v naši bolnišnici, ki s svojim delom omogočajo in dopolnjujejo naše delo.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

Ozrenka Nikolič Vranič, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege na anesteziji

UVOD

Poleg sodelovanja z anesteziologom pri različnih obravnavah pacientov (anestezija, analgezija, reanimacija …), vse bolj pogosto sodelujemo tudi z operaterji, ko izvajamo nadzor pacientov, ki so operirani v lokalni anesteziji. V preteklih nekaj letih je postala paleta tovrstnih operativnih posegov vse bolj raznolika in obsežna, vsekakor to postaja eden naših vsakdanjih delokrogov.

Poleg rednega dela smo tudi letos štiri mesece sodelovali pri izvajanju dodatnega operativnega programa ob sobotah in v popoldanskem času med tednom.

Logistični problem nezdružljivosti dejanskih delovišč in stroškovnih mest (ortopedska operacijska je prostorsko dislocirana od kirurškega stroškovnega mesta, ginekološke operacije v prostorih kirurške operacijske brez ločenega shranjevanja materiala …) je prav gotovo velik odjemalec našega časa, ki bi ga veliko raje posvetili strokovnim vsebinam.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

- V sklopu celotne operacijske sodelovanje pri obnovi oz. spremembah dokumentov o protokolu dela v op. in COP-a.
  - Nerealizirano, čakamo prenovo krovnega dokumenta.
- Izdelava protokola o menjavi potrošnega materiala.
  - Delno realizirano – narejen osnutek, ki pa bi vplival na povišanje stroškov naše enote in ga zaradi trenutne situacije še nismo sprejeli.
- Izdelava protokola o pripravi delovišča pred pričetkom dela.
  - Delno realizirano - dokumentacija le delno pripravljena.
- Izdelava protokola dela z narkotiki za našo enoto.
  - Nerealizirano.
- Izboljšava že obstoječega sodelovanja a z EITOS-om.
  - Delno realizirano – sodelovanje je žal ostalo na enakem nivoju; le en sodelavec šel na izmenjavo z naše strani, s strani EITOS-a večkrat novi sodelavci tudi pri nas.
- Narediti program čiščenja za vsa delovišča.
  - Realizirano – plan narejen, a bo v letošnjem letu potrebna še dopolnitev oz. poprava.
- Dogovor o razdelitvi dodatnih zadolžitev znotraj našega tima.
  - Delno realizirano – nekaj sodelavcev je še brez zadolžitev.
- Poprava protokola za kalibracijo in testiranje anestezijskih aparatov.
  - Realizirano.
- Optimalna ureditev organizacijske problematike v ginekološko ortopedski operacijski.
  - Delno realizirano – problem je še vedno naročanje in dostava materiala tako iz lekarne kot tudi iz sterilizacije in pogosto podaljševanje rednega operativnega preko rednega delovnega časa.
- Rešitev problematike opazovanja ambulantnih pacientov po splošni anesteziji.

- o Reševanje problematike je že v pristojnosti koordinatorice za ambulantno dejavnost; večinoma je problem že rešen – za pacientovo varnost je ustrezno poskrbljeno, problematični so le še vikendi.
- Obisk strokovnih sodelavk v kateri izmed drugih bolnišnic za morebitno prepoznavo dobrih praks, izmenjavo mnenj in izkušenj
- o Nerealizirano. Želja izpostavljena tudi s strani ostalih vodij.
- Sprejem novih sodelavcev v kolektiv še pred upokojitvijo dosedanjih (uvajalno obdobje)
- o Cilj bo mogoče vrednotiti v naslednjem letu.
- Realizacija plana nabave
- o Realiziran – dobili smo dva defibrilatorja (ort. op. in porodna), nevrostimulator za ort. op. in dva anestezijska aparata z monitorji.
- Dodatno smo v mapo naših internih navodil dodali še navodila za rokovanje z dolgim upogljivim vodilom (pripomoček za težko intubacijo).

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Optimalno izpolnjena perioperativna dokumentacija
Perioperativna dokumentacija zdravstvene nege je prikaz tako delovanja medicinskih sester v operacijskem bloku, kot tudi del celostnega pogleda na dogajanje s pacientom. Enkrat mesečno pregledamo izpolnjenost dokumentacije desetih naključno izbranih pacientov po kateri koli operaciji na vseh oddelkih (kirurgija, ginekologija, pediatrija). Pregledujemo tako perioperativne liste kot tudi klinične poti. Če v dokumentu katera koli rubrika ni izpolnjena, se dokument šteje kot nepopolno izpolnjen. Doseči želimo v 95 % popolno izpolnjeno perioperativno dokumentacijo.

Načrtovanih naključnih pregledov dokumentacije žal nismo izvedli stoodstotno - naredili smo 10 od 12 letnih kontrol. Popolna izpolnjenost anestezijskega dela dokumentacije znaša v povprečju 85 %. Rubrika, ki zaradi neizpolnjenosti bistveno poslabša našo uspešnost, je ura odhoda pacienta iz operacijske. Vzrok temu vidim predvsem v tem, ker je AMS dopoldan občasno odsotna, ko pacient odhaja iz operacijske, saj zaradi hitrejšega obrata takrat že pripravlja delovišče za naslednjega pacienta.

Časovna izkoriščenost prostorov
Že dve leti vestno beležimo časovnico – to so vsi časi od klica pacienta, njegovega prihoda, priprave, začetka anestezije, začetka operacije … do odhoda na oddelek – zato bi si želeli povratne informacije v obliki podatkov, ki bi pokazali našo dejansko obremenjenost oz. hitrost menjave pacientov na operacijski mizi, prikazali minimalnost neizkoriščenega časa oz. nas opozorili na največje časovne »luknje«, ki bi jih bi bilo mogoče izboljšati.

Odpovedane elektivne operacije
Kazalnika ne vodimo, ker te podatke že zbirajo koordinatorice operativnega programa.

Popolna opremljenost anestezijskega vozička
Anestezijski voziček je prav gotovo naš glavni pripomoček oz. orodje pri delu, njegova popolna oprema pa zagotavlja nemoteno in varno delo.

Z vodenjem tega kazalnika smo pričeli v mesecu avgustu, ko smo izdelali potrebna navodila in dokumentacijo za beleženje. Rezultati so pokazali nekatere nedoslednosti, prav tako se je izkazalo, da je za ustrezno vrednotenje tega kazalnika potrebno natančneje definirati vrsto odstopanj.

Optimalna reanimacija v sklopu celotne bolnišnice
Zaposleni na oddelku za anestezijo in reanimacijo smo ob reanimacijah najpogosteje prisotni predstavniki zdravstvene nege. Skozi leta smo si tako nabrali izkušnje in znanje kot tudi zaznali kar nekaj pomanjkljivosti, ki so nas ovirale oz. vplivale na kvaliteto izvedenega dela. Vse to skušamo združiti v »projektu« zagotavljanja optimalne reanimacije v celotni bolnišnici, ki smo ga pričeli izvajati letos.

Najprej smo v letu 2011 fizično poenotili večino reanimacijskih vozičkov v bolnišnici (9 od 13), kar je bilo prav gotovo izhodišče vseh nadaljnjih ukrepov. V letu 2012 je sledila prilagoditev standarda opremljenosti, dogovorili smo se o zadolžitvah neposrednih skrbnikov reanimacijskih vozičkov po oddelkih in o periodičnem nadzoru vseh reanimacijskih vozičkov s strani naše enote, izdelali smo potrebno dokumentacijo (navodila in evidenčne liste) ter protokole reanimacije za posamezne oddelke in enote. S tem kazalnikom so (čeprav posredno) povezana tudi interna izobraževanja zaposlenih iz vsebin TPO, pri izvajanju katerih prav tako sodelujemo zaposleni z našega oddelka.

V šestih mesecih leta 2012 sva s sodelavko izvedli tri nadzore nad vsemi trinajstimi vozički. Pri prvem nadzoru sva ugotovili mnogo logističnih problemov (lokacije, dostopnost, skrbniki, prilagajanje vsebine …), drugi in tretji nadzor pa sta že pokazala konkretne težave oz. nepravilnosti, ki se jih s skupnimi močmi trudimo odpraviti. Najpogosteje smo ugotavljali: prenapolnjenost vozička samo z določenimi stvarmi, materiale zapakirane še v originalni embalaži (kar pri reanimaciji pomeni veliko izgubo časa), pogosto odsotnost najosnovnejših pripomočkov ipd. Konec leta je bil izveden skupni sestanek z neposrednimi skrbniki posameznih vozičkov, na katerem smo izpostavili največkrat zaznana odstopanja in se o njih pogovorili.

Izvajanje del v skladu s sprejetimi standardi kakovosti in SOP
Zadali smo si, da bomo mesečno ponovili vsebino vsaj enega dokumenta, katerega vsebino pogosto uporabljamo pri našem delu. Žal pri izvajanju tega nismo bili najbolj dosledni, ponovili smo le 4 standarde, kar pomeni le 33% uspešnost.

Varna obravnava pacienta
V tem sklopu smo v timu izvedli 24 varnostnih vizit, to je prav toliko kot smo jih načrtovali. Na njih smo večinoma obravnavali aktualne probleme v zvezi z našim neposrednim delom (intravenske kanile, zdravila, intimnost, dokumentacija …), dotaknili pa smo se tudi večjih splošnih problemov (odpadki, preprečevanje prenosa infektov, identifikacija pacienta …).

Pri zaznavanju odklonov v zvezi z zagotavljanjem kakovosti in varnosti nam je bilo dodeljeno pet odklonov, mi pa smo prijavili 3 odklone (2 strokovna, 1 tehnični odklon).

3 KADRI IN IZOBRAŽEVANJE

Od devetih zaposlenih v naši enoti nas bosta zaradi redne upokojitve v začetku leta 2013 zapustila dva dolgoletna, izkušena sodelavca. Poleg enega sodelavca s pogostimi bolniškimi odsotnostmi, še dva nova zaposlena - to pomeni veliko obremenitev za ostale člane maloštevilnega tima s tako specifičnimi delokrogi!

Zaradi narave našega dela se internih izobraževanj zelo težko udeležimo. Ker se zavedamo potrebe po stalnem izpopolnjevanju znanja in zaradi specifike našega področja, smo tekom leta 2012 sami organizirali sedem timskih strokovnih jutranjih sestankov, na katerih smo obravnavali različne tematike z našega področja.

Tri naše sodelavke so vse leto aktivno sodelovale pri izvajanju internega izobraževanja zaposlenih iz temeljnih postopkov oživljanja. Za udeležbo na zunanjih izobraževanjih si redno pomagamo s prošnjami za plačilo kotizacij pri Zbornici Zvezi. Letos najpomembnejše

izobraževanje z našega področja je bil prav gotovo Svetovni kongres anestezijskih medicinskih sester, ki se je zgodil maja v Ljubljani.

CILJI ZA LETO 2013

- Pravočasna in čim uspešnejša uvedba novih sodelavcev v naše delokroge.
- Izdelava protokola priprave delovišča.
- Poprava in dopolnitev plana čiščenja.
- Nadaljevanje že začete prakse internih timskih izobraževanj.
- V sklopu projekta zagotavljanja optimalne reanimacije: v sodelovanju z zdravniki izdelava zgodnje opozorilne skale za zgodnejšo prepoznavo življenjsko ogroženih bolnikov, izdelava standarda opremljenosti reanimacijskih vozičkov v štaciji in porodni sobi, ki bi jih vključili k rednim kontrolam, izvedba krajših izobraževanj po oddelkih o vsebini in uporabi materiala na reanimacijskih vozičkih
- Začetek vodenja evidence operativnih posegov v lokalni anesteziji.

POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK

Zorica Panić, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege v EITOS

UVOD
Enota intenzivne terapije operativnih strok je delo opravljala v okoliščinah, ki so primerljive z okoliščinami preteklih let. Kljub temu so v poročilu po posameznih področjih dela izpostavljene okoliščine, ki so posredno ali neposredno vplivale na delo enote ali so v notranji javnosti izzvale večji odziv. Pri tem je tudi v tem poročilu potrebno poudariti, da je enota glede na starost kadra mlada, zaradi česar se srečujemo z nekoliko povečanim številom odsotnosti zaradi porodniškega dopusta kot v preteklih letih. Zaradi navedenega prihaja do posameznih sprememb pri organizaciji dela, kar za enoto predstavlja dodatno obremenitev. Z mentorstvom in stalnim nadzorom nad izvedbo, nam je uspelo zaposlene usposobiti do tolikšne mere, da lahko delo v naši enoti opravljajo samostojno in strokovno.

Tako kot v preteklosti, enota opravlja delo z najzahtevnejšimi oziroma življenjsko ogroženimi in kritično bolnimi pacienti, kar je razvidno iz kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege in številom TISS 28 točk (omenjeno v poročilu vodje dejavnosti v EITOS). Posebno pozornost smo posvečali dvigu kakovosti in varnosti pri delu. Na tem področju smo izvedli več aktivnosti, stanje pa ocenjujemo kot zelo dobro.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

1.1 IZVEDENE AKTIVNOSTI PRI UVAJANJU KAKOVOSTI IN VARNOSTI

1. cilj: Zmanjšanje števila koloniziranih venskih katetrov
V letu 2012 je bilo vstavljenih 130 osrednjih venskih katetrov (OVK), od tega smo na mikrobiološko preiskavo poslali 76 osrednjih venskih katetrov. Preostalih 54 konic OVK ni bilo poslanih v preiskavo zaradi tehničnih težav, v nekaj primerih je pacient umrl, zaradi česar pošiljanje OVK ni bilo smiselno. Odstopanje pri številu katetrov je nastopilo, ker so bili nekateri pacienti z OVK premeščeni v druge ustanove v Sloveniji ali na ostale oddelke SB Jesenice in so jih tam šteli. V letu 2012 nismo dosegli zastavljenega cilja - znižanje incidenčne stopnje katetrske sepse »0« - dosegli pa smo znižanje incidenčne stopnje kolonizacije OVK.

Aktivnosti, ki smo jih izvedli v okviru enote:
- prenovili smo evidenčni list uvajanja osrednjega venskega katetra, PICCO, dializnega katetra,
- izvajali smo neposredno opazovane oskrbe žilnih poti po standardu kakovosti,
- izvedli smo izobraževanje in usposabljanje kadra za pridobivanje znanja o oskrbi pacienta z OVK, PICCO in dializnim katetrom.

2. cilj: Izobraževanje (izvajanje predavanj in učnih delavnic, s tem doseganje visoke strokovne usposobljenosti MS v EITOS)
Na oddelku potekajo številna izobraževanja in učne delavnice. Poleg navedenega vsak posameznik pripravi predavanje, s čimer obnovimo obstoječe znanje in se seznanimo z novostmi na obravnavanem področju. K sodelovanju pri vsakem predavanju smo vabili tudi zdravnike, ki aktivno sodelujejo in pri vsaki temi predstavijo tudi vidik in vlogo zdravnika.

Izvedli smo VI. izobraževalni dan EITOS–a z naslovom MERITVE IN OPAZOVANJE. V sklopu notranjega izobraževanja smo organizirali 4 učne delavnice, udeležili smo se 22 notranjih izobraževanj (11 aktivnih udeležb) in 7 zunanjih izobraževanj (1 aktivna udeležba).

3. cilj: Varnost in kakovost
V okviru varnosti in kakovosti smo izvajali varnostne in negovalne vizite ter pogovore o varnosti. Pri nejasnostih ali dvomih smo se vedno posvetovali s koordinatorji ZN s področja, pri katerem smo naleteli na problem. V okviru dobre oskrbe pacienta, varnosti in kakovosti smo izvajali preventivo nad RZP (opravili 8 študij primerov pri novo nastalih RZP), odvzeli smo 139 nadzornih brisov. Zaradi varnosti in prenosa MRSA v enoti je bila v mesecu juliju odstranjena klima.

Izvedenih je bilo 10 oddelčnih sestankov, ki so prispevali k dobri informiranost zaposlenih o novostih. Zaposleni so sodelovali pri različnih projektnih skupinah.

Začeli smo s projektom ocene stopnje zavesti in delirija v enoti intenzivne terapije, ki je bila pripravljena v sodelovanju z zdravniki. Ocena temelji na ocenjevanju stopnje zavesti po RASS in oceni delirija z lestvico ICU CAM.

Delirij je značilna motnja v zavesti, pozornosti, zaznavanju in dojemanju. Cilj vseh zaposlenih v enoti je izboljšanje duševnega stanja pacientov in zmanjšanje nevarnosti tveganj, ki imajo za posledico padec pacienta, nasilnost pacienta do osebja ali samopoškodovanje pacienta. Strategija je usmerjena v zdravljene osnovne bolezni, farmakološke ukrepe, preventive ukrepe in nefarmakološko terapijo.

V letu 2012 smo se lotili spremembe temperaturnega terapevtskega lista (TTL), s ciljem izdelati pregleden dokument pregleden, na katerem bo čitljiv predpis terapije. V zasnovo novega TTL je bil vključen celoten tim EITOS-a. V nov obrazec zdravnik predpiše terapijo računalniško in natisne TTL. S takim pristopom in posodobitvijo smo dosegli zastavljeni cilj in upoštevali priporočilo DNV.

4. cilj: Ohraniti uspešno vodenje skupnih kazalnikov kakovosti ZN
Pri ohranjanju skupnih kazalnikov kakovosti ZN smo na področju preprečevanja padcev s postelje dosegli zastavljen cilj, v kazalniku MRSA smo zabeležili 5 prenosov, v kazalniku RZP pa 8 novonastalih RZP – cilja nismo dosegli.

5. cilj: Dosledno izpolnjevanje dokumentacije ZN
Nadzor nad doslednim izpolnjevanjem dokumentacije smo izvedli selektivno. Tako smo nadzor opravili za obdobje od meseca januarja do meseca oktobra in pri tem naključno izbrali 10 dokumentacij pacientov, ki so se zdravili v enoti. Na podlagi ugotovitev je vodja ZN v ETIOS-u izrekla 2 ukrepa, oba ukrepa sta bila izvedena. Tako sta bila za potrebe enote izdelana dva obrazca, in sicer izpolnjevanje dokumentacije in TTL ob sprejemu, v času hospitalizacije in ob odpustu pacienta iz enote ter obrazec o seznanitvi zaposlenih o prisotnosti dokumentacije ob sprejemu in ob odpustu iz enote. Drugi ukrep, ki je bil izveden, je sprememba TTL, ki je bila omenjena pri tretjem cilju.

2. MANEGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE – KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

2.1 POROČILA VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV – 1. 1. 2012 DO 31. 12. 2012

V enoti intenzivne terapije operativnih strok je bilo izvedenih 29 varnostnih vizit/razgovorov (vodja ZN je opravila 10 VV/VR, odgovorna MS 19 VV/VR) in 26 negovalnih vizit s strani odgovornih MS. Število izrečenih ukrepov: 10, število uspešno izvedenih ukrepov: 8.

Ena VV/VR je bila izvedena z vodjo dejavnosti in vodjo ZN v EITOS-u.

Varnostna vizita/razgovor se opravi predvidoma vsak teden. Do odstopanja v realizaciji zastavljenih ciljev v letu 2012 je prišlo zaradi povečanega obsega dela oziroma neodložljivih del v zdravstveni negi, ki so povezani s poslabšanji zdravstvenega stanja pacienta.

V letu 2012 sta bila zabeležena dva odklona. Oba odklona sta bila uspešno realizirana.

3 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

1. Znižanje incidenčne stopnje katetrske sepse »0«, znižanje incidenčne stopnje kolonizacije OVK na 0,01 %.
2. Izobraževanje
3. Varnost in kakovost
4. Ohraniti uspešno vodenje skupnih kazalnikov kakovosti ZN
5. Dosledno izpolnjevanje dokumentacije ZN

Poleg ciljev in kazalnikov kakovosti bomo v EITOS izvajali:

- Spremljanje in vodenje TISS točkovnega sistema
- Spremljanje in vodenje t. i. » lista dragega pacienta«
- Sodelovanje v projektnih skupinah
- Izdelava gradiva za svojce
- Nadaljnji razvoj prehranske obravnave v EITOS
- Vzpostavitev kulture varnosti
- Izdelava protokolov, standardov kakovosti za področje intenzivne terapije

STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE V LETU 2012

Peter Najdenov, dr. med
Prestojnik službe

UVOD

Delo v letu 2012 je potekalo po predvidevanjih, brez večjih strokovnih in organizacijskih posebnosti. Največji delež obravnav so infektivna obolenja virusne etiologije in bolezni dihal. Organizacijska struktura oddelka je ostala taka kot v preteklih letih.

Največ dela je bilo opravljenega na kliničnem področju, veliko smo se ukvarjali s kakovostjo in varnostjo bolnikov. Organizirali smo razna interna in zunanja strokovna srečanja, strokovno smo se izobraževali v domačem in tujem okolju. Proti koncu leta smo dobili več nove opreme, ki nam bo precej olajšala delo.

1 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA

Oddelek ima 35 postelj, prostorsko in organizacijsko je razdeljen na tri enote:

1. oddelek za dojenčke in male otroke: na oddelku prostori omogočajo nego in oskrbo dojenčka v bolniški postelji, na ta oddelek sprejemamo otroke do drugega leta starosti.
2. oddelek za predšolske in šolske otroke: na ta oddelek sprejemamo vse otroke do dopolnjenega 18. leta starosti. Na tem oddelku so hospitalizirani tudi otroci, ki so vodeni pod otroško kirurgijo.

Razporeditev bolnikov na oddelkih se funkcionalno prilagaja glede na zahteve po obravnavi in kohortni izolaciji nalezljivih obolenj.

Specialistične ambulante: Ambulante omogočajo vse postopke nujne medicinske pomoči pri otroku ter funkcionalno diagnostiko za ambulante, ki se izvajajo.

1.1 ZDRAVNIKI NA OTROŠKEM ODDELKU

Na oddelku je zaposlenih šest zdravnikov specialistov pediatrov: Milena Vrečko-Tolar (delno zaposlena v ZD Bohinj, odsotna je ob sredah, četrtkih in petkih, drugače redno sodeluje pri dežurni službi na oddelku), Tina Šavs-Požek, Tina Ahačič, Barbara Urbanc, Silvija Morec-Jakopič in Peter Najdenov.

V dežurno službo smo začeli vključevati specializanta pediatrije Roka Müllerja, ki redno 3-4x mesečno dežura.

1.1.1 PROTOKOL DELA ZDRAVNIKOV

Delovni dan zdravnika je opredeljen s pisnim razporedom, ki ga pripravimo sproti vsak teden. Večje odsotnosti načrtujemoi vsaj mesec dni vnaprej. Letne dopuste in odsotnosti v času šolskih počitnic se usklajuje na skupnih sestankih, ki potekajo vsaj dvakrat letno.

Osnova kontinuiranega dela je »Predaja službe«, ki poteka zjutraj ob 7.30 in ob 14.45. Na jutranjem sestanku dežurni zdravnik poroča o novih sprejemih na Otroški oddelek in na Otroško kirurgijo, poroča o posebnostih na oddelku, dogajanju v porodnišnici in delu v

urgentni pediatrični ambulanti. Predaja je v ustno/pisni obliki. Ob koncu delovnega dne je ponovno predaja službe - tokrat sobni zdravniki opozorijo dežurnega zdravnika na posamezne težje primere bolnikov, oz na bolnike, katerih stanje ni klinično stabilno in so pričakovane spremembe, ki potrebujejo intervencije. Predaja je v ustno/pisni obliki.

Ob torkih je čas namenjen obisku predstavnikov farmacevtskih firm, sreda je dan glavne vizite, strokovna izobraževanja (poročila, seminarji) se prilagajajo količini dela in številu prisotnih.

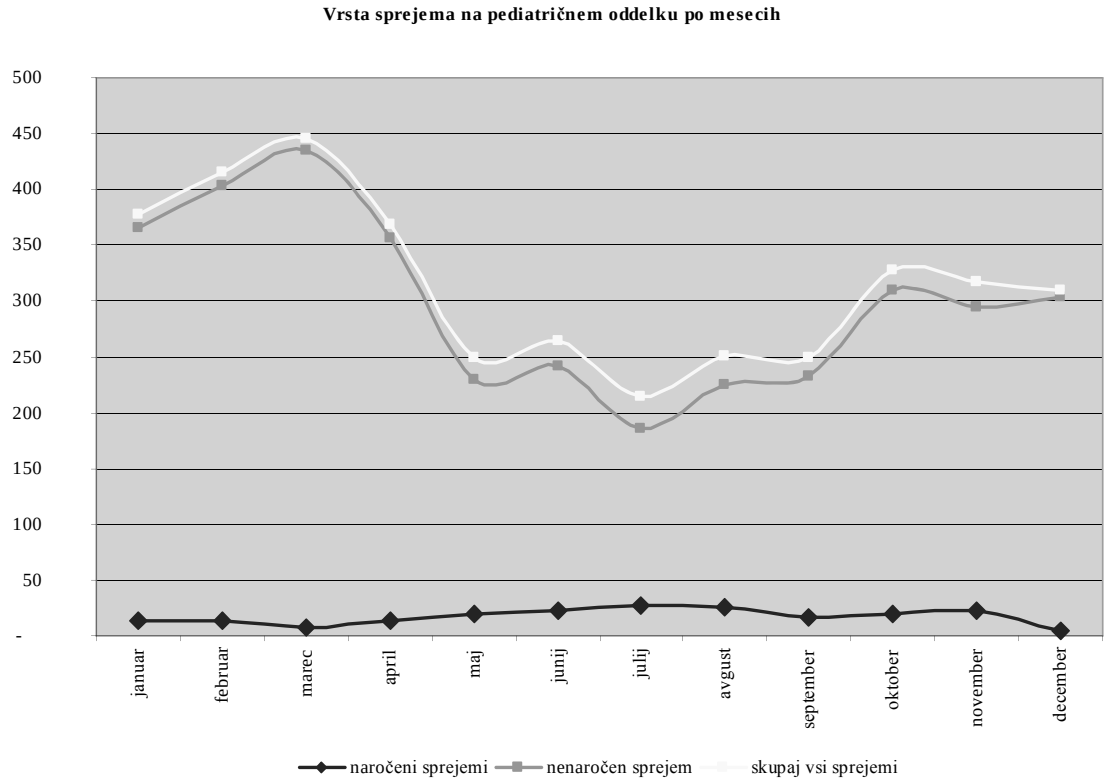
Priloga 1: Tedenski razpored dela zdravnikov

2 OPRAVLJENO DELO V LETU 2012

2.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

V letu 2012 je bilo na otroškem oddelku obravnavanih 1.982 otrok, kar pomeni 98,56% realizacijo načrta.. Povprečna ležalna doba je bila 2,58 dni, povprečni SPP 0,67.

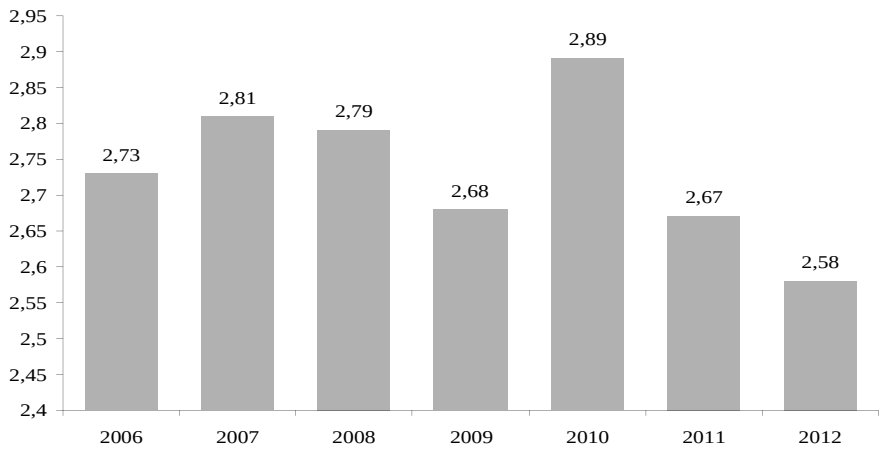
Graf 1:Vrsta sprejemov na pediatričnem oddelku po mesecih.



Največje število sprejemov je v zimsko-spomladansko-jesenskem obdobju, kar sovpada s porastom števila nalezljivih respiratornih in gastrointestinalnih obolenj. V letu 2013 smo opazili, da je bilo relativno konstantno število prebavnih infektov brez izrazitega sezonskega nihanja. V času nižjega števila urgentnih (nenapovedanih oz nepredvidljivih) sprejemov, je bilo opravljeno več načrtovane, predvsem alergološke diagnostike in obravnave (obremenitvena testiranja).

Več kot 70 % otrok je bilo mlajših od 6 let. Skupaj ob otroku, je bilo na oddelku hospitaliziranih tudi 1.705 staršev. (doječe matere - 246, sobivanje, do 6. leta starosti in/ali spremstvo otroka - 1.459).

Graf 2: Povprečna ležalna doba

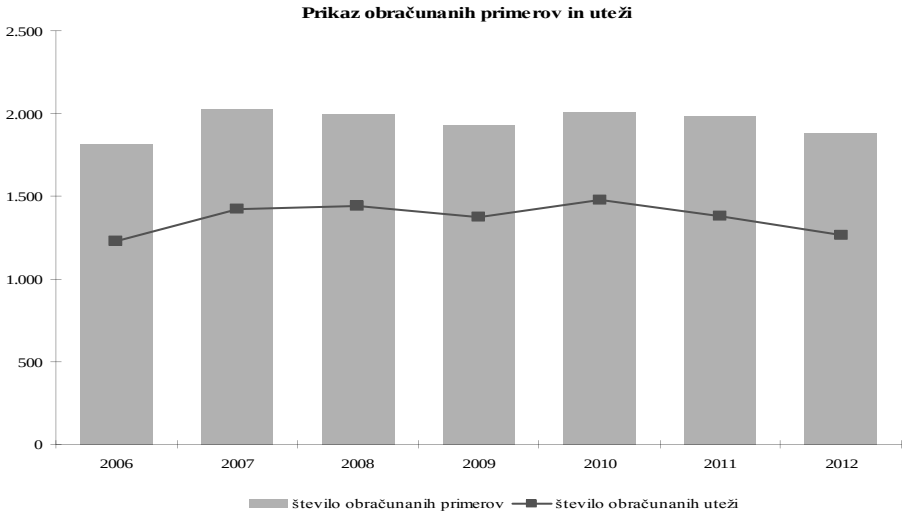


V letu 2012 se je ležalna doba nekoliko skrajšala. Vzrok je v spremenjeni obravnavi, predvsem bolnikov z gastroenterokolitisi in vročinskimi krči. Delež k znižanju doprinese tudi bolj racionalna in strnjena diagnostika.

Tabela 1: Število obračunanih primerov na pediatričnem oddelku – za vse plačnike

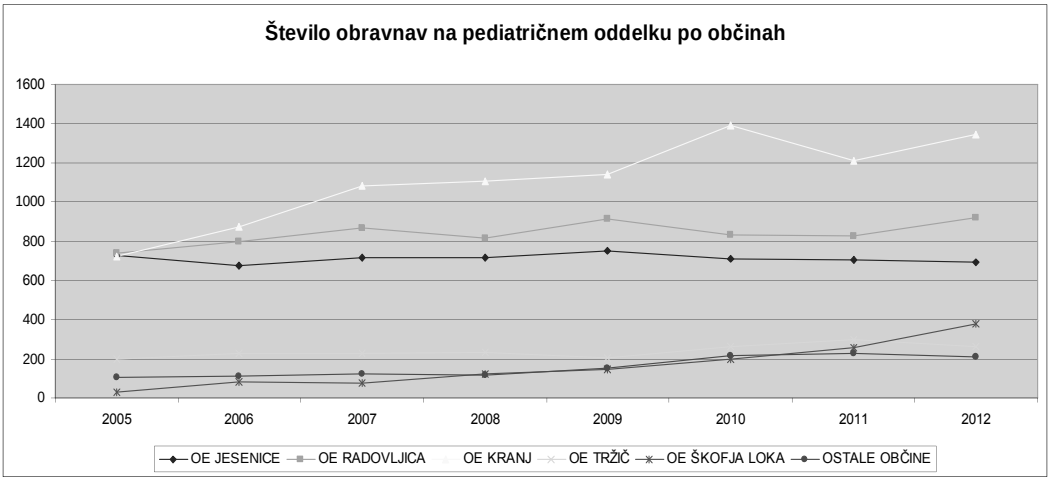
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	**2012**
število obračunanih primerov	1.816	2.026	1.994	1.932	2.013	1982	**1887**
število obračunanih uteži	1.226,79	1.423,16	1.441,28	1.373,61	1.479,98	1378,48	**1266,68**
povprečna utež	0,676	0,702	0,723	0,711	0,735	0,695	**0,671**
povprečna ležalna doba	2,73	2,81	2,79	2,68	2,89	2,67	**2,58**

Graf 3: Prikaz obračunanih primerov in uteži.

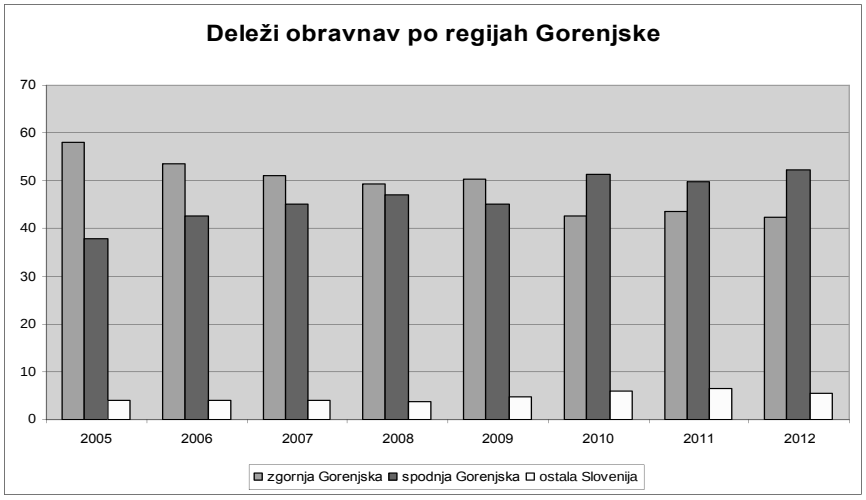


Vrednost SPP je nekoliko upadla na 0,67. Utež se že več let giblje okoli 0,7 in je s tem naš oddelek povsem primerljiv z drugimi otroškimi oddelki regionalnih bolnišnic. Vrednost je relativno nizka tudi zaradi absolutno velikega števila alergoloških primerov, ki so izrazito slabo ocenjeni in zaradi zelo nizko ocenjene vrednosti vsega pediatričnega dela.

Graf 4: Število obravnav na pediatričnem oddelku po občinah



Graf 5: Delež obravnav po regijah Gorenjske



V zadnjih letih je trend naraščanja bolnikov iz spodnje Gorenjske. Sprva so prihajali bolniki le iz Kranja, zadnje obdobje pa tudi iz Škofje Loke in celo Domžal. V letu 2012 se je ta delež še povečal.

Najpogostejše klinične diagnoze na oddelku za dojenčke in male otroke so obolenja spodnjih dihal. Manjši del so infektivna obolenja prebavil in sečil. Prikazane diagnoze predstavljajo 78,98% delež vseh diagnoz pri malem otroku in dojenčkih.

Največ obravnav pri bolnikih starih od 2-19 let je zaradi težav s prebavili. Pomemben delež so infekti spodnjih dihal in sečil. V tej starostni skupini je bilo opravljeno tudi veliko alergološke diagnostike.

Tabela 2: Najpogostejše diagnoze na Oddelku za dojenčke in male otroke (do 1,99 let) v letu 2012

Glavna diagnoza	Št. obravnav
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	150
J219 Akutni bronhiolitis, neopredeljen	111
A080 Rotavirusni enteritis	98
A09 Driska in gastroenteritis, pri katerih se predpostavlja, da so posledica infekcije	60
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	48
J040 Akutni laringitis	46
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutljivosti	32
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	29
R509 Vročina, neopredeljena	28
N10 Akutni tubulointersticijski nefritis	27
L209 Atopični dermatitis, neopredeljen	26
J210 Akutni bronhiolitis, ki ga povzroča respiratorni sincicijski virus	25
J069 Akutna infekcija zgornjih dihal, neopredeljen	24
R11 Navzea in bruhanje	22
R560 Febrilne konvulzije	19
Z763 Zdrava oseba spremlja bolno osebo	19
B09 Neopredeljena virusna infekcija, za katero so značilne spremembe na koži in sluznici	12
J459 Astma, neopredeljena	11
K219 Gastroezofagealna refluksna bolezen brez ezofagitisa	11
K522 Alergijski in dietetični gastroenteritis in kolitis	10
Ostale diagnoze	215
Skupaj	**1023**

Tabela 3: Najpogostejše diagnoze na Oddelku za šolske in predšolske otroke (od 2 let naprej) v letu 2012

Glavna diagnoza	Št.obravnav
A09 Driska in gastroenteritis, pri katerih se predpostavlja, da so posledica infekcije	102
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	101
A080 Rotavirusni enteritis	82
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutljivosti	71
J040 Akutni laringitis	60
R11 Navzea in bruhanje	52
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	50

R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	35
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	25
J030 Streptokokni tonzilitis	20
J450 Pretežno alergijska astma	20
K295 Kronični gastritis, neopredeljen	18
R51 Glavobol	16
N10 Akutni tubulointersticijski nefritis	14
K297 Gastritis, neopredeljen	13
J459 Astma, neopredeljena	12
K291 Druge vrste akutni gastritis	12
R509 Vročina, neopredeljena	12
K590 Zaprtje (konstipacija)	11
L500 Preobčutljivostna koprivnica (alergijska urtikarija)	11
R42 Vrtoglavica in omotičnost	10
Ostale diagnoze	318
Skupaj	**1.065**

V letu 2012 je bilo v terciarne centre premeščeno 20 otrok. Vzroki za premestitev so največkrat poglabljajoča se dihalna stiska, kirurška obolenja prebavnega trakta (intususepcija) ali metabolna obolenja. Največkrat premeščamo otroke na KOOKIT UKC Ljubljana. Dva bolnika sta bila premeščena v psihiatrično ustanovo.

2.2 AMBULANTNA DEJAVNOST

Delo ambulant se v letu 2012 ni spremenilo. Specialistične ambulante potekajo od ponedeljka do petka (dvakrat tedensko je ambulanta organizirana v popoldanskem času), urgentna pediatrična ambulanta poteka 24 ur dnevno vse dni v tednu.

- alergološka ambulanta – ponedeljek, torek; opravljajo Milena Vrečko-Tolar dr.med, Barbara Urbanc, dr. med., Silvija Morec-Jakopič, dr. med.
- neonatalna ambulanta – sreda; opravlja Peter Najdenov, dr. med.
- nevrološka ambulanta – sreda; opravlja Peter Najdenov, dr. med.
- nefrološka ambulanta – sreda; opravlja Peter Najdenov, dr. med.
- ambulanta za pregledovanje kontakov s TBC, po potrebi; opravlja Peter Najdenov, dr. med.
- gastroenterološka ambulanta – četrtek; opravlja Tina Šavs-Požek, dr. med.
- pedopsihiatrična ambulanta – četrtek; opravlja Gabriela Debeljak, dr. med.
- kardiološka ambulanta – petek; opravlja prof. dr. Andrej Robida, dr. med.
- urgentna pediatrična ambulanta – vsi zdravniki po tedenskem razporedu

Organizacijsko so vse pediatrične ambulante razdeljene le v dve osnovni skupini – pediatrične ambulante in pedopsihiatrična ambulanta. Pediatrične ambulante pa se delijo na zgoraj opisane subspecialistične ambulante.

Največ dela se opravi v alergološki ambulanti, kjer se čakalna doba giblje med 4 in 5 mesecev. Težave z dolgo čakalno dobo rešujemo z organizacijo dodatnih ambulant in v tesnem sodelovanju z hospitalno obravnavo.

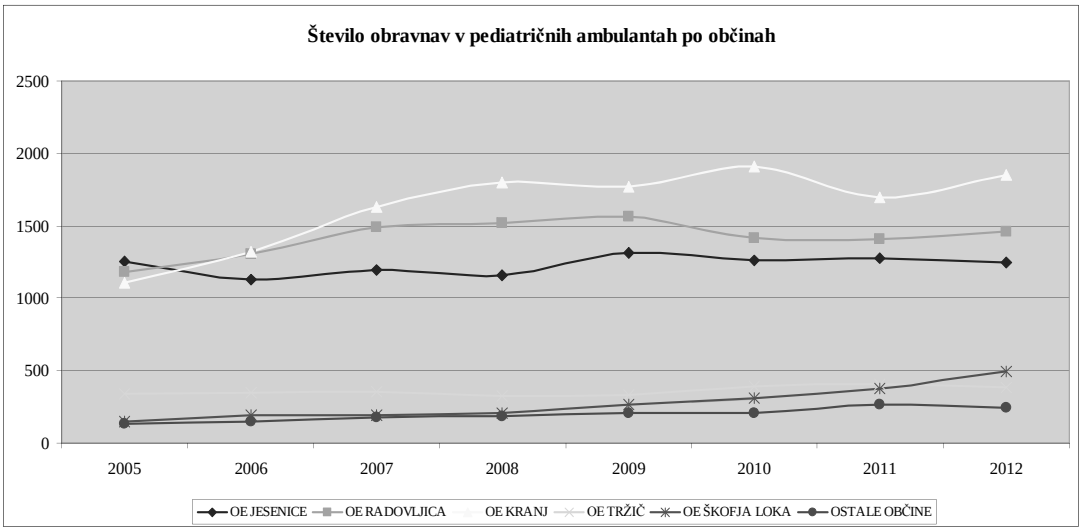
Tabela 4: Pregledi po pediatričnih ambulantah v letu 2013 - za vse plačnike

Ambulante		**št.pregledov**
P1	urgentna ped. amb.	2.871
P2	kardiološka ped. amb.	427
P3	alergološko-pulmološka ped. amb.	1.622
P4	nefrološka ped. amb.	128
P5	nevrološka ped. amb.	109
P6	neonatološka ped. amb.	42
P7	gastroenterološka ped. amb.	229
P8	pedopsihiatrična ped. amb.	207
P9	ped. amb. za TBC	36
SKUPAJ PEDIATRIČNE AMBULANTE		**5.671**

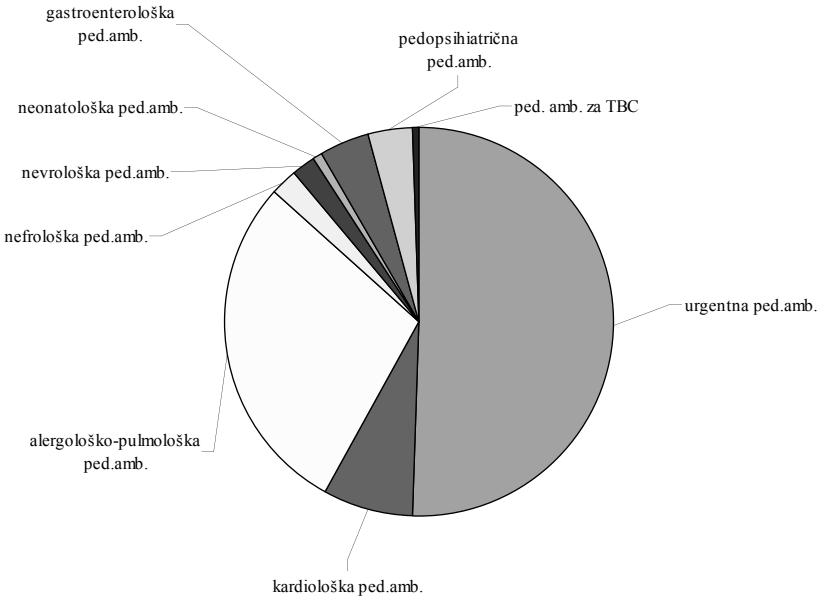
Tabela 5: Realizacija točk in obiskov v pediatričnih ambulantah (za plačnika ZZZS)

	Načrt 2012	Realizacija 2012	Index real/načrt
Pedopsihiatrična ambulanta			
točke	7.590	7.326	96,52
obiski	212	204	96,23
Pediatrična ambulanta			
točke	48.053	55.772	116,06
obiski	5.243	5.340	101,85

Graf 5: Število obravnav v pediatričnih ambulantah po občinah



Graf 6: Razmerje pregledov v Pediatrični ambulanti.



Tudi v letu 2012 se je nadaljeval trend večjega obiska bolnikov iz »spodnje Gorenjske« (Kranj, Škofja Loka), veča pa se tudi število pregledov iz drugih regij Slovenije.

2.3 AKTIVNOSTI IZVEN PEDIATRIČNEGA ODDELKA

Na Otroškem oddelku je bilo obravnavanih 554 otrok s kirurškim obolenjem, v sklopu dnevne otroške kirurgije pa še 109 bolnikov.

Pregledali smo 658 novorojenčkov, 89-krat smo bili prisotni na porodu s carskim rezom. Iz porodnišnice smo skupaj premestili 12 otrok, od tega 4 v enoto intenzivne terapije na terciarni nivo.

Kolegica (Požek) redno sodeluje v endoskopski ambulanti

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI V 2012

- Spremljanje prenosa okužb: na začetku 2012 smo ugotavljali 5 primerov prenosa rotavirusne okužbe. Opravljena je bila analiza ter notranje dodatno izobraževanje o higieni rok, o kohortni izolaciji in pomenu ostale higiene. Po tej mini epidemiji v letu 2012 evidentnih prenosov okužb nismo več zaznali.

- Spremljanje kolonizacije uritestov: v letu 2011 smo se odločili, da uriteste odčituje zdravnik. Na prehodu v leto 2011/2012 je bilo kontaminiranih več kot 12 % vseh uritestov. Ker je bilo stanje nesprejemljivo, smo uvedli dodatno izobraževanje pri vseh članih medicinskega tima. Število kontaminacij je upadlo na manj kot 5 %.

- Vrednotenje znanja staršev o poznavanju znakov dihalne ogroženosti otroka: Osnova je vprašalnik, ki so ga starši izpolnjevali ob koncu 2010 in začetku 2011; analiza je pokazala

dobro poznavanje neposrednih pokazateljev dihalne stiske pri otroku. Vzorec je bil majhen. Ponovitev je v teku.

4 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA V LETU 2012

- Udeleževali smo se izobraževanj in strokovnih srečanj pediatrične sekcije in posameznih specialnih sekcij pri zdravniškem društvu (otroška nevrologija, sekcija za pulmologijo, alergologijo).
- 12th Ljubljana International Paediatric and Neonatal Intensive Care Symposium (LIPNIC) (Urbanc)
- Continuing educational programme in paediatric nefrology, UCL, London (Najdenov)
- Mariborski pediatrični dnevi (Požek, Najdenov)
- Infektološki simpozij (Ahačič)
- Evropski alergološki kongres v Ženevi (Urbanc)
- AAF seminar Urgentna pediatrija, Salzburg (Urbanc)
- Mednarodna delavnica o Helycobacter pylori (Požek)
- Food alergy training course, Dunaj (Jakopič)

Aktivno:
- Aktivno na tečaju APLS v Sloveniji (Najdenov)
- Funkcionalne motnje prebave pri otrocih in uporaba probiotikov. Kranj (Požek)
- Dnevi Angele Boškin (Ahačič)
- Organizacija in strokovna predavanja srečanja »gorenjske pediatrije«
- Dodatno izobraževanje na KOOKIT UKC LJ (Jakopič)
- 19. Mednarodni simpozij o urgentni medicini Portorož (Najdenov)
- prispevek o motnjah zavesti pri otroku
- prispevek o urgentni medicini za otroke v gorah
- predavanje o imunoterapiji – Kranj (Urbanc)
- Kritično bolan otrok, Ljubljana (Najdenov)
- prispevek o poškodbah vratne hrbtenice
- inštruktor na delavnicah

5 CILJI V LETU 2013

V 2013 smo si zadali več ciljev:
- spremljanje strokovne upravičenosti predpisovanja antibiotiokov (protokol dokumentacije se je izkazal za delno učinkovit in je že v prenovi), zbrana je velika količina podatkov, analiza še ni narejena
- redno izvajanje »journal cluba« (sestanki se izvajajo)
- dodatno izobraževanje kolegice Tine Ahačič iz pulmologije na Pediatrični kliniki UKC LJ
- prenova »PIN« lista za dokumentacijo hudo bolnega otroka
- izvedba Neonatalne sekcije
- vzpostavitev skupnih Gorenjskih sestankov z zdravniki pediatri (skupne vizite)
- prenova kliničnih poti za alergološka testiranja
- sodelovanje v skupini za pripravo DCOM
- izvedba »Astma šole« za celoten oddelek
- izvedba EKG tečaja za gorenjske pediatre

ZAKLJUČEK

Delo v letu 2012 je potekalo brez večjih strokovnih in organizacijskih težav. Zasluge za dobro delo v 2012 imajo vsi zaposleni na oddelku. Vsak s svojim znanjem, zgledom in strpnostjo pripomore k skupnim uspehom.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA PEDIATRIČNEM ODDELKU

Mojca Strgar, dipl. m. s.
Koordinatorica zdravstvene nege na pediatričnem oddelku

UVOD

V letu 2012 smo na področju zdravstvene nege na pediatričnem oddelku sledili ciljem, ki smo si jih zastavili na začetku leta; poudarek je bil predvsem na izobraževanjU, spremembah in dopolnitvah kliničnih poti ter uvajanju novih metod dela.

Nadaljevali smo z začetim delom na področju dokumentiranja v zdravstveni negi; uporabe specifičnih negovalnih diagnoz za področje pediatrične zdravstvene nege ter s sprotnim vrednotenjem. Izhodišča, ki smo si jih pri tem zastavili na začetku prejšnjega leta, je bila individualna izdelava načrta zdravstvene nege ter vrednotenje, ki bo sledilo zdravstvenemu stanju pacienta. Izvedli smo tudi prvo izobraževanje oziroma delavnico s področja Procesa zdravstvene nege in dokumentiranja, ki ga v začetni fazi lahko ocenim kot uspešno.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Na področju managementa na našem oddelku smo se usmerili predvsem na področje opolnomočenja v zdravstveni negi. To je področje, na katerem smo si v letu 2012 postavili cilje, ki pa jim bo potrebno v letu 2013, na podlagi izkušenj in na z dokazi podprti praksi, dodati še spremembe v vsebini: kaj, zakaj, kje in kdo ter na kakšen način doseči opolnomočenje na posameznih segmentih oziroma nivojih.

Večjih kadrovskih sprememb v zdravstveni negi v letu 2012 nismo beležili; nekaj sodelavk je zaključilo s porodniškim dopustom, nekaj pa jih je nanj odšlo. Večje fluktuacije in bolniških odsotnosti na oddelku ni bilo, ena od sodelavk se je v prvi polovici leta upokojila.
Leto 2012 smo zaključili z naslednjim številom kadra v zdravstveni negi:

Tabela 1: Kadrovska struktura ZN Pediatrične službe na dan 31. 12. 2012

	ODDELEK	PEDIATRIČNA AMBULANTA	DOLOČEN ČAS/PRIPRAVNIKI	PORODNIŠKA/ BOLNIŠKA/OSTALO
TZN	17	1	1	3
DMS	3	1	1	1

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Na kategorizacijo potreb po zdravstveni negi hospitaliziranih pacientov so vplivale spremembe, ki so bile dokončno oblikovane v letu 2011. Spremembe bistveno vplivajo na kategorizacijo obravnave predvsem, kadar je prisoten spremljevalec hospitaliziranega otroka. Kadar je spremljevalec kompetenten in sodeluje pri izvajanju negovalnih postopkov, je MS tista, ki izvaja nadzor, svetuje in sodeluje pri obravnavi otroka.

Spremembe so vidne iz spodnje tabele, največje so pri tretji in drugi kategoriji. To vpliva tudi na načrtovanje intervencij in izvajanje zdravstvene nege po procesu zdravstvene nege ter

Tabela 2: Primerjava kategorij na ped. odd. od leta 2009 do 2012 izraženo v odstotkih

KATEGORIJA	2009	2010	2011	2012
I. kategorija	11,0	7,4	2,0	**0**
II. kategorija	23,0	34,7	53,0	**54,0**
III. kategorija	66,0	58,0	45,0	**46,0**

spreminja vlogo medicinske sestre na pediatričnem oddelku. Vse bolj je, poleg izvajanja ntervencij zdravstvene nege in diagnostično terapevtskih posegov, usmerjena tudi v vlogo svetovalca in promotorja zdravja ter zdravega načina življenja otroka in mladostnika.

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Cilji, ki so bili postavljeni na začetku leta za področje zdravstvene nege, so bili realizirani kot je razvidno iz spodnje tabele:

CILJ: **Izobraževanje**	**Realizacija** **učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Organizacija strokovnega srečanja gorenjske pediatrije • Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku • 5 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih • 4 aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih	Delno realizirano
EVALVACIJA: • Srečanje je bilo organizirano v decembru 2012 • Izvedenih je bilo 11 mesečnih izobraževanj • 17 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih izven SBJ • 3 aktivne udeležbe	
CILJ: **Izdelava protokolov in dokumentacije**	**Realizacija** **učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Izdelava protokola za izvajanje sublingvalne specifične imunoterapije (SLIT) v ped. amb. • 2 Izdelava zgibanke Astma šola • Izdelava protokola sprejema otroka na ped. oddelek – ZN • Ureditev sledljivosti dveh kliničnih poti	Delno realizirano
EVALVACIJA: • Protokol ni izdelan v celoti • Zgibanka je v pripravi • Protokol je v izdelavi (klinična pot) • Sledljivost je v pripravi	
CILJ: **Varnost in kakovost**	**Realizacija** **učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Število varnostnih vizit • Število varnostnih vizit koordinatorice ZN in predstojnika • Beleženje odklonov s predlogi izboljšav, preverjanje učinkovitosti • Razvijanje novih standardov kakovosti za področje pediatrične ZN	Realizirano

EVALVACIJA: • Izvedenih je bilo 36 varnostnih vizit • Izvedene so bile 3 varnostne vizite koordinatorice ZN in predstojnika • Zabeleženi so bili 4 odkloni • Izdelani so popravki standardov ter novi standardi kakovosti za področje pediatrične zdravstvene nege	
CILJ: **Zdravstveno vzgojno delo**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Uspešnost izvedenih astma šol ob ponovnem pregledu v ambulanti • Število izvedenih ZV intervencij v pediatrični ambulanti	Realizirano
EVALVACIJA: • Uspešnost je bila 95% • V pediatrični ambulanti je bilo izvedenih 136 ZV intervencij	
CILJ: **Razvoj kadrov**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Število izvedenih letnih razgovorov na število zaposlenih	Delno realizirano
EVALVACIJA: • Izvedenih je bilo 80 % letnih razgovorov	

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

2.1 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

V tabeli 3 je prikazano število varnostnih vizit v letu 2012 glede na nivo izvedbe. Najpogostejše zaplete smo reševali na področjih:

1. prehrane otrok,
2. bolnišnične higiene
3. varnosti in kakovosti

Tabela 3: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

	Koordinatorica ZN na ped.odd.	Odgovorne MS odd.	Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN
ŠTEVILO	13	32	3

2.2 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2012 so bili zabeleženi 4 odkloni ki so bili vneseni v računalniški program ART. Število je manjše kot v letu 2011. Na odklone je bilo izrečenih 5 ukrepov, vsi so bili uspešno rešeni in zaključeni.

Narava in vrsta odklonov je prikazana v tabeli 4:

Tabela 4: Število odklonov

Oddelek/ enota	**Skupno število odklonov**	**Sporočili sami / dodelili drugi**	**Odkloni sporočeni anonimno**	**Strokovni odklon**	**Pritožba pacienta/ svojca**	**Poškodba osebja**
PED	4	4/0	0	3	0	0
Oddelek/ enota	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Varnostni incident informacij**	**Kaznivo dejanje**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
PED	1	0	0	0	0	0

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedenih je bilo 80 % letnih razgovorov, kar je 5 % več kot v enakem obdobju v lanskem letu. Izvedba letnih razgovorov je lažja, ker je obrazec spremenjen in tako pogovor z zaposlenimi veliko bolj usmerjen in pregleden. Zaposleni so zadovoljni z opravljenimi letnimi razgovori, imajo možnost nekaj dnevne priprave nanj in zato potekajo z veliko mero konstruktivnosti in motivacije. Največ mnenj je izraženih za področje izobraževanja, odnosov med zaposlenimi ter na področju ciljev, na samo organizacijo in vodenje pa največkrat nimajo pripomb.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt izobraževanja je bil izpolnjen v celoti, predvsem na področju pasivne udeležbe izobraževanj izven ustanove. V letu 2012 beležimo tudi tri aktivne udeležbe na strokovnih seminarjih, kar je manj kot smo načrtovali. Veliko smo se izobraževali tudi interno, znotraj samega oddelka. Ta izobraževanja so usmerjena ciljno, glede na področja dela ter na nove metode dela, ki smo jih uvedli v prejšnjem letu. S to dobro prakso smo pričeli že leta 2011 in jo nadaljevali tudi lani; to je področje, ki ostaja izziv tudi v letošnjem letu. Odziv na izobraževanjih je v povprečju, izraženo v odstotkih, 80 % in s tem smo lahko zadovoljni. Zagotovo je to pokazatelj, da je naša usmeritev prava. Organizirali smo tudi srečanje gorenjske pediatrije, kar je za oddelek velik organizacijski zalogaj. Udeležba na tem srečanju je iz leta v leto višja, to je obenem razlog, da moramo s temi srečanji v naslednjih letih nadaljevati. Je priložnost, kjer se sreča primaren in sekundaren nivo, izmenjajo se mnenja in izkušnje. Zaposleni smo aktivni tudi v projektnih skupinah; sestankov smo se zaposleni načeloma redno udeleževali in tudi aktivno sodelovali s svojimi mnenji.

4 PEDIATRIČNA SPECIALISTIČNA AMBULANTA

V specialistični pediatrični ambulanti je že v prejšnjem letu naročanje prevzela centralna služba za naročanje pacientov, kar je tim ZN v ambulanti v veliki meri razbremenilo. Še vedno pa poteka naročanje na različne provokacije preko pediatrične alergološke ambulante, njihova obravnava na oddelku poteka po kliničnih poteh.

Merili smo tudi zadovoljstvo obravnave teh pacientov, rezultati so prikazani v tabeli 5. Ankete se pregledujejo mesečno, morebitna izražena nezadovoljstva se obravnavajo sproti.

Negativne pripombe se nanašajo na:
- sobivanje staršev ob otroku in prehrano spremljevalcev,
- kvaliteto sobivanja z otrokom (klimatizirani prostori),
- slabo razumevanje navodil zdravnika alergologa pred sprejemom

Tabela 5: Zadovoljstvo obravnave po KP – provokacije

ŠTEVILO KLINIČNIH POTI - PROVOKACIJE	ŠTEVILO ODDANIH ANKETNIH VPRAŠALNIKOV	ŠTEVILO ODDANIH ANKETNIH VPRAŠALNIKOV (%)	ZADOVOLJSTVO OBRAVNAVE PO KP
117	101	86 %	97 %

UKREPI:

Spremembe kliničnih poti za provokacije ter s tem večji poudarek na pravilni informiranosti staršev o poteku obravnave. Pripombe in pričakovanja glede sobivanja ter s tem povezane prehrane spremljevalcev večkrat presegajo zmožnosti in kapacitete pediatričnega oddelka in so velikokrat povsem nerealne. Kljub temu se z vsemi temi pacienti in spremljevalci še dodatno pogovorimo.

Pozitivne pripombe pa so sledeče:
- zadovoljstvo z prijaznostjo zaposlenih na pediatričnem oddelku,
- kakovostna obravnava med hospitalizacijo.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

Cilji in aktivnosti v zdravstveni negi večinoma ostajajo isti, nekateri so deloma spremenjeni zaradi potrebnega in lažjega merjenja učinkovitosti kot tudi zaradi razvoja stroke zdravstvene nege na pediatričnem oddelku. Razvrščeni so po področjih, zajemajo tako področje izobraževanja, dokumentiranja kot tudi razvoju kadrov.

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izobraževanje	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku
Kazalnik • Organizacija strokovnega srečanja gorenjske pediatrije • Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku • 5 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih • 4 aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izdelava protokolov in dokumentacije	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS Odgovorna MS v ped. amb.
Kazalnik • Izdelava protokola za izvajanje sublingvalne specifične imunoterapije (SLIT) v ped. amb. • Izdelava protokola za zdravljenje z visokim pretokom - Optiflow • Izdelava zgibanke Astma šola • Izdelava klinične poti sprejema otroka na pediatrični oddelek • Ureditev sledljivosti štirih kliničnih poti	Kontinuirano, celo leto	

3. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Varnost in kakovost	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS
Kazalnik • Število varnostnih vizit • Število varnostnih vizit koordinatorice ZN in predstojnika • Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti • Razvijanje novih standardov kakovosti za področje pediatrične ZN	Kontinuirano, celo leto	
4. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS Odgovorna MS v amb.
Kazalnik • Uspešnost izvedenih astma šol ob ponovnem pregledu v ambulanti • Število ZV intervencij v ped. amb. • Število ZV intervencij na ped. odd.	Kontinuirano, celo leto	
5. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Razvoj kadrov	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN
Kazalnik • Število izvedenih letnih razgovorov na število zaposlenih • Sprememba matrike znanja glede na letne razgovore	Kontinuirano, celo leto	

ZAKLJUČEK

Menim, da je bilo leto 2012 za zaposlene v zdravstveni negi na pediatričnem oddelku uspešno. Pri reakreditacijah, ki so potekale v naši ustanovi ni bilo večjih odstopanj, na njih smo se dolgo in uspešno pripravljali. Zagotovo se lahko pohvalimo tudi s področji internega izobraževanja, dokumentiranja v zdravstveni negi ter razvijanja novih oblik dela, so pa to tudi področja ki ostajajo še odprta in potrebujejo svoje nadaljevanje. Poleg naštetega so izzivi v letu 2013 tudi področje sledljivosti dokumentacije, ki je specifična in potrebna za oddelek, izdelava novih in popravki obstoječih kliničnih poti ter področje komunikacije na vseh ravneh. Delo smo zastavili dobro, ohraniti pa je potrebno pozitivno motivacijo zaposlenih ter profesionalen, strokoven in prijazen pristop k obravnavi pacientov.

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO ZA LETO 2012

Gregor Kalan, dr. med., spec. patol.
Vodja oddelka

UVOD

V letu 2012 bistvenih sprememb v delo oddelka nismo uvajali. Delovni postopki tečejo po vzpostavljenem dokumentiranem in nadzorovanem sistemu dela, ki omogoča sledenje vsakega obravnavanega vzorca. Vključeni smo v certificirano britansko mrežo zunanje kontrole izvajanja preiskav UK NEQUAS.

1 ORGANIZACIJA ODDELKA

Organizacijska struktura ostaja podobna tisti v preteklem letu. Strokovno delo na oddelku za patologijo je, kljub okrnjeni sestavi strokovnega kadra, teklo po ustaljenih smernicah. Prostorske in materialne danosti so zadovoljive, da lahko omogočajo uspešno delo.
Organizacijsko se oddelek deli na dve lokacijsko ločeni enoti:

- histopatološki laboratorij in
- prosekturo z mrtvašnico.

Oddelek in obenem laboratorij vodi specialist patolog Gregor Kalan, dr. med. V histopatološkem laboratoriju sodelujejo še inženirka laboratorijske biomedicine (v letu 2012 na porodniškem dopustu), laboratorijska tehnica in administratorka. V letu 2011 je v našem laboratoriju pričela usposabljanje laboratorijska tehnica, za kasnejše nadomeščanje porodniške odsotnosti v letu 2012. V letu 2012 je za področje gorenjske regije začela s specializacijo iz patologije mlada zdravnica, ki je zaposlena v naši bolnišnici.

V našem laboratoriju se vrši sprejem, pregled in histopatološka obdelava vzorcev, predvsem s področja bolezni kože in prebavil, v manjši meri pa vzorci s področja urologije, ORL, bolezni dojk in bolezni lokomotornega sistema. Večina ginekopatoloških vzorcev se še vedno pošilja v histopatološko obdelavo zunanjemu izvajalcu zaradi kadrovske nezadostnosti, deloma pa tudi strokovne zahtevnosti.

Tabela 1. Kadri oddelka za patologijo

Vrsta kadra	Status
Vodja oddelka in HP laboratorija	stalno zaposlen
Diplomirani inženir laboratorijske biomedicine	stalno zaposlen
Laboratorijski tehnik	stalno zaposlen
Administrator	stalno zaposlen, skrajšan del. čas
Obdukcijski pomočnik 1	pogodbeni sodelavec
Obdukcijski pomočnik 2	pogodbeni sodelavec
Laboratorijski tehnik - pripravnik	začasno zaposlen za nadomeščanje

V prosekturi se izvajajo občasna dela. Poleg izvajalcev iz laboratorija, sta tu soudeležena še dva obdukcijska pomočnika, zdravstvena tehnika, sicer zaposlena v drugi enoti bolnišnice. V organizacijskem smislu se na tem mestu kaže pomanjkanje stalnega nadzora nad sprejemom in izdajo trupel iz mrtvašnice. Prostorske danosti zastarelih prostorov nam brez gradbenih posegov onemogočajo ločevanje čistih in nečistih poti.

Ob koncu leta 2012 so bili na oddelku za patologijo tako redno zaposleni 4 uslužbenci, 2 pogodbeno in 1 začasno, za čas nadomeščanja sodelavke v času porodniškega dopusta.

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2012

Od lanskoletnih ciljev smo uspeli zadostiti bolnišničnim potrebam s področja patologije prebavil in kože. Kljub odsotnosti laboratorijske inženirke, smo z manjšimi časovnimi odlogi izvajali večino imunohistokemičnih preiskav. Zaradi potreb v diagnostiki sklepnih kristalopatij, smo uvedli ustrezne diagnostične metode.

Ocenjujemo, da smo skupaj z vodji operativnih in ambulantnih dejavnosti uspeli pozitivno vplivati na časovne zamude v predanalitični fazi preiskav in zmanjšati pogostnost maksimalnih odstopanj.

V analitični fazi smo z dodatnim delom uspeli skrajšati čas, ki preteče do izdaje izvida, do te mere, da je več kot 80 % biopsij zaključenih v enem tednu.

Informacijska podpora našemu delu ostaja na enaki ravni kot poprej.

V letu 2012 smo imeli tudi aktivno udeležbo, s predstavitvijo enega od primerov v dosedanji praksi, na Evropskem kongresu patologije.

3 OPRAVLJENO DELO

Naše delo se opravlja v histopatološkem laboratoriju in v prosekturi, kjer se vršijo obdukcije. Histopatološke preiskave in diagnostiko opravljamo za naše ambulantne enote, kot tudi za potrebe pooperativne diagnostike hospitaliziranih bolnikov. Poleg osnovnih postopkov, vršimo tudi specialna histokemična barvanja in imunohistokemične preiskave. V okviru zahtev po zunanji kontroli naših metod, smo član v programu obdobne naključne kontrole, ki jo izvaja certificirana britanska mreža UK NEQUAS.

V letu 2012 smo tako sprejeli vzorce odvzete ob 2.372 (2.485 – 2011) obravnavah bolnikov – število biopsij. Nekoliko nižji, a še vedno višji kot leta 2010, je tako delež preiskav ob ambulantnih obravnavah - 1.777 obravnav (1.861 v 2011; 1.739 v 2010), kot tudi ob hospitalnih - 595 obravnav (624 v 2011; 559 v 2010). Skupno je bilo za pregled poslanih 2.866 (3.080 -2011) različnih tkivnih vzorcev (Tabela 2.). V naši obdelavi je bilo pripravljenih 8.739 (9.216 – 2011) tkivnih blokov. Postopek vklopa tkiv v parafinske bloke (pri kožnih ekscizijah in izoliranih bezgavkah pri črevesnih resektatih) z vklopom dveh tkivnih vzorcev v en blok, zmanjšuje število tkivnih blokov za približno 3.000. S takšnim načinom dela se zmanjšuje obremenitev laboratorijskega osebja, obenem pa se zmanjšajo potrebe po arhivskem prostoru.

Tabela 2. Število poslanih tkivnih vzorcev po enotah

Enota/oddelek	**Število tkivnih vzorcev**	
	2012	**2011**
endoskopije	1182	1347
ambulante	1132	1262
operacijski blok z dnevno kirurgijo	552	471
Skupaj	**2866**	**3080**

V prosekturi smo opravili 38 obdukcij, od tega 1 fetalna obdukcija, iz vzorčenih tkiv pa v histopatološkem laboratoriju dodatnih 894 tkivnih blokov (Tabela 3.)

Tabela 3. Število naročenih obdukcij po oddelkih

Enota/oddelek	**Število obdukcij**	
	2012	**2011**
Interni oddelek	17	16
IIT	10	4
Urgentna internistična ambulanta	4	4
Kirurški oddelek	5	8
EITOS	1	12
Ginekološko-porodniški oddelek	1	1
Skupaj	**38**	**45**

Strokovno sodelujemo s kolegi drugih ustanov, predvsem Inštituta za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Onkološkega inštituta.

Vzorce za histopatološki pregled pregledujejo tudi zunanji izvajalci, predvsem v primerih, ko področja dela strokovno ne pokrivamo ali ob odsotnosti patologa. V času odsotnosti patologa so bili pokojniki za obdukcijo prepeljani na Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, bioptični vzorci pa v DC Bled. Vzorci s področja ginekologije se v celoti pregledujejo na Oddelku za patologijo Ginekološke klinike KC.

V primeru smrti po poškodbah, zastrupitvi ali smrti, povezani s sumom na napačno zdravljenje, se obdukcije vršijo na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete.
Še vedno nismo uredili pogodbenega razmerja z zunanjimi izvajalci.

Na našem oddelku še ne izvajamo naročil za zunanje naročnike preiskav.

Sodelujemo v multidisciplinarnem timu bolnišnice, ki skuša optimizirati in usmerjati obravnavo posameznega bolnika, zaenkrat predvsem pooperativnih bolnikov po operaciji prebavil. Želimo prispevati k pospešitvi pooperativne obravnave bolnika s čimprejšnjim zaključkom histopatološkega izvida, obenem pa prispevati h kvaliteti kirurškega dela ob obojestranski razpravi in ne zgolj kot nadzorni organ. V letu 2011 smo začeli, v letu 2012 pa nadaljevali s posredovanjem tumorskega materiala za molekularno genetske preiskave (na zahtevo onkologov), ki tako lahko ocenijo primernost uporabe bioloških zdravil pri zdravljenju posameznega tumorja.

4 BIBLIOGRAFIJA IN IZOBRAŽEVANJA

Gregor Kalan, dr.med je habilitirani visokošolski učitelj na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, poučuje predmet anatomija.

Vključeni smo v delovanje raziskovalne enote SB Jesenice.

V letu 2012 smo imeli 1 novo objavo:

1. KALAN, Gregor, TUŠAR, Sandra, ZIDAR, Nina. Small neuroendocrine tumor of appendix with metastasis in the ileocecal lymphnode : a case report. Virchows Arch., Sep. 2012, vol. 461, suppl. 1, str. S181 - S182. [COBISS.SI-ID 30285529]

5 KAZALNIKI KAKOVOSTI DELA NA ODDELKU ZA PATOLOGIJO

V oceno kakovosti našega dela sodi analiza časovnih dogodkov v predanalitični in analitični fazi, dodatno pa kazalci, ki govorijo o kakovosti izvedbe našega dela. V analizo smo vzeli podatke iz celotnega leta 2012, izločili pa smo podatke iz obdobja kolektivnega dopusta, ko prihaja do pričakovanih odstopanj. Skupno smo v tem času prejeli naročilo za pregled tkiv ob 2.372 obravnavah bolnikov. Podatke smo razdelili v tri velike skupine naročnikov preiskav, to so E - endoskopske ambulante N=846 (N=974), O - operacijski blok z dnevno kirurgijo N=484 (N=439) in A - ostale ambulante N=1043 (N=1072). V razliki časov so upoštevani vsi dnevi, ne samo delavniki.

5.1 PREDANALITIČNA FAZA

Čas odvzem-naročilo

Sistem naročanja preiskav zahteva vnos podatkov v bolnišnični informacijski sistem (BirPis), za katerega je odgovoren zdravnik, ki preiskavo naroča. Različni momenti ambulantnega dela onemogočajo sočasno naročanje, kljub temu pa mora biti kar se da ažurno. Optimalno bi bilo takojšnje naročilo preiskave po odvzemu, kot je ustaljena praksa v večini kirurških ambulant, ali pa vsaj isti dan. Še dopustni zamik bi moral biti največ 1 dan.

Definicija	čas od odvzema vzorca do vnosa naročila v BirPis
Vir podatka	BirPis
Števec	vsota razlik časov med odvzemom vzorca in vnosom naročila
Imenovalec	vsa naročila oddana v določenem obdobju
Primerjava	letno

Tabela 4: Deleži naročil glede na čas vnosa naročila od odvzema vzorca

	E		**A**		**O**	
	2012	2011	**2012**	2011	**2012**	2011
isti dan	**92,8**	94,2	**99,9**	99,6	**99,9**	98,9
naslednji dan	**4,3**	2,7	**0**	0,3	**0,1**	0,9
do 1 teden	**2,4**	2,6	**0,1**	0,1	**0**	0,2
več	**0,5**	0,5	**0**	0	**0**	0

S stalnim opozarjanjem naročnikov preiskav ob prekoračitvi rokov se stanje postopno še vedno izboljšuje oziroma ohranja na doseženem optimalnem nivoju.

Čas odvzem-prevzem

Po odvzemu tkivnih vzorcev, kljub sočasnemu naročilu preiskave, ni vedno možnosti takojšnjega transporta vzorca v histopatološki laboratorij (HL). Dogaja pa se, da se vzorci na mestih odvzema zbirajo dlje časa, kot je potrebno za izpolnitev naročila preiskave v BirPis. Optimalno bi bilo, da se vzorci čim prej po vnosu naročila odnesejo v laboratorij, najmanj pa enkrat dnevno, ne glede na količino vzorcev. Večdnevno zbiranje vzorcev znotraj hiše ne bi smelo biti dopustno.

V letu 2011 smo transport vzorcev iz endoskopske enote in ambulantne operacijske organizirali s pomočjo medicinskih tehnikov – informatork, ki ga vršijo redno najmanj enkrat dnevno.

Definicija	čas od odvzema vzorca do prevzema vzorca v HL
Vir podatka	BirPis
Števec	vsota razlik med odvzemom vzorca in prevzemom vzorca
Imenovalec	vsa naročila prevzeta v določenem obdobju
Primerjava	letno

Viden je upad deleža vzorcev, ki jih prevzamemo iz endoskopskih enot znotraj 18 ur, se je pa bistveno zmanjšal delež vzorcev, ki jih dobimo več kot 36 ur po odvzemu. Kot pri prejšnjem kazalniku, lahko primerjalno ugotovimo, da je stanje podobno. Bistveno odstopanje se je pojavilo pri operativnih nenujnih vzorcih, kjer je delež vzorcev, ki so prevzeti kasneje kot po 5 dneh, kar 8,4%. Razlog je v politiki zavoda, da nenujni vzorci v času letnih dopustov počakajo na kasnejši prevzem in obdelavo. Sicer so razlog tudi odvzemi ob petkih oziroma sobotah in nedeljah, ko zaradi delovnega časa laboratorija čimprejšen prevzem tkiv ni možen.

Tabela 5: Deleži naročenih preiskav glede na čas do prevzema vzorca v laboratorij

	E		**A**		**O**	
	2012	2011	**2012**	2011	**2012**	2011
18 ur	**18,9**	22,9	**50,2**	58,5	**57,5**	56,3
1 dan	**66,8**	50	**40,1**	23,5	**24,5**	17,1
do 5 dni	**11,7**	21,6	**8,9**	17,4	**17,9**	18,2
več	**2,6**	5,5	**0,8**	0,6	**2,1**	8,4

Število zavrnitev/neustreznih naročil

Navodila za naročilo preiskav in pripravo materiala so podana, kljub temu lahko pride do napak oziroma neskladnosti med podatki na naročilnici za preiskavo in oznakami, količino, vrsto vzorca, morda celo zamenjavo vzorca. Po merilih za zavrnitev vzorca, se izpolni zavrnitveni obrazec, ki ga posredujemo naročniku preiskave. Ta s podpisom dokaže, da je bil o napaki/neskladju obveščen in jo odpravi.

Definicija	število zavrnjenih naročil po kriterijih za zavrnitev
Vir podatka	dnevnik zavrnitev
Števec	število zavrnitev
Imenovalec	vsa naročila oddana v določenem obdobju
Primerjava	letno

V analiziranem obdobju smo ugotovili večje neskladje po kriterijih za zavrnitev pri 12 naročilih (2011 pri 12 oz. 0,5 %), kar ponovno predstavlja le 0,5 % vseh biopsij. Zaključimo lahko, da je seznanjenost s postopki naročanja preiskav in pravilnim označevanjem vzorcev dobra, do napak pa prihaja v izvedbi postopkov – največkrat so napačni podatki na naročilnici preiskave, do napak prihaja tudi zaradi nepopolne priprave vzorca za transport (vzorec brez naročilnice).

5.2 ANALITIČNA FAZA

Čas prevzem-izvid

V priporočilih republiškega strokovnega kolegija za patologijo so podane smernice o primernosti časov obdelave tkivnih vzorcev, glede na njihovo vrsto, do izdaje izvida. Kazalnik meri naše timsko prizadevanje za pravočasno izvedbo celotne analitične faze.

Definicija	čas od prevzema vzorca do avtorizacije izvida v BirPis
Vir podatka	BirPis
Števec	vsota razlik med prevzemom vzorca in izdajo (avtorizacijo) izvida
Imenovalec	vsa naročila oddana v določenem obdobju
Primerjava	letno

V tem primeru beležimo podobne rezultate kot v letu 2011. Znotraj 10 delovnih dni je bilo zaključenih 94 % biopsij (2011 – 87 %). Pri približno 10–15 % biopsij opravimo zunanjo konzultacijo, kar lahko znatno podaljša čas obravnave.

Tabela 6: Deleži izvedenih preiskav glede na čas od prevzema vzorca do avtorizacije izvida

	E		**A**		**O**	
	2012	2011	**2012**	2011	**2012**	2011
1 dan	**9,2**	5,8	**2,7**	1,6	**3,6**	3,2
1 teden	**79,9**	53,5	**81,8**	39,5	**84,2**	36,7
2 tedna	**9,8**	35,1	**7,3**	41,4	**6,3**	39,4
1 mesec	**3,7**	5,4	**5,2**	12,5	**4,0**	16,6
več	**0**	0,2	**2,9**	5	**1,3**	4,1

Število napak/ponavljanj priprave histoloških preparatov

Raznolikost delovnih postopkov in težavnost njihove izvedbe zahteva doslednost, natačnost in izurjenost laboratorijskega osebja. V dnevnik napak skušamo zabeležiti vsako neželjeno odstopanje od uveljavljenih postopkov ali rezultatov našega dela. To število odraža primernost, kakovost in nadzor kakovosti izvedbe postopkov.

Definicija	število napak/ponovitev/zavrnjenih histoloških preparatov
Vir podatka	dnevnik napak
Števec	število napak
Imenovalec	število opravljenih postopkov v določenem obdobju
Primerjava	letno

V analiziranem obdobju smo v HL opravili 47 957 (2011 – 52 053) storitev. V tem obdobju smo odkrili in zabeležili 115 (2011 – 89) napak, ki smo jih z ustreznimi ukrepi popravili.

5.3 POSTANALITIČNA FAZA

Število pritožb/reklamacij ali naknadno ugotovljenih odstopanj

Pri našem delu težimo k temu, da ne bi bilo napak, zamenjav, oziroma je teh čim manj. Z dokumentiranjem napak, ki jih ugotovijo naši naročniki, skušamo nadzirati, če in zakaj se to dogaja. Enako, v postopkih revizijskih pregledov naših histoloških vzorcev v drugih ustanovah, sledimo njihovim ugotovitvam in beležimo odstopanja.

Definicija	število pritožb naročnikov po izdaji izvida
Vir podatka	dnevnik pritožb
Števec	število realno osnovanih pritožb
Imenovalec	vsa naročila oddana v določenem obdobju
Primerjava	letno

V celotnem obdobju preteklega leta smo obravnavali 3 takšne primere (2011 – 2 primera). V vseh treh primerih je šlo za pomanjkljivost ali napako v histopatološkem izvidu v smislu opredelitve stadija bolezni oziroma ekscizijskih robov.

V letu 2012 smo prejeli 11 revizijskih zahtevkov, le v enem primeru se je pokazalo, da je naša diagnoza odstopala od revizijske.

6 CILJI V LETU 2013 IN ZAKLJUČEK

Med primarnimi cilji za leto 2013 ostaja zadostiti potrebam zavoda, kljub naraščajočemu številu preiskav.

Želimo prevzeti izvajanje histoloških preiskav s področja ginekopatologije. Za realizacijo je potrebno dodatno angažiranje obstoječega kadra, ali pa dodatna zaposlitev novega.

Želimo si ureditev partnerskega odnosa z zunanjimi izvajalci patoloških preiskav.

Poleg stalne težnje k boljšim rezultatom v analitični fazi, si želimo izboljšati informacijsko podporo v bolnišničnem informacijskem sistemu, morda celo 'brezpapirno" delovanje enote. Realizacija je pogojena z nakupom laboratorijskega informacijskega sistema.

V okviru preverjanj s strani UK NEQUAS smo zaznali potrebo po standardizaciji histokemičnih barvanj. Realizacija je povezana z nabavo nove opreme.

Nameravamo nadaljevati s pozitivnim vplivom na predanalitično fazo preiskav in zmanjševati pogostnost maksimalnih odstopanj.

Za preteklo leto je v pripravi anketa zadovoljstva naročnikov.

V dosedanji praksi smo imeli posamezne primere, ki bi bili primerni za objavo v medicinskih publikacijah ali predstavitev na strokovnih srečanjih.

LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2012

Doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik
Vodja oddelka

1 ORGANIZACIJA LABORATORIJA

Organizacija laboratorija ustreza zahtevam Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (Uradni list RS, št. 64/2004) in standardu ISO 15189. Laboratorij je opredeljen v temeljnem aktu SB Jesenice kot Oddelek za laboratorijsko dejavnost. Ima Poslovnik, ki opredeljuje prostorsko in kadrovsko strukturo, navaja pristojnosti vodje in namestnika vodje, pooblastila laboratorijskemu osebju, obratovalni čas, katalog preiskav, opis sistema zagotavljanja kakovosti in spremljanje kazalnikov kakovosti. Skladno s standardi ima urejen seznam kritičnih vrednosti in sistem sporočanja, ki zmanjšuje možnost sprejemanja nevarnih terapevtskih in diagnostičnih odločitev. Izvajanje laboratorijske dejavnosti poteka organizirano po opredeljenem diagnostičnem procesu SOP DGN LAB1.

Od leta 2011 imamo opredeljene kvantitativne in kvalitativne cilje laboratorijske dejavnosti. Kvantitativni cilji se vsebinsko nanašajo na obvladovanje števila laboratorijskih preiskav in povečanje laboratorijskih storitev na samoplačniški ravni. Kvalitativni cilji vključujejo spremljanje trendov kazalnikov laboratorijskega procesa.

2 OBVLADOVANJE ŠTEVILA LABORATORIJSKIH PREISKAV

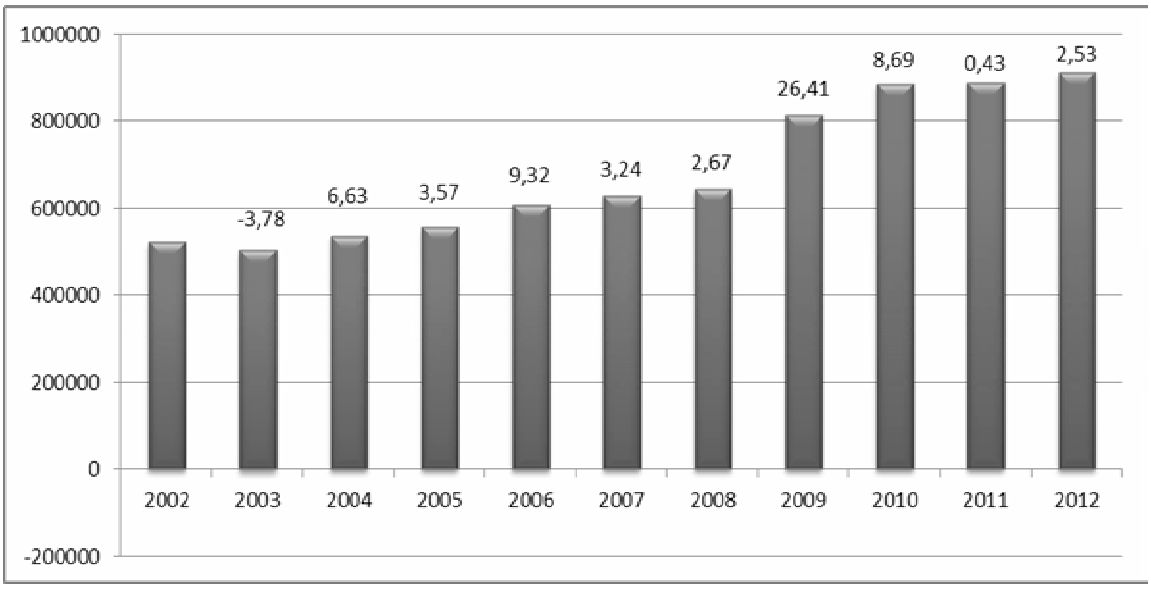
Laboratorijske preiskave so integralni del zdravstvene obravnave pacientov. Laboratorijska diagnostika je finančno težko obvladljiva, zato že od maja 2011 deluje Komisija za laboratorijske preiskave. Področja delovanja komisije so:

- spremljanje trendov v vrstah in številu laboratorijskih naročil,
- priprava priporočil za selektivno naročanje preiskav,
- nadzor nad uvajanjem POCT na posameznih oddelkih,
- nadzor nad kakovostjo POCT rezultatov,
- nadzor nad uvajanjem novih preiskav,
- oblikovanje priporočil o dejavnikih, ki vplivajo na rezultate laboratorijskih preiskav.

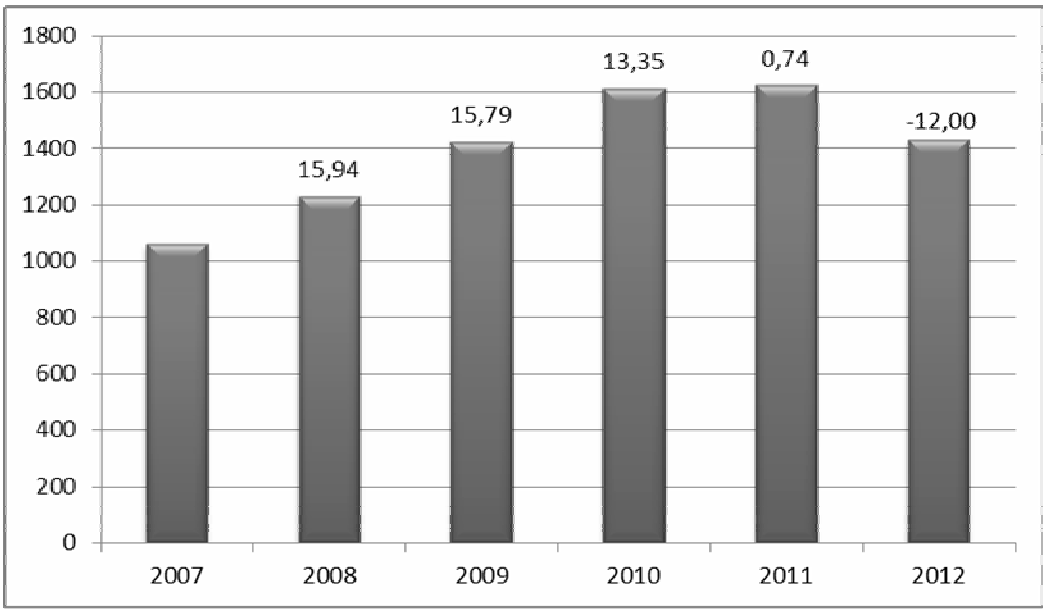
V letu 2012 smo za ambulantni in hospitalni segment opravili 911.752 preiskav. Statistika opravljenih preiskav od leta 2002 do konca 2012 ima sicer trend naraščanja, ki je v letu 2012 dosegel najnižjo raven (Graf 1).

Primerjava 2010-2012 je pokazala 2,53% porast v številu opravljenih preiskav. Doseganje ugodnih trendov smo pripisali delovanju Komisije za laboratorijske preiskave. Komisija je začela preučevati tudi vzroke za naraščanje števila odvzetih hemokultur. Ker je število septičnih stanj na letni ravni relativno nizko, je bilo priporočilo komisije usmerjeno v bolj ciljano in diagnostično upravičeno naročanje hemokultur na internem oddelku (Graf 2). Število hemokultur se je znižalo za 12 % v primerjavi z letom 2011, kar potrjuje obvladovanje tega področja.

Graf 1. Laboratorijske preiskave v obdobju od 2002 do 2012.

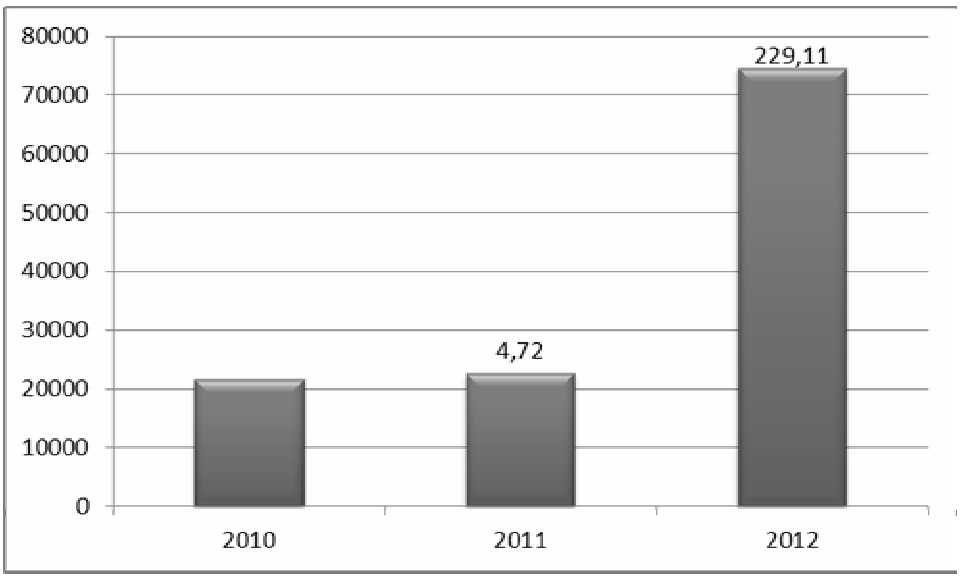


Graf 2.Število hemokultur v obdobju od 2007 do 2012.



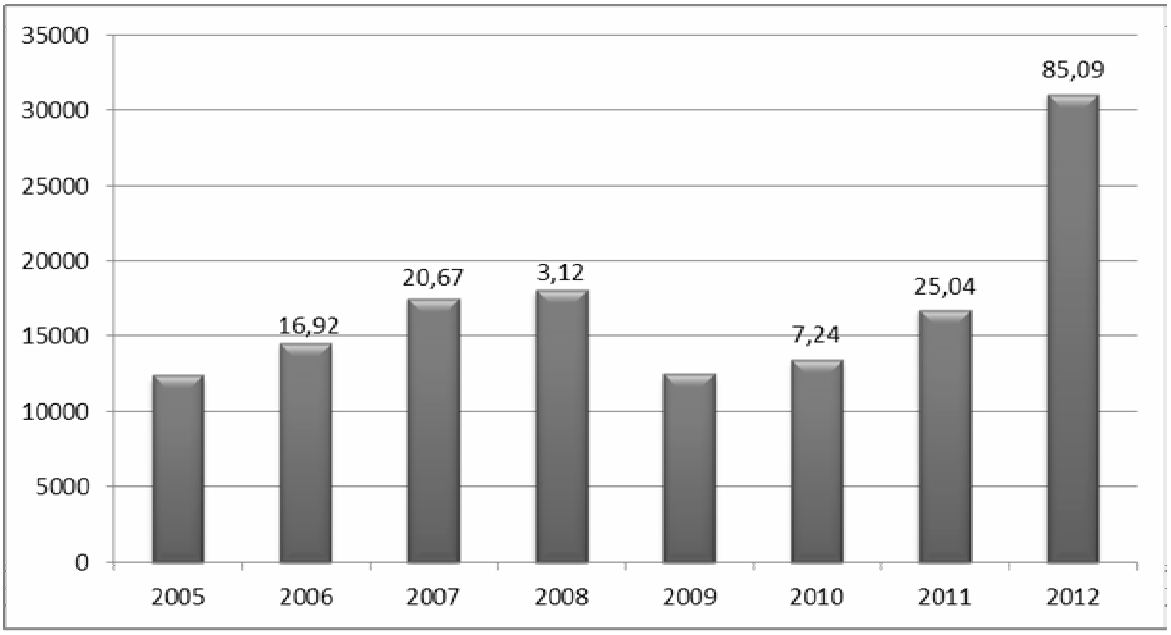
Laboratorij opravlja laboratorijske preiskave tudi za zunanje naročnike (zdravstvene postaje, zdravstvene domove in za bolnišnice). Graf 3 prikazuje trende v številu opravljenih laboratorijskih preiskav od leta 2010 dalje. V letu 2012 smo prevzeli laboratorijska naročila Psihiatrične bolnišnice Begunje, trend v številu opravljenih preiskav se je značilno povečal. Te laboratorijske storitve so plačljive s strani naročnikov po veljavnem ceniku za laboratorijske preiskave iz leta 2011 in predstavljajo prihodek.

Graf 3. Opravljene preiskave za druge laboratorije v obdobju od 2010 do 2012.



Potrebno je izpostaviti dejstvo, da smo v letu 2012 v zunanje laboratorije (ZZV – Kranj, Mikrobiološki inštitut Ljubljana, Mikrobiološki laboratorij Golnik, IKKB Ljubljana) odposlali značilno večje število vzorcev kot v letu 2011. Področje naročanja laboratorijskih preiskav (predvsem mikrobioloških, imunoloških) ni bilo obvladovano.

Graf 4. Trendi v številu poslanih vzorcev v mikrobiloške in zunanje biokemične laboratorije.

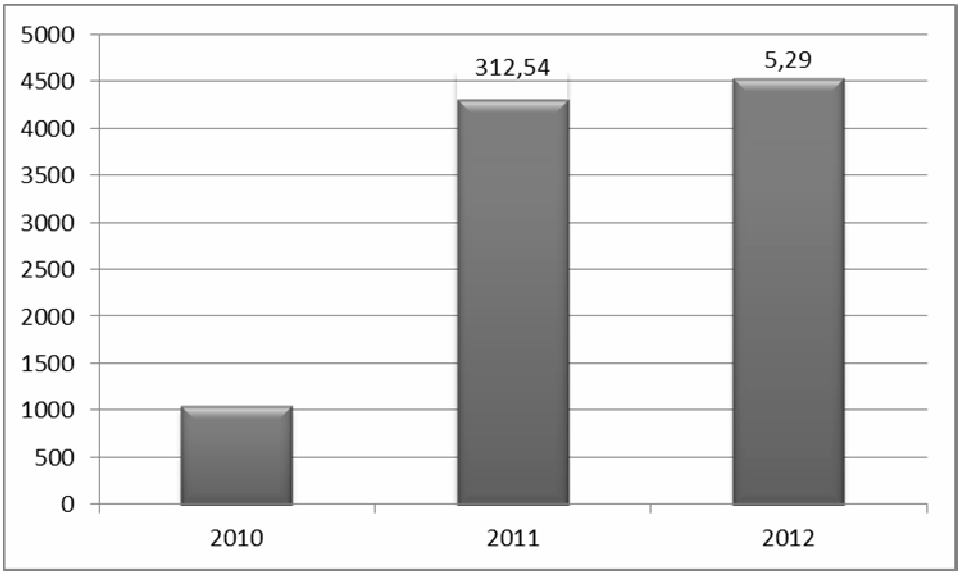


3 SAMOPLAČNIŠKE LABORATORIJSKE STORITVE

Laboratorij deluje pod strokovnim vodstvom doc. dr. Ivice Avberšek–Lužnik in dveh specialistov medicinske biokemije: mag. Maje Gartner in mag. Martine Pogačar Kavčič. Laboratorij je tehnično opremljen z analizatorji in sodobnim laboratorijskim informacijskim sistemom. Laboratorijsko osebje (diplomirani inženirji laboratorijske biomedicine in laboratorijski tehniki s specialnimi znanji) je učinkovito na različnih področjih laboratorijske diagnostike. Med tržnimi dejavnostmi so tudi samoplačniške laboratorijske preiskave, ki prebivalcem gorenjske regije omogočajo, da v kratkem času in na enem mestu opravijo laboratorijske preiskave. Nabor samoplačniških preiskav je obsežen, zainteresiranim omogoča skrajšanje časa negotovosti, rezultati so jim namreč na voljo v istem dnevu oz. v najkrajšem možnem času. Ob teh storitvah zagotavljamo strokovnost, zanesljivost in prijaznost.

Samoplačniške storitve našega laboratorija so na voljo tudi vsem bolnikom, ki želijo laboratorijske storitve v obsegu z doplačilom. Število opravljenih samoplačniških storitev smo začeli spremljati od leta 2008, ko smo jih izvedli samo 377, nato pa je začel trend povpraševanja po samoplačniških storitvah naraščati (Graf 5). V letu 2012 smo opravili 4.539 samoplačniških storitev.

Graf 5. Število opravljenih preiskav za samoplačnike od 2008 do 2012.



4 TRENDI V PORABI FINANČNIH SREDSTEV ZA LABORATORIJ

Poraba finančnih sredstev za laboratorijsko diagnostiko se je v primerjavi z letom 2011 povečala za 64.000 EUR. Glavni vzrok za večjo porabo je v porastu opravljenih laboratorijskih storitev za zdravstvene zavode gorenjske regije. Potrebno je upoštevati dejstvo, da so te storitve s strani Psihiatrične bolnišnice Begunje plačane po pogodbi, s strani ostalih zdravstvenih domov pa po veljavnem ceniku za laboratorijske preiskave v SBJ. Potrebno je poudariti, da je laboratorijsko osebje brez povečanja števila zaposlenih opravilo to dodatno delo, ki predstavlja tržni del laboratorijske dejavnosti.

5 TRENDI KAZALNIKOV LABORATORIJSKEGA PROCESA

V laboratoriju smo v letu 2012 spremljali trende naslednjih Kazalnikov:

- KK1 – Število odstopov v kakovosti vzorcev v predanalitični fazi za biokemični laboratorij.
- KK2 – Število odstopov v kakovosti vzorcev za mikrobiološke preiskave.
- K3 – Število preiskav na pacienta v ambulantni obravnavi.
- K4 – Povprečen čas izvedbe URG naročenih preiskav
- K – LAB: Zadovoljstvo naročnikov laboratorijskih preiskav.

Ob koncu leta 2012 je analiza trendov posameznih Kazalnikov pokazala:

KK1: Število odstopov (napak) v kakovosti prejetih vzorcev za laboratorijske preiskave je znašalo 1.261 (7,1 % več kot v letu 2011). V primerjavi s preteklimi leti (delež napak je bil 22,3 %) se je začelo število napak zmanjševati. V letu 2012 (v mesecu oktobru) je začela delovati Projektna skupina za obvladovanje predanalitičnih napak. Rahlo se že kažejo rezultati prizadevanj projektne skupine.
Priporočen ukrep: Vodenje števila predanalitičnih napak na število prejetih vzorcev za laboratorijske analize, ter izobraževanja vseh zdravstvenih delavcev, ki izvajajo odvzem bioloških vzorcev.

KK2: Število odstopov na področju odvzema mikrobioloških vzorcev se je v primerjavi z letom 2011 značilno zmanjšalo (Tabela 1).

K3: Število preiskav na pacienta, katerega obravnava se vrši na ambulantni ravni. Število pacientov, število obravnav in število laboratorijskih preiskav v ambulantah se od leta 2010 povečuje (Tabeli 1 in 2). Število pacientov je v primerjavi z letom 2011 narastlo za 10,6 %, število obravnav za 5,0 % in število preiskav za 2,7 %. Analiza kaže na obvladovanje števila laboratorijskih preiskav glede na porast v številu obravnavanih pacientov. Na obvladovanje števila preiskav v ambulantnem segmentu vpliva delovanje Komisije za laboratorijske preiskave. Na hospitalnem segmentu je število laboratorijskih preiskav značilno večje, pogoste so dražje preiskave, zato se bo morala Komisija v letu 2013 posvetiti analizam vrste in števila preiskav na posameznih oddelkih.

Anketiranje o zadovoljstvu naročnikov laboratorijskih preiskav je v letu 2012 pokazalo zelo dobre rezultate.

Tabela 1: Analiza trendov za kazalnike laboratorijskega procesa.

PARAMETER / LETO	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***
Število predanalitičnih napak – biokemija	1.039	962	1.177	126
Štev. predanalitičnih napak – mikrobiologija	169	286	315	61
Štev. ambulantnih pacientov	/	69.605	71.809	78.628
Štev. ambulantnih preiskav	/	389.631	409.576	420.791
Število urgentnih preiska	/	79.664	64.181	72.871
Število urgentnih s ↑ TAT	/	2.275	1.384	788

Tabela 2: Trendi v številu ambulantno obravnavanih pacientov in preiskav od leta 2010 do 2012.

PARAMETER / LETO	***2010***	***2011***	***2012***	***2011/2012***
Število pacientov	6.605	71.089	78.628	10,6%
Število obravnav	79.909	80.804	84.865	5,0%
Število preiskav	389.631	409.576	420.791	2,7%

6 CILJI ZA LETO 2012

Rezultati laboratorijskih preiskav imajo ključno vlogo pri odkrivanju, diagnozi, terapiji, spremljanju in vodenju bolezni. Primarna naloga laboratorija je zagotavljanje varnih in diagnostično uporabnih rezultatov. Ker so laboratorijske preiskave tudi drage, bo vse večja pozornost namenjena tudi vzdrževanju ekonomske učinkovitosti teh storitev. Na navedena dejstva so vezani cilji laboratorija za leto 2012. To so:

1. Spremljanje kazalnikov laboratorijskega procesa in ukrepanje ob odstopih.
2. Razvoj samoplačniških storitev laboratorija.
3. Ponudba laboratorijskih storitev na trgu in pospeševanje integracije laboratorijev v gorenjski regiji.
4. Sprememba strategije v pošiljanju vzorcev za laboratorijske preiskave v zunanje laboratorije (domena Komisije za laboratorijske preiskave).
5. Izvajanje nadzora nad vsemi POCT aparaturami po sprejetem POCT protokolu.
6. Uvajanje strategije obvladovanja predanalitične faze.

7 STROKOVNO DELO IN ZAKLJUČEK STROKOVNEGA POROČILA

Na raziskovalnem in strokovnem področju smo uspeli doseči trinajst bibliografskih enot, ki so dostopne v podatkovni bazi SICRIS.

1.08 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci

1.AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, BREMŠE, Nina, MULEJ, Marija. Pogostnost anemije pri starejših bolnikih s srčnim popuščanjem - retrospektivna raziskava = The frequency of anemia in elderly patients with chronic heart failure : a retrospective study. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica (ur.). *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv : zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 68-73. [COBISS.SI-ID 30287065]

2.AVBERŠEK- LUŽNIK, Ivica. **Kakovost izvajanja in ekonomska učinkovitost POCT v zdravstvenem procesu** . Laboratorijska medicina ob bolniku - za bolnika. Near patient laboratory medicine- for the patient.: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo za laboratorijsko medicino, 2012, str.5-17.

3.Aleš Jerin, Avberšek Lužnik Ivica. Modeli zagotavljanja kakovosti pri izvajanju POCT. Laboratorijska medicina ob bolniku - za bolnika. Near patient laboratory medicine- for the patient.: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo za laboratorijsko medicino, 2012, str.67-77.

4. GARTNER, Maja, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Laboratorijske preiskave pri starostnikih = Laboratory tests in elederly. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica (ur.). *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv : zbornik*

prispevkov z recenzijo. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 166-167. [COBISS.SI-ID 72655105]

5. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, JERIN, Aleš. Izvajanje notranje in zunanje kontrole POCT merilnikov - pomemben dejavnik zagotavljanja varnosti pacientov = Implementation of internal and external control of POCT devices - an important factor for assuring the patient's safety. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), SKINDER SAVIĆ, Katja (ur.), ZURC, Joca (ur.). 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe. *Zbornik predavanj z recenzijo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego: = College of Nursing, 2012, str. 461-468. [COBISS.SI-ID 70476545]

1.09 Objavljeni strokovni prispevek na konferenci

6. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, GARTNER, Marija D. Laboratorijska diagnostika prekomerne prehranjenosti in debelosti. V: KRIVEC, Štefka (ur.). Seminar za inženirje in tehnike laboratorijske medicine, Izola, Jesenice, Ljubljana, maj, junij 2012. *Zbornik predavanj*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo, 2012, ni pag. [15 str.], ilustr. [COBISS.SI-ID 30028505]

1.12 Objavljeni povzetek znanstvenega prispevka na konferenci

7. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, BREMŠE, Nina, MULEJ, Marija. The frequency of anemia in elderly patients with chronic hearth failure : a retrospective study. *Clin Chem Lab Med*, 2012, vol. 50, no. 9, str. A183. [COBISS.SI-ID 30285273]

8. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, RUS, Igor. Results of two different PTH assays in CKD patients. V: MARN-PERNAT, Andreja (ur.). *Končni program, vabljena predavanja in knjiga izvlečkov*. Ljubljana: SZD - Slovensko nefrološko društvo: = Slovenian Society of Nephrology, 2012, str. 131. [COBISS.SI-ID 30286041]

9. RUS, Igor, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Treatment of anemia with darbepoetin alfa in CKD patients. V: MARN-PERNAT, Andreja (ur.). *Končni program, vabljena predavanja in knjiga izvlečkov*. Ljubljana: SZD - Slovensko nefrološko društvo: = Slovenian Society of Nephrology, 2012, str. 132. [COBISS.SI-ID 30286297]

10. LUŽNIK, Urška, BRLOGAR, S., AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Značilnosti prehranjevalnih navad laboratorijskega osebja = Nutrition habits of laboratory employes. V: KOBE, Jasna Modrica (ur.). 4. slovenski kongres tehnikov laboratorijske medicine, Portorož, 28.-29. september 2012. *Zbornik strokovnih prispevkov : abstract book*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo, 2012, str. 40. [COBISS.SI-ID 30285785]

Pisec recenzij

11. Milan Skitek, doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik. Laboratorijska medicina ob bolniku - za bolnika! = Near-patient laboratory medicine: for the patient! : zbornik strokovnega srečanja / [organizator Društvo za laboratorijsko medicino v sodelovanju z Zbornico laboratorijske medicine Slovenije ; urednik Aleš Jerin]. - Ljubljana : Društvo za laboratorijsko medicino, 2012. ISBN 978-961-93377-0-7

12. SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica (ur.). *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv : zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2012. 176 str., ilustr. ISBN 978-961-6888-03-5. [COBISS.SI-ID 71418113]

13. 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe, SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), SKINDER SAVIĆ, Katja (ur.), ZURC, Joca (ur.). *Zbornik predavanj z recenzijo = Proceedings of lectures with peer review*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego: = College of Nursing, 2012. 476 str., ilustr. ISBN 978-961-6888-01-1. [COBISS.SI-ID 69769473]

Zaposleni v laboratoriju smo ponosni na obseg opravljenega analitičnega in strokovnega dela v letu 2012. Visoko stopnjo učinkovitosti laboratorijske ekipe omogoča laboratorijski informacijski sistem, v največji meri pa predanost zaposlenih poslanstvu izvajanja laboratorijske diagnostike.

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNE LEKARNE

Marina Ćurčija-Jurišin, mag. farm., spec
Vodja lekarne

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

1 PODROČJA DELA V LEKARNI

- preskrba oddelkov in enot z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki
- izdelava magistralnih pripravkov vključno z aseptiko
- analizno -kontrolna dejavnost
- nabava zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov
- sodelovanje pri izvedbi javnih naročil
- delovanje na področju racionalne uporabe zdravil
- 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

2 KADRI

V lekarni je bilo v letu 2012 zaposlenih 7 strokovnih delavcev:
- 1 mag. farmacije specialist
- 1 mag. farmacije (1 porodniški dopust; nadomeščanje)
- 5 farmacevtskih tehnikov (1 porodniški dopust; nadomeščanje)

2.1 STRATEŠKI CILJI ZAPOSLENIH

Cilj	***Aktivnosti***	***Predviden čas izvajanja***	***Nosilci aktivnosti***
Dobra informiranost, racionalna izraba delovnega časa	Strokovni sestanki, poročila, razgovori, korektni odnosi	stalno	Farmacevti, farm. tehniki

3 OPRAVLJENO 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. Zaloge na koncu obdobja (meseca) so se gibale od 105.000 od 118.000 tisoč evrov. Zaradi zamenjave dezinfekcijskega sredstva za roke in kožo smo bili primorani odkupiti celotno zalogo ustreznega artikla, kar nam je v decembru, ob koncu obdobja, zvišalo

vrednost zaloge. Zmanjšali smo tudi nekorantne zaloge in se z oddelki dogovorili, da so v večji meri porabili artikle pred iztekom roka uporabe.

Zaradi zmanjševanja zalog na oddelkih izdajamo medicinsko tehnične pripomočke, del sterilnih raztopin in tudi zdravil po kosih in ne v originalni embalaži. Posledično je obseg dela dnevno povečan.

Večkrat se srečujemo z deficitarnostjo in dolgimi dobavnimi roki za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke. Na področju dobave dializnih raztopin in dializatorjev smo imeli dodatne težave pri dobavi zaradi potresa v Italiji. Še vedno opažamo napačno zaračunavanje cen s strani dobaviteljev; izvajamo redno kontrolo ujemanja cen.

Postopek javnega naročila medicinsko tehničnih pripomočkov se izvaja direktno preko programa Go-Soft (ustreznejša izbira adekvatnih artiklov z lažjo primerjavo cen med dobavitelji). Vedno več veledrogerij ponuja naročanje preko njihovih spletnih strani, kar pomeni zmanjšanje napak pri prenosih naročil.

Posodabljali smo SOP-e. V decembru smo imeli verifikacijski pregled lekarne. Do konca leta zapisnika še nismo dobili. V decembru smo izvedli dva pregleda depojev zdravil na OZZN in GIN oddelku.

3.1 NABOR MATERIALA

Število kartic se je povečalo predvsem na račun novega osteosintetskega materiala ter artiklov, izbranih na javnih naročilih, v letu 2012 - smo beležili zdravila in ostali material na 15.711 karticah (2011: 14.989). Promet je potekal na 7.848 karticah (2011: 7510).

Na oddelke in enote smo poslali naročeno blago na 15.982 izdajnicah (2011: 15.765). V letu 2012 smo od dobaviteljev prejeli blago na podlagi 9.149 prevzemnic (2011: 8907).

Vsi našteti podatki kažejo na povečanje dela.

Na področju analitike smo izvedli naslednje kontrole kakovosti (skladno s predpisi Ph. Euro. 7th Ed).: 220 analiz vhodne kontrole surovin in preverjanj A-testov surovin.

3.2 GALENSKI IN STERILNI PRIPRAVKI, MAGISTRALNA RECEPTURA

Glede na razpoložljivost na tržišču in smiselnost lastne izdelave smo v letu 2012 izdelali 6.298 kom magistralnih pripravkov in reagentov (2011: 7.394 kom).

4 STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni v lekarni se izobražujemo čez celo leto; udeležujemo se kongresov in seminarjev primernih za oba profila. Veliko pa se izobražujemo tudi sami; predavanja organizirajo tudi podjetja, ki tržijo zdravila, medicinski in ostali material, Lekarniška zbornica Slovenije in SFD.

5 CILJI V LETU 2013

- Doseganje največje kvalitete dela v skladu s SOP in spremljanje kazalnikov kakovosti.
- Izdelava novih magistralnih pripravkov.
- Priprava individualne protibolečinske terapije.
- Posodobitev opreme za izdelavo magistralnih pripravkov.
- Zadovoljstvo zaposlenih v kolektivu lekarne in ohranjanje dobrih odnosov z vsemi vključenimi v naš proces dela.

- V letu 2012 je vzpostavljen sistem kodiranega vstopa v lekarno; dodatno pa bi bilo morali vzpostaviti še alarmni sistem za javljanje vloma.
- Zaposlitev zadostnega števila farmacevtov s specializacijo klinične farmacije (ustni predlog verifikacijske komisije).
- Preselitev garderobe v ustrezne prostore.
- Posodobitev (prezračevanje, odtok, javljalnik požara) prostora za shranjevanje jedkih in vnetljivih snovi.

ZAKLJUČEK

Nadaljevali bomo s kakovostno in pravočasno oskrbo oddelkov, informiranostjo strokovnega kadra o deficitarnosti, daljših dobavnih rokih ter paralelnih preparatih.

Z odprto obliko vodenja in komunikacije želimo doseči medsebojno zaupanje in vzpostaviti most sodelovanja z vsemi zaposlenimi v bolnišnici.

POROČILO O DELU NA PODROČJU KLINIČNE FARMACIJE V LETU 2012

Brigita Mavsar-Najdenov, mag. farm., spec. kl. farm.
Pomočnica strokovnega direktorja za področje klinične farmacije

UVOD

Klinična farmacija je novejše področje sodobne farmacije. Gre za področje farmacije, ki je v največji meri usmerjeno k bolniku in se dogaja ob bolnikovi postelji na oddelku, v sodelovanju kliničnega farmacevta z zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem. Dejavnost klinične farmacije zahteva prenos specifičnih znanj farmacevtske znanosti v proces oskrbe bolnikov ter obsega več aktivnosti, ki pospešujejo varno, učinkovito in ekonomično uporabo zdravil.

1 KLINIČNA FARMACIJA V SBJ

Optimalno izvajanje vseh aktivnosti klinične farmacije zahteva stalno prisotnost kliničnega farmacevta v zdravstvenem timu posameznih oddelkov in enot v bolnišnici.

Z enim kliničnim farmacevtom v naši bolnišnici obvladujemo aktivnosti klinične farmacije na področju upravljanja z zdravili, izobraževanja in informiranja o zdravilih ter raziskovalne dejavnosti. Aktivnosti na področju upravljanja z zdravili izvajamo na področjih predpisovanja in dajanja zdravil, shranjevanja in ravnanja z zdravili, spremljanja porabe zdravil in nadzora nad uvajanjem novih zdravil. Posebej izpopolnjujemo področje farmakoterapije okužb in upravljanja s protimikrobnimi zdravili (PMZ) - z rednimi farmakoterapevtskimi pregledi, uveljavljanjem individualiziranega pristopa zdravljenja z vankomicinom in spremljanjem dveh obveznih kazalnikov kakovosti uporabe PMZ v bolnišnicah.

Osnova za uspešno delo kliničnega farmacevta je dobro sodelovanje z zdravniki, osebjem zdravstvene nege in drugimi zaposlenimi v naši bolnišnici na kliničnih oddelkih in enotah, kakor tudi z zunanjimi sodelavci Mikrobiološkega laboratorija ZZV Kranj, Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana ter Fakultete za farmacijo Univerze v Ljubljani. Rezultati našega skupnega dela so spodbudni, saj so porabe protimikrobnih zdravil v naši bolnišnici vsa opazovana leta od 1998 pod povprečjem slovenskih bolnišnic, kar se odraža tudi v razmeroma ugodni mikrobiološki situaciji na naših oddelkih. Na podlagi dobrega sodelovanja s Fakulteto za farmacijo je naše bolnišnično okolje postalo pomembno klinično okolje za izvajanje diplomskih nalog študentov Fakultete za farmacijo.

Klinični farmacevt je v SBJ aktivno vključen v vodenje Komisije za zdravila in Komisije za antibiotike, kakor tudi v članstvo ožjega sestava Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb in Enote za raziskovalno dejavnost SBJ.

2 OPRAVLJENO DELO V LETU 2012

2.1 DELO NA ODDELKIH:

V primerjavi z l. 2011, je bilo v letu 2012 večje število pregledanih antibiotičnih terapij (261 več), prisotnosti na oddelčnih jutranjih sestankih (7 več) in manj prisotnosti na glavnih vizitah (25 manj).

Tabela 1: Število pregledanih antibiotičnih terapij, udeležb kliničnega farmacevta na jutranjih sestankih in vizitah v letu 2012

ODDELEK		Število pregledanih antibiotičnih terapij	Prisotnost na oddelčnih jutranjih sestankih	Prisotnost na glavnih vizitah
INTERNI ODDELEK	IIT	47	43	6
	Kardiološki odsek	405		
	Endokrinološki odsek	444		2
	Gastroenterološki odsek	534		15
Skupaj interni oddelek		**1.430**	**43**	**23**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abdominalno in splošno kirurgijo	316	43	-
	Odsek za travmatologijo	160		-
	Odsek za ortopedijo	57		-
Skupaj kirurški oddelek		**533**	**43**	**-**
KKR+OZZN		113	-	-
EITOS		23	-	-
SKUPAJ ODDELKI		**2.099**	**86**	**23**

2.2 PREGLED OPRAVLJENIH POSVETOVANJ

V primerjavi z l. 2011 je bilo v l. 2012 opravljenih več posvetovanj z zdravniki (18 več) in s kliničnim mikrobiologom (2 več), enako posvetovanj z infektologom in manj z medicinskimi sestrami (2 manj).

Najpogostejša vprašanja zdravnikov so bila v povezavi s protimikrobnim zdravljenjem bolnikov na oddelku, glede:

- izbire PMZ: empirično na začetku zdravljenja ali usmerjeno glede na mikrobiološki izvid ter pri prehodu na peroralno zdravljenje, alternativne možnosti izbire v primeru alergij za določena PMZ
- odmerjanja PMZ: običajno – glede na mesto okužbe in prilagojeno-glede na (pato)fiziološke značilnosti bolnikov in določenih koncentracij PMZ v plazmi (vankomicin, gentamicin)
- načina spremljanja plazemskih koncentracij (vankomicin, gentamicin)
- trajanja zdravljenja s PMZ
- protimikrobnega spektra delovanja
- trajanja postantibiotičnega učinka PMZ
- osnovnih podatkov o PMZ pri predpisovanju na recept za nadaljevanje zdravljenja po odpustu iz bolnišnice: dovoljenje za promet v RS (=dostopnost na Rp), lastniško ime, jakost zdravilne oblike, pakiranje
- podatkov o porabi PMZ v DDD/100 BOD

Razreševali pa smo tudi problematiko ostalih skupin zdravil glede:

- medsebojnega delovanja predpisanih zdravil
- vpliva hrane na delovanje zdravil
- izvedbe imunoprofilakse oz. kemoprofilakse proti tetanusu pri pacientu z anamnezo reakcije na cepivo
- združljivosti določenih zdravil s patološkimi stanji
- možnosti preskrbe zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet v RS
- načina evidentiranja porabe zdravil s Seznama prepovedanih drog

- stranskih učinkov zdravil in načina poročanja v sistem farmakovigilance
- osnovnih podatkov o zdravilih pri predpisovanju na recept za nadaljevanje zdravljenja po odpustu iz bolnišnice: dovoljenje za promet v RS (=dostopnost na Rp), lastniško ime, jakost zdravilne oblike, pakiranje
- načina pridobitve identa novega zdravila za uporabo v SBJ (redne in izredne odobritve)

Tabela 2: Število posvetovanj kliničnega farmacevta po oddelkih in poklicnem področju udeležencev v letu 2012

ODDELEK		Zdravniki	Medicinske sestre	Dodatno posvetovanje s klin. mikrobiologom	Dodatno posvetovanje z infektologom
INTERNI ODDELEK	IIT	1	0	1	0
	Kardiološki odsek	14	0	2	0
	Endokrinološki odsek	21	0	1	0
	Gastroenterološki odsek	24	0	3	0
	Int. ambulante	1	0	0	0
Skupaj interni oddelek		**61**	**0**	**7**	**0**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abdominalno in splošno kirurgijo	24	1	3	1
	Odsek za travmatologijo	10	0	3	2
	Odsek za ortopedijo	7	0	1	2
	Kir. otroški	1	0	0	0
	Kir. ambulanta	4	0	1	0
Skupaj kirurški oddelek		**46**	**1**	**8**	**5**
URGENCA/SPREJEM		2	0	0	0
EITOS		4	1	0	0
AN.-RE. ODDELEK		1	5	0	0
OTROŠKI ODDELEK		3	1	0	0
GIN.-POR. ODDELEK		2	3	0	0
KKR		13	2	0	0
OZZN		0	1	0	0
DIALIZA		0	0	0	0
OTOLOŠKA AMB.		1	1	0	0
SKUPAJ POSVETOVANJ		**133**	**15**	**15**	**5**

Najpogostejša vprašanja medicinskih sester:
- načini dajanja zdravil
- združljivost parenteralnih zdravil z nosilnimi raztopinami
- združljivost parenteralnih zdravil z raztopinami za parenteralno prehrano
- shranjevanje zdravil, hladna veriga
- stranski učinki zdravil in način poročanja v sistem farmakovigilance
- način pridobitve identa novega zdravila za uporabo v SBJ (redne in izredne odobritve)
- način evidentiranja porabe zdravil s Seznama prepovedanih drog
- osnovni podatki o zdravilu (priprava, dajanje, previdnostni ukrepi)

- preverjanje navodil v tujem jeziku pri zdravilih, ki se uporabljajo v SBJ kot neregistrirana zdravila in so brez navodil v slovenskem jeziku

2.3 INDIVIDUALNI PREGLEDI TERAPIJ GLEDE MOŽNIH INTERAKCIJ MED SOČASNO PREDPISANIMI ZDRAVILI IN HRANO:

V primerjavi z l. 2011 je bilo v letu 2012 pregledanih 6 terapij bolnikov manj. V povprečju je bilo predpisanih 11,4 zdravil na pacienta (v l. 2011 je bila ta vrednost 12,1). Med vsemi ugotovljenimi interakcijami je bilo 12,6 % (v l. je bila vrednost 15,3 %) hude stopnje, ko je potrebno natančnejše spremljanje bolnikovega stanja in ukinitev zdravila ob ugotovljenem negativnem razmerju med koristjo ter tveganjem in 74,2 % zmerne stopnje (v l. je bila vrednost 54 %), ko je pri zdravljenju potrebna previdnost s spremljanjem bolnikovega stanja.

Tabela 3: Število pregledanih terapij glede možnih interakcij v letu 2012

	Število pregledanih terapij bolnikov	**Število predpisanih zdravil**	**Število ugotovljenih interakcij**		**Interakcije po stopnji nevarnosti**		
			med zdravili	**s hrano**	**lažja**	**zmerna**	**huda**
KIRURŠKI ODDELEK	1	11	7	1	1	6	1
EITOS	22	245	134	18	21	109	23
OZZN–NK	3	41	87	12	12	73	14
OZZN-NI	5	57	104	17	17	94	10
SKUPAJ	31	354	332	48	51	282	48

Za ugotavljanje interakcij bi potrebovali kvalitetnejši pripomoček, ki je bolj primeren za uporabo v bolnišnicah (npr. LexiComp-Lexi-Interact ali Stockley's Drug Interactions) od prosto dostopnih podatkovnih baz, ki so na voljo v SBJ (Medscape Multidrug Interaction Checker, Drugs.com Interaction Checker).

2.4 NAČRTOVANJE INDIVIDUALNEGA ODMERJANJA VANKOMICINA NA OSNOVI FARMAKOKINETIČNE SIMULACIJE S PHARMACALC ORODJEM

V l.2012 je bil izveden en primer načrtovanja individualnih odmerjanj vankomicina več kot v l.2011.

Tabela 4: Število opravljenih individualnih odmerjanj vankomicina v letu 2012

ODDELEK		**Število pregledanih terapij bolnikov**
INTERNI ODDELEK	IIT	1
	Kardiološki odsek	1
	Endokrinološki odsek	2
	Gastroenterološki odsek	0
Skupaj interni oddelek		**4**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abdominalno krg.	2
	Odsek za travmatologijo	0
	Odsek za splošno krg.	0
Skupaj kirurški oddelek		**2**
EITOS		1
SKUPAJ		**7**

2.5 DELO V KOMISIJAH

	aktivnost	Opravljeno delo
Komisija za zdravila	predsednica	realizirana 2 redna sestanka in 2 korespondenčni seji, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
Komisija za antibiotike	predsednica	realizirana 2 sestanka, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
KOBO	članica ožjega sestava	udeležba na 4 od 4 sestankov

2.6 SODELOVANJE V PROJEKTIH IN NADZORIH

- ESAC (Komisija za smiselno porabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji in Komisija za antibiotike SBJ)
- Spremljanje obveznih kazalnikov kakovosti MZ za bolnišnice št. 46 in 64 (MZ RS, Komisija za zdravila in Komisija za antibiotike SBJ)
- Spremljanje problemov, povezanih z zdravili (DRP) v SBJ (strokovna direktorica SBJ, pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege SBJ)
- Pregled oddelčnih depojev zdravil s seznama prepovedanih drog (2x letno)

2.7 SODELOVANJE S FAKULTETE ZA FARMACIJO UL:

V sodelovanju s Fakulteto za farmacijo Univerze v Ljubljani smo začeli načrtovati raziskave za diplomske naloge njihovih absolventov.

3 IZOBRAŽEVANJA

Udeležba na strokovnih srečanjih in izobraževanjih, ki so jih organizirali:
- SFD, Sekcija za klinično farmacijo – 2. simpozij
- SZD, Sekcija za protimikrobno zdravljenje – 18. infektološki simpozij
- VŠZNJ in služba ZN SBJ – 5. dnevi Angele Boškin
- (aktivna udeležba s predavanjem)
- MZ RS, Nacionalna komisija za smiselno rabo PMZ – strokovni sestanek (aktivna udeležba v 2. točki dnevnega reda)
- Gorenjska podružnica SFD – strokovna predavanja

4 OBJAVLJENI PRISPEVKI

Objavljeni znanstveni prispevki na konferencah

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Zahteve DNV international acctreditation standarda (DIAS) pri predpisovanju in dajanju zdravil = DNV accreditation standard requirements for medication prescribing and administering. V: BAHUN, Mateja (ur.), KRAMAR, Zdenka (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov : [strokovno srečanje] : zbornik prispevkov. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 65-69. [COBISS.SI-ID 30282457]

5 ZAKLJUČEK

Klinična farmacija v SBJ se je v zadnjih letih uveljavila predvsem na <u>področju upravljanja s protimikrobnimi zdravili</u> na dveh večjih oddelkih bolnišnice (interni in kirurški) in delno v

EITOS. Optimalno bi bilo razširiti aktivnosti klinične farmacije še na področje upravljanja drugih skupin zdravil.

Individualno načrtovanje zdravljenja z zdravili je implementirano le delno pri bolnikih, ki se zdravijo z vankomicinom. Optimalno bi bilo predpisovati vankomicin individualno prilagojeno pri vseh bolnikih, katerim se ugotovi indikacija za vankomicin.

Področje ugotavljanja interakcij zdravil izvajamo predvsem pri bolnikih, ki se zdravijo v EITOS in na OZZN/KKR. Optimalno bi bilo preverjati interakcije zdravil pri vseh bolnikih, ki imajo predpisanih 5 ali več zdravil hkrati. Za kvalitetnejše delo na področju interakcij bi se morali opremiti z ustreznim pripomočkom, ki je primeren za uporabo v bolnišnicah.

Za izboljšanje varnosti in kakovosti oskrbe bi bilo nujno potrebno razširiti dejavnost še na področje usklajevanja in svetovanja zdravljenja z zdravili pri bolnikih ob sprejemu in ob odpustu iz bolnišnice, kar se je izkazalo tudi kot pomembno področje za izboljšanje kakovosti oskrbe bolnikov v procesu pridobivanja certifikatov ISO 9001 in NIAHO DNV.

Dejavnost klinične farmacije v SBJ je vzpostavljena in prepoznana. Priložnosti za izboljšave dela na področju klinične farmacije in posledično za dvig varnosti, kakovosti in stroškovne učinkovitosti zdravljenja z zdravili v SBJ, pa so še velike in upam, da predstavljajo velik izziv tudi za vodstvo, da bi v bodoče našlo možnosti zaposlovanja dodatnih kliničnih farmacevtov, ki bi pospešili korak k optimizaciji izvajanja dejavnosti klinične farmacije v SBJ.

DEJAVNOST DERMATOVENEROLOŠKE AMBULANTE

Tamara Heraković, dr. med., spec. derm.

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2012

V letu 2012 sva delali dermatologinji Tamara Heraković, dr. med. in Lina Virnik Kovač, dr. med., prva poln delovni čas, slednja tri dni v tednu. Vsa administrativna, strokovna dela in obsevanja (UVB 311 nm terapijo) pacientov sta izvajali srednji medicinski sestri: Milana Mežnarec in Damjana Langus, ki v dermatološki ambulanti Line Virnik Kovač dela od januarja 2012. V sprejemni pisarni je potekal administrativni sprejem pacientov in dostava kartotek iz arhiva.

2 PLAN IN REALIZACIJA

V letu 2012 je bilo v obeh ambulantah pregledano 10.170 pacientov, od tega je bilo 4.029 prvih pregledov in 6.140 ponovnih pregledov; torej je bilo razmerje prvi/ponovni 0,66.

Opravljeno je 59.335,50 točk, indeks realizacije je bil 124,16.

Najbolj pogost razlog obravnav so bile virusne bradavice; nato pregledi zaradi nevusov po koži, sledijo luskavica, seboroične keratoze, aktinične keratoze, varice ven spodnjih udov, navadna mozoljavost, numularni dermatitis ter nazadnje ostale dermatološke bolezni in stanja.

3 IZOBRAŽEVANJE

Ob zdravnici specialistki sva se udeležili naslednjih izobraževanj:

- februarja 2012 šole dermatoskopije v Mariboru,
- maja 2012 aktivno sodelovanje v projektu Dan boja proti MM, predavanje za SBJ.

L. Virnik Kovač se je julija udeležila Fortbildungswoche v Münchnu, novembra je bila na izobraževanju o luskavici in o bioloških zdravilih v Lizboni.

T. Heraković je marca 2012 izvedla predavanje za združenje koronarnih bolnikov Gorenjska na temo Glivične okužbe na nogah. Kot aktivna udeleženka je sodelovala na izobraževalnem dnevu Stop razjedi zaradi pritiska s predavanjem v SBJ. Septembra 2012 se je udeležila EADV kongresa v Pragi, oktobra 2012 je kot aktivna udeleženka izvedla predavanje za Društvo psoriatičnih bolnikov Gorenjska, na temo Konvencionalna terapija luskavice.

4 VIZIJA

Še naprej nam je omogočena dodatna mikološka diagnostika, kar nam je v veliko zadovoljstvo. Naša vizija je, pridobiti opremo za bolj moderno fototerapijo, ki jo bomo uporabljali tudi za širše indikacije. Dermatologinja Lina Virnik Kovač je začela opravljati UZ ven spodnjih okončin, ki ga želimo nadgraditi z uvajanjem sklerozacije manjših varic s peno. Dobili smo aparat za merjenje gleženjskega indeksa (ABPI). Merjenja bo opravljala višja medicinska sestra, s tem bomo izboljšali diagnostiko arteriovenskih razjed.

STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI V LETU 2012

Janja Borič, dr. med., spec. nevrol.

UVOD

V letu 2012 je v SB Jesenice potekala nevrološka dejavnost v obliki ambulantnih nevroloških pregledov, elektromiografskih (EMG) meritev in konziliarnih pregledov.

Ob ponedeljkih in petkih sem se udeleževala jutranjega rednega delovnega sestanka na Internem oddelku, občasno pa tudi popoldanske predaje službe.

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2012

1.1 ZAPOSLENI

V nevrološki ambulanti poleg zdravnice Janje Borič, dr. med., specialistke nevrologije, dela še nevrofiziološka EMG asistentka, Tadeja Petrovič, dipl. m. s. Za razporejanje pacientov v čakalni seznam skrbijo srednje medicinske sestre v Centralnem naročanju, administratorke pa za administrativni sprejem in obdelavo pacientov.

V drugi polovici leta je enkrat tedensko pri konziliarnih in ambulantnih pregledih pomagal specializant Luka Notar, dr. med. S specializacijo iz nevrologije, ki traja 6 let, je začel 1. avgusta 2010.

1.2 RAZPORED DELA

Ponedeljek	7.00 do 15.00	EMG in morebitni nujni in konziliarni pregledi
Torek	12.00 do 15.00	konziliarni pregledi
	15.00 do 20.00	nevrološka ambulanta
Sreda, četrtek	7.00 do 12.30	nevrološka ambulanta
	12.30 do 15.00	konziliarni pregledi
Petek	7.00 do 15.00	konziliarni pregledi, posamezni nujni nevrološki pregledi, možnost izobraževanja

2 REALIZACIJA DELA

Prvi specialistični pregledi:	1.758
Kontrolni specialistični pregledi:	378
Skupaj:	**2.136,** kar predstavlja **38.412,07 točk.**

V okviru omenjenih doseženih točk in obiskov je bilo napravljenih 613 EMG obravnav oz. pregledov.
Zabeleženih je tudi 322 konziliarnih pregledov.

3 IZOBRAŽEVANJE IN RAZVOJ DEJAVNOSTI

Specialistka nevrologinja se udeležuje izobraževanj tako v pasivni kot aktivni vlogi:
- udeležba na obveznih izobraževanjih o varnosti pri delu in transplantacijah,
- pasivna udeležba na seminarju Rezistentne epilepsije, ki je potekal v Ljubljani 19. 1. 2012,

- udeležba na sestanku Nevrofiziološke sekcije na temo sindrom karpalnega kanala 16. 2. 2012 s predstavitvijo dipl. med. sestre Tadeje Petrović asistentkam na Kliničnem inštitutu za klinično nevrofiziologijo,
- pasivna udeležba na več izobraževanjih:
    - Strokovno srečanje z mednarodno udeležbo Akutna možganska kap VII, ki je potekal 30. 3. 2012 v Ljubljani,
    - 16. kongres EFNS (European Federation of Neurological Societies) , ki je potekal od 08. do 11. 9. 2012 v Stockholmu na Švedskem,
    - Simpozij o motnjah spanja 5. in 6. 10. 2012 v Ljubljani,
    - kontinuirano izobraževanje nevrologov Continuum na temo multipla skleroza preko skype-a 13. 11. 2012,
    - European Multiple Sclerosis Medical Meeting 16.-17. 11. 2012 v Barceloni,
    - Strokovno srečanje z mednarodno udeležbo z naslovom Glavobol in nevropatska bolečina, ki je potekalo v Ljubljani 14. 12. 2012.

Specializant nevrologije Luka Notar, dr. med., je aktivno sodeloval na strokovnem srečanju Glavobol in nevropatska bolečina s prispevkom Bolezen moyamoya in glavobol in se pasivno udeležil izobraževanja Masterclass Parkinson's disease v Berlinu oktobra 2012.

Diplomirana medicinska sestra Tadeja Petrović se je udeležila pol leta trajajočega izobraževanja za nevrofiziološko asistentko in uspešno opravila izpit za EMG asistentko. Udeležila se je Male šole nevrologije z naslovom Prehodne nevrološke motnje, ki je potekala v Ljubljani maja 2012. Začela se je udeleževati izobraževanj za medicinske sestre (za uvajanje terapije in vodenje bolnikov z multiplo sklerozo).

V letu 2012 se skupaj z internisti preko enodnevnih sprejemov vključujemo v diagnostiko multiple skleroze; v bolnišnici opravimo diagnostično lumbalno punkcijo. Pripravljeni smo uvajati paciente s prvim peroralnim imunomodulatornim zdravilom za multiplo sklerozo, ki mora poteki z vsaj šestimi urami monitoringa. V ta namen smo prejeli kot donacijo EKG monitor, ki se sedaj večino časa uporablja v internistični ambulanti.

Pripravljeni so bili predlogi za idente za zdravila iz skupin antiparkinsoniki, antidepresivi, antipsihotiki.

4 VIZIJA

- Ohraniti dosedanjo ambulantno dejavnost s pregledi in EMG-ji ter konziliarno dejavnost.
- Vključevanje v projekt telekap.

POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI V LETU 2012

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

1 ORGANIZACIJA

Otorinolaringološka ambulantna dejavnost se izvaja na dveh lokacijah: en tim deluje v ambulanti v SBJ, drugi tim pa v dislocirani ambulanti v ZD Kranj.

1.1 ZAPOSLENI:

	ORL Kranj	***ORL Jesenice***
zdravnica	Branka Krek Petrina, dr. med.	Brankica Bašić Narić, dr. med.
avdiometristka	Jožica Pogačnik, d. m. s.	Olga Karo, s. m. s.
medicinska sestra	Sabina Telalović, s. m. s.	Janja Bavdaž, s. m. s.
administratorka	Zdenka Ažman	Petra Kutnjak

Od 1. 6. 2007 specializira za otorinolaringološko dejavnost na Gorenjskem Ajda Juvanec, dr. med., od 1. 11. 2009 pa tudi Eva Šifrer, dr. med. Predvideni čas specializacije je 6 let, torej letos prva specializantka specializacijo končuje.

2 PLAN IN REALIZACIJA

Plan za otorinolaringološki team je nekaj manj kot 38.000 točk (ena koncesija). Glede na leta preseganja plana pa so spodaj navedene številke postale že redni plan (Tabela 1).

Od leta 2011 veljajo tudi nova pravila ZZZS glede prvih in ponovnih pregledov (prvi pregled v koledarskem letu je bil prvi pregled, sedaj ne več). Poleg ambulantnega dela naša dejavnost obsega tudi konziliarne preglede in operativo, obseg opravljenega dela je prikazan v tabeli 2.

Za ZZZS smo opravili skupaj 10.440 pregledov, kar je več kot v letu 2011 (9.750) in v letu 2010 (9.724), a manj kot v letu 2009 (10.645). Celoten pregled izvedenih aktivnosti od leta 2009 do leta 2012 je prikazan v tabeli 3, iz katere je razvidno, da skupno število vztrajno narašča.

Tabela 1: Opravljene ambulantne točke za ZZZS januar - december 2012

	Realizacija					
	2009	*2010*	*2011*	*2012*	*Indeks real/načrt*	*Indeks 12/11*
ORL amb. Kranj	66.538,15	62.672,45	64.477,25	65.526,91	99,80	101,63
ORL amb. Jesen.	65.002,91	59.203,95	57.234,99	57.911,48	98,75	101,18
SKUPAJ	**131.541,06**	**121.876,40**	**121.712,24**	**123.438,39**	**99,30**	**101,42**

Tabela 2: Opravljene storitve (pregledi in operacije):

Leto 2012	ORL Kranj	ORL Jesenice	SKUPAJ
št. storitev (točke za ZZZS)	65.526,91	57.911,48	123.438,39
št. pregledov (za ZZZS)	5.518	4.922	10.440
- prvi pregledi	2.555	1.899	4.454
- ponovni pregledi	2.963	3.023	5.986
konziliarni pregledi	2	417	419
mali kirurški posegi	237	192	429
- ambulantni	237	168	405
- hospitalni	0	24	24
kirurške operacije	156	32	188

Tabela 3: Obseg opravljenega dela po letih od 2009 do 2012

	2009	***2010***	***2011***	***2012***
Amb. pregl. Kranj	5.366	4.950	5.116	5.518
- prvi pregledi	3.496	3.363	2.578	2.555
- ponov. pregl.	1.870	1.587	2.538	2.963
Amb. pr. Jesenice	5.279	4.774	4.634	4.922
- prvi pregledi	2.687	2.629	1.729	1.899
- ponovni pregl.	2.592	2.145	2.905	3.023
Konziliarni pregledi	353	370	393	419
- Kranj	6	5	4	2
- Jesenice	347	365	389	417
Mali kirur. posegi	530	395	428	429
- Kranj amb.	316	212	207	237
- Jesenice amb.	203	162	221	168
- Jesenice hospit.	14	21	19	24
KRG operacije	93	129	143	188
- Kranj	62	99	107	156
- Jesenice	31	30	36	32

Opravili smo klinične postopke pri hospitaliziranih pacientih v okviru prospektivnega programa, ki so razvidni v tabeli 4. Podatke prikazujemo primerjalno za obdobje od leta 2009 do 2012.

Podatki v tabeli niso povsem transparentni, ker je pri enem pacientu lahko beleženih več posegov. Pod otorinolaringološke posege štejejo tudi preiskave in operacije, ki jih dela kirurg na skočnem sklepu (odvzem kosti za presadek in kostni presadek z osteosintezo). Zaradi majhnega števila teh posegov se hitro pozna tudi vsako nepravilno beleženje.

Tabela 4: Klinični postopki pri hospitaliziranih pacientih od leta 2009 do 2012

		2009	***2010***	***2011***	***2012***
koda	Opis	število	število	število	število
41653-00	Pregled nosne votline in zgornjega žrela	290	282	329	369
41846-00	Laringoskopija brez splošne anestezije	123	125	137	141
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	32	52	53	56
41671-03	Septoplastika s submukozno resekcijo nosnega pretina	49	50	62	65
92046-00	Zamenjava kanile pri traheostomi	27	37	18	4
41704-00	Aspiracija in lavaža obnosnih votlin skozi ustje	30	28	33	52
41677-00	Zaust.krvavitve v spr. delu nosu s tamponado in/ali kavteri	19	21	11	12
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	15	17	31	27
47726-00	Pridobitev kosti za presadek skozi drugo incizijo	8	16	5	7
92047-00	Odstranitev kanile pri traheostomi	2	11	3	4
30278-02	Frenulotomija (plikotomija) jezika	3	10	12	17
48242-00	Kostni presadek z osteosintezo, ki ni uvrščena drugje	3	9	6	5
41662-00	Odstranitev nosnih polipov brez splošne anestezije	1	5	8	10
30052-00	Oskrba rane zunanjega ušesa	?	?	8	0
47738-00	Zaprta naravnava zloma nosne kosti	2	?	3	13
ostalo	Ostalo				
SKUPAJ		***623***	***683***	***728***	***796***

3 VIZIJA

Problem ambulante v Kranju ostaja neurejenost prostorov, na Jesenicah bi potrebovali zmogljivejše dvigalo za prevoz težje mobilnih pacientov. Že vrsto let upamo na posodobitev opreme (endoskopi, mikroskop …).

Čakalna doba na prvi pregled ostaja enaka, zaradi povečanega obsega dela pa se povečuje utrujenost zaposlenih.

V letošnjem letu zaključuje specializacijo nova specialistka. Kakšne so sploh v dani situaciji njene možnosti za zaposlitev (omejitve zaposlovanja zaradi ZUJF-a)?

Tudi v prihodnje leto vstopamo, zavedajoč se dejstva, da imamo najdaljšo čakalno dobo za pregled v Sloveniji.

POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE - 2012

Zdenka Kramar, dipl. m. s.
Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe

UVOD

Tudi v letu 2012 smo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi sledili viziji nenehnega izboljševanja na področju kakovostne in varne obravnave pacientov. To smo dosegli z različnimi aktivnostmi in nalogami. Sistem nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti smo še naprej razvijali z oblikovanjem novih standardov, protokolov, kliničnih poti, rednim merjenjem in vodenjem kazalnikov kakovosti, identifikacijo vzrokov odklonov in z njihovim sistematičnim odpravljanjem. Najpomembnejše aktivnosti so bile tudi v letu 2012 varnostne vizite in razgovori o varnosti, konference o izidih in zapletih, izvajanje korektivnih ukrepov, interni strokovni nadzori ter aktivno sodelovanje pri notranjih in zunanjih presojah ISO in DNV. V letu 2012 smo veliko aktivnosti usmerili v usposabljanje in izobraževanje zaposlenih ter tako skrbeli za njihov razvoj.

1 MENEDŽMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE IN OSKRBE

Danes nihče več ne dvomi, da je menedžment eden od najpomembnejših dejavnikov učinkovitosti in uspešnosti v vsaki organizaciji tudi na področju zdravstvene nege. Vsakodnevno se soočamo z novimi izzivi na področju upravljanja in varčevanja z vsemi viri. Na organizacijo dela vpliva tudi hiter razvoj tehnologije in razvoj drugih medicinskih strok. Vse to od nas zahteva potrebe po izobraževanju in prevzemanje odgovornosti za opravljeno delo. Na celotno delovanje zaposlenih v zdravstveni negi vplivajo tudi stalno vse večje potrebe pacientov in njihovih svojcev.

1.1 UČINKOVITOST IZVEDBE CILJEV ZNO V LETU 2012

STROKOVNA, KAKOVOSTNA IN VARNA ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA (ZNO) PACIENTA		
Področje*:*	**STROKOVNOST**	***31. 12. 2012***
1. Cilj	**Zagotavljanje in razvijanje strokovne ZNO** • Razvoj stroke ZNO* bo temeljil na z dokazi podprti ZNO in v skladu s smernicami sodobne ZNO, • Vzpostavitev pogojev za raziskovanje v ZNO, • Opolnomočiti dipl. m. s. za izvajanje samostojnega aplikativnega raziskovanja. • Zagotoviti stalno nadgradnjo in uporabo znanja zaposlenih pri neposrednem delu s pacienti.	Ustanovitev raziskovalne skupine, - 4 aplikativne raziskave. Izvedba delavnic. Izobraževanje po načrtu
Vir	Aplikativna študija, v katero bodo vključene medicinske sestre in zdravstveni strokovnjaki drugih dejavnosti, ki so vključeni v raziskovalno enoto ZNO, spremljanje kliničnih smernic, doktrin, standardov in protokolov, rezultati na dokazih temelječih študij, aktivne in pasivne udeležbe na predavanjih/delavnicah	

Aktivnosti	• ustanovitev raziskovalne enote v ZNO in vključitev predstavnika Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, • aktivno delovanje projektnega tima, vsaj 6 srečanj v tekočem letu, • izvedba vsaj dveh aplikativnih raziskav • razvijanje, novih standardov (5) in protokolov (5), kliničnih poti (2), revizija že sprejetih standardov kakovosti (20) protokolov in kliničnih poti (4), • razvoj novih specialnosti v ZNO - povečati obseg delovanja koordinatorjev odpusta, izvedba ankete med pacienti na področju dela koordinatorjev odpusta, delavno terapevtsko obravnave, • vzpostavitev zdravstveno vzgojnega dela na področju srčnega popuščanja, dojenja, ZV pri končni ledvični odpovedi • optimizirati dokumentiranje v ZNO in začeti uvajanje negovalnih diagnoz, • strokovni nadzori, preverjanje skladnosti dela z obstoječimi standardi in protokoli • izobraževanja in spremljanje na dokazih temelječe ZNO	izvedeno izvedeno v teku izvedeno izvedeno v teku v teku izvedeno izvedeno
Evalvacija	**redna poročanja – na 6 mesecev**	
Kazalnik	• 2 aplikativni raziskavi • 5 prenovljenih standardov kakovosti, 5 novih protokolov, 4 klinične poti. • 95% zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev z delom koordinatorjev odpusta. • Dokončanje projekta in pričetek dela s pacienti s srčnim popuščanjem. • 94% skladnost s standardi kakovosti v ZNO	13 SOP, 5 standardov, 42 obnovljenih, 3 KP (4 v teku) 93% skladnost
Področje*:*	**KAKOVOST IN VARNOST**	
2. Cilj	**Kakovostna in varna ZNO pacienta** • Uvajanje nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti z izboljšanjem znanja zaposlenih s področja kakovostne in varne obravnave pacienta, • oblikovanje strategije in ciljev varnosti pacientov v okviru SBJ, • stalno izboljševanje kulture varnosti, • povečati število in aktivnost projektnih timov (9 -10)	
Vir	Poročilo o stopnji znanja po izobraževanju, poročila VV/VR, poročilo ankete o zadovoljstvu pacientov, načrtovano poročanje in izvedba korektivnih in preventivnih ukrepov, nadzor nad skladnostjo razdeljevanja zdravil, poročila notranjih in zunanjih presoj, poročila pregleda dokumentiranja, sledenje kazalnikov kakovosti, poročila projektnih timov, poročanje na Kolegiju službe ZNO, zapisniki strokovnega sveta ZN in kolegija službe ZNO,	
Aktivnosti	• razvijanje strategije varnosti, postavitev ciljev za	v teku

	področje varnosti v okviru SBJ, • v neposredno delo s pacienti vpeljati sprejeto politiko razdeljevanja zdravil, • določitev kazalnikov na področju razdeljevanja zdravil, • izobraževanje na področju razdeljevanja zdravil, • izboljšati aktivnosti pri timski predaji pacienta, • dopolnitev kirurškega varnostnega sistema, • izvajanje aktivnosti za doseganje čim boljših rezultatov kazalnikov celostne oskrbe pacientov, • izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v ZNO na področju varnosti, • popis procesov celostne oskrbe pacientov in vključitev elementov varnosti, • povečanje števila varnostnih vizit/razgovorov (VV/VR) glede na protokol), • poročanje neljubih dogodkov, • anketa o kulturi varnosti, • izvajanje študije primerov, korektivne ukrepe, • nadzor skladnosti dokumentiranja v ZNO. • izboljševanje kazalnikov kakovosti • izvajanje internih nadzorov, presoj • spremljanje odklonov in realizacija ukrepov • motiviranje in seznanjanje zaposlenih z možnostmi vključitve v projektne time. • izobraževanja zaposlenih	kontinuirano izvedeno izvedeno izvedeno izvedeno izvedeno izvedeno izvedeno v teku izvedeno izvedeno v letu 2013 izvedeno izvedeno delno doseženo izvedeno izvedeno izvedeno izvedeno
Kazalnik	• kazalniki kakovosti - RZP - 2,0, MRSA - 0,00, padci 1,0/1000, 0/00 katetrske sepse. • izboljšani rezultati ankete o zadovoljstvu pacientov v primerjavi s preteklimi leti • število prvih prijav kršitve pacientovih pravic • število odklonov in opozorilnih nevarnih dogodkov • število uspešno izvedenih ukrepov • število izboljšav, glede na ugotovitve strokovnih nadzorov • delovanje 10 projektnih timov – vsaj 6 srečanj/letno • 95 % doseganja skladnost s standardi kakovosti pri rednem strokovnem nadzoru**,** • 95 % udeležba na delavnicah, • povečanje VV/VR za 100, • izboljšanje podatkov glede na anketo 2008 vsaj za 5 %.	RZP- 2,8; MRSA – 0,15; OVK - 2, Padci - 1,1; izvedeno 18 – prijav delno realizirano izvedeno 93 % izvedeno izvedeno izvedeno izvedeno izvedeno
Področje:	**STROKOVNI NADZORI IN PRESOJE**	
3. Cilj	**Redni strokovni nadzori** • Izboljšati rezultate rednih internih nadzorov in izvajanje varnostnih vizit • 2 nadzora in povečati število vizit za 100	
Vir	poročila nadzorov, poročila VV/VR in izvedbe korektivnih ukrepov ter načrtovanj za izboljšanja, poročila na KSZNO in timskih sestankih.	

Aktivnost	• prenova dokumentacije za nadzore in VV/VR • usposabljanje izvajalcev nadzora in izvedba nadzora • izvajanje VV/VR • izvajanje študije primerov, predstavitev na timskih sestankih in oglasnih deskah	V teku Izvedeno Izvedeno izvedeno
Kazalniki	• za 5 % povečanje skladnosti standardov glede na leto 2010, • povečanje VV/VR za 100,	Izvedeno izvedeno
Področje	**ZASEBNOST PACIENTOV IN UPOŠTEVANJE ETIČNIH NAČEL**	
4. Cilj	**Zagotavljanje osebne integritete pacientom z upoštevanjem etičnih načel** • doseči čim višji nivo upoštevanja etičnih načel z upoštevanjem osebne integritete pacientov in pacientovih pravic	
Vir	Anketa o zadovoljstvu pacientov, poročila odklonov, analiza knjige pritožb pacientov, poročila pristojne osebe za prvo prijavo kršitve pacientovih pravic, poročila notranjih nadzorov, skladnost dela s standardno operativnimi postopki (SOP), poročila projektnega tima za zasebnost	
Aktivnosti	• izobraževanje zaposlenih na področju osebne integritete in etike, • delavnice na temo zasebnost in integriteta pacientov - vsi zaposleni v ZNO • priprava zdravstveno vzgojnega gradiva, • redno delo projektnega tima vsaj 6 srečanj, • ureditev prostorov v skladu s finančnimi možnostmi bolnišnice	Delno izvedeno Delno izvedeno Izvedeno Izvedeno Delno izvedeno
Kazalnik	• dvig zadovoljstva pacientov glede na anketo o zadovoljstvu pacientov v predhodnem letu • število izrečenih ukrepov in delež uspešno izvedenih ukrepov • delež udeležbe na izobraževanju o integriteti in etiki	Doseženo Doseženo Delno doseženo
Področje:	**INFORMATIKA V ZNO**	
5. Cilj	**Nadgradnja informacijske podpore v ZNO**	
Vir	BIRPIS 21, negovalna dokumentacija	
Aktivnost	• oblikovanje projektnega tima • razvoj informacijske podpore – sprejemni zapisnik ZN, terapevtski list	
Kazalnik	Stopnja razvoja informacijske podpore, razvoj je odvisen od finančne situacije v SBJ	Delno izvedeno

2 DELO STROKOVNEGA SVETA ZDRAVSTVENE NEGE IN KOLEGIJA SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

V letu 2012 smo imeli 7 sej Strokovnega sveta zdravstvene nege in oskrbe (SSZN) ter 13 sej Kolegija službe zdravstvene nege in strateško razvojni kolegij. Tako kot vsako leto smo oblikovali cilje in kazalnike v ZNO.

Najpogosteje obravnavne teme SSZN so bile:

- načrtovanje kadrovske politike in matrike znanj,
- spremembe na področju aktivnosti in kompetenc v zdravstveni negi
- organizacija dela v prebujevalnici
- ponovna opredelitev in pregled projektnih timov
- potrditev in sprejetje različnih dokumentov v ZNO
- potrditev načrta izobraževanja in usposabljanja v ZNO in temeljnih postopkov oživljanja
- potek zdravstveno vzgojnega dela v SB Jesenice
- Sklepi Kolegija Službe ZNO
- ureditev reanimacijskih vozičkov
- potrditev ciljev kakovosti in varnosti
- načrt izobraževanja in matrika znanj
- aktivno vključevanje v proces kakovosti in varnosti – presoje ISO, NIAHO,
- izvajanje ukrepov glede na anketo o zadovoljstvu pacientov, zaposlenih,
- protokol razdeljevanja zdravil
- izvajanje letnih razgovorov z zaposlenimi
- potek dneva odprtih vrat v ZNO ob 12. maju
- uvajanje novih organizacijskih oblik in pregledi zdravstvene dokumentacije
- vodenje kazalnikov kakovosti in varnosti procesa celostne oskrbe pacientov,
- spremljanje načrtov in ciljev posameznih oddelkov in enot,
- sodelovanje z drugimi službami in zunanjim izvajalcem čiščenja,
- sprejetje različnih planov (nabave, izobraževanje, plan dela),
- priprava in izvedba rednega strokovnega nadzora in izvajanje korektivnih in preventivnih ukrepov,
- vodenje odklonov in razvoj IT programa,
- sodelovanje z laboratorijem in lekarno.

V lanskem letu smo realizirali vse sklepe, ki so bili sprejeti na Kolegiju in na Strokovnem svetu zdravstvene nege in oskrbe.

3 UVAJANJE IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

Zagotavljanje kakovosti in varnosti je proces, ki zajema opisovanje, merjenje, vrednotenje in ko je potrebno, tudi izvajanje ukrepov za izboljševanje kakovosti. V bolnišnici je eden od glavnih strateških ciljev tudi uvajanje kulture varnosti in nenehno izboljševanje kakovosti kateremu sledimo tudi zaposleni v ZNO. Pomeni sistematično in načrtovano izvajanje ukrepov, s katerimi bomo dosegli predpisane zahteve kakovosti. Večina zaposlenih v bolnišnici je zavzetih za izboljšanje stanja pacientov za katere skrbijo in pri tem želijo izboljšati kakovost zdravstvene oskrbe. Za nenehno izboljšanje kakovosti in varnosti celostne oskrbe pacientov je potrebno stalno pridobivanje znanja na vseh področjih. Nenehno uvajanje kakovosti in varnosti vse bolj postaja tudi sistem odgovornosti. Varnost pacientov je nenehno ugotavljanje, analiziranje in obvladovanje tveganj za pacienta, z namenom izvajanja varne obravnave in zmanjševanja škode za pacienta na minimum.

3.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

V letu 2012 beležimo nekoliko slabše rezultate na področju preprečevanja RZP, prenosa MRSA, katetrskih seps in kolonizacije osrednjih venskih katetrov (OVK). Cilj smo dosegli na področju preprečevanja padcev pacientov. Pri kazalniku RZP nismo dosegli cilja, na dane pogoje smo si verjetno postavili previsok cilj. Na področju prenosa MRSA prav tako nismo dosegli cilja, saj smo imeli 23 prenosov kolonizacij z MRSA znotraj bolnišnice. Za leto 2013 si moramo postaviti bolj realne cilje.

Tabela 1: Prikaz incidence MRSA, RZP, vseh padcev pacientov, katetrske sepse in kolonizacije OVK

Kazalnik	2011	Cilj 2012	2012
MRSA	2 /0,01	0	0,15
RZP	2,4	2,0	2,8
Padci s postelje	0,3	0,3	0,27
Vsi padci	1,3	1,0	1,1
Katetrska sepsa	0	0	2
Kolonizacija OVK	0,1	0	0,3

3.2 NADZOR SKLADNOSTI IZVAJANJA STANDARDOV KAKOVOSTI (SOP)

Nadzor je potekal od 14. do 21. 11. 2012 na kirurškem, internem oddelku s hemodializo, ginekološko porodniškem oddelku, na oddelku za zdravstveno nego, otroškem oddelku, enoti intenzivne terapije kirurških strok, internistični intenzivni terapiji, anesteziološkem oddelku in urgenci.

Nadzor nad razdeljevanjem in aplikacijo zdravil je potekal na kirurškem in internističnem oddelku, oddelku za zdravstveno nego, ginekološko porodniškem oddelku in EITOS-u.

Presojala se je skladnost s kriteriji 14 standardov kakovosti in protokolov. Na podlagi ugotovitev rednih strokovnih nadzorov smo v letu 2012 uvedli spremembe na področju predaje pacienta med izmenami, med oddelki in diagnostičnimi enotami. Prav tako smo uvedli obrazec za sporočanje informacij o stanju pacienta v nočnem času med medicinsko sestro (MS) in zdravnikom. Pričeli smo z aktivnostmi, da MS ni motena med procesom razdeljevanja zdravil. Dodatno smo uvedli posebne opozorilne nalepke za ogrožene paciente za padec, RZP. Dokončno smo protokolirali uporabo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa in uvedli kirurški kontrolni varnostni seznam, ki ga uporabljamo pri vseh operativnih posegih.

Zaradi spremembe kriterijev ocenjevanja, ki so bili nekoliko strožji, rezultatov ni mogoče primerjati z rezultati predhodnih nadzorov.

Doseganje skladnosti kriterijev standardno operativnih postopkov je bilo v območju od 87 % do 98 %. Rezultate pod 90 % smo opredelili kot tista področja, kjer so možnosti za izboljševanje. Na osnovi tega smo oblikovali korektivne ukrepe, določili odgovorne osebe za izvedbo ukrepov in opredelili časovnico izvedbe. Ukrepi se nanašajo predvsem na področja higiene rok zaposlenih, izvajanja osebne higiene, predpisovanja in razdeljevanja zdravil. Nadzor bomo ponovili v mesecu maju 2013.

Tabela 2. Delež skladnosti kriterijev SOP pri izvedbi internega strokovnega nadzora v zadnjih treh letih

Oddelek	**2010**	**2011**	**2012**
menjave infuzijske steklenice	91 %	92 %	91 %
uvajanja i.v. kanile	92,1 %	94 %	94 %
oskrba i.v. kanile	94 %	90,1 %	96 %
odvzem venske krvi			94 %
ločevanje odpadkov	84,5 %	92 %	87 %
kontaktna izolacija,	86 %	91 %	83 %
razdeljevanje hrane	97,7 %	98,8 %	96 %
preveza akutne rane	0	90,6 %	92 %
preveza kronične rane	88 %	91 %	96 %
preventiva RZP	88 %	88 %	91 %
timska predaja pacientov	97 %	92 %	0
jutranje umivanje	89 %	81 %	82,2 %
ustna nega	84 %	84 %	91,5 %
razdeljevanje in aplikacija zdravil	Ni podatka v %	Ni podatka v %	87;4 %
Skupaj	**89,9 %**	**90,3 %**	**91 %**

V letu 2012 smo izvedli nadzor o uporabi posebnih varovalnih ukrepov. Nadzor je bil izveden na kirurškem, internističnem oddelku in v EITOS-u, na drugih oddelkih na dan nadzora ni bilo pacientov z nameščenim posebnim varovalnim ukrepom. V tabeli so prikazani rezultati nadzora o uporabi posebnih varovalnih ukrepov (PVU).

Tabela 3: Delež skladnosti s kriteriji ugotovljen pri nadzoru uporabe posebnih varovalnih ukrepov.

	PVU		
Oddelek	**Predpis**	**Nadzor**	**Omejitev**
	točke/delež	**točke/delež**	**točke/delež**
EITOS	35 od 35 100 %	41 od 50 82 %	15 od 15 **100 %**
Interni oddelek – kardiološki odsek	33 od 40 83 %	8 od 50 **16 %**	15 od 15 **100 %**
Kirurški oddelek – abdominalni odsek	14 od 35 40 %	41 od 50 82 %	6 od 15 40 %
SKUPAJ	82 od 110 **75 %**	90 od 150 **60 %**	36 od 45 **80 %**
SKUPAJ - vsi kriteriji	**71 %**		

3.2.1 Strokovni nadzor pri razdeljevanju zdravil

V letu 2012 smo glede na načrt izvedli redni strokovni nadzor nad razdeljevanjem in aplikacijo zdravil. Mesečno smo na vseh oddelkih izvedli nadzore nad doslednim izpolnjevanjem zdravstvene dokumentacije, tako na področju predpisa in aplikacije, kot tudi dokumentiranja posameznih aktivnosti. Na podlagi rezultatov nadzorov smo izvedli

korektivne ukrepe. Pri pregledu zdravstvene dokumentacije smo ugotovili nepopoln predpis terapije in nedoslednost pri vpisu časa aplikacije in podpisa izvajalcev. Na osnovi ugotovitev smo izvedli varnostne vizite in razgovore ter konferenco o izidih in zapletih, spremenili smo terapevtske liste, ki so oblikovani tako, da izvajalce opomnijo na pravilen predpis, opredelitev časa aplikacije in podpis izvajalca. Poleg tega smo izvedli delavnice o pravilnem dokumentiranju in predstavili dobre prakse. V pripravo in izvedbo ukrepov smo vključili tudi kliničnega farmacevta.

Po končani presoji smo opredelili korektivne in preventivne ukrepe, jih predstavili na Kolegiju službe ZNO in osebju na oddelku ter jih začeli izvajati v praksi.

Tabela 4: Delež skladnosti s kriteriji ugotovljen pri nadzoru aplikacije zdravil

Oddelek	Št. točk	%	Ugotovitve
Krg. odd.	212/250	85 %	Voziček ni v celoti pripravljen – manjka razkužilo za roke, tekočina, rokavice, ni vedno razkuževanja rok, neustrezno razpolavljanje tablet, neupoštevanje zaužitja zdravila glede na zahteve proizvajalca.
Int. odd.	173/265	65 %	Voziček ni v celoti pripravljen – manjka razkužilo za roke, nepravilen čas aplikacije, neupoštevanje zaužitja zdravila glede na zahteve proizvajalca, ni vedno razkuževanja rok
Gin. – por.	35/35	100 %	
OZZN	39/45	87 %	Nepravilen čas aplikacije, nepopolno opazovanje pacienta
EITOS	35/35	100 %	
Skupno	**494/630**	**87,4 %**	

Korektivni in preventivni ukrepi:

- Izvedba konference izidov in zapletov na področju razdeljevanja in aplikacije zdravil.
- Pregled izpolnjevanja pacientove dokumentacije glede predpisa in aplikacije koordinatorice (5 naključno izbranih pacientov)
- Izvedba varnostnih vizit o pravilnosti predpisovanja in razdeljevanja zdravil (pripravi osebja na razdeljevanje terapije, razpolavljanje/drobljenje zdravil, upoštevanje pravilne količine tekočine pri aplikaciji per. os. zdravila, opazovanje pred, med in po zaužitju, dokumentiranje dane terapije).
- Izvedba usposabljanja zaposlenih v ZN o pomenu varnosti in pravilnega razdeljevanja zdravil s poudarkom na tistih točkah, ki so bile pri presoji izpostavljene kot pereče.

Pri nadzoru smo opazovali tudi to, kolikokrat je bilo delo medicinske sestre zaradi različnih vzrokov moteno oz. prekinjeno med razdeljevanjem zdravil. Ugotovili smo, da je kar v 44 % delo prekinjeno zaradi dopolnitve zdravil in drugega materiala, ki ga medicinska sestra potrebuje pri razdeljevanju zdravil. V primerjavi z opazovanjem v letu 2010 so se vzroki za prekinitev dela med razdeljevanjem zdravil spremenili. V letu 2010 je bila medicinska sestra največkrat motena s strani drugega zdravstvenega osebja, pri zadnjem opazovanju pa zaradi dopolnitve zalog na vozičku. Med tem časom smo zamenjali vozičke, le-ti so manjši in je zato na njih tudi manj pripomočkov in zdravil. Izvedli smo ukrep glede priprave vozička pri razdeljevanju zdravil.

Tabela 5: Delež vzrokov za moten potek dela medicinskih sester pri razdeljevanju zdravil.

PREKINITEV DELA MEDICINSKE SESTRE	***v %***
DELAVKA ČISTILNEGA SERVISA	5
ZAPOSLENI V ZDRAVSTVENI NEGI	38
DOPOLNITEV ZALOG ZDRAVIL	44
ZDRAVNIK	8
POTREBA PO NEPOSREDNI ZDRAVSTVENI NEGI	5
SKUPAJ	***100***

3.2.2. Poročilo o izvedenem ugotavljanju skladnosti kategoriziranja zdravstvene nege pacientov

V mesecu decembra smo izvedli interno preverjanje skladnosti kategoriziranja zdravstvene nege pacienta na vseh oddelkih in enotah, kjer so pacienti hospitalizirani.

Spodnja tabela prikazuje primerjavo rezultatov preverjanja skladnosti v letih 2009, 2010, 2011 in 2012.

Tabela 6: Delež skladnosti s kriteriji ugotovljen pri nadzoru kategorizacije

	% ujemanja meril	% razhajanja meril	% ujemanja kategorij	% razhajanja kategorij
2009	88,1	11,9	87,1	12,9
2010	90,8	9,2	84,0	16,0
2011	93,4	6,6	91,0	9,0
2012	92,9	7,1	91.2	8,8

Ujemanje pri posameznih merilih je slabše kot v letu 2011. Pri ujemanju kategorij je rezultat skoraj enak kot v letu 2011. Razhajanja so nastala le pri treh kategorijah in so povezana z ocenjevanjem meril in vpisom v dokumentaciji pacienta:

- delna in popolna pomoč pri življenjskih aktivnostih
- samostojnost oziroma delna pomoč
- aplikacija zdravil – dolgotrajna/večkratna

Obenem je bil izveden še **organizacijski nadzor,** pri katerem smo ugotavljali skladnost sedmih (7) vsebinskih kazalcev kategoriziranja (kdo, kdaj, kako pogosto, za preteklih 24 ur, upoštevano pravilo 8 ur, beleženje kategorije v pacientovo dokumentacijo, podatki so razvidni iz dokumentacije).

Rezultat ujemanja na vseh oddelkih in enotah je **72 %,** pri drugem nadzoru **98,4 %** in v letu 2012 **povprečno 85,2 %.**

Rezultat obeh organizacijskih nadzorov je pokazal manjša odstopanja pri času kategoriziranja in pri doslednem upoštevanju zapisov v dokumentaciji ZN, vrednost kategorije za posamezen dan ni pri vseh pacientih prepisana v proces zdravstvene nege.

3.2.3 Zagotavljanje osebne integritete

Tudi v letu 2012 smo nadaljevali aktivnosti na področju pacientove integritete. Izvedli smo izobraževanje zaposlenih o pacientovih pravicah s poudarkom na zasebnosti pacientov in uporabo zaščitnih zaves in paravanov. Člani projektnega tima so aktivno sodelovali pri izobraževanju zaposlenih in izdelavi zloženk.

Tabela 7: Rezultati ankete o zadovoljstvu pacientov na področju zagotavljanja osebne integritete za tri leta

	2010	***2011***	***2012***
ZN	91,9 %	90 %	95 %
zdravniki	85,1 %	82,7 %	90,2 %

3.2.4 Področje informiranosti pacientov

Izboljšanje informiranosti pacientov in njihovih svojcev o zdravstvenem stanju in poteku zdravljenja. Izpolnjevanje pričakovanj in zahtev pacientov.

Pomembna skrb zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov je dobra informiranost pacienta o zdravstveni oskrbi. Zato se nenehno trudimo zagotoviti pacientom pravo in kompetentno informacijo. Na ta način zagotavljamo tudi zadovoljstvo tako pacientov, kot tudi njihovih svojcev. Izdelali smo veliko zloženk in drugih obvestil z zdravstveno vzgojnimi vsebinami, o poteku različnih preiskav in načinih oskrbe v domačem okolju. V letu 2012 smo začeli redno izvajati družinske konference, v katere se vključujejo pacienti in njihovi svojci ter celotni multidisciplinarni tim in koordinatorka zdravstvene skrbi. Na ta način dobijo pacienti vse potrebne informacije in usmeritve za domačo oskrbo. Na oddelku za zdravstveno nego so bile družinske konference izvedene kar pri 70 % vseh hospitaliziranih pacientih.

Izpolnjevanje pričakovanj in zahtev pacienta smo dosegli z dostopnostjo do zdravnikov in do ostalih sodelavcev. Zmanjšali smo čakalne dobe za kirurške posege in specialistično ambulanto obravnavo. Poleg tega smo z vključevanjem koordinatorja zdravstvene skrbi (koordinator odpusta) zelo uspešno usklajevali vse aktivnosti za odpust pacientov brez bistvenih zapletov.

3.3 VARNOSTNE VIZITE/VARNOSTNI RAZGOVORI

Varnostne vizite in varnostni razgovor (VV/VR) so v bolnišnici sprejet in popolnoma utečen način zagotavljanje večje varnosti pacientov in učinkovito orodje za izvajanje korektivnih ukrepov in razgovorov o odklonih in stalno izboljšanje na področju varnosti in kakovosti obravnave pacientov. V preteklem letu smo izvedli zelo veliko VV/VR na vseh nivojih in vseh oddelkih in enotah in v okviru interdisciplinarnega tima. Sodeluje vedno večje število zaposlenih, ki na ta način gradijo kulturo varnosti.

Tabela 8: Delež izvedenih varnostnih vizit in ukrepov.

	2010	***2011***	***2012***
Število VV/VR	518	602	675
Število izrečenih ukrepov	656	876	900
Št./delež realiziranih ukrepov	618/94,2 %	838/95,6 %	1469/98 %

3.3.1 Vsebina varnostnih vizit in razgovorov

Na varnostnih vizitah in razgovorih smo največkrat obravnavali spodaj naštete vsebine:

- Zagotavljanje varnosti in kakovosti glede na izvajanje standardov kakovosti.
- Ukrepi glede uporabe posebnega varovalnega ukrepa, padcev, RZP, MRSA.
- Sistemska ureditev pri uporabi identifikacijske zapestnice.
- Ukrepi, ki se nanašajo na predpisovanje in razdeljevanje zdravil, prehrane pacientom.
- Nepravilno sestavljeni operacijski seti.
- Zagotavljanje kakovosti in varnosti za pacienta.
- Področje preprečevanja prenosa bolnišničnih okužb – ESBL, MRSA, izolacijski ukrepi, razkuževanje rok, ravnanje z odpadki, zaščitna oblačila.
- Preprečevanje RZP.
- Dokumentacija (izpolnjevanje pacientove dokumentacije v ZN, redne mesečne kontrole).
- Predaja pacienta.
- Predanalitična faza odvzema krvi.

3. 4 PRVA PRIJAVA KRŠITEV PACIENTOVIH PRAVIC

V letu 2012 so pacienti in njihovi svojci 18-krat naslovili vprašanja ali pritožbo na pooblaščeno osebo za prvo prijavo pacientovih pravic. V vseh primerih niso zahtevali obravnave po postopku za prvo prijavo kršitve pacientovih pravic. Po dogodkih smo izvedli korektivne ukrepe predvsem za to, da se dogodki ne bi ponovno dogodili in pri tem smo bili do sedaj tudi uspešni.

Tabela 9: Izpostavljeni problemi v okviru prve prijave kršitve pacientovih pravic

Izpostavljeni problemi	Št.	Poročilo in ukrepi	Rezultat
Neprimerna komunikacija s strani osebja	3	Pogovor z zaposlenimi in ureditev ustrezne obravnave za pacienta.	Zaposleni so izboljšali komunikacijo s pacienti. Pacienti so bili z obravnavo zadovoljni.
Neobvladana bolečina pri pacientu	1	Izvedba delavnic in izobraževanje.	Seznanitev zaposlenih o nujnosti izvajanja protokola zmanjševanja pacientove bolečine
Nestrokovna obravnava	2	Izvedeni so bili vsi ukrepi in razgovori. V enem primeru je bil izveden strokovni nadzor o poteku obravnave pacienta in razgovor z vsemi, ki so bili udeleženi pri obravnavi pacienta.	Pacienti in svojci so bili seznanjeni z ukrepi in pogovori.
Izguba pacientove lastnine	1	Po razgovoru s svojcem smo na zavarovalnici uredili povrnitev stroškov za nabavo izgubljene lastnine.	VV/VR o potrebnosti zapisa o osebni lastnini in pravilno shranjevanje le-te.
Predolgo čakanje na transport pacienta v domače okolje.	1	Strokovna direktorica je napisala dopis na ZD Tržič	

Izpostavljeni problemi	Št.	Poročilo in ukrepi	Rezultat
Pritožba staršev zaradi neprimernega postopka pri namestitvi opornice	1	Pogovor s starši in razlaga, zakaj je prišlo do dogodka. Pogovor z mavčarjem.	Podoben dogodek se ni ponovil.
Izgubljena napotnica	1	Sistemska ureditev poti napotnice.	Napotnice se sedaj pravilno shranjujejo.
Neprimerna uvrstitev v čakalni seznam	7	Pregled čakalnega seznama, seznanitev in uvrstitev pacienta, sestanki z MS, ki uvrščajo v čakalni seznam. Sestanek z zdravnico glede uvrščanja v seznam.	Se izvaja.
Neupoštevanje želje matere pri aplikaciji kapljic ob rojstvu otroka	1	Pogovor s starši in sprememba dokumentacije.	S temi ukrepi do podobnega odklona ne more več priti.

3.5 POROČILO O VPISIH V KNJIGO POHVAL IN PRITOŽB V LETU 2012

V letu 2012 smo stalno spremljali mnenja pacientov o nas. Poleg osrednje knjige pohval in pritožb pacientov smo dodali še štiri knjige. Tako se je povečala dostopnost za vpise pohval in pritožb. Zaradi tega je bilo v letošnjem letu več zapisov kot v preteklem letu. V knjige so pacienti in njihovi svojci največkrat zapisali, da so bili zadovoljni z obravnavo v naši bolnišnici. Pohvale so bile namenjene zaposlenim in tudi celotni oskrbi v bolnišnici. V knjigi je vpisanih tudi nekaj pritožb, katere sprejemamo kot priložnost za izboljšavo lastnega dela.

V letu 2012 je bilo v knjigo pohval vpisanih 94 vtisov, kar je 64 več kot v letu 2011. Pohvale se nanašajo na prijaznost, strokovnost in profesionalnost celotnega multidisciplinarnega tima v SBJ. Največ pohval je namenjenih osebju na pediatričnem in ginekološko porodniškem oddelku ter v urgentni ambulanti. V pobudah in pritožbah pacienti opozarjajo predvsem na predolgo čakanje pred ambulantami. Uvedli smo korektivne ukrepe in bili pri tem uspešni.

4 KADRI V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI, FIZIOTERAPIJI IN NA PODROČJU DELA RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

V letu 2012 smo poskušali zadržati število zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, saj smo se srečevali s stalnimi bolniškimi in porodniškimi odsotnostmi. Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF), ki je stopil v veljavo v sredini preteklega leta, je močno zaznamoval razporejanje kadrov. V času dopustov smo morali prekiniti s študentskim delom, kar je še poslabšalo situacijo. Poleg tega smo morali za vsakega novo zaposlenega na izpraznjeno delovno mesto pridobiti soglasje ministra in Sveta zavoda. Vse to je doprineslo, da smo še bolj natančno načrtovali in poskušali čim bolj racionalizirati razporejanje zaposlenih.

Preko celega leta smo skrbeli za razvoj zaposlenih in v bolnišnici organizirali veliko število predavanj in delavnic.

4.1 PRIKAZ TRENDA ZAPOSLOVANJA V ZN ZA OBDOBJE 2011 IN 2012

V zadnjem letu smo zmanjšali število zaposlenih tako v zdravstveni negi, na fizioterapiji in na radiološkem oddelku. Zmanjšanju kadra je botroval ZUJF in povečano število zaposlenih na bolniškem in porodniškem dopustu. V zdravstveni negi je prišlo do spremembe izobrazbene strukture, ker so naše srednje medicinske sestre diplomirale in si pridobile naziv dipl. m. s. Zavedamo se težke finančne situacije v bolnišnici, vendar velikega zmanjšanja zaposlenih v ZNO ne moremo pričakovati, saj bi to pomenilo zmanjšanje kakovosti in varnosti za paciente.

Tabela 10: Prikaz števila dejansko zaposlenih in zaposlenih iz ur v ZNO leta 2011 in 2012

	št. zaposlenih		**zaposleni iz ur**	
Profil	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
Dipl. m. s.	106 /2 abs.	114	113,6 /2 abs	121
Dipl. bab.	10	9	8,24	9
SMS/ZT	227/3*.	213/4*	201/3*	191/1*
Skupaj ZN	***343/5****	***336/4****	***323,6/5****	***321/1****
Dipl. fiziot.	12/2*	11**	9,64/2 *	11.8
Dipl. rad. inž.	13/2*	12	12,45/1*	12,8
Skupaj vsi	***368/9****	***359/4***	***344,8/ 8****	***345,6/ 1****
Skupaj s pripravniki	***377***	***363***	***353***	***346,6***
Opombe: * pripravnik, ** delovna terapevtka				

(Vir: podatki kadrovske službe)

4.2 ODSOTNOST ZAPOSLENIH ZARADI PORODNIŠKEGA DOPUSTA

V lanskem letu je bilo na dan 31. 12. 2012 kar 22 zaposlenih v ZNO na porodniškem dopustu (PD), to je za 1 zaposleno več kot leto pred tem.

Tabela 11: Število zaposlenih v ZNO na porodniškem dopustu leta 2011 in 2012

Zaposleni na PD	**2011**	**2012**
SMS/ZT	13	17
dipl. m. s.	6	4
fizioterapevtke	2	0
radiološki inž.		1
Skupaj	**21**	**22**

4.3 ODHODI V OBDOBJU 2009 – 2011

V preteklem letu smo zabeležili manjše število odhodov diplomiranih medicinskih sester v primerjavi z letom prej. Tri diplomirane medicinske sestre so same želele prekiniti delovno razmerje, tri so se upokojile, trem pa mi nismo podaljšali delovnega razmerja. V letu 2012 se je povečalo število odhodov tehnikov zdravstvene nege (6), 10 pripravnikom nismo podaljšali pogodbe o zaposlitvi.

Tabela 12: Število odhodov zaposlenih v ZNO leta 2011 in 2012

Leto	***2011***		***2012***	
Razlog prekinitve	***Odpoved***	***Upokojitev***	***Odpoved***	***Upokojitev***
SMS – SBJ	8	1	6	
SMS pripravniki			10	
SMS - zaposleni			1	6
Dipl. m. s – SBJ	4	4	3	
Dipl. m. s – zaposleni	8		3	3
Fiziot. - SBJ			2	
Rad. inž. - SBJ	1	1	1	
Skupaj	**21**	**6**	**26**	**9**

5 PREGLED KATEGORIZACIJE PACIENTOV GLEDE NA POTREBE PO ZDRAVSTVENI NEGI

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
namestnica PDZN za področje izobraževanja in kakovosti

Glede na kategorizacijo potreb pacientov po zdravstveni negi smo tudi v preteklem letu poskušali razporejati število zaposlenih. Zavedamo se, da števila kadra, ki bi ga morali imeti na podlagi kategorizacije, ne dosegamo, smo pa podatke uporabili kot orodje za prerazporejanje in nagrajevanje zaposlenih v ZN.

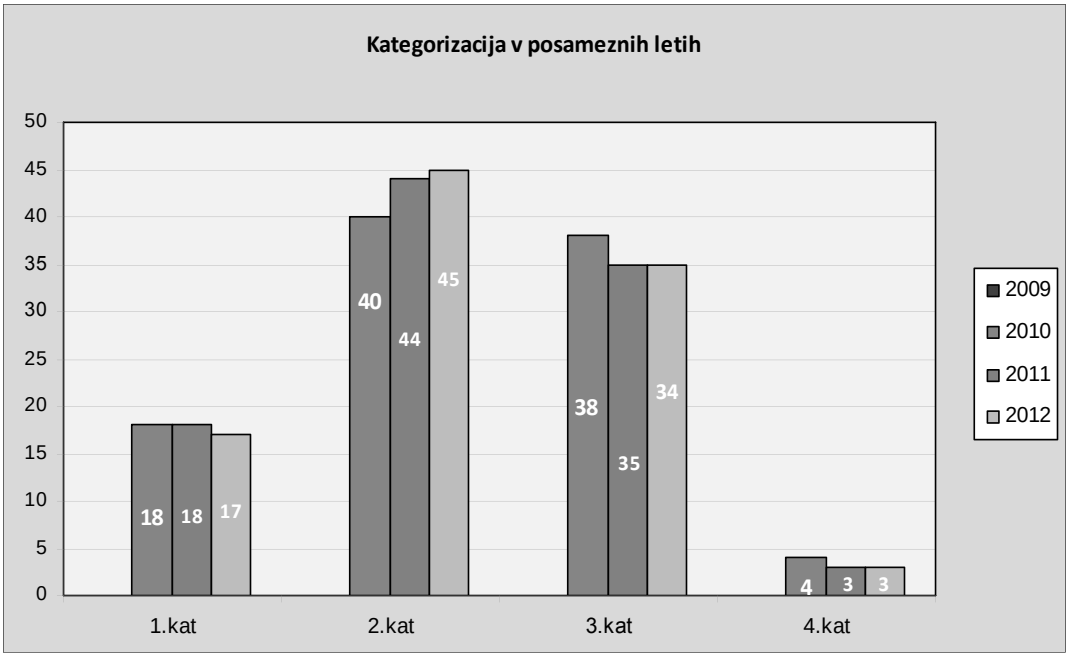
Iz tabele in grafa je razvidno, da se je število pacientov glede na posamezne kategorije stabiliziralo, nekoliko se je zmanjšalo število pacientov I. kategorije v korist števila pacientov II. kategorije. Število pacientov III: in IV. kategorije ostaja enako.

Glede na izračun kategorizacije smo pri zdravstvenih tehnikih tudi v letu 2012 dosegali zadostno število kadra, pri diplomiranih medicinskih sestrah pa je število zaposlenih še vedno premajhno za 25 % glede na potrebe pacientov.

Tabela 13: Povprečni delež kategorij v letih od 2009 do 2012

	I. kat	II. kat	III. kat	IV. kat
2009	23	36	38	3
2010	18	40	38	4
2011	18	44	35	3
2012	17	45	35	3

Graf 1: Delež pacientov glede na kategorije od 2009 do 2012



6 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V zadnjih letih smo v bolnišnici izvedli veliko aktivnosti na področju usposabljanja in izobraževanja zaposlenih. Ob tem so se pojavile potrebe po večji preglednosti znanja in veščin zaposlenih. Na novo smo pregledali zemljevide znanj vseh zaposlenih v ZNO in ga dopolnili na tistih področjih, kjer je prišlo do sprememb ali nadgradnje znanja.

Že v sami strategiji in viziji bolnišnice smo opredelili znanje in izobraženost kadrov kot pomemben element naše uspešnosti. Prav tako je znanje pomembna vrednota vseh zaposlenih v bolnišnici. Zato smo bili pri oblikovanju toliko bolj prepričani, da je upravljanje z znanjem pomembno, tudi zaradi večje fleksibilnosti in potrebnih organizacijskih sprememb.
V letu 2012 smo nekoliko spremenili vodenje zaposlenih. Vodilne medicinske sestre so bolj opolnomočene za vodenje in so si s tem pridobile dodatne kompetence in odgovornosti, predvsem pri sledenju nenehnega izboljšanja kakovosti in varnosti ter razporejanja kadrov. Poleg tega smo pričeli z bolj aktivnim pristopom pri prenosu informacij s strani pomočnice direktorja za področje ZNO. Organizirali smo skupne sestanke vseh zaposlenih v ZNO vsak drugi mesec. Sestanki so bili do sedaj zelo dobro sprejeti in so zelo obiskani,

6.1 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

Pripravila: Marija Mežik Veber, dipl. m. s.

Izobraževanje poteka skozi vsa obdobja človekovega življenja in se ne konča z zaključkom formalnega izobraževanja. Vodstvo ZN v bolnišnici glede na razpoložljiva finančna sredstva pripravi načrt izobraževanj za tekoče leto. Strokovne vsebine izobraževanj so izbrane na predlog zaposlenih v zdravstveni negi in glede na razvoj stroke. Vsako leto so v program izobraževanja vključene tudi vsebine, ki so obvezne vsebine za podaljšanje licence.

Tabela 14: Prikaz doseženega cilja na področju izobraževanja v ZNO

Cilj	**Izvedba planiranih internih strokovnih izobraževanj**
Izvedene aktivnosti	• Razporeditev izobraževanj enakomerno po mesecih; • Oblikovanje napovednika izobraževanj za Zbornico Zvezo za pridobitev licenčnih točk; • Zagotoviti čim večjo udeležbo na izobraževanjih; • Anketiranje udeležencev o zadovoljstvu z vsebinami, predavatelji, organizacijo in obveščanjem.
Učinkovitost	• Izobraževanj se je udeležilo 813 zaposlenih v zdravstveni negi; • Izvedenih je bilo 14 izobraževanj, ovrednotenih z licenčnimi točkami; • Izvedenih je bilo še 15 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; • Skupno je bilo 108 ur izobraževanj; • Izvedena je bila obvezna licenčna vsebina Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja in Zakonodaja s področja zdravstva; • Ankete o zadovoljstvu so bile posredovane v 90 % izobraževanj; • Srednja ocena zadovoljstva je bila 4,7 od 5,0 točk.

Tudi v letu 2012 smo naredili na področju internega izobraževanja izredno veliko delo, saj se je izobraževanja udeležilo skupaj 813 zaposlenih v 108 urah. Z udeležbo smo lahko izredno zadovoljni, veseli smo tudi ocene, ki so jo udeleženci podali za izvedbo izobraževanj. To je vsekakor spodbuda za nadaljnje delo in zahvala vsem predavateljem, ki so izvedli tako kvalitetna predavanja.

Tabela 15: Prikaz števila izobraževanj, števila udeležencev, števila ur izobraževanj in srednja ocena posameznega predavanja

Zap. št.	**Naslov predavanja, delavnice**	Število ur na udeleženca	Število udeležencev	Licenčne točke	Ocena
1	Nastanek katetrskih okužb in ukrepi za preprečevanje – cilj: doseči 0 katetrskih seps	2 (2x45min)	26	DA	4.6
2	VI. izobraževalni dan EITOS – Meritve in izobraževanje	6 (6x45min)	39	DA	4,8
3	Komunikacija za varno delo v timu	3 (3x45min)	27	NE	---
4	Bolnišnične okužbe, ravnanje z odpadki, 14. 3. 2012	2 (2x45min)	34	DA	4,6
5	Bolnišnične okužbe, ravnanje z odpadki, 27. 9. 2012	2 (2x45min)	36	DA	4,5
6	Temeljni postopki oživljanja (rad. inženirji)	4 (4x45min)	11	NE	4,9
7	Pooperativna bolečina, 24. 4. 2012	2 (2x45min)	36	NE	4,9
8	Pooperativna bolečina, 10. 5. 2012	2 (2x45min)	38	NE	4,8
9	Obravnava pacienta, ki prejema antikoagulantno terapijio	2 (2x45min)	24	NE	4,9
10	STOP razjedi zaradi pritiska	5 (5x45min)	39	DA	4,6
11	Naravni porod	8 (8x45min)	25	NE	4,8
12	Delavnica o tehniki povijanja nog z dolgo elastičnim povojem, 8. 11. 2012	2 (2x45min)	28	NE	4,9
13	Delavnica o tehniki povijanja nog z dolgo elastičnim povojem, 9. 11. 2012	2 (2x45min)	16	NE	4,9
14	Delavnica o tehniki povijanja nog z dolgo elastičnim povojem, 21. 11. 2012	2 (2x45min)	26	NE	4,8
15	Delavnica o tehniki povijanja nog z dolgo elastičnim povojem, 26. 11. 2012	2 (2x45min)	18	NE	4,4
¸16	Opazovanje pacienta, motnje srčnega ritma	(1x60min)	41	NE	4,8
17	UZ mikcijski cistogram pri otrocih, Delo MS na radiološkem oddelku, Nevarnosti zaradi elekromagnetnega vpliva, Ionizirajoče sevanje in dozimetrija v radiologiji	2 (2x45min)	27	NE	4,6
18	Priprava, shranjevanje, distribucija in transfuzija krvnih komponent	2 (2x45min)	35	NE	4,8
19	Osteoporoza	2 (2x45min)	28	NE	---
20	Varen odvzem krvi	(1x60min)	30	NE	---
	Obvezne vsebine za podaljšanje licence				
21	Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja, 16. 4. 2012	6 (6x45min)	23	DA	4,6
22	Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja, 15. 5. 2012	6 (6x45min)	24	DA	4,7
23	Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja, 29. 5. 2012	6 (6x45min)	23	DA	4,9
24	Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja, 31. 5. 2012	6 (6x45min)	24	DA	4,8
25	Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja, 24. 10. 2012	6 (6x45min)	23	DA	4,9
26	Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja, 15. 11. 2012	6 (6x45min)	24	DA	4,8
27	Temeljni postopki oživljanja in uporaba	6 (6x45min)	25	DA	4,9

	avtomatskega defibrilatorja, 22. 11. 2012				
28	Zakonodaja s področja zdravstva, 6. in 7. 6. 2012	6 (6x45min.)	41	DA	4,4
29	Zakonodaja s področja zdravstva, 28. in 29. 11. 2012	6 (6x45min.)	22	DA	4,7
	SKUPAJ	108	813		4,7

Tabela 16: Primerjava ur internega strokovnega izobraževanja v letih 2009 do 2012

Leto	Število ur izobraževanj	Število udeležencev
2009	69	1179
2010	59	985
2011	68	951
2012	108	813

6.2 PRIPRAVNIŠTVO V ZDRAVSTVENI NEGI

Pripravila: Marija Mežik Veber, dipl. m. s.

Pripravništvo predstavlja pomemben del praktičnega in teoretičnega usposabljanja po zaključku formalnega izobraževanja za poklic tehnik zdravstvene nege (TZN). Program poteka pripravništva opredeljuje Odredba o programu pripravništva in strokovnega izpita za poklic tehnik zdravstvene nege/tehtnica zdravstvene nege (Uradni list RS, št. 10/2012). Poleg pripravnikov TZN iz SBJ, del kroženja v okviru pripravništva opravljajo tudi TZN iz drugih zdravstvenih ustanov.

Dodatno klinično usposabljanje, z internim preverjanjem teoretičnega in praktičnega znanja, opravljajo tudi dipl. m. s./dipl. zn., ki so zaključili dodiplomski študijski program prve stopnje Zdravstvena nega po bolonjski usmeritvi.

Veliko število mladih sodelavcev predstavlja dodatno obremenitev za zaposlene, še posebno za neposredne klinične mentorje. Nove sodelavce želimo usposobiti za kakovostno, varno in celostno obravnavo pacienta. Skupaj smo v bolnišnici imeli 50 pripravnikov, pri katerih smo uspešno izvedli mentorstvo in jih privedli do uspešno opravljenega zaključnega izpita.

Tabela 17: Prikaz števila pripravnikov vseh izobrazbenih stopenj v ZNO v letu 2012

Pripravniki	*TZN*	*Dipl. rad. inž.*	*Dipl. fiziot.*	*Dipl. m. s. (bolon.)*	*Dipl. del. ter.*	**Skupaj**
SBJ	9	2	2	11		**24**
Drugi	24	1		1	1	**26**
Skupaj	33	3	2	12	1	**50**

6.2.1 Realizacija ciljev

Cilj: Kakovosten potek pripravništva zdravstvenih tehnikov in uvajanja v delo diplomiranih medicinskih sester.

- **Izvedene aktivnosti:**
  - Spodbujanje mentorjev h kakovostnemu prenosu znanja na mlade sodelavce;
  - Izobraževanja za pripravnike, priprava predavanj;

- Preverjanje znanja pred in po predavanju;
- Izvedba preverjanja znanja po opravljenih obveznostih pripravništva;
- Ocenjevanje pripravnikov s strani mentorjev in ocenjevanje pripravnikov o poteku pripravništva;
- Sodelovanje z zdravstvenimi ustanovami, ki pošiljajo pripravnike na opravljanje dela pripravništva v SBJ;
- Pomoč pri pripravi predstavitve in pregled vsebin za izobraževanje pripravnikov;
- Posredovanje mnenja o zunanjem pripravniku v matično ustanovo.

- **Učinkovitost:**
  - V oktobru 2012 so bila izvedena predavanja za pripravnike;
  - Posredovanih 35 različnih strokovnih vsebin, sodelovalo je 35 predavateljev;
  - Pred in po predavanjih je bilo izvedeno preverjanje znanja pripravnikov s kratkimi testnimi vprašanji;
  - Ocena pred izobraževanjem 52 %, ocena po izobraževanju 82 %;
  - Poročilo pripravnika o poteku pripravništva in kroženja je oddalo 47 pripravnikov od 50, kar je 94 %;
  - 39 % jih je stalno delalo z mentorjem, 61 % občasno;
  - 67 % mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 24 % prav dobro, 3 % povprečno in 6 % zadovoljivo;
  - 87 % pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah, 13 % občasno;
  - Vsi pripravniki (100 %) so nadgradili svoje znanje;
  - 64 % pripravnikov se čuti sposobne za samostojno delo, 36 % pa bolj kot na začetku pripravništva.

6.3 DODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO

V letu 2012 ni bilo novih vpisov na visokošolsko izobraževanje na področju ZNO. Trenutno se izobražuje ob delu s pomočjo bolnišnice še 28 bodočih diplomiranih medicinskih sester in 6 magistric zdravstvene nege.

Tabela 18. Prikaz števila zaposlenih v ZNO, ki se izobražujejo ob delu

letnik	I.	II.	III.	absolventi	III . - prehodi	Skupaj
dipl. m. s.	2	1	12	11	2	28
mag. ZN	1	4		1	/	6

6.4 DOBITNICA SREBRNEGA ZNAKA GORENJSKEGA DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV

V letu 2012 je bila dobitnica znaka Gorenjskega društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov naša sodelavka Lidija Ahec, dipl. m. s., namestnica pomočnice direktorja za ZNO na področju bolnišničnih okužb.

Prejela ga je na predlog Strokovnega sveta zdravstvene nege in Kolegija zdravstvene nege in oskrbe, ki je bil dan na pobudo zaposlenih v zdravstveni negi. V utemeljitvi predloga smo zapisali, da gospa Lidija Ahec s svojim pozitivnim, toplim odnosom in profesionalnim delom občutno prispeva h kvaliteti zdravstvene nege v naši bolnišnici in v ožji in širši okolici ter v okviru gorenjskega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov in Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji ter na področju bolnišničnih okužb. Zaradi svojega prijaznega in toplega pristopa, entuziazma ter neusahljivega vira

kvalitetnega dela si nedvomno zaslužil, da ji je bil podeljen Srebrni znak Gorenjskega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov za leto 2012.

6.5 AKTIVNE UDELEŽBE POMOČNICE DIREKTORJA ZA PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE

1. Uvajanje kulture varnosti, Neželeni dogodki v socialnovarstvenem zavodu, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, Rimske toplice; november 2012
2. Uvajanje kulture varnosti – izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice; Uri Soča; februar 2012
3. Pogled menedžmenta zdravstvene nege na kakovost izobraževanja v zdravstveni negi; izobraževanje VŠZNJ 4. Quo vadis, Ljubljana
4. Moderatorka na 5. Mednarodni znanstveni konferenci s področja raziskovanja v zdravstveni negi - VŠZNJ
5. Kakovost izvajanja POCT v Splošni bolnišnici Jesenice, Simpozij laboratorijska medicina ob bolniku - za bolnika, Ljubljana, marec 2012
6. Peti dnevi Angele Boškin, organizatorica, strokovni in organizacijski odbor; Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti; povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov, september 2012, Kranjska gora
7. Moderiranje okrogle mize: »Fizično oviranje pacienta v luči akreditacije«, 5. dnevi Angele Boškin, september 2012, Kranjska gora

Soavtorica:

8. Koordinator zdravstvene obravnave pacienta Jana Lavtižar, dipl. m. s., Zdenka Kramar, dipl. m. s.; 5 Dnevi Angele Boškin, september 2012, Kranjska Gora

Interna izobraževanja - predavateljica:

9. Zakon o pacientovih pravicah; junij 2012
10. Uvajanje kulture varnosti v bolnišnici za novo zaposlene v SBJ; 2012 (3-krat)
11. Osrednji venski kateter

7 CILJI V ZDRAVSTVENI NEGI ZA LETO 2013

Glavni cilj SB Jesenice:

POSTATI VISOKO ZANESLJIVA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA

PODROČJE: 1. KAKOVOSTNA IN VARNA CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA	
1.1. Cilj	**Vzpostaviti sistem, ki zmanjšuje tveganje pri predpisu, aplikaciji in shranjevanju zdravil**
Aktivnosti	• pregled procesa razdeljevanja zdravil • poročanje o napakah in odklonih • vključitev kliničnega farmacevta • redni strokovni nadzori nad predpisom, aplikacijo in shranjevanjem zdravil (dvakrat letno) • analiza rezultatov in definiranje ukrepov • ovrednotiti in izmeriti pogostost pojavljanja napak v zvezi z zdravili • redni mesečni nadzor nad izpolnjevanjem zdravstvene in negovalne dokumentacije (OBR. 120a) • motenje pri razdeljevanju zdravil

Vrednotenje/ kazalniki kakovosti	• število odklonov in napak • rezultati nadzorov • poročila o izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije • kazalnik št. 46 – profilaktična raba antibiotikov • kazalnik št. 64 – bolnišnična raba protimikrobnih zdravil
1. 2. Cilj	**Zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega dela kot vrednoto zaposlenih**
Aktivnosti	• opredelitev strategije in ciljev varnosti • izvedba delavnic o kulturi varnosti • izvedba ankete o zaznavanju kulture varnosti • določitev koordinatorjev za varnost • poročanje o odklonih in ukrepih • vzročno posledične konference • izvajanje preventivnih ukrepov (padci, RZP, BO, PVU)
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• kazalniki MRSA, RZP, padci, PVU, OVK • število sodelujočih zaposlenih na delavnici • število dokumentiranih odklonov • število vzročno posledične konference
1. 3. Cilj	**Povečanje enotne prakse ZNO za SBJ**
Aktivnosti	• izdelati in vpeljati klinične poti za posamezne dejavnosti • SOP, protokoli, politike • dokumentiranje - ponovno ovrednotenje procesa zdravstvene nege
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• število novih kliničnih poti (2 novi klinični poti na oddelek) • število SOP, protokoli, politike • poročila o izpolnjevanju kliničnih poti, dokumentiranja
1. 4. Cilj	**Zagotavljanje osebne integritete pacientom**
Aktivnosti	• Motiviranje projektnega tima, redni sestanki • Opredelitev ciljev • Izobraževanje o osebni integriteti, etiki
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• Priprava zloženke Navodila pacientom (zloženka je že izoblikovana) • Anketa: upoštevanje zasebnosti – osebne integritete pacientov v bolnišnici
1. 5. Cilj	**Izboljšanje informiranosti pacientov in njihovih svojcev o zdravstvenem stanju in poteku zdravljenja. Izpolnjevanje pričakovanj in zahtev pacienta.**
Aktivnosti	• ozaveščanje zaposlenih in pacientov o pomembnosti pravice pacientov in njihovih svojcev do ustrezne informiranosti glede zdravstvenega stanja, poteka zdravljenja • pregled in dopolnitev zloženke o pacientovih pravicah • delovanje koordinatorja odpusta na kirurškem in internem oddelku in sodelovanje s primarnim nivojem • opredelitev družinskih konferenc
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• dvig zadovoljstva pacientov glede na anketo o zadovoljstvu pacientov v predhodnem letu • delež pravilno izpolnjenih obrazcev (OBR 48 - enkrat letno, po en teden)

1. 6. Cilj	**Zmanjšati možnosti napačne identifikacije pacienta**
Aktivnosti	• izdelati in vpeljati SOP o identifikaciji pacienta • izvedba nadzora nad izvajanjem SOP • izobraževanje
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• število pacientov, pri katerih je prišlo do odklona glede identifikacije
1. 7. Cilj	**Izboljšati predajo pacienta med vsemi nivoji in oblikami**
Aktivnosti	• ponoven pregled SOP predaje pacienta, določiti obvezne vsebine predaje pacienta ("check lista") • opredeliti možnost pisne predaje pacienta na ključnih področjih (pisna predaja dežurne medicinske sestre ter tehnikov ZN na oddelku) • nadzor nad izvajanjem SOP predaje pacienta • izobraževanje o pomenu predaje pacienta na vseh nivojih
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• nadzor nad izvajanjem predaje pacienta med oddelki oz. enotami (90% skladnost s kriteriji SOP)
1. 8. Cilj	**Vzpostavitev sistema vodenja pacientov, pri katerih se uporabljajo inkontinenčne predloge**
Aktivnosti	• Opredelitev kriterijev za namestitev plenične predloge
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• Nadzori uporabe inkontinenčnih predlog, (90-% skladnost s kriterijem SOP)
1. 9. Cilj	**Zmanjšati tveganja za bolnišnične okužbe (urinski kateter, OVK, kirurška rana)**
Aktivnosti	• Pregled SOP uvajanje urinskega katetra, OVK • Pripraviti metodologijo vodenja okužb pri pacientih z urinskim katetrom in OVK • Določiti koordinatorja vodenja okužb pri UK, OVK • Nadzor uvajanja in rokovanja z urinskim katetrom in OVK
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• Število okužb pri pacientih z UK • Število kontaminiranih OVK in število katetrskih seps • 92% doseganje kriterijev pri nadzoru
1. 10. Cilj	**Zagotoviti ustrezno identifikacijo in označitev operativnega področja in področja RTG slikanja**
Aktivnosti	• izdelati protokol • poročanje o odklonih
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• število odklonov
1. 11. Cilj	**Izboljšati rezultate kazalnikov kakovosti na področju diagnostično terapevtskih procesov in doseči načrtovane ciljne vrednosti za leto 2013.** **Zadovoljstvo pacientov in notranjih uporabnikov**
Aktivnosti	• izvajanje diagnostično terapevtskih procesov skladno s SOP • spremljanje kazalnikov kakovosti in glede na rezultate definiranje ukrepov
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• kazalniki kakovosti v SBJ (priloga tabela)
1. 12. Cilj	**Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta s srčnim popuščanjem**

Aktivnost	**Kardiološki laboratorij:** • ZV pacienta s KOPB • ZV pacienta z ASTMO • ZV pacienta z AH • ZV pacienta s PAOB (periferno arterijsko okluzivno boleznijo) • ZV pacienta S SRČNIM POPUŠČANJEM (skupaj z odd) **Diabetološka ambulanta:** • ZV pacienta s sladkorno boleznijo **Dermatološka ambulanta:** • ZV v dermatologiji **Nevrološka ambulanta:** • ZV pacienta z Multiplo sklerozo • ZV pacienta z demenco • ZV pacienta s Parkinsonovo boleznijo Pri tej skupini pacientov bodo vključeni tudi svojci, predvsem pri napredovali bolezni. **Ginekološka ambulanta:** • samopregledovanje dojk (ker trenutno nimamo dipl. babice, bi to izvajali v sodelovanju z oddelkom)
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	
1. 13. Cilj	**Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta in njegovih svojcev s kronično rano**
Aktivnosti	ZV preko ček liste in pripravljenih teoretičnih ter praktičnih vsebin
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Število pacientov z zdravstveno vzgojno obravnavo/število vseh pacientov s kronično rano obravnavanih na oddelku za KRR

PODROČJE: 2. VODITELJSTVO IN ZAPOSLENI	
2. 1. Cilj	**Strokovni razvoj vseh zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v skladu z novimi znanji, smernicami in standardi. Internih ali eksternih izobraževanj naj se udeleži vsaj 80 % zaposlenih.**
Aktivnosti	• načrt izobraževanja kot podlaga za načrtno in usmerjeno izobraževanje, upoštevanje dogovorov na letnem razgovoru
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• delež zaposlenih, ki so se udeležili internih in eksternih izobraževanj ter delež aktivnih udeležb
2. 2. Cilj	**Zaposlenim povečati občutek odgovornosti pri izvajanju procesa dela (opolnomočenje) za doseganje ciljev. Anketo o zadovoljstvu izpolni več kot 75 % zaposlenih. Udeležba na delavnicah o vodenju: 90 % vseh vodij.**
Aktivnosti	• izvedba ankete o zadovoljstvu zaposlenih • izvedba anketnega vprašalnika o mnenju zaposlenih o neposrednem vodju • ponovitev delavnic o vodenju
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• izboljšanje rezultata ankete o zadovoljstvu zaposlenih glede na leto 2012 • Delavnice o vodenju: delavnic se udeležijo vsi vodje

	služb/enot.
2. 3. Cilj	**Letni razgovori narejeni z 90 % zaposlenimi.** **Matrike znanj – 100 % (vse službe in enote**).
Aktivnosti	• popraviti obrazec za letni razgovor • izdelava manjkajočih matrik znanj • poročila o izvedenih letnih razgovorih po posameznih poklicnih skupinah in službah • izobraževanje vodij o matriki znanja
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• število opravljenih letnih razgovorov • število dopolnjenih matrik znanj glede na izvedene letne razgovore
2. 4. Cilj	**Opredeliti pristojnosti in delokroge zaposlenih**
Aktivnosti	• Priprava delokrogov za vse zaposlene v ZNO • Sistemizacija delovnih mest
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• število delokrogov in opredelitev delovnih mest
2. 5. Cilj	**Opredeliti proces vodenja v zdravstveni negi in oskrbi**
Aktivnosti	• izdelava procesa vodenja v ZNO
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• anketa o zadovoljstvu z vodenjem - glede na nivo vodenja

PODROČJE: 5. ZUNANJE OKOLJE	
5. 1. Cilj	**Izboljšati sodelovanje s primarnim nivojem zdravstvenega varstva**
Aktivnost	• Sprememba obrazca Obvestilo službi zdravstvene nege • Redna srečanja posameznih udeležencev regijske koordinacije z namenom izboljšanja oz. odpravljanja težav v sodelovanju s primarnim nivojem zdravstvenega varstva.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• Izdelava obrazca in uvedba v uporabo • Izvedba srečanja regijske koordinacije

Cilji ZNO so bili sprejeti na Kolegiju službe ZNO in na Strokovnem svetu ZNO v mesecu decembru 2012.

ZAKLJUČEK POROČILA

V bolnišnici smo spoznali pomembnost informiranosti. Odnosi se izboljšujejo, postajajo profesionalni, zaposleni se počutimo varno. Vsi se stalno zavedamo svojega prispevka k delovanju ustanove in tudi možnosti, da se nam zgodi neljubi dogodek. V zadnjih letih smo veliko naporov usmerili v izgradnjo kulture poročanja, pravičnosti, prožnosti in nenehnega učenja. S svojim delovanjem poskušamo graditi kulturo, ki spodbuja zaposlene, da sporočajo napake, ne da bi se bali posledic. S korektivnimi ukrepi želimo vplivati na sistemske vzroke za napako. Napake, ki se zgodijo, poskušamo sprejeti kot izziv za izboljšanje in zagotavljanje še večje varnosti.

Poleg izvajanja aktivnosti na področju kakovostne in varne obravnave, smo skrbeli tudi za druga področja. Lahko smo ponosni na dokumentiranje v zdravstveni negi, ki je pri zagotavljanju kakovostne oskrbe bolnikov ključno. Dokumentiranje je pomembna komunikacijska metoda, ki skrbi za kontinuiran prenos informacij o pacientu vsem, ki sodelujejo pri njegovi obravnavi. Standardizacija procesov dela je ključnega pomena za

poenotenje dela v zdravstveni negi in celotni oskrbi ter je pogoj za spremljanje kakovosti dela. Standardi, navodila in priporočila predstavljajo izobraževalno gradivo za vse novo sprejete zaposlene. V letu 2012 smo izdelali veliko število vseh dokumentov v okviru celostne oskrbe pacientov. Pomembni so tudi vsi rezultati kazalnikov kakovosti in rezultati vseh anket, ki smo jih izvedli znotraj bolnišnice in tudi na nacionalni ravni. Vsi zaposleni smo lahko ponosni na rezultate nacionalne ankete, saj smo bistveno izboljšali rezultate in smo se uvrstili na drugo mesto glede na zadovoljstvo pacientov v Sloveniji.

Prav tako je pomembno zapisati, da zaposleni v ZNO doprinesejo pomemben delež k uspešnosti pri notranjih in zunanjih presojah kakovosti in varnosti.

Čeprav živimo v zelo zaostrenih časih glede finančnega stanja tako v bolnišnici, kot nasploh v zdravstvu, smo prepričani, da bomo podobne rezultate dosegli tudi v letu 2013 ter bo pacient tudi v prihodnjem letu najpomembnejši in v središču našega delovanja.

POROČILO NAMESTNICE POMOČNICE DIREKTORJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO O DEJAVNOSTI V LETU 2012

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Namestnica PDZN za področje izobraževanja in kakovosti

Letno poročilo je razdeljeno na različna področja, ki jih obvladuje namestnica pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe (NPDZNO).

1 KAKOVOST IN VARNOST

1.1 PREPREČEVANJE PADCEV PACIENTOV

V 2012 letu smo nadaljevali s projektom Preprečevanje padcev pacientov. V računalniški program B21 vnos ocene ogroženosti za padce in evidentiranje padca poteka brez težav. V decembru 2012 smo pričeli z vnosom uporabe posebnega varovalnega ukrepa (PVU) v računalniški program B21.

Aktivnosti projektne skupine za preprečevanje padcev so redno potekale. Dopolnjen je bil seznam članov. Organiziranih je bilo 9 srečanj. Člani projektne skupine so pripravili plakat za preprečevanje padcev namenjen pacientom in njihovim svojcem.

Realizacija ciljev je podrobneje prikazana v poročilu o kazalniku kakovosti Padci, v nadaljevanju pa sledi pregled korektivnih ukrepov, ki so bili izrečeni ob padcu pacienta ali na varnostnih vizitah/razgovorih.

Korektivni ukrepi, ki so bili izrečeni ob padcu pacienta ali ob presoji izvedenih ustreznih aktivnosti preprečevanja padcev na VV/VR in se nanašajo na:	
• dosleden vnos vseh kriterijev ogroženosti v računalniški program B21; • dosledno izvajanje vseh načrtovanih preventivnih aktivnosti za padec (potreba po izločanju in odvajanju, ustrezna izbira inkontinečnega pripomočka, pomoč in nadzor pri gibanju, primerna obutev); • seznanjanje pacientov z dejavniki tveganja za padec (mokra tla…); • evidenco, hranjenje in higiensko vzdrževanja sredstev za PVU; • opazovanje pacienta po padcu, med uporabo PVU in beleženje opazovanja v negovalno poročilo in List varovalnega ukrepa; • nepravilno izbiro in način uporabe sredstev za PVU; • zapuščanje sobe za intenzivno terapijo; • nameščanje pripomočkov in osebnih stvari v dosegu rok pacienta; • varno delovanje ortopedskih pripomočkov; • pogovor s pacientom in svojci o ogroženosti za padec, vključevanje svojcev v preventivo; • nadzor in vodenje zmedenih pacientov • poročanje o padcu; • celostno obravnavo pacienta z upoštevanjem negovalnih problemov pri vseh TŽA.	
Število izrečenih ukrepov	**43**
Učinkovitost Nekateri ukrepi so se ponavljali, ker je občasno prihajalo do odstopanja na vseh oddelkih.	

Kljub temu, da je bil sklenjen dogovor o določeni aktivnosti, je čez čas prihajalo do opustitve le-te. Potrebna je bila ponovna vzpostavitev ukrepov in nadzora. Izvajanje nadzorov se je opravljalo sproti. Izvajale so jih koordinatorice/vodje ZN, odgovorne MS odsekov in NPDZNO. Ciljev za leto 2012 nismo v celoti dosegli, vendar so se vsi kazalniki padcev glede na prejšnje leto izboljšali ali ostali na istem nivoju. Občasno se še vedno dogaja, da je izbira in uporaba sredstva za PVU neprimerna. Na vseh oddelkih so bile izvedene delavnice o pravilni izbiri in uporabi PVU, ki so jih izvedli člani skupine za preprečevanje padcev v sodelovanju z NPDZNO. Izvedenih je bilo 8 delavnic. Opaziti je bilo tudi problem higienskega vzdrževanja sredstev za PVU, še posebno pasov za zavarovanje pacienta v invalidskem vozičku.
Število izvedenih VV/VR **16**

Posebni varovalni ukrep posega v pacientovo osebno svobodo, njegovo integriteto in dostojanstvo. Pred uporabo posebnega varovalnega ukrepa je potrebno uporabiti alternativne metode, aplikacijo zdravil, umirjanje pacienta. Velik pomen ima izobraževanje članov tima ZN o preventivi padca, o pravilni izbiri in uporabi sredstva za fizično omejitev.

Tabela 1: Število pacientov, pri katerih je bil uporabljen PVU, po oddelkih/enotah v letu 2012

Oddelek/enota	**Število pacientov**
Kirurški oddelek	34
Interni oddelek	100
Oddelek za zdravstveno nego	15
IIT	20
EITOS	5
Urgenca	1
SKUPAJ	175

Tabela 2: Incidenca PVU v bolnišnici za leto 2012

Števec	Število vseh pacientov s PVU	175
Imenovalec	Število vseh sprejetih pacientov	8.498
Incidenca		0,02

V protokolu SOP 44 Omejevanje pacienta je opredeljen kazalnik učinkovitosti in uspešnosti procesa. Nadzor nad pravilno izvedenim posebnim varovalnim ukrepom in pravilno izpolnjeno dokumentacijo je bil izveden 1. 6. 2013 ter 19. in 20. 11. 2012.

Rezultati nadzora so prikazani v tabeli 3:

Tabela 3: Rezultati nadzora nad izvedbo posebnega varovalnega ukrapa po oddelkih

Oddelek	**Ugotovitve**
OZZN	Ustreznost izpolnjene dokumentacije je 82%. Fizično omejenih pacientov ni bilo.
Kirurški oddelek	Ustreznost izpolnjene dokumentacije je 77%. Na oddelku 1 pacient fizično omejen; sredstva za PVU nepravilno nameščena na posteljo.
Interni oddelek	Ustreznost izpolnjene dokumentacije je 82%. Fizično omejenih pacientov ni bilo.
IIT	Ustreznost izpolnjene dokumentacije je 77%. Fizično omejenih pacientov ni bilo.
EITOS	Ustreznost izpolnjene dokumentacije je 94%. Fizično omejenih pacientov ni bilo.
Ukrepi	
	Glede na ugotovljeno stanje je potrebno nadaljevanje izobraževanja tima ZN o pravilnem izpolnjevanju dokumentacije in pomembnosti opazovanja pacienta s PVU. Enkrat mesečno pregled dokumentacije pacientov s PVU, ki ga opravijo odgovorne MS odsekov. Izobraževanje o pravilni izbiri in uporabi sredstev za PVU. V letu 2013 delavnice o pravilni izbiri in uporabi sredstev za PVU z vključitvijo zunanjega izvajalca.

2 REALIZACIJA INTERNEGA STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

Stalno izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi ima velik pomen za boljšo kakovost dela in celostno obravnavo pacienta. Izobraževanje izboljšuje tudi kulturo in razumevanje v timu. Vodstvo zdravstvene nege, v okviru dodeljenih finančnih sredstev, pripravi letni načrt izobraževanj. Podlaga za načrt izobraževanj so potrebe in predlogi oddelkov/enot. Izvedli smo 29 izobraževanj, kar znaša 108 ur. Izvedena je bila obvezna licenčna vsebina Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja in Zakonodaja s področja zdravstva. Srednja ocena zadovoljstva udeležencev je bila 4,7 od 5,0 točk. Plan izobraževanj v letu 2012 smo dosegli.

3 PRIPRAVNIŠTVO

Za organizacijo in vodenje pripravništva in uvajanje v delo je v celoti odgovorna NPDZNO. V letu 2012 je bilo v SBJ 9 pripravnikov ZT, 2 dipl. inženirja radiologije, 2 dipl. fizioterapevtki, 11 dipl. m. s. po bolonji pa je opravilo kroženje v okviru uvajanja v delo. Iz drugih zdravstvenih ustanov je bilo na kroženju 26 pripravnikov ZT, 1 dipl. fizioterapevtka in 1 univ. dipl. delovna terapevtka. Izobraževanje in usposabljanje je potekalo brez težav in glede na zahteve stroke.

4 RAZVIJANJE DOKUMENTACIJE

Cilj	**Razvijanje nove dokumentacije in popravki obstoječe**
Izvedene aktivnosti	• Nabor potrebnih novih/spremenjenih dokumentov • Priprava vsebinskih popravkov • Posredovanje dokumentacije v oblikovanje • Posredovanje dokumentacije v obvladovanje • Prenos novih dokumentov v prakso

	• Izvedba izobraževanj o dokumentiranju za pripravnike • Racionalizacija dokumentacije • Posredovanje za objavo na Intranetni strani SBJ
Učinkovitost	• Pripravniki so bili seznanjeni z dokumentacijo v SBJ, načinom shranjevanja, izpolnjevanja • Veliko število dokumentov je bilo prenovjenih z namenom zadostiti zahtevam presoji ISO in DNV • Nabor dokumentacije obstaja pri PVK.

5 OSTALE AKTIVNOSTI

Kategorizacija zdravstvene nege pacienta
Priprava mesečnih in letnih poročil o kategorizaciji zdravstvene nege. Sodelovanje v operativni skupini za poenotenje SKZBZN.
V letu 2012 smo izvedli 2 nadzora nad kategoriziranjem. O rezultatih nadzora so bila poročila poslana vodju kolegija za kategoriziranje.
Poročilo o kategoriziranju za leto 2012 je predstavljeno kot ločeno poročilo.

Skupina za prehrano pacientov in skupina za obvladovanje predanalitične faze
V skupini za prehrano pacientov in v skupini za obvladovanje predanalitične faze sodeluje namestnica PDZN kot koordinator.
Poročili o delovanju obeh skupine za leto 2012 sta predstavljeni kot ločeni poročili

Sodelovanje s Srednjo šolo Jesenice in Visoko šolo za ZN Jesenice
NPDZN sodeluje s Srednjo šolo Jesenice pri pripravi izvedbe praktičnega pouka in Visoko šolo za ZN Jesenice pri organizaciji in koordinaciji izbirnega kliničnega usposabljanja.

V letu 2012 je sodelovala, kot koordinatorica, pri predstavitvi poklicev v ZN na Srednji šoli Jesenice in pripravila ogled SBJ za Osnovno šolo Žirovnica, Osnovno šolo T. Čufarja Jesenice in Srednjo šolo Jesenice – zdravstvena usmeritev.

Udeležba na izobraževanjih
Pasivna udeležba:
- Poklicna etika – menedžment zdravstvene in babiške nege v luči etike,
- 5. Slovenski alergološki in pnevmološki kongres 2012,
- 5. Dnevi Angele Boškin, Etika v zdravstveni negi – zaznavanje in razreševanje etičnih problemov v praksi,
- Tečaj o temeljnih postopkih oživljanja in uporabe AED,
- 5. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – Quo vadis,
- Strategic Action Plan for Improving Access to Opioid Medication.

Ostalo

NPDZN je članica skupine za razvijanje standardov kakovosti, skupine za inkontinenco in bolnišnično higieno. Sodeluje pri notranji presoji sistema kakovosti.
Aktivno je sodelovala pri izobraževanju pripravnikov oktobra 2012 s predavanji:
Standard osebne urejenosti, Dokumentiranje v zdravstveni negi, Zdravstvena nega pacienta z izločalno stomo

POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

Zdenka Kramar, dipl. m. s.
Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe

UVOD

V letu 2012 je aktivno delovalo 14 projektnih timov. Še vedno so zelo aktivni projektni timi za kronične rane in preprečevanje RZP, preprečevanje padcev, timi za oblikovanje kliničnih poti, projektna skupina za oblikovanje standardov kakovosti, za oblikovanje dokumentacije v ZNO, za področje bolnišničnih okužb.

V projektne time je vključeno okvirno 245 zaposlenih, kar znaša 74 % vseh zaposlenih v ZN.

Tabela 1: Prikaz projektnih timov v ZNO

Projektni tim	Število članov	Koordinator tima
Raziskovalni tim	15	Mojca Strgar
Tim za oskrbo inkontinetnih pacientov	10	Marta Smodiš
Tim za preventivo in oskrbo RZP	42	Oti Mertelj
Tim za bolnišnične okužbe	10	Lidija Ahec
Tim za oblikovanje kliničnih poti	20	Marija Mežik - multidisciplinarni tim
Tim za razvoj dokumentacija v ZN	11	Marija Mežik
Tim za preprečevanje padcev	22 /17	Marija Mežik
Tim za zagotavljanje pacientovega dostojanstva in pacientovih pravic	25	Jana Lavtižar
Skupina za obvladovanje predanalitične faze	13	Marija Mežik Veber
Prehrana pacientov	10	Pavla Lavrinec
Tim za razvijanje standardov kakovosti	13	Mateja Bahun
Negovalne diagnoze	38	Mojca Strgar
Skupaj: 14 aktivnih timov	**245**	

1 PROJEKTNI TIM ZA RAZVOJ DOKUMENTACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Koordinatorica: Marija Mežik Veber

Dokumentiranje v zdravstveni negi je zelo pomembno, zato tudi v SBJ namenjamo razvoju dokumentacijskih obrazcev veliko pozornost. Aktivnosti oblikovanja dokumentov so potrebne tudi za doseganje zahtev za uspešno akreditacijo ISO in NIAHO standarda.

V letu 2013 je projektna skupina za dokumentacijo imela šest srečanj. Že v začetku leta smo posodobili seznam članov skupine. Skupina šteje 11 stalnih članov, glede na obravnavani dokument pa se skupini pridružijo zaposleni oddelkov/enot, kjer se pripravlja nov dokument ali nova verzija dokumenta.

V letu 2012 smo na področju zdravstvene nege, fizioterapije in radiologije oblikovali in obnovili precejšnje število novih dokumentov.

Tabela 2: Prikaz števila novih dokumentov v ZNO

	Splošni SOP	**Navodila**	**Obrazci**
Novi dokumenti	13	19	85
Nova verzija dokumenta	28	40	13

Cilji za leto 2013:

- Aktivno nadaljevati z razvojem dokumentacije.
- Racionalizirati dokumentacijske obrazce.

2 PROJEKTNI TIM ZA RAZISKOVANJE

Koordinatorica: Mojca Strgar

Projektna skupina za raziskovanje v zdravstveni negi se je v letu 2012 srečala petkrat. Na sestanku skupine smo se člani poskušali dogovoriti o nadaljnjem delu skupine, predvsem o namenu in ciljih, ki jih projektna skupina želi doseči. Znotraj projektne skupine so se oblikovale 3 delovne skupine, ki pripravljajo raziskovalne projekte, njihova dokončna izvedba je cilj leta 2013. Skupina je v letu 2012 obiskovala tudi prvo delavnico o praktičnem raziskovanju v zdravstveni negi, ki je bila organizirana za potrebe skupine v Splošni bolnišnici Jesenice. Izvedla jo je dekanja VŠZNJ doc. dr. Brigita Skela Savič.

Članstvo v skupini se je v začetku leta 2012 dokončno oblikovalo in je stalno. Zastopani so vsi večji oddelki in enote, pridružila se je še služba fizioterapije in radiologije.

2.1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: **Sestanki projektne skupine**	Realizacija učinkovitost
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija 6 sestankov skupine 2. Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Delno realizirano
EVALVACIJA: Organizirano je bilo 5 sestankov skupine 2.1 Sklepi so bili realizirani delno	
CILJ: **Izobraževanje članov projektne skupine**	Realizacija učinkovitost
AKTIVNOST: 1. Izobraževanja o raziskovanju v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izpeljan je bil prvi del delavnice za člane projektne skupine	

CILJ: Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Realizacija učinkovitost
AKTIVNOST: 1. Izdelava 2 raziskovalnih nalog iz področja zdravstvene nege 2. Predstavitev raziskovalnih nalog	Ni realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Raziskovalni nalogi še nista izdelani 2.1 Predstavitev ni izvedena	

2.2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 6 sestankov projektne skupine v letu 2013 Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izobraževanje članov projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine
Kazalnik Število izobraževanj o raziskovanju v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Izdelava 3 raziskovalnih nalog s področja zdravstvene nege Predstavitev raziskovalnih nalog	Kontinuirano, celo leto	

3 PROJEKTNI TIM ZA PREPREČEVANJE PADCEV

Koordinator: Marija Mežik Veber

Skupina za preprečevanje padcev je tudi v letu 2012 aktivno nadaljevala s svojim delom. Dopolnili smo seznam članstva tako, da sodelujejo v skupini predstavniki vseh oddelkov/enot. Skupina šteje 22 članov in 17 namestnikov. Organizirali smo 9 srečanj, kjer smo se soočali z aktualnostmi pri preprečevanju padcev, vzrokih za padce, ki bi jih bilo mogoče preprečiti in s prenosom dobre prakse v time ZN.

3.1 REALIZACIJA CILJEV

Cilj	Izvajanje rednih aktivnosti pri realizaciji dogovorov za preventivo padcev
Izvedene aktivnosti	• Dopolnitev seznama članov skupine in njihovih namestnikov; • Redni sestanki na dva meseca; • Izobraževanje o pravilni uporabi lista Varovalnega ukrepa; • Nadzor nad evidenco in shranjevanjem sredstev za PVU; • Aktivno vključevanje v izobraževanje pravilne uporabe sredstev za PVU na oddelkih/enotah; • Prenos informacij in dogovorov v time ZN; • Vnos uporabe PVU v računalniški programB21, pred tem smo izvedli izobraževanje.
Učinkovitost	• V skupini so zastopani vsi oddelki, toda udeležba ni zadovoljiva. V povprečju se je sestanka udeležilo 10 članov od skupno 22. Udeležba se ni povečala kljub temu, da smo se dogovorili za namestnike članov. • Izdelava plakata za preprečevanje padcev za paciente in svojce. • Svojci pacientov so še vedno premalo vključeni v preprečevanje padcev, še posebno na oddelkih z daljšo ležalno dobo; • Evidenca in shranjevanje sredstev za PVU je na nekaterih oddelkih vzorna, na nekaterih se pa še vedno ne upoštevajo navodil in dogovorov • Izvedena so bila izobraževanja o pravilni izbiri in uporabi sredstev za PVU.

3.2 CILJI 2013:

- Ponoven pregled seznama članov skupine in dogovor o aktivnem sodelovanju;
- Izvedba delavnic o pravilni izbiri in namestitvi sredstev za PVU v mesecu aprilu in maju 2013;
- S pomočjo članov skupine za preprečevanje padcev ozaveščanje članov tima ZN o pomembnosti alternativnih metod pri preprečevanju padcev;
- Promocija preventive padcev in vključevanje svojcev pacienta;
- Sodelovanje pri pripravi in testiranju nove lestvice za ocenjevanje ogroženosti za padec;
- Vključevanje članov v strokovne nadzore o izpolnjevanju dokumentacije in izvedbe PVU.

4 POROČILO O DELU PROJEKTNEGA TIMA ZA BOLNIŠNIČNO HIGIENO

Koordinatorica: Lidija Ahec

Stalna delovna skupina za bolnišnično higieno je delovna skupina strokovnega sveta službe zdravstvene nege. V skupini delujejo predstavnice različnih oddelkov in enot v bolnišnici z namenom, da s svojim delom pripomorejo zagotavljati varnost in zadovoljstvo pacientov, obiskovalcev in zaposlenih.

4.1 BOLNIŠNIČNA HIGIENA

Bolnišnična higiena je pomemben pokazatelj kakovosti dela v bolnišnici. Za ustvarjanje in vzdrževanje bolnišnične higiene so potrebni različni postopki kot so: čiščenje oz. sanacija, razkuževanje, izvajanje izolacijskih ukrepov, ločevanje odpadkov na mestu nastanka, ravnanje z odpadki, izvajanje preventivnih ukrepov za preprečevanje možnosti

razmnoževanje legionel v vodovodnem omrežju. Namen preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb je pripraviti take pogoje bivanja in izvajanja diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in drugih postopkov v zdravstveni dejavnosti, ki bodo omogočili znižanje možnosti nastanka bolnišničnih okužb na najnižjo možno raven.

4. 2 CILJI STALNE DELOVNE SKUPINE ZA BOLNIŠNIČNO HIGIENO :

- zaščita pacientov, obiskovalcev in zaposlenih,
- preprečevanje širjenja okužb v in izven bolnišnice,
- znižanje števila v bolnišnici pridobljene večkratno odpornih bakterij,
- zagotavljanje varnega okolja,
- pravilno izvajanje negovalnih, terapevtskih in diagnostičnih postopkov dela,
- povečanje obsega znanja vseh zaposlenih o MRSA, izolacijskih ukrepih in higieni rok kot priznano najuspešnešem načinu preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb.

4. 3 REALIZIRANE NALOGE V LETU 2012:

Skupina za bolnišnično higieno se je v letu 2012 sestajala enkrat mesečno. Člani skupine so aktivno sodelovali pri:

- nadzoru izvajanja:
    - preskrba s pitno vodo:
    - nadzor izvajanja navodil točenja vode,
    - ugotavljanje morebitnega obstoja in odprava možnih manj pretočnih izlivk (zaradi shranjevanja opreme in pripomočkov pod tušem,netočenje vode v bolniški sobi ali pod tušem, ker ga bolnik ne uporablja,…)
- odpadki:
    - način ločevanja na mestu nastanka (vrsta odpadka, klasifikacija, čas shranjevanja na oddelku/ enoti, vrsta embalaže, ...)
    - prevoz iz oddelka/enote na začasno skladišče
- nadzor higiene rok so izvajali promotorji higiene rok. Skupni rezultat preverjanja uspešnosti razkuževanja rok je bil ocenjen pri 217 zaposlenih in je znašal 81 %.
- ob 5. maju 2012 je bila postavljena stojnica higiene rok v avli bolnišnice. Pri postavitvi stojnice je tudi v letu 2012 aktivno sodelovala Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- promotorji higiene rok so 15. 5. 2012 sodelovali pri oblikovanju Dneva odprtih vrat s predstavitvijo plakata Higiena rok, na stojnici ponudili možnost preverjanja uspešnosti razkuževanja rok s pomočjo pripomočka za ocenjevanje ter predstavili rezultate preverjanja uspešnosti razkuževanja, ki so jih opravili na svojih oddelkih in enotah.

4. 4 CILJI SKUPINE ZA BOLNIŠNIČNO HIGIENO ZA LETO 2013

- objava zapisnikov na intranetni strani bolnišnice
- prenova zloženke o higieni rok za paciente in obiskovalce
- obnova plakatov za označevanje izolacijskih sob
- sodelovanje pri obeleženju 5. maja, mednarodnega dneva higiene rok
- priponke za promotorje

5 PROJEKTNI TIM ZA NEGOVALNE DIAGNOZE

Koordinatorica: Mojca Strgar

V letu 2012 se je projektna skupina sestajala po načrtu. V začetku leta si je skupina postavila enotni cilj, usmerjen v realizacijo nalog iz prejšnjih let, kar je skupini deloma tudi uspelo. Velik uspeh skupine je izpeljava testiranja NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz; testiranja so

potekala na vseh večjih oddelkih Splošne bolnišnice Jesenice in obeh enotah intenzivne terapije. S testiranjem njihove uporabnosti, predvsem pa razumljivosti, so zaposleni v zdravstveni negi začeli na začetku poletja in ga v nekaj tednih s končnim poročilom koordinatorice projektne skupine tudi zaključili.

V letu 2013 bo skupina svoje delo nadaljevala, predvsem na področju izobraževanja diplomiranih medicinskih sester o pravilni uporabi negovalnih diagnoz ter se usmerila v izvajanje nadzorov le-te.

5.1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: **Sestanki projektne skupine**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija 6 sestankov projektne skupine 2. Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Organiziranih je bilo 6 sestankov skupine 2.1 Sklepi so bili realizirani	
CILJ: **Predstavitev Kataloga negovalnih diagnoz SBJ zaposlenim v zdravstveni negi**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija tematskih delovnih sestankov 2. Objava kataloga na intranetni strani 3. Preverjanje uporabnost kataloga negovalnih diagnoz po oddelkih in enotah z nadzorom članic skupine	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Tematski delovni sestanki niso bili organizirani 2.1 Katalog je pregledan, je v fazi objave 3.1 Uporabnost kataloga ni preverjena	
CILJ: **Enotna klasifikacija negovalnih diagnoz v Splošni bolnišnici Jesenice**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Predstavitev NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz – slovenski prevod vsem zaposlenim 2. Izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi o uporabi NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz 3. Uporaba NANDA klasifikacije v PZN v Splošni bolnišnici Jesenice	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 NANDA klasifikacija negovalnih diagnoz je bila predstavljena – slovenski delni prevod 2.1 Izobraževanje ni bilo izvedeno 3.1 NANDA klasifikacija se v SBJ še ne uporablja	

5.2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 6 sestankov projektne skupine v letu 2013 Število sestankov v letu 2013 Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Predstavitev Kataloga negovalnih diagnoz SBJ zaposlenim v zdravstveni negi	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija tematskih delovnih sestankov Objava kataloga na intranetni strani Preveriti uporabnost Kataloga negovalnih diagnoz po oddelkih in enotah z nadzorom članov skupine	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Enotna klasifikacija negovalnih diagnoz v Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica in člani skupine
Kazalnik Predstavitev NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz – slovenski prevod vsem zaposlenim v ZN Izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi o uporabi NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz Uporaba NANDA klasifikacije v PZN v Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	
Izdelava pilotnega projekta - PZN in negovalne diagnoze v elektronski obliki	September 2013	Koordinatorica projektne skupine

6 POROČILO PROJEKTNEGA TIMA ZA RAZVIJANJE STANDARDOV KAKOVOSTI

Koordinatorica: Mateja Bahun

Člani skupine za razvijanje standardov kakovosti so se v letu 2012 sestali štirikrat. Skupina za obnovo pred letom 2008 sprejetih standardov se je sestala petkrat. V letu 2012 je bilo sprejetih 7 novih standardov kakovosti ter 42 dopolnitev. Stalna težava skupine je neudeleževanje sestankov, predvidoma zaradi količine drugih obveznosti.

Tabela 3: Prikaz sprejetih novih in obnovljenih standardov kakovosti v letu 2012

B.1.1.4.	Aplikacija kisika_V1	3. 1. 2012
B.3.2.3.	Merjenje centralnega venskega pritiska_V1	3. 1. 2012
B.1.2.3.	Uvajanje venske kanile_V2	3. 1. 2012
B.1.1.1.	S.C. aplikacija zdravila_V2	3. 1. 2012
B.1.3.2.	Oskrba razjede zaradi pritiska_V2	3. 1. 2012
B.3.3.1.	Histerosalpingografija - rentgenska metoda_V1	9. 1. 2012
B.4.1.10.	Prevoz odpadkov_V2	11. 1. 2012
B.4.1.5.	Uporaba osebne varovalne opreme_V2	18. 1. 2012
B.4.1.6.	Standardni ukrepi za preprečevanje bolnišničnih okužb_V2	18. 1. 2012
B.4.1.7.	Zbiranje in shranjevanje umazanega perila_V2	18. 1. 2012
B.2.1.	Preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska_V3	27. 2. 2012
A.3.1.	Enkratna katetrizacija pri ženski_V2	9. 3. 2012
A.3.2.	Uvajanje stalnega urinskega katetra pri ženski_V2	9. 3. 2012
A.3.3.	Uvajanje stalnega urinskega katetra pri moškem_V2	9. 3. 2012
A.8.19.	postiljanje prazne postelje_V2	9. 3. 2012
B.1.2.11.	Punkcija AV fistule_V2	9. 3. 2012
B.1.2.12.	Oskrba vbodnega mesta dializnega CVK_V2	9. 3. 2012
B.5.6.	Voziček za prevezo rane_V2	9. 3. 2012
B.4.1.8.	Prevoz umazanega perila_V2	27. 3. 2012
B.2.4.	Zaščita pacienta in osebja pred ionizirajočim sevanjem_V1	30. 3. 2012
B.5.3.	Priprava inštrumentov za ponovno uporabo_V3	3. 4. 2012
A.2.2.	Uvajanje želodčne sonde_V2	3. 4. 2012
A.2.3.	Hranjenje bolnika po želodčni sondi_V2	3. 4. 2012
B.4.2.8.	Oskrba umrlega_V2	5. 4. 2012
A.8.6.	Oskrba popka pri novorojenčku_V2	11. 4. 2012
A.8.15.	Ginekološka anogenitalna nega _V2	11. 4. 2012
A.8.4.	Kopel dojenčka_V2	11. 4. 2012
A.8.5.	Jutranja nega novorojenčka_V2	11. 4. 2012
B.4.1.3.	Osebna urejenost zaposlenih_V3	11. 4. 2012
B.1.2.5.	Ohranjanje prehodnosti periferne venske poti_V3	11. 4. 2012
B.6.1.	Sestava jedilnika, dostava in skladiščenje živil, priprava in razdeljevanje hrane za paciente_V1	16. 4. 2012
B.6.2.	Higiensko vzdrževanje prostorov, opreme in pripomočkov v kuhinji (čiščenje)_V1	16. 4. 2012
B.4.2.3.	Higienski sprejem otroka na pediatrični oddelek_V2	23. 4. 2012
A.1.1.	Inhalacije na masko ali ustnik_V2	3. 5. 2012
A.1.2.	Inhalacije pri pacientih, ki samostojno dihajo preko tubusa ali kanile_V2	3. 5. 2012

A.1.3.	Inhalacije pri mehansko predihovanih pacientih_V2	3. 5. 2012
A.1.4.	Uporaba pripomočka za dihalne vaje in čiščenje dihalnih poti_V2	3. 5. 2012
A.1.5.	Uporaba spodbujevalne- incentivne spirometrije_V2	3. 5. 2012
B.5.5.	Voziček za zdravila_V2	1. 6. 2012
B.5.1.	Transport zdravil in medicinskega materiala iz lekarne do odd., enot_V3	5. 6. 2012
B.5.14.	Voziček za reanimacijo_V2	5. 6. 2012
B.1.2.8.	Priprava infuzijske steklenice_V3	23. 10. 2012
B.3.1.2.	Odvzem arterielne krvi_V4	23. 10. 2012
B.3.1.5.	Odstranitev in pošiljanje konice osrednjega venskega katetra na mikrobiološke preiskave_V4	23. 10. 2012
B.3.1.7.	Odvzem krvi iz osrednjega venskega katetra_V3	23. 10. 2012
B.3.1.8.	Odvzem krvi iz popkovnične arterije_V1	23. 10. 2012
B.4.1.4.	Kontaktna izolacija_V5	18. 10. 2012
B.3.1.3.	Odvzem kapilarne krvi _V3	23. 10. 2012
B.5.7.	Sterilizacija s paro_V4	12. 12. 2012

6.1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: **revizija 100 % standardov kakovosti, ki so bili sprejeti pred letom 2008**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: delo druge skupine za standarde in njene vodje Z. Panić in aktivnosti koordinatorice skupine za standarde M. Bahun	Delno realizirano: 42 dopolnitev standardov (**82 %)**
EVALVACIJA: odstotek dopolnjenih in revidiranih standardov kakovost	
CILJ: **sprejetje 5 novih standardov kakovosti**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: delo skupine za standarde kakovosti in aktivnosti koordinatorice skupine za standarde M. Bahun	sprejetih 7 novih standardov kakovosti (**140 %)**
EVALVACIJA: število novih standardov kakovosti	

7 POROČILO PROJEKTNEGA TIMA ZA OSKRBO INKONTINENTNIH PACIENTOV

Koordinatorica: Marta Smodiš

V letu 2012 smo izvedli nadzor nad uporabo inkontinenčnih pripomočkov. Nadzor je bil opravljen na treh oddelkih (za kirurgijo, interno medicino, za zdravstveno nego) in dveh enotah (EITOS, IIT). V nadzoru je sodelovalo 6 medicinskih sester. Vzorec je zajemal naključno izbrane paciente, 10 na vsakem oddelku.

Ugotovili smo:

- da je potrebno za vsakega pacienta oceniti ali je potrebna plenica ali obstaja še kakšen drug način in ga k temu spodbujati,

- pozornost pri delu naj bo usmerjena:
  - na dobro počutje pacienta,
  - na pravilno nameščanje plenice,
  - na pravilno izbiro pripomočka.

Pri izbiri inkontinenčnih pripomočkov je pogost vzrok za uporabo plenice hkrati z urinskim katetrom:
- plenica nameščena zaradi odvajala
- inkontinenca blata
- slaba pokretnost
- čiščenje za kolonoskopijo
- pri umirajočem pacientu
- nočna plenica nameščena čez dan zaradi diuretika
- na željo pacientke

V skupini za inkontinenco je 9 tehnikov zdravstvene nege in 4 diplomirane medicinske sestre. V letu 2012 smo se sestali trikrat, ker je skupina pričela z delom v drugi polovici leta. V letu 2012 smo pripravili nov obrazec za nadzor, ki ga bomo izvedli v mesecu marcu 2013.

7.1 CILJI ZA LETO 2013

CILJ: **pravilna izbira inkontinenčnega pripomočka**	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • s strani dipl.m.s. preverjanje o pravilni izbiri • dokumentiranje v negovalno poročilo	
CILJ: pravilna namestitev plenice	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • s strani dipl. m. s. preverjanje o pravilni namestitvi • dokumentiranje v negovalno poročilo	
CILJ: podloga in kateter se ne uporabljata skupaj	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • s strani dipl. m. s. preverjanje • dokumentiranje v negovalno poročilo	
CILJ: nadzor s strani odg. m. s. 2x mesečno.	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • VV/VR • dokumentiranje v negovalno poročilo	

8 DELO PROJEKTNEGA TIMA ZA PREVENTIVO IN OSKRBO RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Koordinatorica tima: Oti Mertelj

Projektni tim za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska je v letu 2012 imel 18 sestankov. Poleg obravnave tekoče problematike v zvezi s preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska, se je skupina predstavila na treh odmevnih dogodkih.

8.1 DOGODKI V ORGANIZACIJI PROJEKTNEGA TIMA

8.1.1 Dan odprtih vrat

Na dnevu odprtih vrat 11. 5. 2012 se je skupina predstavila s plakatom, kjer je bilo predstavljeno delo skupine in vloga koordinatorja za oskrbo kroničnih ran.

8.1.2 Izobraževalni dan z naslovom Stop razjedi zaradi pritiska

Izobraževalni dan, ki je bil 30. 5. 2012 v sejni sobi bolnišnice so v večini pripravili udeleženci skupine. Trinajst članov skupine se je tudi uspešno predstavilo v vlogi predavatelja. Na strokovnem izobraževanju je bilo 44 udeležencev.

8.1.3 Mednarodni dan razjede zaradi pritiska

Kot prvi v Sloveniji smo se v Splošni bolnišnici Jesenice 16. 11. 2012 pridružili mednarodnemu dnevu Razjede zaradi pritiska. V avli bolnišnice smo pripravili stojnice, kjer so obiskovalci in svojci pacientov dobili nasvete in kratka pisna navodila glede prepoznavanja ogroženosti posameznikov, nege kože, prehrane, menjave položajev in dostopnosti do medicinskih pripomočkov. Poleg pisnega gradiva so si obiskovalci in zaposleni ogledali tudi praktičen prikaz pravilnega nameščanja pacienta v določene položaje in uporabo pripomočkov za razbremenitev pritiska.

S predstavniki proizvajalcev obvezilnega materiala in pripomočki za zdravljenje ran smo se dogovorili za podrobnejše predstavitve določenih artiklov. Člani skupine so se tako seznanili s pravilnim lepljenjem in odstranjevanjem obližev, pripomočki za prelaganje pacienta in črpalko za ustvarjanje negativnega pritiska Vivano.

8. 2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2012

1. CILJ: Organizacija izobraževalnega dne »Stop razjedi zaradi pritiska«	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Oblikovanje, izvedba programa	Da/100 %
EVALVACIJA: Izobraževalni dan izveden 30.5. 2012	
2. CILJ: Nadgradnja zloženke »Stop razjedi zaradi pritiska	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Vključitev dodatnih vsebin.	Ne
EVALVACIJA:	
3. CILJ: Pravilno povijanje nog z elastičnimi povoji	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izdelava protokola, organizacija delavnic.	Delna/70 % Delavnice izvedene, manjka še protokol
EVALVACIJA: Delavnice izvedene 8. 11. 2012; 9. 11. 2012; 21. 11. 2012; 26. 11. 2012.	
4. CILJ: Izmenjava izkušenj o izvajanju preventivnih ukrepov po drugih ustanovah.	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Organizacija strokovne ekskurzije.	Ne
EVALVACIJA:	
5. CILJ: Uporaba KP za oskrbo rane	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Dopolnitev in redna uporaba KP.	Delna/50 %
EVALVACIJA: KP dopolnjena, vendar še ni v uporabi	
6. CILJ: Seznanitev z novostmi na področju preventive RZP.	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Testiranje pripomočkov	Delna/80 %
EVALVACIJA: Testiranje obračalk	

Nekaj ciljev ni bilo realiziranih, zato načrtujemo njihovo realizacijo v letošnjem letu.

8.3 CILJI ZA LETO 2013

1. Nadgradnja zloženke »Stop razjedi zaradi pritiska
2. Izdelava protokola in plakata o povijanju nog z dolgo elastičnimi povoji
3. Organizacija strokovne ekskurzije
4. Uporaba klinične poti za oskrbo kronične rane/ razjede v praksi
5. Testiranje pripomočkov za nego in zaščito kože
6. Organizacija izobraževalnega dne
7. Predstavitev skupine na intranetu
8. Sodelovanje na dnevu odprtih vrat ob mednarodnem dnevu medicinskih sester
9. Organizacija delavnic o povijanju krnov po podkolenski in nadkolenski amputaciji noge.

ZAKLJUČEK

Želimo, da bi se člani tima pogosteje udeleževali sestankov skupine, saj je izmenjava izkušenj in dobrih praks med člani skupine zelo pomembna. Prav tako so člani skupine dodatni vezni člen v izvajanju preventivnih aktivnosti.

9 PROJEKTNA SKUPINA ZA OBLIKOVANJE KLINIČNIH POTI

Koordinatorica: Marija Mežik Veber

V letu 2012 sta bila organizirana dva formalna sestanka, ostala srečanja pa so potekala glede na potrebe pri oblikovanju oziroma prenovi kliničnih poti.

V letu 2012 smo pripravili tri nove klinične poti: Klinično pot za operacijo zdrsa medvretenčne ploščice (Hernije diska); kirurški oddelek/odsek za ortopedijo, Klinično pot za obremenilno testiranje z Amoksicilinom (Hiconcil); pediatrični oddelek, Klinična pot za operativno zdravljenje urinske inkontinence TVT, ginekološko porodniški oddelek. V preteklem letu pa smo nekaj kliničnih poti tudi prenovili: Klinična pot – operacija krčnih žil; kirurški oddelek, Klinična pot za PEG; interni oddelek, ambulanta za endoskopije, centralni sprejem, Klinična pot za kiretažo; ginekološko porodniški oddelek, in Klinično pot za porod; ginekološko porodniški oddelek.

9.1 CILJI ZA LETO 2013

- Vsak oddelek oblikuje dve novi klinični poti
- Prenova obstoječih kliničnih poti po potrebi, glede na spremembe v stroki

10 PROJEKTNI TIM ZA ZASEBNOST IN DOSTOJANSTVO PACIENTOV

Koordinatorica: Jana Lavtižar

V letu 2012 se je skupina sestala štirikrat in dvakrat je sestanek odpadel, ker sta prišla samo dva člana na skupino. Sodelovanje članov je bilo aktivno. Trudili smo se povečati zasebnost v bolniških sobah, kar je bilo prepoznano kot slabo v anketi o zadovoljstvu pacientov.

Skupina šteje 33 članov. Več kot polovica se jih udeležuje sestankov. V skupino so vključene dipl. m. s. in zdravstveni tehniki z vseh oddelkov in enot bolnišnice, fizioterapevtka, prof. zdravstvene vzgoje.

10.1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2012

CILJ: Povečati zasebnost v bolniških sobah, ambulantah, enotah	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Namestitev/ nakup/uporaba paravanov, pregradnih sten/zaves Zapiranje vrat – opozarjanje zaposlenih	Paravane v letu 2012 urejali po oddelkih in v enotah. Uredili nekaj pregrad z zavesami (izdelava v delavnici). Šivilja je izdelala nove zavese za paravane. Preko celega leta smo opozarjali na zapiranje vrat po sobah. Rezultat ankete je pokazal, da smo bili na področju zasebnosti uspešni.
CILJ: Doseči čim višji nivo upoštevanja etičnih načel z upoštevanjem osebne integritete pacientov in pacientovih pravic	
AKTIVNOSTI: Delavnice za zaposlene Izobraževanje za zaposlene Priprava zdravstveno vzgojnega gradiva – za zaposlene in paciente 6 srečanj v letu 2012 Aktivna skupina z vsaj enim članom vsakega oddelka	Delavnice in izobraževanje o zasebnosti ni bilo izvedeno in prestavljamo na leto 2013. Udeležba na skupini je občasno slabša in vedno ni vsaj enega člana na skupini. Skupina težko deluje, če je udeležba nezanesljiva. Zato smo lahko izvedli samo 4 srečanja. Pripravili smo osnutke za tri plakate, ki jih bomo dokončali v okviru skupine v letu 2013 Izdelali smo novo obvestilo za na vhodna vrata bolniške sobe NE VSTOPAJ na kateri je tudi slikovni prikaz. Na sestankih smo poudarjali kako pomembno je, da se pred pacientom ne pogovarjamo o osebnih stvareh.
CILJ: **Izvesti anketiranje zaposlenih o zagotavljanju zasebnosti in nadzor nad zagotavljanjem zasebnosti pri jutranji negi**	
AKTIVNOSTI: Anketa za zaposlene Pregled/nadzor nad zagotavljanjem zasebnosti pri jutranji negi	Ankete Mateja Bahun v okviru svojega magistrskega dela še ni izvedla. V kolikor bo možno, bi izvedli anketiranje o zasebnosti pred in po izobraževanju. Izveden je bil nadzor nad jutranjo nego v letu 2012. V dveh primerih je bilo prepoznati neupoštevanje zasebnosti pacienta. (1-krat neustrezno zakrivanje pacienta in 1-krat neuporaba paravana)

10.2 CILJI ZA LETO 2013

Cilj	**Zagotavljanje osebne integritete pacientom**
Aktivnosti	• Motiviranje projektnega tima za delo • Redni sestanki • Izobraževanje o vsebini osebne integriteti za zaposlene • Izdelava plakatov HIŠNI RED, PACIENTOVE PRAVICE IN DOLŽNOSTI, NAVODILA IN PRIPOROČILA OBISKOVALCEM • Prenova zloženke o pacientovih pravicah in dolžnostih • Izvedba ankete za zaposlene o zagotavljanju zasebnosti

11 PROJEKTNI TIM ZA OBVLADOVANJE PREDANALITIČNE FAZE

Koordinatorica: Marija Mežik Veber

V oktobru 2012 je bila osnovana skupina za obvladovanje predanalitične faze. Skupina šteje 13 članov, med njimi sta dva predstavnika laboratorija. V lanskem letu sta bila organizirana dva sestanka, kjer smo obravnavali problematiko v predanalitični fazi vzorčenja.

12 PROJEKTNI TIM ZA IZBOLJŠANJE PREHRANE PACIENTOV

Koordinatorica: Marija Mežik Veber

V skupini za prehrano pacientov sodelujem kot koordinator. Cilj je pacientu nuditi čim bolj kakovostno in higiensko neoporečno prehrano. V letu 2012 smo imeli 20 sestankov, kjer smo obravnavali in reševali problematiko od prevzema živil, do priprave hrane, razdeljevanja obrokov in do povečanja količin organskih odpadkov.

PODROČJE OBVLADOVANJA BOLNIŠNIČNE HIGIENE IN OKUŽB

Lidija Ahec, dipl.m.s.
Namestnica PDZN za področje bolnišnične higiene

UVOD

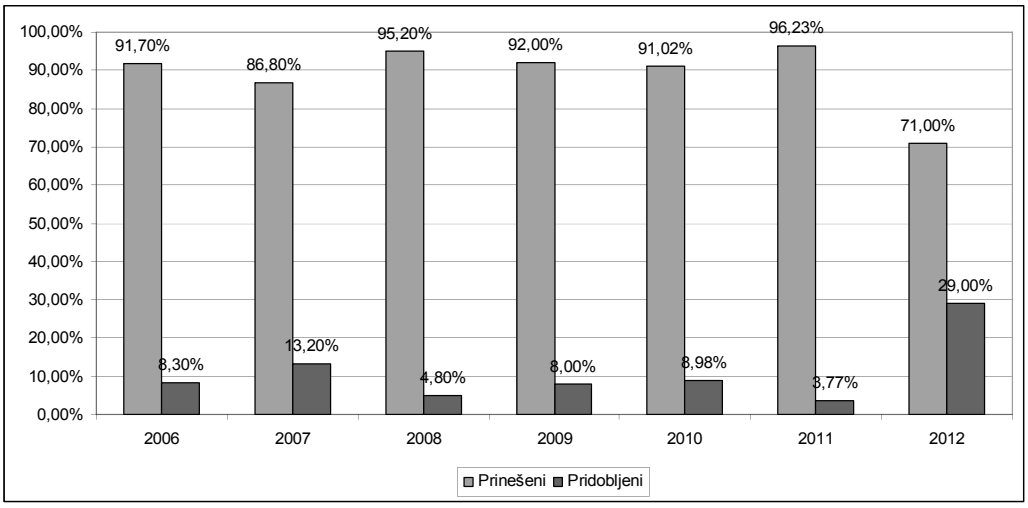
Okužbe povezane z zdravstvom oz. z zdravstveno oskrbo so dejavnik, ki lahko pomembno vplivajo na pacientovo zdravstveno stanje ali celo povzročijo smrt. Cilj programa obvladovanja in preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom oz. zdravstveno oskrbo v bolnišnici je zaščititi paciente, obiskovalce, druge osebe, ki so prisotne v bolnišničnem okolju in zdravstvene delavce.

1 POROČILO O IZVEDENIH AKTIVNOSTIH V LETU 2012

1.1 MRSA

V letu 2012 smo v bolnišnico sprejeli 57 pacientov z znano in v bolnišnico prineseno MRSA, zabeležili smo 23 primerov v bolnišnici prenesene MRSA.

Graf 1: Struktura znane (v bolnišnico prinesene) in v bolnišnici pridobljene (prenesene) MRSA.



4 prenose pripisujemo prenosu preko klimatske naprave, ostale zamenjavi razkužila za roke. V bolnišnici spremljanje kazalnika kakovosti MRSA pomeni neprestano skrb za zagotavljanje varnih pogojev za bivanje in oskrbo pacientov, obiskovalcev in zaposlenih. Kazalnik je pokazatelj uspešnosti dela na področju obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb. Spremljanje kazalnika več let zapored daje jasno sliko uspešnosti dela na tem področju. Nemalo neljubega presenečenja je prineslo leto 2012, ko je bilo zabeleženo večje število v bolnišnici pridobljene MRSA. Podroben pregled vzrokov je nakazal, da je porastu števila botrovala sprememba načina dela ali uporabe pripomočkov. Pri pregledu uvedenih sprememb je bilo ugotovljeno, da je možen vzrok zamenjava razkužila za roke. »Novo« razkužilo za roke je bilo že pred tem v bolnišnici na razpolago tistim zaposlenim, ki so navajali preobčutljivostne reakcije na običajno razkužilo za roke. Natančnejši pregled je pokazal, da obstoji velika razlika pri količini razkužila, ki ga ponudi dozator. Pri t. i. novem

razkužilu je količina pri enem pritisku 1 ml, pri do tedaj obstoječem razkužilu je količina razkužila pri enem pritisku 2,5 ml.

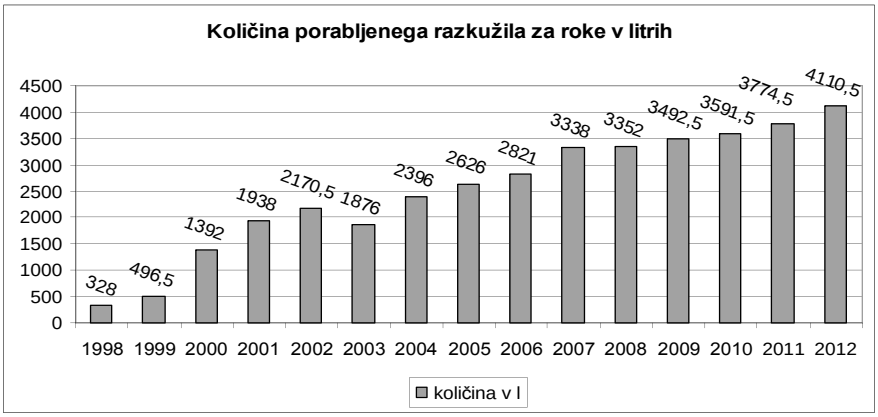
Najbolj učinkovit, najbolj enostaven in hkrati najcenejši ukrep za preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij (VOB), med njimi tudi MRSA, je higiena rok. Nadzore uspešnosti razkuževanja rok so v letu 2012 opravljali promotorji higiene rok na svojih oddelkih in enotah. Odločitev, da promotorji ocenjujejo uspešnost razkuževanja na svojih odddelkih in enotah se je izkazala za učinkovito, saj so bili na ta način opazovani vsi zdravstveni delavci in sodelavci, ki so prišli v stik s pacientom. Zaposleni so bili o rezultatih sproti obveščeni.

SB Jesenice sodelujemo v kampanji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) "WHO save lives: clean your hands", ki je del pobude SZO "First global patient Safety Challenge" od leta 2009.. Leta 2012 je bila opravljena anketa o higieni rok in bolnišničnih okužbah pri zdravstvenih delavcih. Anketo je izpolnilo 169 zaposlenih. Rezultati kažejo, da je poznavanje higiene rok in njenega pomena pri preprečevanju okužb povezanih z zdravstvom zelo dobro, poznavanje samih okužb pa ne dosega tega rezultata. Rezultati ankete so objavljeni na intranetni strani.

Pomemben ukrep za preprečevanje prenosa VOB je izolacija pacienta. Paciente, ki jim odvzamemo nadzorne kužnine na MRSA, do prejema negativnih izvidov namestimo v izolacijo. Izvajanje izolacijskih ukrepov zahteva veliko zavzetost vseh zaposlenih za dosledno izvajanje predvsem ob polni zasedenosti bolnišničnih posteljnih kapacitet.

Uspešnost izvajanja razkuževanja rok je moč meriti s porabo razkužila za roke. Poraba razkužila za roke je v letu 2012 porasla.

Graf 2.: Prikaz porabljenega razkužila za roke od leta 1998 do 2013.



1.2 KOMISIJA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB (KOBO)

V letu 2012 se je Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb sestala štirikrat. Zapisniki sej so objavljeni na intranetni strani Splošne bolnišnice Jesenice.

V letu 2012 so bili na sejah KOBO obravnavani:

- Poročila o prenosu MRSA
- Poročilo o izvedenem toplotnem pregrevanju vodovodnega sistema
- Poročilo o ojavu legionele v vodovodnem omrežju julija 2012
- Poročila o prijavljenih incidentih
- Poročilo 2. slovenske nacionalne presečne raziskave bolnišničnih okužb

v letu 2012 je bila imenovana delovna skupina za revizijo navodil za obvladovanje MRSA in izolacijo pacientov. Dokumenti so pripravljeni za objavo.

1.3 POŠKODBE Z MOŽNOSTJO PRENOSA OKUŽBE

V letu 2012 je bilo prijavljenih 33 poškodb z možnostjo prenosa okužbe. Število prijavljenih poškodb z možnostjo prenosa okužbe verjetno ne ustreza dejanskemu stanju. Zaposleni še vedno poškodb z možnostjo prenosa okužbe ne prijavljajo in dejavnike tveganja za prenos okužbe ocenjujejo sami.

1.4 RAVNANJE Z ODPADKI

Pregled količine odpadkov posameznih klasifikacijskih vrst

Klasifikacijska št.	***Naziv odpadka***	***Količina v tonah***		***Prevzemnik***
		2011	***2012***	
18 01 04	odpadki zdravstvo	134.130	131.350	Ekologija
18 01 03*	infektivni	20.256	18.503	Biotera
20 03 01	komunalni	39.120	46.740	Jeko In
18 01 09	embalaža zdravila	4.658	5.015	Biotera
18 01 06	kemikalije	1.717	1.977	Ekologija
18 01 06	razvijalec na vodni osnovi	0.782	0.759	Pikas
18 01 06	fiksirne raztopine	0.766	0.863	Pikas
09 01 07	filmi	3.394	1.394	Pikas
15 01 07	steklo	1.991	1.434	Ekologija
15 01 10*	plastična embalaža z ostankom nevarnih snovi	1.806	2.176	Ekologija
15 01 02	plastika	5.432	5.521	Ekologija
20 01 21	fluorescentne cevi	0.132	0.096	Ekologija
20 01 08	organski kuhinjski	75.043	73.402	Biotera
16 06 05	baterije	0.117	0.165	Ekologija
20 01 01	papir	35.600	34.600	Dinos
08 03 18	odpadni tonerji	0.09	0.124	Rdeči noski
15 03 18	absorbenti	0.117	0.023	Ekologija
18 01 02	deli telesa in organov	0.520	0.580	Žale

Odpadke zbrani pod klasifikacijskimi številkami 15 01 02, 15 01 01, 15 01 07, 08 03 18, del odpadkov 15 01 10* (steklo z ostankom nevarnih snovi), prevzemajo pooblaščeni prevzemniki brezplačno.

1.5 LEGIONELA

V letu 2012 smo trikrat opravili vzorčenje vode na prisotnost legioneloz. Preventivni ukrepi so bili redni izvajani.

V noči 2.–3. 2. 2012 je bilo izvedeno toplotno pregrevaje vodovodnega omrežja. Na vseh izlivkah smo točili toplo vodo (65 ℃ in ve č) 15 min. Pred izvedbo toplotnega šoka je bilo opravljeno:

- čiščenje grelnikov vode, točenje vode na vseh izlivkah po čiščenju
- čiščenje pip

Rezultat odvzema vzorcev vode na 9 izlivkah je pokazal, da je bil poseg uspešno izveden.

25. 4. 2012 je bil opravljen odvzem vzorca hladne vode na 1 izlivki reverzne osmoze zaradi obnovitvenih del, rezultat ni pokazal porasta legionele v vodi.

23. 7. 2012 je je bil opravljen odvzem vzorcev tople in hladne vode na 8 izlivkah zaradi obnovitvenih del na vodovodnem omrežju.
Ugotovljena je bila prisotnost legionele:

- v hladni vodi pediatrija intenzivna nega modri oddelek - 460 CFU/l
- kadička na fizioterapiji 20 000 CFU/l.

Izvedli smo kemično dezinfekcijo vodovodnega sistema s klordioksidom. Po izvedenem posegu je bilo opravljeno vzorčenje vode, rezultati so pokazali, da je bil poseg uspešno izveden.

1.6 PREHRANA

Sanitarno higienski pregled Zavoda za zdravstveno varstvo je bil v skladu s pogodbo izveden štirikrat. Ob vsakem obisku je bilo odvzetih 10 brisov na snažnost, rezultati večjih odstopanj niso pokazali.

Mikrobiološka preiskava pitne vode je bila opravljena štirikrat. Rezultati na podlagi Kriterijev za oceno parametrov po Pravilniku o pitni vodi (Ur.l. RS, št. 19/04, 35/04,26/06,92/06 in 25/09) so bili skladni.

Interni nadzori nad izvajanjem sistema HACCP so bili izvajani redno enkrat mesečno.

1.7 ZUNANJI IZVAJALEC ČIŠČENJA

Redni higienski pregledi prostorov in opreme, ki so v domeni zunanjega izvajalca, so bili izvedeni redno. Vzetih je bilo 120 brisov na snažnost. Posebnih odstopanj izvidi niso pokazali.

Dezinsekcija, deratizacija in dezinfekcija je bila opravljena po rednem programu in na podlagi urgentnih klicev zaradi pojava insektov ali glodalcev (19-krat).

1.8 IZOBRAŽEVANJE S PODROČJA BOLNIŠNIČNE HIGIENE

Izobraževanje	**število udeležencev**
Novozaposleni	55
Higiena rok za zaposlene v prehranski službi	34
Higiena rok za zaposlene čiščenje in transport	77
Bolnišnične okužbe	70
Predstavitev delovanje aparata za razkuževanje prostora in opreme	20
Higiena rok – 5. maj	28
Katetrske okužbe	26

1.9 VARNOSTNA VIZITA/ POGOVOR O VARNOSTI

V letu 2010 je bilo na področju bolnišnične higiene opravljenih 20 varnostnih vizit. S pomočjo varnostnih vizit/pogovorov o varnosti skušamo doseči varno izvajanje zdravstvene nege in oskrbe, prepoznati dejavnike tveganja, ki bi utegnili ogrožati varnost pacienta, obiskovalcev in zaposlenih. Ukrepi so bili uspešno izvedeni.

Udeleženci po poklicnih skupinah	Skupno število
ZT	38
MS	52
Fizioterapevtke	7
Varnostni inž.	1
Vodja čiščenja	1
Skupno	**99**

2 CILJI ZA LETO 2013

cilj	aktivnost	kazalnik	rok
znižati prenos MRSA v bolnišnici	• nadzor izvajanja izolacijskih ukrepov • kontrola uspešnosti razkuževanja rok zaposlenih	• število prenesenih MRSA - 9 • odstotek uspešnosti – 80 %	Dec. 2013
Povečati obseg znanja na področju obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb	• izvedba izobraževanja z delavnicami	• število udeležencev	Marec Oktober
Povečati število prijavljenih incidentov	• evidentiranje in sledenje incidentov • izobraževanje - dan varnosti	45	Dec. 2013 April 2013

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA ZA LETO 2012

Pavla Lavrinec, dipl. m. s.
Bolnišnični dietetik

1 PREHRANSKO SVETOVANJE IN PREHRANSKA OBRAVNAVA

Velik del zadolžitev bolnišničnega dietetika predstavlja prehransko svetovanje za paciente z različnimi obolenji. Število obravnav se iz leta v leto povečuje.

Tabela 1: Prehransko svetovanje pacientom glede na posamezno problematiko

	Število skupinskih svetovanj	Število individualnih obravnav	Skupno število obravnavanih oseb	Povprečne pedagoške ure na obravnavo	Skupno št. pedagoških ur
Prehrana pri novoodkriti sladkorni bolezni	16	9	82	2	50
Prehrana nosečnic z gestacijskim diabetesom in MTG	15	38	78	4	212
Prehrana ob prehodu na insulin	17	15	72	3	96
Reedukacija pacientov s sladkorno boleznijo	3	30	39	3	99
Edukacija za Bayeto, Victozo	6	5	20	3	33
Funkcionalna insulinska terapija		11	11	2	22
Prehrana ob dojenju	65	13	227	1	78
Resekcija debelega črevesa - obravnava po klinični poti	-	58	58	1	58
Prehrana otroka ob alergiji na hrano	-	15	15	2	30
Prehrana otrok pri ostalih obolenjih	-	2	2	1	2
Prehrana po PEG-u	-	11	11	2	22
Prehrana pri vnetnih črevesnih boleznih, celiakiji	-	1	1	1	1
Prehrana pri ledvični odpovedi	-	5	5	2	10
Prehrana odraslih pri ostalih obolenjih	–	24	24	2	48
SKUPAJ	**122**	**237**	**645**		**761**
Indeks 2011/2012	**117**	**93**	**117**		**105**

Poleg prehranskega svetovanja različnim skupinam pacientov, se vključujem v prehransko obravnavo kritično bolnih pacientov v enoti za intenzivno terapijo operativnih strok, kjer sem v letu 2012 obravnavala 71 oseb. Tedensko sodelujem pri multidisciplinarni obravnavi pacientov na oddelku za zdravstveno nego, kjer ob tveganju za slabšo prehranjenost predlagam ustrezne rešitve. Na ostalih oddelkih se vključujem v prehransko obravnavo glede na trenutne potrebe.

2 KAKOVOST IN VARNOST PRI ZAGOTAVLJANJU PREHRANE

2.1 SPREMLJANJE KAZALNIKOV KAKOVOSTI PRI PROCESU ZAGOTAVLJANJA PREHRANE

CILJ: Pacientom zagotoviti varno in kakovostno prehrano	
EVALVACIJA: Optimalna priprava pacientov in osebja na razdeljevanje hrane in hranjenje pacienta (cilj - 96% skladnost s standardom Naročanje, transport in razdeljevanje hrane). Skladnost vsi oddelki skupno: • marec – maj 93,8 %, • oktober/november – 96 %	V letu 2011 je bila najvišje dosežena skladnost 97,7 %
Pacientom zagotoviti ustrezno temperaturo hrane – vsaj pri 90% jedi bo ob koncu razdeljevanja obrokov na oddelku temperatura med 60 in 70℃ • ustrezna temperatura pri 80 % jedi	Leta 2011 je imelo 84% jedi ustrezno temperaturo, v letu 2010 pa 81,5 %
Povprečen čas od napolnitve vozička s hrano v kuhinji do serviranja obroka vsem pacientom na oddelku- (zajtrk – 35 minut, kosilo in večerja – 25 minut) med 3.3.2012 in 16.3.2012 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki odsek za 21 minut, • odsek za abdominalno kirurgijo za 32 minut, • ortopedski odsek (splošna kirurgija) za 9 minut • oddelek za zdravstveno nego za 4 minute. Med 11.8.2012 in 24.8.2012 presega ciljne vrednosti pri zajtrku • travmatološki odsek za 43 minut, • odsek za abdominalno kirurgijo za 31 minut, • gastroenterološki odsek za 7 minut, • kardiološki odsek za 4 minute • oddelek za zdravstveno nego za 23 minut . Med 3.11.2012 in 16.11.2012 presega ciljne vrednosti pri zajtrku • travmatološki odsek za 25 minut, • odsek za abdominalno kirurgijo ter oddelek za zdravstveno nego za 16 minut, • kardiološki odsek za 7 minut, • ortopedski odsek za 2 minuti.	Rezultati zadnje analize pokažejo skrajšanje časa razdeljevanja zajtrkov na kirurškem oddelku in oddelku za zdravstveno nego
Zagotoviti ustrezno hranilno energetsko vrednost obrokov – doseči 100% ustreznost Za analizo hranilno energetskih vrednosti so bili odvzeti 4 obroki. Pri dveh obrokih je bilo razmerje med hranili neustrezno.	

2.2 PRIJAVLJENI ODKLONI

Oddelek/ enota	**Skupno število odklonov**	**Sporočili sami / dodelili drugi**	**Odkloni sporočeni anonimno**	**Strokovni odklon**	**Pritožba pacienta/ svojca**	**Poškodba osebja**
Prehranska služba	**12**	**8/0**	**4**	**4**	**0**	**0**
Oddelek/ enota	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Varnostni incident informacij**	**Kaznivo dejanje**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
Prehranska služba	**0**	**4**	**0**	**0**	**4**	**15**

Tehnični odkloni so večinoma posledica iztrošenosti opreme. Strokovni odkloni so se nanašali na nepravilnosti pri: naročanju obrokov (neskladje med naročeno prehrano in dodatkom), pripravi obrokov (neznačilen vonj in okus pri določeni jedi) in porcioniranju obrokov. Vsi ukrepi so bili izvedeni.

3 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV V LETU 2012

Cilj	**Prehranska podpora pri pacientih z razjedo zaradi pritiska**
Realizacija	cilj ni bil dosežen, aktivnosti za dosego cilja se bodo nadaljevale v letu 2013
Cilj	**Razvoj stroke, ki bo temeljil na z dokazi podprtih spoznanjih iz klinične prehrane**

Realizacija	Cilj delno dosežen:
	• izdelala prehranska navodila Priporočila za prehrano pri nosečnostni sladkorni bolezni – brošura še v postopku sprejema
	• sodelovala pri pripravi zloženke Operacija na debelem črevesju
	• prenovljena navodila
	  o Prehrana pri boleznih žolčnika in žolčevodov
	  o Prehrana po operaciji žolčnika
	• Izvedena 4 predavanja za zaposlene
	• Prenova šifranta bolniške prehrane
	• Izdelava kataloga z natančnejšimi opisi bolniške prehrane se bo nadaljevala v letu 2013

4 IZOBRAŽEVANJA V LETU 2012

V letu 2012 sem se udeležila 4 eksternih izobraževanj: 2 izobraževanji s področja prehrane, 1 izobraževanje s področja kakovosti in varnosti in 1 izobraževanje s področja obravnave diabetikov, kjer sem bila soavtor prispevka Vpliv zdravstvene vzgoje na rezultate zdravljenja sladkorne bolezni z GLP-1.

Poleg tega sem se udeležila 6 internih izobraževanj: 2 pasivni udeležbi na izobraževanjih iz obveznih vsebin ter 4 aktivne udeležbe: Spremenjena konsistenca hrane, Ustrezna prehrana in hidracija pri preventivi razjede zaradi pritiska, Prehrana pri pacientu s sladkorno boleznijo, Zdrava in dietna prehrana.

5 CILJI ZA LETO 2013

V letu 2012 bodo aktivnosti usmerjene v prehransko svetovanje, sledenje in uvajanje na dokazih temelječih priporočil pri zagotavljanje prehrane pacientom ter v pripravo prehranskih navodil za paciente. Izpostavila bi naslednje cilje:

- Priprava vsaj 3 novih prehranskih navodil za posamezna obolenja
- Priprava kataloga terapevtske prehrane
- Prehranska podpora pri razjedi zaradi pritiska
- Delovanje projektne skupine za klinično prehrano v okviru zdravstvene nege

ZAKLJUČEK

Ustrezna prehranjenost pacientov je pomemben del zdravstvene obravnave. Odvisna je od celotnega zdravstvenega tima, ki obravnava pacienta, od pacienta samega ter od osebja, ki pripravlja bolnišnično hrano.

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO

Gordana Sivec, dipl. m. s.,
Koordinatorica ZN na oddelku za zdravstveno nego

UVOD

Na Oddelku za zdravstveno nego in kronične rane (OZZN) je 15 bolniških postelj namenjenih neakutni obravnavi pacientov, 5 bolniških postelj pa pripada kirurškim pacientom s kroničnimi ranami (akutna obravnava). Na akutni obravnavi se dnevno izvajajo vizite s strani zdravnika, specialista kirurga.

Neakutno obravnavo pa vodi diplomirana medicinska sestra, izvajajo se negovalne in varnostne vizite, zdravstvena nega se izvaja po procesni metodi dela.

Na oddelek za zdravstveno nego prihajajo pacienti predvsem za nadaljnjo rehabilitacijo in so obravnavani s strani fizioterapevtk in delovne terapevtke.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Tabela 1: Število obračunanih pacientov na OZZN po mesecih v letu 2012

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	2012
plačnik ZZZS	6	13	13	10	20	15	18	17	17	16	20	29	194
ostali plačniki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SKUPAJ	**6**	**13**	**13**	**10**	**20**	**15**	**18**	**17**	**17**	**16**	**20**	**29**	**194**

Tabela 2: Letni načrt in realizacija neakutne obravnave v BOD-ih

	načrt 2012	uresničeno 2012	indeks načrt/uresničeno
OZZN	4.315	4.336	100,49

Tabela 3: Povprečna ležalna doba po mesecih (pri obračunanih pacientih)

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec
OZZN	14,85	19,18	21,81	24,77	22,68	22,40	21,67	22,63	22,16	21,04	20,29	20,75

Tabela 4: Število obračunanih BOD-ov na OZZN v letu 2012 po mesecih - za plačnika ZZZS

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	2012
uresničeno	82	322	408	216	542	261	398	432	394	322	324	635	4.336

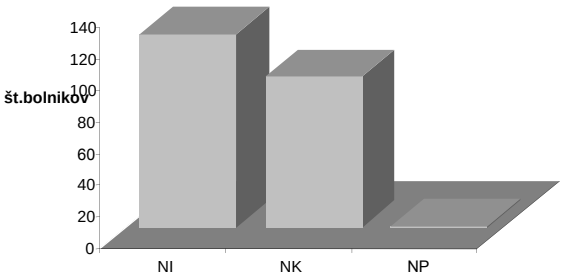
Tabela 5: Starost in spol pacientov na OZZN

starost bolnikov	**št. bolnikov**	**delež**
90 - dalje	19	9,74
80 - 89 let	82	42,05
70 - 79 let	52	26,67
60 - 69 let	22	11,28
50 - 59 let	7	3,59
40 - 49 let	8	4,10
30 - 39 let	2	1,03
20 - 29 let	3	1,54
skupaj	**195**	

Tabela 6: Oddelki s katerih so bili pacienti sprejeti

oddelek	št. bolnikov
NI	123
NK	96
NP	1
SKUPAJ	220

Gaf 1: Primerjava pacientov po deležih glede na sprejem z drugih oddelkov



V letu 2012 je bilo 18 pacientov, zaradi poslabšanja osnovne bolezni, premeščenih iz neakutne obravnave na interni ali kirurški oddelek.

Odpuščenih je bilo 165 pacientov, od tega je bil 101 pacient odpuščen v domačo oskrbo. Pri pacientih, odpuščenih v domačo oskrbo, je v času hospitalizacije prišlo do zvečanja sposobnosti samooskrbe, kar je omogočilo odpust domov. V institucionalno varstvo je bilo premeščenih 57 pacientov, in sicer v različne domove ostarelih po vsej Sloveniji

Tabela št. 7: Odpuščeni pacienti

kraj odpusta	***št.***
domov	101
umrli	11
na INT oddelek	13
na KRG oddelek	5
DSO Jesenice	12
DSO Radovljica	10
DSO Kranjska Gora	9
DSO Kranj/Preddvor/Tržič	7
Drugi DSO Sežana/Laško/Podbrdo/Ormož	19
Zdravilišče Laško	2
URI Soča	5
SKUPAJ	**194**

.

2 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

V letu 2012 je bil zelo pomemben cilj izpolnjevanje klinične poti, tako da zdravniku ni več potrebno opisovati zdravstvenega stanja pacienta ob odpustu. Poleg zdravnikove odpustnice, je s strani diplomirane medicinske sestre napisano izčrpno poročilo o zdravstveni negi.

Na oddelku za zdravstveno nego je bila izpeljana tudi anketa o zadovoljstvu pacientov. Rezultati so pokazali, da so bili pacienti z obravnavo in oskrbo zelo zadovoljni.

Kazalniki kakovosti, postavljeni v letu 2012, so bili delno realizirani. Žal smo imeli 6 prenosov MRSA, od tega smo uspešno dekolonizirali 5 pacientov. Pridobili smo 5 razjed zaradi pritiska in imeli 7 padcev.

Za leto 2013 smo si postavili nekaj pomembnih ciljev za oddelek. Potrebno je spremeniti list terapije v klinični poti, ker medicinske sestre prepisujejo terapijo, katero je na prvi list klinične poti predpisal zdravnik.

Opravili bomo 50 % družinskih konferenc pri vseh ležečih pacientih na OZZN.

Ugotovili bomo zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev s pomočjo ankete, ki jo bomo sestavili za ta namen.

3 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE – KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

V letu 2012 je bil tim na OZZN sestavljen iz koordinatorice zdravstvene nege, 1 diplomirane medicinske sestre in 11 zdravstvenih tehnikov. 1 zdravstveni tehnik je odpovedal delovno razmerje v SBJ, 2 zdravstveni tehnici sta na porodniškem dopustu. Zamenjali so jih 3 zdravstveni tehniki.

3.1 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Število VV/VR	32
Število izrečenih ukrepov	50
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	45
Skupna učinkovitost VV/VR	95%

4 KADROVSKI VIRI

4.1 LETNI RAZGOVORI

Letni razgovor je bil opravljen z vsemi, ki so bili v tem letu polno zaposleni. Ni pa bil opravljen s tistimi, ki nadomeščajo porodniško odsotnost in z novo zaposleno. Zaposlenim je še vedno težko postavljati cilje, čeprav jim je všeč, da razgovori potekajo individualno in da pri tem lahko izrazijo svoja mnenja.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Internih izobraževanj se glede na plan udeležuje celoten tim ZN na OZZN. Po končanem izobraževanju zaposleni pripravijo kratko poročilo in na oddelčnem sestanku temo tudi predstavijo. V letu 2012 je bilo na pasivnih izobraževanjih udeleženih 9 zaposlenih, dvakrat pa je bila udeležba aktivna, in sicer predstavitev prispevka na znanstveni konferenci in predavanje za študente.

ZAKLJUČEK

Pacient na OZZN je obravnavan celostno. Za njegovo dobro počutje tekom cele hospitalizacije skrbi celoten multidisciplinarni tim, ki paciente pripravi na najvišjo možno stopnjo samostojnosti pri aktivnostih, ki pripomorejo k ozdravljenju ali ohranitvi zdravja. Po anketi o zadovoljstvu pacientov bi lahko trdili, da so tudi pacienti zadovoljni z obravnavo na oddelku, za kar se bomo trudili še naprej.

DEJAVNOST ZDRAVSTVENE NEGE SPECIALISTIČNIH AMBULANT IN URGENCE - POROČILO ZA LETO 2012

Nada Macura Višić, dipl.m.s.
Koordinatorica ZN za poliklinično dejavnost in urgenco

UVOD

Ob koncu leta 2012 je bilo v zdravstveni negi specialističnih ambulant in urgence zaposlenih 13 diplomiranih medicinskih sester in 47 tehnikov zdravstvene nege.

Tabela 1: prikaz delovišč in števila zaposlenih

Delovišče	**Število zaposlenih v zdravstveni negi**
Sprejem in urgenca	9 TZN, 7 dipl. m. s.
Kirurška ambulanta, mavčarna	13 TZN, 1 dipl. m. s.
Koordinator načrtovanih sprejemov	2 TZN, 1 viš. m. s.
Ortopedska ambulanta Jesenice	1 TZN iz krg. amb.
Otorinolaringološka amb. Jesenice	2 TZN
Otorinolaringološka amb. Kranj	1 TZN, 1 dipl. m. s
Dermatovenerološka amb. 1 in 2	2 TZN
Nevrološka ambulanta	1 dipl. m. s.
Okulistična amb. – 1x tedensko	2 TZN iz spec. amb.
Endoskopske amb. Jesenice	3 TZN
Ginekološka ambulanta, GCBD	3 TZN
Kardiološki laboratorij	1 TZN, 1 dipl. m. s.
Diabetološka amb.	2 TZN
Internistične amb.	1 TZN
Protibolečinska amb.	1 TZN, 1 dipl. m. s.
Informacijski pult	3 TZN
Naročanje na spec. pregled	6 TZN

Kakovost zdravstvene nege in varne oskrbe pacienta v bolnišnici se kaže tudi na področju ambulantne dejavnosti, zato je pomembno zagotavljati ustrezno število usposobljenih medicinskih sester.

Zaradi večje varnosti in kakovosti je pomembno sprotno evidentiranje opozorilnih nevarnih dogodkov, analiza neposrednih dejavnikov, ki so pripeljali do dogodka in posledično odpravljanje sistemskih napak.

V prvi polovici leta smo uredili prebujevalnico in pričeli z opazovanjem pacientov, ki so imeli opravljen kirurški ali endoskopski (ERCP) poseg in bili pri tem blago ali zmerno sedirani. Medicinska sestra je v prebujevalnici prisotna v dopoldanskem in popoldanskem času od ponedeljka in petka.

S 4. 1. 2012 je pričela delovati nevrološka ambulanta. V ta namen smo izobrazili diplomirano medicinsko sestro na področju EMG (elektromiografija). Ambulanta deluje od ponedeljka do četrtka.

V endoskopski ambulanti smo tudi po priporočilu DNV akreditacije pričeli s stalnim nadzorom pacientov in beleženjem vitalnih funkcij med preiskavami, kjer so pacienti prejeli blago sedacijo. Vsi ti pacienti so bili prav tako po preiskavi obravnavani v prebujevalnici. S tem smo dosegli varen odpust pacientov domov po preiskavi.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

CILJ: **Zagotavljanje ustreznosti naročanja pacientov na spec. preglede**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Anketa o zadovoljstvu pacientov	Ni realizirano
EVALVACIJA: Anketa ni bila opravljena, zato cilj postavimo naslednje leto	
CILJ: **2. varnost in kakovost – izvajanje varnostnih vizit/varnostnih razgovorov**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Opravljeno je bilo 35 varnostnih vizit/razgovorov postavljeno je bilo 80 ukrepov	90 %
EVALVACIJA: Večina ukrepov je bila realizirana, potreben pa je stalen nadzor nad izvedenimi ukrepi	
CILJ: **3. redni letni razgovori**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izvajanje rednih letnih razgovorov z zaposlenimi	90 %
EVALVACIJA: Opraviti je potrebno še 12 razgovorov.	
CILJ: **4. izobraževanje zaposlenih**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Udeležba na strokovnem izobraževanju po planu izobraževanja	realizirano
EVALVACIJA: Zaposleni so se udeležili izobraževanja po planu izobraževanja, notranja in zunanja.	izobraževalo se je 87 % zaposlenih, 82 % na internih izobraževanjih
CILJ: **5. izdelava novih protokolov**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: obnovljena je bila celotna dokumentacija na endoskopijah, izdelan je bil obrazec obravnava pacienta v prebujevalnici, protokol pacienta, ki je prejel blago ali zmerno sedacijo, navodila pacientom, ki so na antikoagulantni zaščiti	Deloma realizirano
EVALVACIJA: Niso bili še izdelani: protokol obravnave ZN v dermatološki ambulanti, protokol ZN pacienta v kardiološkem laboratoriju in protokol ZN obravnave ambulantnega pacienta v diabetološki ambulanti (izdelava poteka sorazmerno z izdelavo klinične poti za RZP – diabetično stopalo).	

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

2.1. BELEŽENJE ODKLONOV

Oddelek/ enota	**Skupno število odklonov**	**Sporočili sami / dodelili drugi**	**Odkloni sporočeni anonimno**	**Strokovni odklon**	**Pritožba pacienta/ svojca**	**Poškodba osebja**
KRG. AMB	0	0	0	0	0	0
SPEC. AMB	2	2/0	0	2	0	0
Urgenca	3	2/0	1	1	0	1
Oddelek/ enota	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Varnostni incident informacij**	**Kaznivo dejanje**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
KRG. AMB	0	0	0	0	0	0
SPEC. AMB	0	0	0	0	0	2
Urgenca	0	0	0	0	1	4

Na odklone je bilo izrečenih 6 ukrepov, ki so bili uspešno zaključeni.

2.2 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	35
Število izrečenih ukrepov	80
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	75
Skupna učinkovitost VV/VR	Glede na določene ukrepe, so bile varnostne vizite/razgovori uspešno zaključene

	Varnostni problem/zaplet	***Korektivni ukrepi***	***Rezultat***
1.	Dva pacienta sta imela napačne podatke na identifikacijskih zapestnicah, od tega je bil eden premeščen v drugo bolnišnico	• Seznanitev zaposlenih • Pregled in ureditev pacientove dokument. pred sprejemom • Preverjanje identifikacije pacienta • Izdelava protokola	• Večja pozornost pri pregledovanju pacientove dokumentacije (prave nalepke k pravi dokumentaciji) • Pravilno izpolnjevanje in nameščanje identifik. zapestnice • Preverjanje identifikacije pacienta
2.	Izpolnjevanje dokumentacije pacientov, ki so naročeni na operacijo	• Izpolnjevanje negovalne anamneze • Izpolnjevanje lista predoperativna ZN	• Dokumentacija je pravilno in v celoti izpolnjena

3.	Slabe higienske razmere na endoskopijah	• Izdelava plana čiščenja • Redno čiščenje omar in pripomočkov • Pravilno ločevanje odpadkov, oznake	• Redno čiščenje glede na plan • Pravilno ločevanje odpadkov
4.	Pacient prihaja v OP brez elastičnih povojev	• Seznanitev zaposlenih v sprejemu in koordinatoric sprejema • Udeležba na delavnici povijanja nog	• Vsi zaposleni so se udeležili delavnice povijanja nog • Pod povojem obvezno namestiti vato za preprečevanje RZP
5.	Predanalitična faza	• Večja pozornost pri pravilnem nameščanju Vacuntainer nastavka na plastični nastavek • Boljša usklajenost pri naročanju preiskav iz krg. amb. • Pravočasen odvzem krvi pacientom, ki gredo prvi v OP in napotitev v Birpis • Beleženje opomb	• Manj hemoliziranih vzorcev • MS iz urg. ambulante vrnejo obrazec 34 nazaj v krg.amb. po odvzemu krvi in aplikaciji terapije. MS v krg. amb. imajo večji pregled • Urgentna napotitev v Birpis • MS, ki naredi napotitev tudi napiše opombe (v večini primerov gre za antikoagulantno terapijo)

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Z večino zaposlenih je bil izveden letni razgovor. Zaposleni so bili z razgovori zadovoljni, večina bi imela take razgovore tudi večkrat. Skoraj vsi so se na razgovor pripravili, saj jim je bil v pomoč obrazec Priprava na letni razgovor. Prinesli so veliko novih idej, spoznanj in pripravljenosti na sodelovanje. Zaposleni so z vodjo zadovoljni, pogrešajo pa večjo prisotnost pri njih. Hkrati pa se zavedajo, da ob polni ambulanti si tudi sami težko vzamejo čas. Kar se tiče izobraževanja, so usmerjeni bolj v svoje področje. Večina bi se rajši izobraževali izven bolnišnic, na strokovnih srečanjih. Bolj so jim zanimive strokovne teme. Veliko je bilo negotovosti zaradi licenčnih točk in licenc.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni so se udeležili izobraževanja po planu, ki je bil izdelan na začetku leta. 54 zaposlenih se je udeležilo zunanjih in internih izobraževanj. Aktivno udeležbo so imele 4 MS, in sicer Nada Macura Višić (1. kongres urgentne medicine z mednarodno udeležbo v Trogirju, Mednarodnem simpoziju za urgentno medicino v Portorožu in seminar Urgentni pacient – celostna oskrba), Nataša Pečar in Branka Horvat sta predstavili obravnavo pacientov z boleznijo arterij v ambulanti za srčno žilno diagnostiko SBJ, Stanislava Struna pa je na internem izobraževanju predstavila obravnavo pacientov, ki so na antikoagulantni zaščiti.

Posamezniki so vključeni tudi v projektne time: dokumentacija, skupina za zasebnost, bolnišnična higiena, preventiva razjede zaradi pritiska in skupina za padce. Plan

izobraževanja za leto 2012 je bil v celoti izpolnjen. Pri internih izobraževanjih, ki smo jih organizirali, se je udeležilo 82 % zaposlenih.

3.3 KOMUNIKACIJA ZNOTRAJ TIMA

Komunikacija v timu poteka dobro. V večini ambulant tim predstavljata zdravnik in medicinska sestra. V večjih ambulantah (kirurška ambulanta, urgenca in sprejem) so bili organizirani delovni sestanki in varnostne vizite, kjer je bila tudi točka dnevnega reda komunikacija in predaja pacienta. Poudarek je bil predvsem na predaji pacienta, ki je zelo pomembna pri zagotavljanju varne oskrbe pacienta. Prav tako so zaposleni v kirurški ambulanti in sprejemu zamenjali delovišča, da so imeli možnost spoznati delo v obeh enotah. Kljub strahu pred spremembo, se je to izkazalo za dobro. Deloma smo uredili napotitve laboratorijskih preiskav iz kirurške ambulante, potrebno je še skrajšati čas od napotitve do odvzema in transporta vzorca v laboratorij. Zaposleni v kirurški ambulanti so imeli tudi možnost vpogleda v delo v operacijski dvorani.

4 UVEDENE ORGANIZACIJSKE SPREMEMBE

Z uporabo prostorov za prebujevalnico v kirurški ambulanti smo pacientom omogočili stalen nadzor s strani medicinske sestre in monitorja. S tem smo omogočili tudi varen odpust pacientom, ki med endoskopsko preiskavo prejmejo blago ali zmerno sedacijo. Počasi pa nam zmanjkuje prostora v urgentni ambulanti. Končno se lahko pohvalimo s prenovo mavčarne, ki je bolj urejena in na videz prijazna pacientom oziroma poškodovancem. V centralnem naročanju smo v dogovoru s predstojniki oddelkov pacientom omogočili naročanje z napotnicami, ki potrebujejo redno obravnavo (na pregled čakajo tudi do šest mesecev). Datumi posameznih ambulant so odprti tudi do šest mesecev.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2013

Glede na to, da nekateri cilji niso bili realizirani, jih za naslednje leto preoblikujemo.

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Redni letni razgovori	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN za poliklinično dejavnost in urgenco
Kazalnik Število opravljenih letnih razgovorov na število zaposlenih	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Varnost in kakovost - izvajanje varnostnih vizit	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN
Kazalnik Število varnostnih vizit Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti le-teh	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN
Kazalnik Število ZV intervencij v nevrološki in dermatološki amb.	Kontinuirano, celo leto	Odgovorna MS v nevrološki ambulanti.

4. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Izdelava protokolov in dokumentacije*	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN za poliklinično dejavnost in urgenco
Kazalnik	Kontinuirano, celo leto	

- COP AMB – celostna obravnava pacienta, ki pride v specialistično ambulanto
- ENDOSKOPIJE: klinična pot za PEG (v sodelovanju z internim oddelkom)
- URGENTNA AMBULANTA:klinična pot za punkcijo (v sodelovanju z internim oddelkom)

DEJAVNOST CENTRALNE STERILIZACIJE V LETU 2012

Tanja Pristavec
Vodja ZN v centralni sterilizaciji

UVOD

Današnji tehnološki napredek kirurških storitev in potrebe po novih materialnih virih so botrovale, da smo enote centralnih sterilizacij doživele ogromno sprememb na področju delovanja in odgovornosti. Centralizacija sterilizacije je prinesla mnoge prednosti in izzive v procesu delovanja. V letu 2012 je:

- Delo je potekalo po ustaljenih tirnicah in po SOP.
- Večjih odstopanj ni bilo, manjše težave smo sproti reševali.
- Realizirali smo 92 % zastavljenih ciljev.
- Zreprocesirali smo 146.506 setov
- Pri presojah (notranjih in zunanjih) nismo imeli neskladnosti.

1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

CILJ 1: Zmanjšati izgubljanje inštrumentov v op. setih	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Dodano kot nov kazalnik kakovosti • Beleženje odstopanj v setih v OP in CS • Analiza odstopanj in iskanje izboljšav	Učinkovitost merjena na šest mesecev.
EVALVACIJA: Od 1. 4. 2012 do 31.12. 2012 je bilo zabeleženih 48 odstopanj v operacijskih setih.	Cca. 0,03 % od vseh setov
CILJ 2: Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Beleženje pripomb uporabnikov	Kontinuirano Sprotno rešeno
EVALVACIJA: Od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2012 je bilo zabeleženih 31 odstopanj pri reprocesiranju. Od tega ni bilo pisnih, vsa so bila sporočena telefonsko.	Cca. 0,01 % od vseh naročil.
CILJ 3: Visoko usposobljen in motiviran kader v CS	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Strokovno timsko delo • Redni delovni sestanki • Varnostne vizite	Kontinuirano preko celega leta
EVALVACIJA: Nesoglasij znotraj tima do konca decembra 2013 je bilo 5.	
CILJ 4: Doseči pravilno izpolnjevanje e-naročilnic oddelkov in enot	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Beleženje odstopanj	Sprotno rešeno
EVALVACIJA: Od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2012 je bilo zabeleženih 63 odstopanj pri e-naročanju oddelkov/enot.	Od vseh e-naročil 1,6 %.
CILJ 5: Validacija vse strojne opreme: dveh parnih sterilizatorjev in dveh termodezinfektorjev	**Realizacija/učinkovitost**

AKTIVNOSTI: • Validacija Robek	
EVALVACIJA: Brezhibno in varno delovanje strojne opreme	100%realizirano

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V enoti centralne sterilizacije se nenehno trudimo, da racionalno, »vitko« in varno delujemo. V času gospodarske krize je varčevanje še toliko bolj pomembno. Primerjava med obdobji 1. 2. 2011 in 1. 12. 2012 govori, da dobro delamo v tej smeri.

Tabela 1: Primerjava finančne porabe med letoma 2011 in 2012

Poraba 100 %	Vrednost 2011	Vrednost 2012	Ind. 12/11	Razlika 2011-2012	Delež v izdaji 2012
skupaj	136.885,50	116.930,70	85,42	19.954,80	42,6

2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Eden od naših kazalnikov kakovosti je zadovoljstvo odjemalcev naših storitev. Referenca nam je anketa, ki jo izvedemo enkrat letno. Elektronsko anketo o zadovoljstvu s storitvami centralne sterilizacije smo poslali uporabnikom. Rezultati ankete so bili zelo dobri. Anketirani so ocenili, da so naše storitve dobre. Delovni čas centralne sterilizacije jim ustreza. Komunikacijo in ustrežljivost osebja v centralni sterilizaciji so ocenili dobro/zelo dobro, prav tako vodjo ZN. Anketirani so ocenili, da je elektronsko naročanje dobro/zelo dobro. V anketi so naši uporabniki lahko izrazili tudi svoje želje, mnenje in pobude glede naših uslug. Trudimo se upoštevati mnenja in pobude anketiranih.

Nov kazalnik kakovosti, ki smo ga uvedli v letu 2012 je: pravilnost shranjevanja sterilnega materiala na oddelkih/enotah. Nadzor na vseh oddelkih in enotah je potekal dvakrat letno. Oddelki/ enote, kjer je bilo zaznati odstopanja, so dobili korektivne ukrepe in ponovni nadzor. Cilj je bil 100 % pravilnost shranjevanja sterilnega materiala. Poročila so bila poslana pomočnici direktorja za področje ZN in oskrbe Zdenki Kramar.

2.2 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Varnostne vizite so se večinoma nanašale na odstopanja v sestavi seta, ki so bila sporočena od naših uporabnikov. Največ razgovorov smo izvedli zaradi nepravilno sestavljenih operacijskih setov in težav, ki so se pojavljale zaradi pomanjkljivega sodelovanja z osebjem operacijskega bloka.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	8
Število izrečenih ukrepov	21
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	19
Skupna učinkovitost VV/VR	90,4%

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedenih je bilo 10 letnih razgovorov. Na razgovor so se zaposleni pripravili. Z razgovori so bili zadovoljni, nekateri bi imeli takih razgovorov tudi več na leto. Z razgovori smo rešili nekaj težav. Predlagali so nekaj novih idej. Vsi so pripravljeni sodelovati pri novostih. Zaposleni so

letni razgovor sprejeli kot dodano vrednost v skupno dobro. Večinoma so zadovoljni z delovnim mestom in s pogoji dela ter vodjo enote. Želijo se izobraževati na svojem področju.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni v Centralni sterilizaciji smo se udeležili izobraževanj po planu izobraževanja za leto 2012. Tri zaposlene smo se udeležile strokovnega seminarja sekcije MS in ZT v sterilizaciji – Višji Standard v sterilizaciji – Višja varnost 12. 4. in 13. 4. 2012 na Ptuju. Sodelovali smo aktivno s predstavitvijo strokovnega članka: Reprocesiranje medicinskih pripomočkov za enkratno uporabo. Zaposleni v naši enoti so se redno udeleževali internih predavanj, obvezno na temo preprečevanja BO. Posamezniki smo vključeni tudi v projektne time: dokumentacija, skupina za zasebnost, bolnišnična higiena.

3.3 KOMUNIKACIJA

Za uspešnost neke skupine je odločilno prav medsebojno sodelovanje. Pomembne so vrednote kot so dobri pozitivni odnosi, povezovalna komunikacija in profesionalen pristop ter osebna odgovornost. Dobro sodelovanje z uporabniki naših uslug je eden od ključnih elementov za uspešno krmarjenje z izzivi s katerimi se soočamo pri učinkovitem zagotavljanju varnega in kakovostnega reprocesiranja. Na delovnih sestankih posvečamo komunikaciji velik pomen.

4 CILJI ZA LETO 2013

1. cilj: Racionalizacija setov in zmanjšanje finančnih stroškov
Aktivnosti: Analiza porabe materiala, analiza sestava setov s sanitetnim materialom, vitka organizacija dela.

2. cilj: Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije.
Aktivnosti: Beleženje odstopanj in primerni korektivni ukrepi.

3. cilj: Validacija vse strojne opreme: dveh parnih sterilizatorjev in dveh termodezinfektorjev
Aktivnosti: Validacija enkrat letno neodvisnega zunanjega pooblaščenega izvajalca validacij.

4. cilj: Izboljšanje znanja MS in ZT o procesu sterilizacije.
Aktivnosti: Priprava internega izobraževanja v okviru preprečevanja BO in delavnic.

ZAKLJUČEK

Zaposleni v centralni sterilizaciji se trudimo, da strokovno opravimo svoje delo, ker posredno s tem tudi mi poskrbimo za varnost pacienta. Če želimo doseči višjo stopnjo varnosti, moramo sproti reševati odstopanja s pozitivnim pristopom. Dobro sodelovanje z vsemi uporabniki naših storitev je eden od ključnih elementov za uspešno krmarjenje z izzivi, s katerimi se soočamo pri učinkovitem zagotavljanju varne kakovostne oskrbe pacienta.

POROČILO O DEJAVNOSTI RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

Renata Rabič, dipl. rad. inž.
Vodja radioloških inženirjev

UVOD

V letu 2012 smo na radiološkem oddelku sledili predvsem realizaciji zastavljenih ciljev. Vsi radiološki inženirji smo opravili tečaj TPO, tako smo realizirali cilj iz leta 2011.
Objavili smo 7 novih obrazcev in 4 navodila v SOP.

1 REALIZACIJA ZASTAVLJENIH CILJEV ZA LETO 2012

1. Izvajanje varnostnih vizit

Na radiološkem oddelku smo realizirali 92 % varnostnih vizit.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	Izvedli smo 11 varnostnih vizit od januarja do decembra 2012.
Število izrečenih ukrepov	Izrekli smo petnajst ukrepov.
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	Uspešno smo izvedli 10 ukrepov.
Skupna učinkovitost VV/VR	Pri večini ukrepov smo bili učinkoviti. Nekateri ukrepi se ne nanašajo posredno na rad. inž., zato jih nismo realizirali. Npr. navodila, ki smo jih napisali skupaj z radiologom za zdravnike, ki napotijo pacienta na preiskave, spremstvo pacientov na radiološke preiskave in sporočanje bolnišničnih okužb.

Izpostavila bi tri varnostne vizite.

1. VV, ki je bila kot posledica pritožbe pacientke, zaradi poškodbe kože pod dojko. Dogovorili smo se, da se pred slikanjem pogovorimo s pacientkami o možnosti komplikacij, objavili smo priporočila pred rentgenskim slikanjem dojk in v sodelovanju s koordinatorico za rane pripravili taso v primeru, če pride do poškodbe. Priporočila pacientke dobijo v CBD ali pri nas na oddelku.
2. Čakanje pacienta po operaciji na rentgensko slikanje. V dogovoru s koordinatorico kirurškega oddelka ter ISS smo napisali navodila, kako ravnati v primeru, če je rentgen zaseden.
3. Apliciranje KS brez izvida kreatinina pri CT trebuha in pljuč. Napišemo pojasnila k preiskavi in ta pošiljamo pacientom skupaj z informacijami o CT preiskavi na dom.

2. Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku

Anketo smo izvedli v istem mesecu in z istim številom anketirancev kot leta 2011. Z rezultati ankete smo zadovoljni, vendar pa je nekoliko slabši rezultat pri vprašanju zasebnosti pacientov, ki se nanaša na zaščito pred neželenimi pogledi. Rezultat je bil slabši za 3 % v primerjavi s prejšnjim letom. Ukrepi: kabine na mamografijah, prostor za paciente, ki potrebujejo kontrastno sredstvo.
Slabši rezultat, za 5 % je tudi pri vprašanju, ali so pacienti vedno dobili jasne odgovore na zastavljena vprašanja. Ukrep: pacientu se je vedno treba posvetiti in mu odgovoriti na morebitna vprašanja.

3. Optimizacija doze v klasični radiologiji

Delali smo po predlaganih protokolih, ter zbrali podatke o prejetih dozah. Zavod za varstvo pri delu nam bo posredoval rezultate v letu 2013.

4. Ureditev naročanja na CT preiskave

Cilj smo realizirali. Uredili smo naročanje, pripravili navodila za paciente, ki jih pošiljamo pacientom na dom. S tem smo dosegli, da so pacienti bolje pripravljeni za preiskave, manjše je tveganje za komplikacije, ter večje zadovoljstvo naših pacientov.

5. Zmanjšati dozo na računalniški tomografiji (CT)

V letu 2013 bomo dobili nov CT, zato cilja nismo realizirali.

6. Interno izobraževanje za zaposlene s področja radiologije

Izobraževanje smo izvedli. Predstavili smo štiri teme: dozimetrija, varnost na MR, delo ZT na radiološkem oddelku in predstavitev preiskave mikcijski UZ pri otroku.

2 ODKLONI

V letu 2012 smo obravnavali dva strokovna odklona. Prvi se je nanašal na čakanje pacienta na rentgensko slikanje po operaciji, drugi odklon pa je bil zaradi pritožbe pacientke, obravnavane v mamografski ambulanti. Oba odklona smo obravnavali na varnostni viziti in izvedli korektivne ukrepe.

3 IZOBRAŽEVANJE

Udeležili smo se 23 eksternih izobraževanj in 29 internih, od tega smo imeli 4 aktivne udeležbe. Izobraževanj smo se v letu 2012 na radiološkem oddelku udeležili vsi radiološki inženirji in medicinska sestra.

4 CILJI IN AKTIVNOST ZA LETO 2013

- izdelava protokolov za nov CT, kreiranje tima za bolj usmerjeno delo na CT- ju
- anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku z vključitvijo vseh zaposlenih na oddelku
- izboljšati kazalnik kakovosti: uvedba dveh novih kazalnikov: čas od napotitve RTG slikanja do obračuna preiskave slikanja in število ponovljenih preiskav zaradi napak
- delo radiološkega inženirja v operacijskem bloku: ureditev napotitev, protokoli za slikanje v operacijskem bloku.

ZAKLJUČEK

Leto smo na radiološkem oddelku uspešno zaključili, realizirali smo vse programe. V letu 2013 bomo dobili nov CT in s tem pridobiti nova znanja iz tega področja.

POROČILO O DELU KOORDINATORJEV ZDRAVSTVENE NEGE ZA OSKRBO KRONIČNE RANE

Hubert Terseglav, dipl. zn.
Oti Mertelj. dipl. m. s.
Koordinator ZN za oskrbo kroničnih ran

UVOD

Delo koordinatorjev v letu 2012 je večinoma potekalo na oddelkih in enotah, pogosto pa tudi v kirurški in diabetološki ambulanti ter ambulantnem operacijskem bloku.

S strani koordinatorjev je bilo obravnavanih več kot 700 pacientov (od sprejema do odpusta), od teh jih je bilo pribl. 50 % hospitaliziranih na internem, 35 % na kirurškem, 15 % pa na oddelku za zdravstveno nego. Pacienti na internem oddelku so bili obravnavani največkrat zaradi razjede zaradi pritiska (RZP) ali poškodb kože zaradi inkontinence, na kirurškem oddelku in oddelku za zdravstveno nego pa zaradi kroničnih ran.

V letu 2012 je bilo na kroženju na kroničnih (kirurških) ranah 45 študentov in 6 pripravnikov, ki sva jim koordinatorja namenila 625 mentorskih ur. Pribl. 50 % prevez pri pacientih, ki sva jih koordinatorja spremljala, je bilo tako narejenih v najini prisotnosti.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PREVENTIVE RZP TER OSKRBE KRONIČNIH RAN

V letu 2012 se je zelo povečalo število pacientov, pri katerih smo se odločili za zdravljenje rane z negativnim tlakom. Teh je bilo v lanskem letu 75, napravljenih pa je bilo 347 namestitev oz. menjav.

Bistvenih novosti, kar zadeva zdravljenje ran, ni bilo. Testirali smo nekaj novih oblog, obližev, lepilnih trakov in mazil. Od lanskega leta naprej za zdravljenje ran z negativnim tlakom poleg naprav podjetja KCI uporabljamo tudi naprave podjetja Hartmann.

Kar zadeva preventivo RZP, vedno večjo težavo predstavljajo blazine, saj se število ogroženih pacientov neprestano povečuje, tako da jim pogosto ne moremo zagotoviti blazine, ki bi jo glede na naš standard morali. Ta standard je bil v letu 2012 sicer revidiran, upoštevajoč spremembe na področju preventive RZP.

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2012

CILJ: **Kontinuirano izobraževanje članov negovalnega tima v obliki delavnic na temo preventive in oskrbe RZP z izobraževalnim dnem.**	**Realizacija/učinkovitost:**
AKTIVNOSTI: Organizacija delavnic, oblikovanje programa, priprava prispevkov.	Delna / 90 %
EVALVACIJA: Obposteljne delavnice na internem oddelku. Izobraževalni dan »Stop RZP« Delavnice o pravilnem povijanju nog z elastičnimi povoji.	

CILJ: **Incidenca pridobljenih RZP 2,0 ‰ ali manj.**	**Realizacija/učinkovitost:**
AKTIVNOSTI: Izvajanje in nadzor nad preventivnimi aktivnostmi.	Delna / 80 %
EVALVACIJA: Cilj ni bil dosežen - incidenca v letu 2012 je bila 2,8 ‰.	
CILJ: **Uvedba novih načinov zdravljenja pri oskrbi kroničnih ran.**	**Realizacija/učinkovitost:**
AKTIVNOSTI: Dogovor s predstojnikom kirurškega oddelka, pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege in strokovno direktorico o novih načinih oskrbe in uporabi le teh.	Delna / 80 %
EVALVACIJA: Na podlagi testiranj smo povečali uporabo lokalnih antiseptikov za čiščenje in oskrbo ran. Začeli smo uporabljati nove naprave za zdravljenje ran z negativnim tlakom, s katerimi lahko pacienti zdravljenje nadaljujejo po odpustu in hodijo le ambulantno na kontrole.	
CILJ: **Ambulanta za oskrbo kroničnih ran.**	**Realizacija/učinkovitost:**
AKTIVNOSTI: Priprava projekta in dogovor s predstojnikom kirurškega oddelka, pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege in strokovno direktorico.	Ne
EVALVACIJA: Do realizacije projekta v letu 2012 ni prišlo.	
CILJ: Izvedba študije o zadovoljstvu pacientov z oskrbo kroničnih ran na oddelku za KKR.	**Realizacija/učinkovitost:**
AKTIVNOSTI: Priprava in izvedba ankete.	Delna / 60 %
EVALVACIJA: Izvedena je bila anketa pri pacientih, pri katerih smo po odpustu nadaljevali z zdravljenjem z negativnim tlakom. Aktivnosti na tem področju se še nadaljujejo.	

3 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE – KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

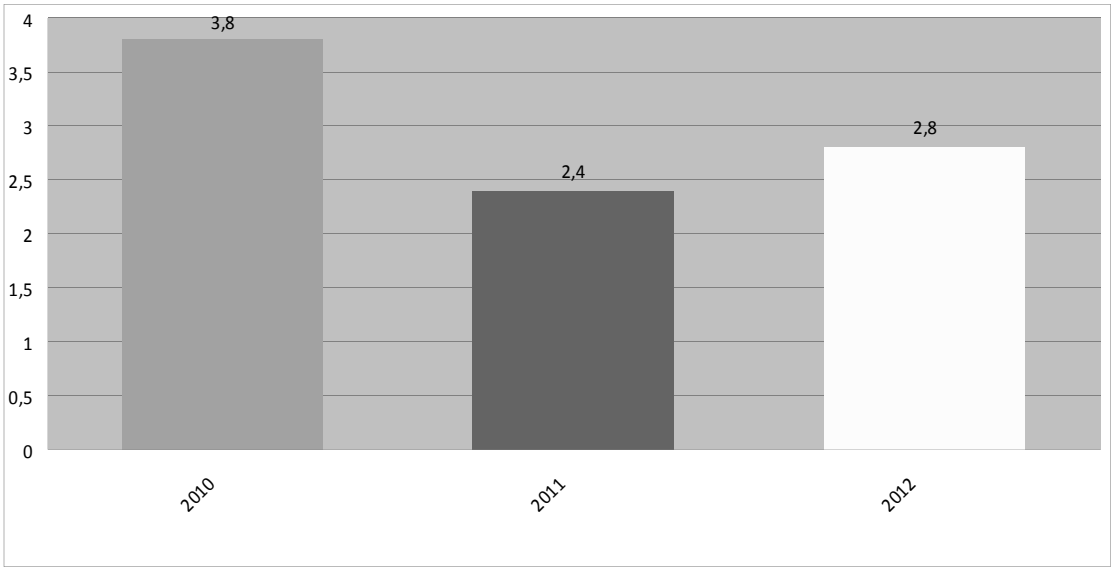
V letu 2012 sva koordinatorja skrbela za ustrezno izvajanje preventive na področju RZP ter za ustrezno oskrbo (kroničnih) ran po oddelkih in enotah.

Izvajani so bili nadzori, tako kar zadeva preventivo kakor tudi nad izvajanjem kurative. Semkaj sodijo pregledi izvajanja preventivnih aktivnosti, nadzori v obliki pregledov pacientov in dokumentacije ter nadzori dela po SOP.

4 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Skupno število vseh pacientov z RZP, ki smo jih v obravnavali v letu 2012, je bilo 539. 494 pacientov je RZP že imelo ob prihodu v bolnišnico, pri 45 pacientih pa je do nastanka RZP prišlo med hospitalizacijo. Incidenca pacientov s pridobljeno RZP tako glede na število vseh sprejetih pacientov v letu 2012 (15998) znaša 2,8 ‰ (Slika 1), kar pomeni, da se je incidenca glede na leto 2011 malenkost zvišala, vendar pa je rezultat še vedno zadovoljiv.

Graf 1: Prikaz incidence pridobljenih RZP (v ‰) v SBJ od 2010 do 2012 glede na število vseh sprejetih pacientov



5 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	13
Število izrečenih ukrepov	10
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	8
Skupna učinkovitost VV/VR	75 %

6 IZOBRAŽEVANJE

Aktivna udeležba

- Mertelj: Priporočila za zdravljenje venske golenje razjede. DORS, Portorož, marec 2012.
- Mertelj, Terseglav: Izobraževalni dan Stop razjedi zaradi pritiska. SBJ, maj 2012.

7 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2012

1. cilj: Kontinuirano izobraževanje članov negovalnega tima na temo preventive RZP ter oskrbe ran.
Aktivnosti: organizacija delavnic, izvajanje nadzorov, organizacija izobraževalnega dne, oblikovanje programa.
2. cilj: Incidenca pridobljenih RZP pod 2,5 ‰.
Aktivnosti: izvajanje in nadzor nad preventivnimi aktivnostmi, skrb za dovolj veliko št. antidekubitusnih blazin v bolnišnici.

3. cilj: Kontinuirano spremljanje novosti na področju oskrbe/zdravljenja kroničnih ran in preventive RZP.
Aktivnosti: Izobraževanje na tem področju.
4. cilj: Nadaljevanje študije o pacientih, ki doma nadaljujejo zdravljenje z negativnim tlakom, ter o zdravstveno vzgojnem delovanju koordinatorjev.
Aktivnosti: Nadaljnje izvajanje anketiranja in priprava prispevka.
5. cilj: Vpeljava predaje pacientov v stalno prakso na vseh oddelkih.
Aktivnosti: oblikovanje obrazcev za predajo in dogovor s koordinatoricami ZN po oddelkih in enotah.

ZAKLJUČEK

V letu 2012 sva koordinatorja nadaljevala že v preteklosti vzpostavljeno prakso. Pri tem se je pokazala potreba po uvedbi novih načinov dela. Tako bo v letu 2013 treba več aktivnosti nameniti izvajanju nadzora nad preventivo. Sicer pa si želimo, da bi v letu 2013 lahko nadaljevali z dobro prakso oskrbe ran ter da bomo lahko še naprej zagotavljali visoko raven tako kar zadeva preventivo, kot tudi pri kurativi.

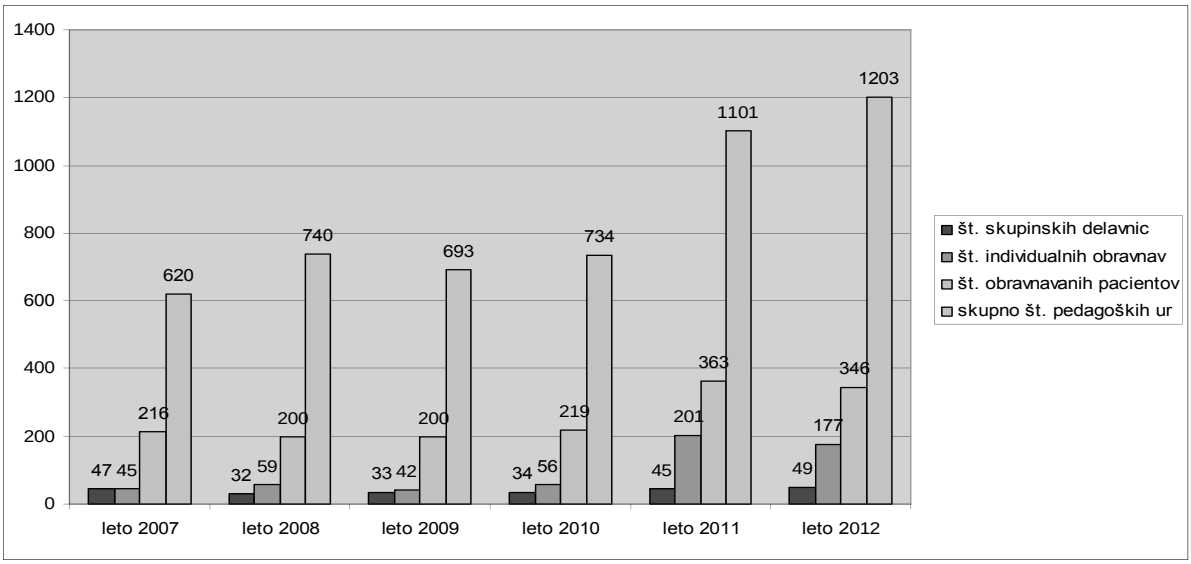
ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V LETU 2012

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., asist.
Strokovna sodelavka za pedagoško področje

1 IZVAJANJE ZDRAVSTVENO VZGOJNEGA DELA

Obseg izvedbe zdravstveno vzgojnega dela pri pacientih s sladkorno boleznijo se iz leta v leto povečuje. Razlog za to je rast incidence, spremembe v smernicah za obravnavo nosečnic in znižanje diagnostične meje vrednosti glukoze v krvi za nosečnostno sladkorno bolezen, izvajanje presejalnih testov za diabetično nogi in intenzivnejša obravnava pacientov, ki prehajajo na intenzivirano insulinsko zdravljenje, ter v letu 2012 edukacije o hipoglikemiji za šoferje. V spodnjem grafu je prikazano trend gibanja količine obravnav.

Graf 1: Primerjava izvedene zdravstvene vzgoje pri pacientih s sladkorno boleznijo v zadnjih šestih letih



1.1 ZADOVOLJSTVO PACIENTOV S SLADKORNO BOLEZNIJO GLEDE IZVEDBE ZDRAVSTVENE VZGOJE

Izvedli smo anketo glede zadovoljstva uporabnikov s storitvami zdravstvene vzgoje za paciente s sladkorno boleznijo. Anketiranje smo izvajali decembra 2012, vsi anketiranci (n=18), povprečno stari 60,5 let so imeli sladkorno bolezen tipa 2. Vsi vključeni v anketiranje so se udeležili manjših skupinskih delavnic. Vsi, ki se udeležijo predavanj, dobijo pisno gradivo in telefonsko številko za kontakt. Večina se jih je zdravila z insulinom (55,5 %), s peroralno terapijo 27 %, ostali z nefarmakološkimi ukrepi.

Iz rezultatov je razbrati, da so uporabniki zelo zadovoljni s sedanjim načinom dela, za izvedbo predavanj jih 83 % meni, da so bila odlična, 17 %, da so bila zelo dobra, slabših ocen ni bilo, vsi se strinjajo da je vsebina razumljiva. Spraševali smo jih tudi o mnenjih glede izbrane oblike dela, vsem je bil všeč skupinski pogovor, en bi ob tem želel še diaprojekcijo. Z dolžino trajanja je zadovoljnih 84 % (16 % jih meni da je bilo predavanje prekratko, zato smo jim ponudili dodatno individualno obravnavo), vsem se zdi pisni material, ki ga dobijo, ravno tako možnost telefonskega kontakta, kjer le en anketiranec meni, na ga ne potrebuje.

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2012

1. CILJ: 90% zadovoljstva pacientov s sladkorno boleznijo z zdravstveno vzgojnimi aktivnostmi (izvedba, vsebina, trajanje, oblika dela, pisni material, telefonski kontakt)	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: izvajanje individualnih obravnav, srečanje z novoodkritimi pacienti na dan prve obravnave v ambulanti, kvaliteten pisni material, možnost telefonskega kontakta v primeru težav	100 %
EVALVACIJA: 2x letno izvedba anketiranja med udeleženci zdravstveno vzgojnih srečanj	50 % - izvedeno eno anketiranje

3 ODKLONI

Sporočeni odkloni:

- OZZN - 1x nepravilno rokovanje z insulinom
- INT - 1x napaka pri pripravi sc terapije, 2x - nepravilno rokovanje z insulinom, 1 x - možnost poškodbe z ostrim predmetom
- KRG - 1x nevarnost napačne aplikacije terapije, 1x nepravilno rokovanje z insulinom

Vsi sporočeni odkloni so bili v reševanje dodeljeni skrbnikom procesov na katere so se nanašali.

Za področje zdravstvene vzgoje pacientov s sladkorno boleznijo v letu 2012 ni bilo sporočenega nobenega odklona.

Pogosto se pojavljajo težave s časom predpisa insulinske terapije, ki se ne sklada z obrokom hrane in posledično pripelje do velikih nihanj glukoze v krvi in neurejeni sladkorni bolezni. Te odklone so sporočali zaposleni na posameznih oddelkih.

4 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI/NADZORI

Varnostne vizite	vabljeni član na 4 varnostnih vizitah (KRG, INT in OZZN) vse na temo rokovanja z insulinom
Strokovni nadzor	1x rokovanje z insulinskimi aplikatorji ter merilniki glukoze v krvi 1x shranjevanje insulinskih aplikatorjev, glukagona nadzor nad temperaturo hladilnikov in rokovanjem s testnimi lističi
POCT - point of care test (meritev glukoze v krvi)	1x mesečno v sodelovanju z laboratorijskim osebjem pregled točnosti delovanja merilnikov glukoze 1x zamenjava dotrajanih merilnikov glukoze v krvi (4kom)

5 IZOBRAŽEVANJE

5. dnevi Angele Boškin - Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti; povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov	pasivno	20.–21. 9. 2012, Kranjska Gora
FEND (Federation of European Nurses in Diabetes)	pasivno	28.-29. 9.12, Berlin
Laboratorijska medicina ob bolniku za bolnika	pasivno	28. 5. 2012, Ljubljana

5. šola za klinične mentorje – »Kakovostno delo kliničnih mentorjev: vidiki didaktike in mednarodne primerljivosti postopkov ter izvedbe kliničnega usposabljanja«	aktivno	4. 7. 2012, Jesenice
5. mednarodna znanstvena konferenca VSZNJ – »Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe«	aktivno	7. in 8. 6. 2012, Ljubljana
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji – 4. slovenski endokrinološki kongres MS in ZT z mednarodno udeležbo– »Naložba v preventivo se splača«	2x aktivno	11.-13. 10. 2012, Rimske Terme
Hospitaliziran pacient s sladkorno boleznijo (SBJ – zaposleni)	aktivno	4. 6. 2012, Jesenice
Temeljni postopki oživljanja in uporaba AED (SBJ)	pasivno	22. 11. 2012, Jesenice
Zdravstvena nega pacienta s sladkorno boleznijo (SBJ – pripravniki)	aktivno	4. 10. 2012, Jesenice
Standardi kakovosti (SBJ – pripravniki)	aktivno	4. 10. 2012, Jesenice
Zakonodaja (SBJ)	pasivno	28.-29. 11. 2012, Jesenice

6 CILJI ZA LETO 2013

CILJ 1: 90 % zadovoljstva pacientov s sladkorno boleznijo z zdravstveno vzgojnimi aktivnostmi (izvedba, vsebina, trajanje, oblika dela, pisni material, telefonski kontakt)
AKTIVNOSTI: izvajanje individualnih obravnav, srečanje z novoodkritimi pacienti na dan prve obravnave v ambulanti, kvaliteten pisni material, možnost telefonskega kontakta v primeru težav
EVALVACIJA: 1x letno izvedba anketiranja med udeleženci zdravstveno vzgojnih srečanj
CILJ 2: revizija 100 % standardov kakovosti, ki so bili sprejeti pred letom 2009
AKTIVNOSTI: delo druge skupine za standarde in njene vodje Z. Panić in aktivnosti koordinatorice skupine za standarde M. Bahun
EVALVACIJA: odstotek dopolnjenih in revidiranih standardov kakovosti
CILJ 3: sprejetje 5 novih standardov kakovosti
AKTIVNOSTI: delo skupine za standarde kakovosti in aktivnosti koordinatorice skupine za standarde M. Bahun
EVALVACIJA: število novih standardov kakovosti

POROČILO SOCIALNE SLUŽBE ZA LETO 2012

Nina Zupan, univ. dipl. soc. del.

UVOD

Socialna služba bolnišnice je del multidisciplinarnega tima, katerega cilj je celostna in kakovostna obravnava pacienta. Obravnavi sledi načrtovan ter varen odpust v okolje, ki pacientu ponuja nego in oskrbo, kakršno glede na svoje zdravstveno stanje po zaključku hospitalizacije potrebuje. Delo socialne službe je svetovalne in organizacijske narave. V času hospitalizacije pacienta prepoznava dejavnike, ki bi onemogočali pravočasen in načrtovan odpust ter jih poskuša razrešiti z informiranjem, svetovanjem ter podporo pacientom in svojcem, jim ponuja strokovno pomoč pri razreševanju osebnih in socialnih stisk, ki so lahko posledica bolezni, vstopa kot mediator ter se povezuje s strokovnimi službami. V času hospitalizacije zbira anamnestične podatke, ki ponujajo kompleksnejši vpogled v potrebe in želje pacienta o organizaciji njegovega življenja po odpustu. Socialna služba istočasno ponuja informacije o pogojih in postopkih glede varovanja in uveljavljanja pravic v socialnem, zdravstvenem in pokojninsko invalidskem varstvu.

V letu 2012 so največji delež obravnav, kot je razvidno tudi iz poročil iz preteklih let, predstavljali pacienti stari več kot 65 let, ki potrebujejo popolno nego in pomoč druge osebe in so pri nas ocenjeni s III. kategorijo zdravstvene nege (65 %). Večina teh pacientov (54 %) je odšla po zaključku hospitalizacije domov, od tega z urejeno pomočjo na domu 45 %.

Pojavlja se tudi pomembna okoliščina, namreč, ko pacienti živijo sami in so brez ožjih sorodnikov oz. oseb, ki bi jim bile pripravljene ponuditi pomoč pri oskrbi po odpustu. Pogosto se tudi svojci zaradi svojih obveznosti, predvsem službenih, ne morejo v zadostni meri vključevati v oskrbo. V kolikor se pri takšnih pacientih zaradi narave bolezni oz. poškodbe ali preteklih bolezenskih dogajanj pokaže potreba po negi in oskrbi, katere v domačem okolju svojci ne morejo optimalno zagotoviti, je potrebno urediti sprejem v institucionalno namestitev.

V takšnih primerih krajše ležalne dobe, zasedenost kapacitet v domovih za starejše, zlasti na gorenjskem območju in postopki urejanja namestitev, kakor tudi nepričakovano soočenja pacienta z odhodom v dom, otežujejo optimalno urejanje primerne oskrbe po odpustu. Pacientom je sprejem v domove za starejše v veliki meri olajšala podaljšana hospitalizacija na oddelku za zdravstveno nego.

V letu 2012 je bilo zaznati čedalje več izraženih socialnih stisk s strani svojcev, ki jim je slabše finančno stanje kot odraz sedanje krize, onemogočilo namestitev starostnika v institucionalno varstvo ali celo plačilo pomoči na domu v optimalnem obsegu.

Proti koncu leta 2011 sta pričeli z delom koordinatorki zdravstvene skrbi. Zgodnejše odkrivanje pacientov, kjer je bilo zaznati dejavnike za težavnejši odpust, je občutno povečalo obseg dela in kompleksnost primerov tudi v socialni obravnavi. V primerjavi z letom 2011 je bilo v letu 2012 kar za tretjino obravnav več (34 %).

1 POROČILO O IZVEDENIH CILJIH V LETU 2012

Sorazmerno visok delež obravnavanih predstavljajo pacienti, kjer socialna služba ni bila napotena (pri 89 pacientih oz. 18 %), temveč o morebitnih težavah pri odpustu seznanjena neposredno s strani svojcev ali drugih pristojnih institucij, ki so pacienta že predhodno obravnavale. Zajeti so tudi pacienti v skupni obravnavi s koordinatorkami zdravstvene skrbi,

		Doseženo v %	Rok	Opombe	Odgovoren
1.Cilj	**Pravočasno naročanje oz. aktivacija socialne službe**	93 %	Jan. 2013		Soc. služba
Kazalnik	Odstotek pravočasno naročenih (vsaj 3 dni pred odpustom) obravnav glede na število vseh napotenih	89 %		Cilj ni bil dosežen, potrebno je preveriti razlog/e za nepravočasno naročanje	
2. Cilj	**Uvajanje družinskih konferenc pri pacientih, ki so premeščeni na oddelek za zdravstveno nego**	70%	Jan. 2013		Soc.služba, koord. na oddelku za zdravstveno nego
Kazalnik	Število izvedenih družinskih konferenc za paciente, obravnave s strani socialne službe, na oddelku za zdravstveno nego	52 %	Jan. 2013	Cilj ni bil dosežen, postavi se nižji cilj	

kjer je bila obravnava začeta, napotitev prek sistema Birpis21 pa ni bila realizirana. Napotenih je bilo 399 pacientov, od tega 357 (89 %) pravočasno, glede na kazalnik, vsaj tri dni pred odpustom.

Ohranja in glede na pretekla leta se povečuje organizacija družinskih konferenc na oddelku za zdravstveno nego, ki se izvajajo v sodelovanju s koordinatorico zdravstvene nege. V družinskih konferencah je zaželjena tudi prisotnost zdravnika. V letu 2012 je bilo izvedenih 83 družinskih konferenc. V preteklih letih so se izvajale le pri pacientih, kjer je bilo to nujno potrebno za pridobitev vseh informacij o pomembnih okoliščinah glede bivanja pacienta v domačem okolju in načrtovanju nadaljnje oskrbe. V letu 2012 smo organizacijo poskušali razširiti na vse paciente na oddelku za zdravstveno nego, obravnavanih s strani socialne službe. Zastavljen cilj ni bil dosežen, je pa realen pokazatelj nadaljnjega dela na tem področju.

Tabela 1: Število obravnav po posameznih letih

leto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	***2012***
število obravnav	220	250	320	341	346	436	419	363	***488***

Iz tabele 3 je razvidno, da se število obravnav z leti povečuje. V letu 2012 je bilo število obravnavanih v okviru socialne službe najvišje doslej. V primerjavi z letom 2011 se je število povečalo za tretjino, od začetka delovanja socialne službe, torej v zadnjih osmih letih, pa je število višje več kot za polovico. Število zaposlenih v socialni službi že vsa leta ostaja enako.

Tabela 2: Kraj odpusta po končanem zdravljenju: primerjava leta 2012 in 2011

	Kraj odpusta	***DSO***	***domov***	***umrli***	***ostalo***
2012	***Število***	130	262	56	39
	Odstotek	26 %	54 % (45 % s pomočjo na domu)	12 %	8 %
2011	***Število***	81	226	36	20
	Odstotek	22 %	62 %	10 %	6 %

2 PROSTOVOLJNO DELO

V Splošni bolnišnici Jesenice smo v novembru 2012 ponovno oživili projekt prostovoljnega dela. K sodelovanju smo pritegnili dijake jeseniške gimnazije, študente visoke šole za zdravstveno nego, upokojence in še aktivno zaposlene, ki želijo del svojega prostega časa nameniti druženju s pacienti. Odzivi so tako s strani prostovoljcev kot tudi pacientov, svojcev in zaposlenih pozitivni.

3 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2012

- strokovni posvet »Duševno zdravje in starejši«, oktober 2012
- strokovno srečanje »5. dnevi Angele Boškin«, september 2012
- »Temeljni postopki oživljanja«, maj 2012
- predavanje »Komunikacija za varnost«, februar 2012

4 CILJI ZA LETO 2013

		Doseženo (%)	Rok	Odgovoren
1.Cilj	**Pravočasno naročanje oz. aktivacija socialne službe**	93 %	Januar 2014	Soc.služba
Kazalnik	Odstotek pravočasno naročenih (vsaj 3 dni pred odpustom) obravnav glede na število vseh napotenih			
2. Cilj	**Uvajanje družinskih konferenc pri pacientih, ki so premeščeni na oddelek za zdravstveno nego**			
Kazalnik	Št. izvedenih družinskih konferenc pacientov na OZZN	55 %	Januar 2014	Soc. služba, koordinatorica na OZZN

ZAKLJUČEK

Cilj socialne službe je skupaj z vsemi vpletenimi za pacienta doseči odpust, ki bo pravočasen in varen. Ključna pri tem je učinkovita medsebojna komunikacija tako s svojci, kot tudi med zaposlenimi. Pomembno je, da svojci glede pacienta dobijo ažurne in usklajene informacije, saj so ključnega pomena za načrtovanja nadaljnje skrbi za pacienta.

Pri obravnavi pacienta je velikega pomena pravočasna zaznava dejavnikov ali drugih okoliščin, ki bi lahko pomenili otežen odpust in s tem vključitev socialne službe s strani koordinatorja zdravstvene skrbi.

V veliko primerih se izkaže, da je nekoliko podaljšana hospitalizacija eden od pomembnih dejavnikov, ki lahko pripomore k optimalnim odpustnim pogojem in omili stresno doživljanje pacienta.

Z medsebojnim sodelovanjem in uglašenostjo ter dobro komunikacijo lahko skupaj pripomoremo k trajnejši rešitvi za pacienta, kar bo preprečilo morebitno ponovno hospitalizacijo ali zaplet ob odpustu.

RAZISKOVALNA DEJAVNOST- POROČILO ZA LETO 2012

doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik
Vodja enote

1 ORGANIZIRANOST

Raziskovalna dejavnost je integralni del diagnostičnega procesa. Od leta 2008 je raziskovalna dejavnost SBJ organizirana v sklopu delovanja Raziskovalne enote. V aprilu 2009 je bil zaključen postopek registracije SBJ na Agenciji za raziskovalno dejavnost republike Slovenije. Naša bolnišnica je dobila šifro raziskovalne inštitucije 2833. Po CERIF klasifikaciji smo registrirani za 5 področij raziskovalnega delovanja, posamezni raziskovalci pa delujejo na svojih specialnih področjih kot so: abdominalna kirurgija, travmatologija, metabolne in hormonske motnje, mikrobiologija in imunologija, onkologija, srce in ožilje, ginekologija in porodništvo, zdravstveni management, pravo in ekonomija.

2 ZBOR RAZISKOVALCEV

Nosilci raziskovalne dejavnosti so registrirani raziskovalci, ki s svojimi dosežki dvigujejo kakovost zdravljenja bolnikov in večajo strokovni in družbenoekonomski ugled SBJ. Najvišje telo Raziskovalne enote je Zbor raziskovalcev, ki ga sestavljajo vsi raziskovalci SBJ. Zbor raziskovalcev se sestaja enkrat letno in je namenjen predstavitvi dosežkov raziskovalcev za preteklo leto in razpravi ter sprejemu načrta za raziskovalno delo v prihodnjem letu.

Temeljne naloge zbora so:
- spremlja delo raziskovalnih skupin,
- spremlja izvajanje projektov,
- razpravlja o nabavi raziskovalne opreme, vezane na izvedbo projektov,
- predlaga mentorje mladih raziskovalcev,
- spremlja rezultate in dosežke raziskovalnega dela zavoda,
- spodbuja mlajše sodelavce k vključevanju v interne in zunanje projekte.

V letu 2012 so se raziskovalci sestali 6. 12. 2012. Uvodno predavanje na zboru je izvedel vabljeni predavatelj iz Fakultete za farmacijo, prof. dr. Aleš Mrhar skupaj z Brigito Mavsar Najdenov. Naslov predstavitve je bil: Prirejanje odmerkov protimikrobnih zdravil pri bolnikih z motenim delovanjem organov izločanja in merjenje serumskih koncentracij. Drugo predavanje z naslovom »Meje in ovire pri raziskovanju v splošni bolnišnici« pa je podal prim. mag. Miran Rems.

3 USPEŠNOST RAZISKOVALNE ENOTE

Uspešnost raziskovalcev smo spremljali po ARRS metodologiji kvantitativne ocene bibliografskih enot in drugih aktivnosti posameznika. V obdobju od 2003 do 2012 je kvantitativna ocena Raziskovalne enote sledeča:

Podatki o citatih, ki predstavljajo temeljno merilo uspešnosti Raziskovalne enote, so:

Število čistih citatov znanstvenih del v zadnjih 10 letih (2002 - 2013) znaša 572	
A_1 - upoštevano število točk: 718,32	ocena: 2.39
A_2 - normirano število čistih citatov v zadnjih 10 letih (2002 - 2012): 230	ocena: 3.83
A_4 - izjemni dosežki pri znanstveni odličnosti $1/2(A''/A_1 + A'/A_1) + 1/20(N_c/N_č)$	ocena: 0.38

A' - zelo kvalitetni dosežki: 72,86

A'' - izjemni dosežki: 10,37

$N_č$ - število znanstvenih člankov, objavljenih v zadnjih 10 letih: 34

Skupna ocena: 6.60

4 ZAKLJUČEK

Raziskovalci smo ponosni na obseg raziskovalnega dela, ki ga uspemo opraviti ob naraščajočih delovnih obremenitvah:

ČLANKI IN DRUGI SESTAVNI DELI

1.01 Izvirni znanstveni članek

1. SARTELLI, Massimo, CATENA, Fausto, ANSALONI, Luca, LEPPANIEMI, Ari, TAVILOGLU, Korhan, GOOR, Harry van, VIALE, Pierluigi, LAZZARESCHI, Daniel Vasco, WERRA, Carlo de, MARELLI, Daniele, COLIZZA, Sergio, SCIBÉ, Rodolfo, ALIS, Halil, TORER, Nurkan, NAVARRO, Salvador, CATANI, Marco, CATENA, Fausto, REMS, Miran, PINTAR, Tadeja. Complicated intra-abdominal infections in Europe : preliminary data from the first three months of the CIAO Study. World journal of emergency surgery, 2012, vol. 7, 25 str., ilustr. http://www.wjes.org/content/pdf/1749-7922-7-15.pdf, doi: 10.118/61749-7922-7-15. [COBISS.SI-ID 228524], [Scopus do 20. 2. 2013: št. citatov (TC): 2, čistih citatov (CI): 2, normirano št. čistih citatov (NC): 2] kategorija: 1C (Z2); uvrstitev: Scopus, MBP; tipologijo je verificiral OSICM točke: 1.61, št. avtorjev: 1/74

1.04 Strokovni članek

2. FRELIH FABJAN, Anita, REMS, Miran. Zgodnji rezultati operativnega zdravljenja bolnikov z adenokarcinomom debelega črevesa in danke odkritim v programu Svit = Early results of surgical treatment of patients with colorectal adenocarcinoma detected by the Svit program. Gastroenterolog (Ljubl.), 2012, letn. 16, št. 1, str. 4-10. [COBISS.SI-ID 72656641]
kategorija: SU (S)
točke: 2.5, št. avtorjev: 1/2

3. KOMADINA, Radko, SENEKOVIČ, Vladimir, DOLENC, Igor, ANDOLJŠEK, Matej, GRABLJEVEC, Klemen, VENINŠEK, Gregor, PREŽELJ, Janez, KOCJAN, Tomaž. Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji = Recommendations for hip fracture management in Slovenia. Zdrav Vestn (Tisk. izd.). [Tiskana izd.], mar. 2012, letn. 81, št. 3, str. 183-192. http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/article/view/761/677. [COBISS.SI-ID 1536105], [JCR, WoS do 5. 5. 2012: št. citatov (TC): 0, čistih citatov (CI): 0, normirano št. čistih citatov (NC): 0] kategorija: SU (S) točke: 0.63, št. avtorjev: 1/8

1.08 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci

4. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, BREMŠE, Nina, MULEJ, Marija. Pogostnost anemije pri starejših bolnikih s srčnim popuščanjem - retrospektivna raziskava = The frequency of anemia in elderly patients with chronic heart failure : a retrospective study. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica (ur.). Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv : zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 68-73. [COBISS.SI-ID 30287065] kategorija: 4D (Z2); tipologijo je verificiral OSICM točke: 6.67, št. avtorjev: 1/3

5. GARTNER, Maja, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Laboratorijske preiskave pri starostnikih = Laboratory tests in elederly. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica (ur.). Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv : zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego,

2012, str. 166-167. [COBISS.SI-ID 72655105] kategorija: 4D (Z2); tipologijo je verificiral OSICM točke: 5, št. avtorjev: 1/2

6. ZURC, Joca, BAHUN, Mateja. Analiza učnih priprav metodike zdravstvene vzgoje pri študentih Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice: izhodišča za nove pristope pri proučevanju zdravstvene vzgoje = Analysis of students' teaching planes for health education in College of Nursing Jesenice: starting points for new health education teaching strategies. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), SKINDER SAVIĆ, Katja (ur.), ZURC, Joca (ur.). 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe. Zbornik predavanj z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego: = College of Nursing, 2012, str. 339-346. [COBISS.SI-ID 70474497] kategorija: 4D (Z2); tipologijo je verificiral OSICD točke: 10, št. avtorjev: 1/2

7. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, JERIN, Aleš. Izvajanje notranje in zunanje kontrole POCT merilnikov - pomemben dejavnik zagotavljanja varnosti pacientov = Implementation of internal and external control of POCT devices - an important factor for assuring the patient's safety. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), SKINDER SAVIĆ, Katja (ur.), ZURC, Joca (ur.). 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe. Zbornik predavanj z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego: = College of Nursing, 2012, str. 461-468. [COBISS.SI-ID 70476545] kategorija: 4D (Z2); tipologijo je verificiral OSICM točke: 10, št. avtorjev: 1/2

1.09 Objavljeni strokovni prispevek na konferenci

8. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Kakovost izvajanja in ekonomska učinkovitost testiranja ob bolniku v zdravstvenem procesu = The quality of imlication and economic efficiency of point of care testing in health care. V: JERIN, Aleš (ur.). Laboratorijska medicina ob bolniku - za bolnika! : zbornik strokovnega srečanja, Ljubljana 28. maj 2012. Ljubljana: Društvo za laboratorijsko medicino, 2012, str. 5-14. [COBISS.SI-ID 30507481] kategorija: SU (S) točke: 5, št. avtorjev: 1/1

9. JERIN, Aleš, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Modeli zagotavljanja kakovosti pri izvajanju laboratorijskega testiranja ob bolniku (POCT) = Quality management systems for providing point-of-care testing (POCT). V: JERIN, Aleš (ur.). Laboratorijska medicina ob bolniku - za bolnika! : zbornik strokovnega srečanja, Ljubljana 28. maj 2012. Ljubljana: Društvo za laboratorijsko medicino, 2012, str. 67-75. [COBISS.SI-ID 30507737] kategorija: SU (S) točke: 2.5, št. avtorjev: 1/2

10. TUŠAR, Sandra. Primer dobre prakse in prejemnika mednarodne akreditacije za bolnišnice DNV - NIAHO 2011. V: Management in vodenje v zdravstvu 2012, Portorož, marec 2012 : globalna vizija. Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje, 2012, str. 21-23. [COBISS.SI-ID 30030297] kategorija: SU (S) točke: 5, št. avtorjev: 1/1

11. REMS, Miran. Pacientov pogled na akreditacijo bolnišnice. V: Odgovor je kakovost : [referati]. [Ljubljana]: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, 2012, str. [1-3]. [COBISS.SI-ID 72551425] kategorija: SU (S) točke: 5, št. avtorjev: 1/1

12. MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Zahteve DNV international acctreditation standarda (DIAS) pri predpisovanju in dajanju zdravil = DNV accreditation standard requirements for medication prescribing and administering. V: BAHUN, Mateja (ur.), KRAMAR, Zdenka (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov : [strokovno srečanje] :

zbornik prispevkov. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 65-69. [COBISS.SI-ID 30282457] kategorija: SU (S) točke: 5, št. avtorjev: 1/1

13. TUŠAR, Sandra, PANIĆ, Zorica. Predpis in aplikacija zdravil - doseganje skladnosti s standardom DIAS = Regulation and application of medicines - achieving compliance with the DIAS standard. V: BAHUN, Mateja (ur.), KRAMAR, Zdenka (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov : [strokovno srečanje] : zbornik prispevkov. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 70-72. [COBISS.SI-ID 30288601] kategorija: SU (S) točke: 2.5, št. avtorjev: 1/2

14. REMS, Miran. Motiti se je človeško. Kje je prostor za kakovost?. V: ŽAGAR, Andreja (ur.). Višji standard v sterilizaciji - višja varnost : zbornik predavanj, Ptuj, 12. in 13. april, 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji, 2012, str. 8-11, ilustr. [COBISS.SI-ID 72656385] kategorija: SU (S) točke: 5, št. avtorjev: 1/1

15. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, GARTNER, Marija D. Laboratorijska diagnostika prekomerne prehranjenosti in debelosti. V: KRIVEC, Štefka (ur.). Seminar za inženirje in tehnike laboratorijske medicine, Izola, Jesenice, Ljubljana, maj, junij 2012. Zbornik predavanj. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo, 2012, ni pag. [15 str.], ilustr. [COBISS.SI-ID 30028505] kategorija: SU (S) točke: 2.5, št. avtorjev: 1/2

1.12 Objavljeni povzetek znanstvenega prispevka na konferenci

16. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, BREMŠE, Nina, MULEJ, Marija. The frequency of anemia in elderly patients with chronic hearth failure : a retrospective study. Clin Chem Lab Med, 2012, vol. 50, no. 9, str. A183. [COBISS.SI-ID 30285273], [JCR] kategorija: SU (S) točke: 0.67, št. avtorjev: 1/3

17. RAVNIHAR, Klemen. Preoperative planning in total hip knee replacement with use of digital radiographic planning tools. V: ŠIMNIC, Ladislav (ur.). Final programme and book of abstracts. Ljubljana: Society of Orthopaedic Surgery Development, 2012, str. 45. [COBISS.SI-ID 30026457] kategorija: SU (S) točke: 2, št. avtorjev: 1/1

18. ANDOLJŠEK, Matej. Open reduction and internal fixation of displaced intraarticular fracture of the calcaneus: influenece of type of fracture and congruency of the subtalar joint upon functional result. V: ŠIMNIC, Ladislav (ur.). Final programme and book of abstracts. Ljubljana: Society of Orthopaedic Surgery Development, 2012, str. 82. [COBISS.SI-ID 30026969] kategorija: SU (S) točke: 2, št. avtorjev: 1/1

19. FABJAN, Andrej, ANDOLJŠEK, Matej. Syndesmotic screw in ankle fracture treatment - between theory and daily practice. V: ŠIMNIC, Ladislav (ur.). Final programme and book of abstracts. Ljubljana: Society of Orthopaedic Surgery Development, 2012, str. 87. [COBISS.SI-ID 30027225] kategorija: SU (S) točke: 1, št. avtorjev: 1/2

20. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, RUS, Igor. Results of two different PTH assays in CKD patients. V: MARN-PERNAT, Andreja (ur.). 5. slovenski nefrološki kongres z mednarodno udeležbo, Bled, Slovenija, 17.-20. oktober 2012. Končni program, vabljena predavanja in knjiga izvlečkov. Ljubljana: SZD - Slovensko nefrološko društvo: = Slovenian Society of Nephrology, 2012, str. 131. [COBISS.SI-ID 30286041] kategorija: SU (S) točke: 2, št. avtorjev: 2/2

21. RUS, Igor, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Treatment of anemia with darbepoetin alfa in CKD patients. V: MARN-PERNAT, Andreja (ur.). 5. slovenski nefrološki kongres z

mednarodno udeležbo, Bled, Slovenija, 17.-20. oktober 2012. Končni program, vabljena predavanja in knjiga izvlečkov. Ljubljana: SZD - Slovensko nefrološko društvo: = Slovenian Society of Nephrology, 2012, str. 132. [COBISS.SI-ID 30286297] kategorija: SU (S) točke: 2, št. avtorjev: 2/2

22. REMS, Miran, VEJNOVIČ, Sašo, ŽGAJNAR, Janez. Onkološko gastroenterološki konzilij preko videokonference = Oncologic gastroenterologic videoconference expert meeting. V: LESKOŠEK, Branimir (ur.), JUVAN, Peter (ur.). Povezani za več inovacij : zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, 2012, str. 78-80. [COBISS.SI-ID 72324353] kategorija: SU (S) točke: 0.67, št. avtorjev: 1/3

23. KALAN, Gregor, TUŠAR, Sandra, ZIDAR, Nina. Small neuroendocrine tumor of appendix with metastasis in the ileocecal lymphnode : a case report. Virchows Arch., Sep. 2012, vol. 461, suppl. 1, str. S181 - S182. [COBISS.SI-ID 30285529], [JCR, WoS do 5. 1. 2013: št. citatov (TC): 0, čistih citatov (CI): 0, normirano št. čistih citatov (NC): 0] kategorija: SU (S) točke: 1.33, št. avtorjev: 2/3

24. REMS, Miran, DOLENC, Matej, JEMEC, Marko, TUŠAR, Sandra, KUNSTELJ, Andrej. Treatment of infectious complications after reconstruction of incisional hernia with retromuscular mesh (rives stoppa). V: GORJANC, Jurij (ur.). Zbornik 5. slovenskega simpozija in delavnice o kilah z mednarodno udeležbo : UKC Ljubljana, 9. novembra 2012 : University Medical Centre Ljubljana, November 9th 2012. Ljubljana: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo UKC: Herniološko združenje Slovenije, 2012, str. 49. [COBISS.SI-ID 72560129] kategorija: SU (S) točke: 0.8, št. avtorjev: 2/5

25. REMS, Miran, GAŠPERIN, Miha, DOLŽAN LINDIČ, Helena. Day surgery for 2125 adult inguinal hernia repair. V: GORJANC, Jurij (ur.). Zbornik 5. slovenskega simpozija in delavnice o kilah z mednarodno udeležbo : UKC Ljubljana, 9. novembra 2012 : University Medical Centre Ljubljana, November 9th 2012. Ljubljana: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo UKC: Herniološko združenje Slovenije, 2012, str. 50-51. [COBISS.SI-ID 72560641] kategorija: SU (S) točke: 0.67, št. avtorjev: 1/3

26. LUŽNIK, Urška, BRLOGAR, S., AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Značilnosti prehranjevalnih navad laboratorijskega osebja = Nutrition habits of laboratory employes. V: KOBE, Jasna Modrica (ur.). 4. slovenski kongres tehnikov laboratorijske medicine, Portorož, 28.-29. september 2012. Zbornik strokovnih prispevkov : abstract book. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo, 2012, str. 40. [COBISS.SI-ID 30285785] kategorija: SU (S) točke: 0.67, št. avtorjev: 1/3
1.13 Objavljeni povzetek strokovnega prispevka na konferenci

27. ANDOLJŠEK, Matej. Failed primary treatment of calcaneal fracture - what to do?. V: ŠIMNIC, Ladislav (ur.). Final programme and book of abstracts. Ljubljana: Society of Orthopaedic Surgery Development, 2012, str. 81. [COBISS.SI-ID 30026713] kategorija: SU (S) točke: 1, št. avtorjev: 1/1

28. REMS, Miran. Od letal k bolnišnicam, od pilotov k zdravnikom. V: Odgovor je kakovost : povzetki referatov. [Ljubljana]: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, [2012], str. 24. [COBISS.SI-ID 30286553] kategorija: SU (S) točke: 1, št. avtorjev: 1/1

29. FABJAN, Aleš, KOVAČ, Miha, RUPEL, Andrej, RUPAR, Petra, ANDOLJŠEK, Matej. Zdravljenje zlomov zgornjega dela nadlahtnice v Splošni bolnišnici Jesenice (2006-2010). V: KOMADINA, Radko (ur.). Operativno zdravljenje zlomov proksimalnega in distalnega dela humerusa pri starostniku. Celje: Splošna in učna bolnišnica, 2012, str. 47-48. [COBISS.SI-ID 29609689] kategorija: SU (S) točke: 0.2, št. avtorjev: 1/5

30. ANDOLJŠEK, Matej, RUPAR, Petra. Zlomi distalnega humerusa pri starostnikih. V: KOMADINA, Radko (ur.). Operativno zdravljenje zlomov proksimalnega in distalnega dela humerusa pri starostniku. Celje: Splošna in učna bolnišnica, 2012, str. 49. [COBISS.SI-ID

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

Helena Ribič, dr. med., spec. klin. mikrobiologije
Predsednica KOBO

UVOD

Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb je v letu 2012 imela 17 članov. Delo komisije, pravice in dolžnosti članov ureja Poslovnik o delu KOBO (SOP 37, verzija 2). Proces dela in odgovornosti za izvedbo posameznih aktivnosti so določeni v dokumentu Proces preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (SOP 20, verzija 3).

1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2012

Cilji za leto 2012 so bili:

1. zagotoviti kakovostno in z vidika bolnišničnih okužb varno oskrbo bolnikov.
2. Vzdrževati nizko incidenco v bolnišnici pridobljenih bakterij MRSA in bakterij z encimi ESBL
3. Vzdrževati ničelno incidenco seps v povezavi z žilnimi katetri
4. Sodelovanje v morebitnih nacionalnih in mednarodnih raziskavah na področju bolnišničnih okužb.
5. Povečati ozaveščenost zaposlenih o pomenu preprečevanja bolnišničnih okužb s poudarkom na preprečevanju in prijavi poškodb z možnostjo okužbe.

Vse aktivnosti v letu 2012 so bile usmerjene k varni oskrbi bolnikov. Nadaljevali smo z aktivnostmi na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb in z reševanjem aktualnih problemov. V letu 2012 smo obravnavali več bolnikov koloniziranih ali okuženih z večkratno odpornimi bakterijami kot v letu 2011: proti meticilinu odpornim *Staphylococcus aureus* (MRSA), enterobakterijami z encimi laktamaze beta razširjenega spektra (ESBL), večkratno odpornimi acinetobaktri in pseudomonasi. Na področju obvladovanja MRSA smo zabeležili pomembno večjo incidenco v bolnišnici pridobljene kolonizacije/okužbe v primerjavi z letom 2011. Zabeležili smo en primer sepse v povezavi z žilnim katetrom. Sodelovali smo pri pobudi Svetovne zdravstvene organizacije ob 5. maju in ob evropskem dnevu osveščanja o antibiotikih (18. november).

2.1. SESTANKI KOBO

KOBO se je v letu 2012 sestala štirikrat. Člani smo obravnavali aktualno problematiko, pripravili in sprejeli navodila za delo ter druge dokumente.

2.2 OBVLADOVANJE MRSA, VRE, BAKTERIJ Z ESBL IN DRUGIH PROTI ANTIBIOTIKOM ODPORNIH BAKTERIJ

SOBO, ZOBO in drugi člani komisije smo sodelovali pri obravnavi primerov bolnikov z MRSA, VRE (proti vankomicinu odpornih enterokokov), z bakterijami z encimi ESBL, z večkratno odpornimi bakterijami *Pseudomonas aeruginosa* ter *Acinetobacter* spp. ter pri nadzoru izvajanja ukrepov za preprečevanje širjenja teh bakterij.

Na področju obvladovanja MRSA smo zabeležili pomembno večjo incidenco v bolnišnici pridobljene kolonizacije ali okužbe v primerjavi z letom 2011. V letu 2012 smo v SBJ

obravnavali 80 primerov bolnikov s kolonizacijo ali okužbo z bakterijo MRSA (0,5 primera na 100 sprejemov); 57 bolnikov z že znano kolonizacijo/okužbo z MRSA ob sprejemu in 23 bolnikov z v SBJ pridobljeno bakterijo MRSA (0,15 na 100 sprejemov). Obravnavali smo več izbruhov. Raziskovali in analizirali smo vzroke ter izvedli ukrepe za zamejitev širjenja. Izvedli smo dve molekularni analizi sevov MRSA ob izbruhih, s katerima smo potrdili epidemiološko povezanost primerov in v enem primeru ugotovili vir. Izvedli smo dekolonizacijo koloniziranih zaposlenih in nekaterih bolnikov. Poročilo o kazalniku kakovosti kolonizacija/okužba z MRSA v letu 2012 je objavljeno v poročilu Lidije Ahec, dipl. m. s.

Kot kaže mikrobiološko poročilo Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj, smo v letu 2012 obravnavali 3 bolnike z invazivno okužbo z MRSA (bakterije so izolirali iz hemokultur), kar je več kot v preteklih letih (od 0 do 2 primera na leto), pri treh bolnikih je bila bakterija z MRSA izolirana iz spodnjih dihal in pri 6–ih bolnikih iz ran, razjed ali vzorca tkiva.

Pripravili smo novo verzijo dokumenta Protokol preprečevanja širjenja MRSA (SOP BO 1, verzija 2) in Dejavniki tveganja za odvzem nadzornih kužnin (SOP NA 14).

Obravnavali smo 1 bolnika, koloniziranega s proti vankomicin odpornim enterokokom (VRE) in 216 primerov bolnikov z bakterijo z encimi ESBL (incidenca 1,35 primera na 100 sprejemov), od tega 5 primerov bolnikov z invazivno okužbo z ESBL pozitivno bakterijo *E. coli* (bakterija je bila izolirana iz hemokulture). Med ESBL pozitivnimi bolniki je bilo tudi 27 primerov, pri katerih smo osamili bakterijo *Klebsiella pneumoniae* z encimi ESBL, med njimi so imeli 4 bolniki okužbo sečil, ena bolnica pa rano ob gangreni palca; pri ostalih 22 bolnikih je bila bakterija *K. pneumoniae* z encimi ESBL izolirana le iz nadzornih kužnin.

V letu 2012 smo obravnavali 7 bolnikov, koloniziranih ali okuženih z večkratno odpornim acinetobaktrom, med izoliranimi sevi so bili pri štirih bolnikih sevi, odporni proti karbapenemom, med njimi pri treh bolnikih sevi *Acinetobacter baumanii,* ki so bili odporni proti vsem testiranim antibiotikom razen proti kolistinu. To je pomembno več kot v preteklih treh letih: v letu 2011 smo obravnavali le en primer proti karbapenemom odporne bakterije *A. baumanii*, v letu 2010 pa nobenega.

Med sevi *Pseudomonas aeruginosa* smo pri devetih bolnikih izolirali sev, odporen proti karbapenemom, v letu 2011 pa pri sedmih.

2.3 VARNO DELO ZAPOSLENIH

SOBO je izvajala spremljanje poškodb z možnostjo prenosa okužb pri zaposlenih in o tem obdobno poročala na sestankih KOBO, kjer smo pripravili predloge preventivnih ukrepov. V letu 2012 je bilo prijavljenih 33 primerov incidentov, kar je manj kot v letu 2011 (39 primerov). Poročilo je objavljeno v poročilu Lidije Ahec, dipl. m. s. Ocenjujemo, da prijavljanje poškodb še vedno ni zadovoljivo, potrebno je nadaljevati z osveščanjem zaposlenih o pomenu prijave poškodb.

2.4 OBVLADOVANJE LEGIONELOZ

Sodelovali smo pri izvajanju in nadzoru izvajanja ukrepov za obvladovanje legioneloz v SBJ skladno z dokumentom Protokol preventivnih ukrepov za zmanjševanje tveganja okužb z legionelo iz vodnih virov. Obravnavali smo en primer visokega števila legionel na izlivki.

2.5 OBVLADOVANJE OKUŽB DIHAL, ČREVESNIH IN DRUGIH BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Aktivno smo sodelovali pri preprečevanju širjenja gripe v sezoni 2012/2013, pri obvladovanju črevesnih in drugih nalezljivih bolezni. Izbruhov gripe in črevesnih nalezljivih okužb v letu 2012 nismo zabeležili.

Obravnavali smo enega pacienta s sumom na aktivno tuberkulozo (sum je bil kasneje ovržen). Pripravili smo osnutek navodil za preprečevanje širjenja tuberkuloze v SBJ.

2.6 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

Izvedli smo nekaj izobraževanj na področju bolnišničnih okužb za zaposlene:

- izobraževanja novozaposlenih zdravnikov s poudarkom na higieni rok;
- predavanje o okužbah osrednjih žilnih katetrov smo aktivno sodelovali na izobraževalnem dnevu EITOS
- izobraževanje o higieni rok ob 5. maju, svetovnem dnevu higiene rok (glej 2.8.1)
- predavanje o preprečevanju prenosa okužb preko zraka in aerogeni izolaciji.

2.7 EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Druga Slovenska nacionalna presečna raziskava bolnišničnih okužb (SNPRBO) je potekala v oktobru 2011, koordinirali so jo strokovnjaki Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) v sodelovanju s strokovnjaki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. V SBJ smo raziskavo izvedli med 11. in 13. oktobrom 2011. V letu 2012 smo sodelovali pri preverjanju in urejanju baze podatkov.

Končni rezultati, ki so bili predstavljeni na strokovnem srečanju v Ljubljani decembra 2012, za SB jesenice kažejo, da je med 164 obravnavanimi pacienti kriterijem za bolnišnično okužbo ustrezalo osem pacientov (4,9 %), v Sloveniji pa med 5.628 pacienti 358; 6,4 % (5,7-7,0). V SBJ je bila pri sedmih pacientih ugotovljena ena BO, pri eni pacientki, obravnavani v EITOS, pa dve.

Tabela 1: Bolniki z ugotovljeno bolnišnično okužbo v 2. SNPRBO

Število pacientov z BO in odstotek glede na 164 obravnavanih pacientov	**Vrsta okužbe**	**Opomba**
3 (1,8 %)	BO sečil	
3 (1,8 %)	BO spodnjih dihal	od tega pri dveh pacientih bolnišnična pljučnica; 1,2 %
1 (0,6 %)	BO kirurške rane	
1 (0,6 %)	BO v povezavi z osrednjim venskim katetrom	okužba ugotovljena ob sprejemu v SBJ
1 (0,6 %)	BO prebavil	
Skupaj 8 pacientov; 4,9 % (2,1-9,4 %)		

2.8 DRUGE IZVEDENE AKTIVNOSTI

2.8.1. Higiena rok

Z osveščanjem zaposlenih o higieni rok smo sodelovali pri pobudi Svetovne zdravstvene organizacije ob 5. maju, dnevu higiene rok »5 minutes for clean hands«. Izvedli smo kratka predavanja na jutranjih raportih zdravnikov, predavanje o higieni rok z okroglo mizo in obvestilo na intranetu za vse zaposlene. V avli bolnišnice smo pripravili plakat in možnost preverjanja ustreznosti razkuževanja rok za bolnike in obiskovalce.

2.8.2 Preudarna raba antibiotikov

Ob 5. evropskem dnevu preudarne rabe antibiotikov je predsednica KOBO skupaj s predsednico Komisije za antibiotike s kratkim pozivom seznanila zaposlene s potrebo po pravilni uporabi antibiotikov in sodelovala na strokovnem srečanju, ki ga je 16.11. 2012 organizirala Komisija za smiselno rabo protimikrobnih zdravil pri Ministrstvu za zdravje v Ljubljani.

2.8.3 Občutljivost bakterij za antibiotike

Predsednica KOBO je s sodelavci Laboratorija za medicinsko mikrobiologijo Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj s podatki o občutljivosti bakterij pri bolnikih SBJ v letu 2011 sodelovala pri pripravi poročila SKUOPZ (Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila v Sloveniji) »Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2011«, ki je v celoti objavljeno na spletni strani SKUOPZ.

2.8.4 Anketa Svetovne zdravstvene organizacije

Izvedli smo anketo Svetovne zdravstvene organizacije o poznavanju higiene rok in bolnišničnih okužb za zaposlene. Anketa je bila objavljena na intranetu v oktobru in novembru 2012, izpolnila jo je tretjina zaposlenih, ki imajo vsakodnevno stik z bolniki: 23 % od vseh zaposlenih zdravnikov, 42 % dipl. m. s. in babic, 29 % zdravstvenih tehnikov, 46 % inženirjev in 62 % terapevtov. Poročilo z rezultati je bilo objavljeno na intranetu bolnišnice. Na osnovi rezultatov smo pripravili načrt izobraževanja o higieni rok za zaposlene za leto 2013.

3 CILJI ZA LETO 2013

- Zagotoviti kakovostno in z vidika bolnišničnih okužb varno oskrbo bolnikov,
- vzdrževati nizko incidenco v bolnišnici pridobljenih bakterij MRSA in bakterij z encimi ESBL in karbapenemazami,
- zagotoviti ničelno incidenco seps v povezavi z žilnimi katetri,
- sodelovanje v nacionalni raziskavi spremljanja okužb kirurških ran,
- povečati ozaveščenost zaposlenih o pomenu preprečevanja bolnišničnih okužb s poudarkom na higieni rok.

4 ZAKLJUČEK

V letu 2012 smo izvedli načrtovane aktivnosti. Rezultati so razen na področju obvladovanja MRSA in prijave poškodb z možnostjo prenosa okužb zadovoljivi.

5 OBJAVE

- Štrumbelj I, Berce I, Žohar Čretnik T, Harlander T, Jeverica S, Kavčič M, Kolman J, Lorenčič Robnik S, Müller-Premru M, Paragi M, Piltaver-Vajdec I, Pirš M, Ribič H, in sod. Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2011. 1. izdaja, Ljubljana. Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila v Sloveniji,

2012. Dosegljivo na URL: http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz/skuopz/files/bakterijska-obcutljivost-v-sloveniji-2011.pdf

- Ribič H. Tudi zaposleni smo lahko nosilci bakterije MRSA. Bolje, december 2012;17:24-6.

- Dolenc M. Preprečevanje okužb pri operacijskih posegih. Vabljeno predavanje, Ljubljana, 2012. Enosemestrski podiplomski tečaj Bolnišnična higiena 2011/2012 za diplomirane medicinske sestre, zdravstvenike, sanitarne inženirje. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta Katedra za mikrobiologijo in imunologijo in UKC Ljubljana.

- Ribič H. Dobra klinična praksa in znižanje BO v SB Jesenice. Vabljeno predavanje, Ljubljana, 2012. Enosemestrski podiplomski tečaj Bolnišnična higiena 2011/2012 za diplomirane medicinske sestre, zdravstvenike, sanitarne inženirje. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta Katedra za mikrobiologijo in imunologijo in UKC Ljubljana.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE V LETU 2012

Brigita Mavsar-Najdenov, mag. farm., spec. klin. farm.
Predsednica komisije

UVOD

Komisija za antibiotike je posvetovalni organ strokovnega direktorja zavoda in obravnava vsebine s področja uporabe protimikrobnih zdravil (PMZ), skladno s potrebami stroke in z zahtevami strokovnega direktorja zavoda. Sestavljajo jo člani, ki jih imenuje strokovni svet, in sicer: specialisti temeljnih bolnišničnih oddelkov, klinični mikrobiolog oz. zdravnik za obvladovanje bolnišničnih okužb (ZOBO) in klinični farmacevt. Deluje v skladu s Poslovnikom, ki je odobren s strani direktorja SBJ. Komisija za antibiotike je bila v SBJ ustanovljena 22. 3. 2001.

1 OSNOVNE NALOGE KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE

- spremljanje in analiza porabe PMZ
- nadzor nad uvajanjem novih identov PMZ
- oblikovanje in prenavljanje internih smernic, priporočil ter navodil za varno in učinkovito uporabo PMZ
- Nacionalno spremljanje profilaktične rabe antibiotikov - obvezen kazalnik kakovosti Ministrstva za zdravje (MZ) št. 46 *(Priročnik o kazalnikih kakovosti MZ- sklop kazalnikov učinkovitosti zdravstvene oskrbe, december 2010)*
- Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe PMZ - obvezen kazalnik kakovosti Ministrstva za zdravje (MZ) št. 64 (*Priročnik o kazalnikih kakovosti MZ- sklop kazalnikov učinkovitosti zdravstvene oskrbe, december 2010)*
- izvajanje nacionalnega Programa smotrne rabe in spremljanja porabe PMZ (Pravilnik o dopolnitvah Pravilnika o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb MZ RS, Ur .l. RS, št. 10/2011 z dne 18. 2 2011)
- izobraževanje in informacijska dejavnost
- sodelovanje v mednarodnih projektih spremljanja porabe protimikrobnih zdravil
- sodelovanje z Nacionalno komisijo za smiselno rabo antibiotikov
- sodelovanje z ostalimi strokovnimi in upravnimi forumi SBJ (Komisija za antibiotike, Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb, Komisija za medicinsko tehnične pripomočke, Komisija za transfuzijsko medicino, Enota za raziskovalno dejavnost, strokovni kolegij zdravnikov, strokovni kolegij zdravstvene nege, upravni kolegij)

2 CILJI

Cilj aktivnosti komisije je **varna, učinkovita in kakovostna oskrba bolnikov s protimikrobnimi zdravili v SBJ**, dosežena s pomočjo:

- nadzorovane, varne, učinkovite in stroškovno optimalne uporabe PMZ
- smiselne izkustvene in usmerjene uporabe PMZ v skladu slovenskimi priporočili za predpisovanje PMZ v bolnišnicah in v skladu z rezultati analiz občutljivosti najpogosteje osamljenih bakterijskih povzročiteljev okužb v SBJ
- izobraževanja in informacijske dejavnosti

3 ČLANI

1. Brigita Mavsar Najdenov, mag. farm., spec. klin. farm. - predsednica
   in člani:

2. Helena Ribič, dr. med., spec. klin. mikrobiol. - predsednica KOBO in ZOBO SBJ
3. Matej Dolenc, dr. med., spec. krg. - kirurški oddelek
4. Joško Fajdiga, dr. med., spec. int. med. - interni oddelek
5. Aleksandra Kern, dr. med., spec. anest. - enota za anestezijo in reanimacijo
6. Drago Sredanovič, dr. med., spec. gin. - ginekološko-porodniški oddelek
7. Tina Šavs Požek, dr. med., spec. ped. - otroški oddelek

4 OPRAVLJENO DELO V LETU 2012:

Člani Komisije za antibiotike smo se sestali na 2 sestankih.

4.1 ANALIZA PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

Stroškovno in količinsko smo analizirali 8-mesečno porabo protimikrobnih zdravil v l. 2012 in porabo PMZ v letu 2011.

Analizirali smo tudi porabo protimikrobnih zdravil v SBJ, primerjalno s povprečnimi vrednostmi za slovenske splošne bolnišnice, v enotah ATC DDD/100 BOD.

Tabela 1: Primerjava porabe protibakterijskih zdravil (J01) v SBJ s povprečnimi vrednostmi slovenskih splošnih bolnišnic (v številu DDD/100 BOD)

	2010		2011	
	slovensko povprečje	SBJ	slovensko povprečje	SBJ
Celotna bolnišnična poraba	61,34	54,12	59,12	53,98
IIT	161,67	91,32	134,28	87,89
KIT-CIT-EITOS	198,55	117,74	174,80	139,20
INTERNI ODD.	65,66	63,12	68,46	65,80
KIRURŠKI ODD.	59,14	51,39	59,92	48,56
GIN-POR ODD.	32,20	21,27	31,03	27,26
OTROŠKI ODD.	36,82	20,18	43,63	25,81

(*Vir: https://anbico.si-map.org/. Podatki so obdelani po metodologiji:* ***ATC 2011.***)

Podatki za Slovenijo kažejo rahel upad porabe antibiotikov v bolnišnicah. Naša bolnišnica se vsa opazovana leta uvršča med bolnišnice z nižjo porabo antibiotikov, z vrednostmi pod slovenskim povprečjem – tako bolnišnica v celoti, kakor tudi po oddelkih, s čimer smo lahko zadovoljni. Izboljšati bi morali le strukturo porabljenih antibiotikov in znižati porabo cefalosporinov 3. generacije, kinolonov ter karbapenemov.

4.2 EVROPSKI PROJEKT SPREMLJANJA PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL (ESAC – EUROPEAN SURVEILLANCE OF ANTIMICROBIAL CONSUMPTION)

Letos teče že enajsto leto, odkar smo se, preko koordinatorja za Slovenijo, prof. dr. Milana Čižmana, vključili v evropski projekt spremljanja ambulantne in bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil (ESAC). Podatke o porabi pošiljamo na Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana enkrat letno, v začetku leta za predhodno leto. Tam poslane podatke pretvorijo v enote ATC/DDD klasifikacijskega sistema in jih objavijo na spletni strani Nacionalne komisije za smiselno rabo antibiotikov. Dostop do podatkov je urejen tudi za strokovno osebje SBJ, na intranetni strani SBJ, v rubriki Komisije za antibiotike.

4.3 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

- 18. novembra sva se predsednici KOBO in Komisije za antibiotike v Ljubljani udeležili Posveta ob mednarodnem dnevu preudarne rabe antibiotikov, ki ga je organiziralo

Ministrstvo za zdravje RS ter na intranetu SBJ objavili kratko sporočilo posveta zaposlenim glede preudarne rabe antibiotikov

- prenovljena je bila spletna stran Komisije za antibiotike

5 NAČRT DELA V LETU 2013

Področje	Naloga
Spremljanje porabe PMZ	- Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 1. 1. do 31. 12. 2012 - Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 1. 1. do 31. 8. 2013 - Spremljanje in analiza porabe PMZ na nacionalni ravni v ATC DDD/100 BOD – sodelovanje v projektu ESAC
Smernice in priporočila za predpisovanje in zdravljenje s PMZ	- Smernice za zaščitno uporabo PMZ pri posegih na področju interne medicine - Smernice za zdravljenje najpogostejših okužb v SBJ
Spremljanje kazalnikov kakovosti	- Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe PMZ - obvezen kazalnik kakovosti Ministrstva za zdravje (MZ), št. 64 - Nacionalno spremljanje profilaktične rabe antibiotikov - obvezen kazalnik kakovosti Ministrstva za zdravje (MZ) ,št. 46

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA V LETU 2012

Brigita Mavsar-Najdenov, mag. farm., spec. klin. farm.
Predsednica komisije

UVOD

Komisija za zdravila je posvetovalni organ strokovnega direktorja zavoda in obravnava vsebine s področja uporabe zdravil, skladno s potrebami stroke in z zahtevami strokovnega direktorja zavoda. Sestavljajo jo člani, ki jih imenuje strokovni svet, in sicer: predstojniki temeljnih bolnišničnih oddelkov in klinični farmacevt. Deluje v skladu s Poslovnikom, ki ga je odobril direktor SBJ. Komisija za zdravila je bila v SBJ ustanovljena 24. 5. 1994.

1 OSNOVNE NALOGE KOMISIJE ZA ZDRAVILA

- spremljanje in analiza porabe zdravil
- nadzor nad uvajanjem novih identov zdravil
- nadzor nad uporabo neregistriranih zdravil
- oblikovanje in prenavljanje internih smernic, priporočil ter navodil za varno in učinkovito uporabo zdravil
- nadzor nad prijavljanjem stranskih učinkov in zastrupitev na CZZ
- presoja glede izvedb postmarketinških raziskav zdravil v SBJ
- izobraževanje in informacijska dejavnost
- sodelovanje z ostalimi strokovnimi in upravnimi forumi SBJ (Komisija za antibiotike, Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb, Komisija za medicinsko tehnične pripomočke, Komisija za transfuzijsko medicino, Enota za raziskovalno dejavnost, Strokovni svet, Strokovni svet zdravstvene nege, upravni kolegij)

2 CILJI

Cilj aktivnosti komisije je **varna, učinkovita in kakovostna oskrba bolnikov z zdravili v SBJ**, dosežena s pomočjo:

- nadzorovane, varne, učinkovite in stroškovno optimalne uporabe zdravil
- vzpostavljenega sistema farmakovigilance
- nadzorovanih postmarketinških raziskav zdravil
- izobraževanja in informacijske dejavnosti

3 ČLANI

1. Brigita Mavsar Najdenov, mag. farm., spec. kl. farm. - predsednica
2. prim. asist. Janez Pšenica, dr. med., spec. krg. - član
3. prim. Jernej Markež, dr. med., spec. int. - član
4. Judita Mandelc Kunčič, dr. med., spec. anest. - članica
5. Drago Sredanovič, dr. med., spec. gin. - član
6. Peter Najdenov, dr. med., spec. ped. - član

4 OPRAVLJENO DELO V LETU 2012

Člani smo se sestali na 2 rednih sestankih, 2 seji sta bili izvedeni korespondenčno.

4.2. SPREMLJANJE IN ANALIZA PORABE ZDRAVIL

Tabela 1: Prikaz porabe zdravil in ostalega materiala v letih 2010, 2011 in 2012

	PORABA V LETU 2010	***2010 / 2009***	***PORABA V LETU 2011***	***2011 / 2010***	***PORABA V LETU 2012***	***2012 / 2011***
ŠTEVILO ODPUŠČENIH PACIENTOV	13.400	107 %	13.240	99 %	13.790	104 %
CELOTNA PORABA LEK. MAT.	5.788.362,78 EUR	103 %	5.804.880,31 EUR	100 %	5.764.440,25 EUR	99 %
CELOTNA PORABA LEK. MAT. / PACIENTA	432 EUR	96 %	438 EUR	101 %	418 EUR	95 %
ZDRAVILA	1.585.517,27 EUR	107 %	1.553.309,68 EUR	98 %	1.531.729,32 EUR	98 %
delež zdravil v celotni porabi lek. materiala	27,40 %		26,80%		26,57 %	
ZDRAVILA / PACIENTA	118 EUR	99 %	117 EUR	99 %	111 EUR	95 %
NARKOTIKI	27.971,77 EUR	99 %	21.886,08 EUR	78 %	20.065,96 EUR	92 %
ANTIBIOTIKI	359.521,48 EUR	114 %	342.270,85 EUR	95 %	338.099,11 EUR	98 %
delež antibiotikov v porabi zdravil	22,7 %		22,0 %		22,0 %	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	26,8 EUR	106 %	25,8 EUR	96 %	24,5 EUR	95 %
NM HEPARINI	82.158,90 EUR	84 %	64.733,36 EUR	79 %	59.820,76 EUR	92 %
delež NMH v porabi zdravil	5,2 %		4,2 %		3,9 %	
ALERGENI	2.634,18 EUR	110 %	1.796,71 EUR	68 %	2.523,51 EUR	140 %
KRI	n. p.		n. p.		n. p.	
SERUMI	8.056,43	70 %	5.599,03	69 %	6.470,47	116 %
PLAZMA	n. p.		n. p.		n. p.	
ALBUMINI	108.635,67 EUR	94 %	87.350,26 EUR	80 %	67.919,28 EUR	78 %
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	111.575,45 EUR	85 %	106.464,65 EUR	95 %	111.742,52 EUR	105 %
DIETETIČNA HRANA	44.846,63 EUR	115 %	34.295,66 EUR	76 %	34.695,19 EUR	101 %
OBVEZILNI MATERIAL	331.862,93 EUR	107 %	353.559,07 EUR	106 %	363.419,25 EUR	103 %
ŠIVALNI MATERIAL	81.831,86 EUR	104 %	100.073,87 EUR	122 %	94.010,73 EUR	94 %
OSM. PROTEZE	878.841,03 EUR	120 %	1.018.670,45 EUR	116 %	979.419,85 EUR	96 %
OSTALI POTROŠNI MATERIAL	1.368.476,98 EUR	112 %	1.346.359,76 EUR	98 %	1.400.929,82 EUR	104 %
RENTGENSKI MATERIAL	116.566,13 EUR	100 %	130.539,15 EUR	112 %	110.654,02 EUR	85 %
DIALIZNI MATERIAL	454.369,08 EUR	91 %	428.564,88 EUR	94 %	391.344,86 EUR	91 %
LABORATORIJSKI TESTI	509.110,56 EUR	129 %	522.769,98 EUR	103 %	611.042,26 EUR	117 %
TRANSFUZIJSKI TESTI	27.073,98 EUR	42 %	21.852,54 EUR	81 %	n.p	
KISIK	34.378,56 EUR	111 %	25.852,80 EUR	75 %	n.p	
KEMIKALIJE FARM.	20.477,96 EUR	117 %	26.404,84 EUR	129 %	14.825,75 EUR	56 %
KEMIKALIJE ANAL.	2.957,62 EUR	77 %	4.001,55 EUR	135 %	2.662,63 EUR	66 %
EMBALAŽA LEK	3.709,11 EUR	124 %	4.207,85 EUR	113 %	4.035,42 EUR	96 %
MAGISTRAL. PREPARATI	3.757,42 EUR	125 %	3.800,30 EUR	101 %	3.047,32 EUR	80 %
LEK.- PREDELAVA, NESTERILNI PRIPR.	3.590,09 EUR	55 %	5.087,15 EUR	142 %	4.763,53 EUR	94 %

V letih 2010, 2011 in 2012 je opazen trend zniževanja porabe denarja za zdravila. Število

odpuščenih pacientov je bilo v letu 2012 za 4 % večje v primerjavi z l. 2011. Delež vrednosti zdravil v primerjavi z vrednostjo vsega lekarniškega materiala se v opazovanih letih znižuje in je v l. 2012 dosegel vrednost 26,57 %. Prav tako se v opazovanih letih znižuje strošek zdravil na pacienta in je v letu 2012 dosegel vrednost 111 EUR/ pacienta. Trendi zniževanja stroškov so v letu 2012 opazni pri vseh opazovanih skupinah zdravil, in sicer pri antibiotikih, narkotikih, nizkomolekularnih heparinih (NMH) in albuminih. Rahel porast je opazen v skupini dezinfekcijskih sredstev in dietetične hrane.

Za primerjavo so dodane še vrednosti porabe denarja na kontnih skupinah lekarniškega materiala, ki obsegajo medicinsko tehnične pripomočke (MTP). V letu 2012 je opazen trend naraščanja stroškov za obvezilni material, ostali potrošni material in za laboratorijske teste.

4.3 ODOBRITVE NOVIH IDENTOV ZDRAVIL

Obravnavali in odobrili smo 38 predlogov novih identov zdravil, od katerih je bilo 6 odobrenih izredno.

4.4 NEREGISTRIRANA ZDRAVILA

V skladu z zahtevanimi pogoji Javne agencije RS za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP) za posredovanje vlog za neregistrirana zdravila veledrogerijam na novem obrazcu, smo izvedli natančnejšo revizijo vseh zdravil s seznama, njihovih strokovnih utemeljitev uporabe in potrebnih letnih količin.

Na seznamu je 91 zdravil, od teh jih je 23 na Seznamu nujnih zdravil v humani medicini RS.

4.5 VARNOST, UČINKOVITOST IN KAKOVOST UPORABE ZDRAVIL

Pripravili in objavili smo tabele:
- *Seznam zamenljivih zdravil v SBJ – peroralne oblike*
- *Seznam zamenljivih zdravil v SBJ – parenteralne oblike*
- *Priprava in aplikacija zdravil za parenteralno uporabo*

4.6 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

Prenovljena in dopolnjena je bila spletna stran Komisije za zdravila. Uredili smo spletne povezave z:
- *Uradno javno bazo podatkov o zdravilih RS (BPZ),*
- *Centralno bazo zdravil RS (CBZ-2)* in
- *Registrom zdravil evropske agencije za zdravila.*

5 NAČRT DELA V LETU 2013

Področje	Naloga
Spremljanje porabe zdravil	• Stroškovna in količinska analiza porabe zdravil od 1. 1. do 31.12. 2012 • Stroškovna in količinska analiza porabe zdravil od 1. 1. do 31. 8. 2013 • Zbiranje podatkov o porabi bioloških zdravil za Ministrstvo za zdravje (koordinator prof. dr. Milan Čižman)
Neregistrirana zdravila	• Revizija seznama neregistriranih zdravil, ki se uporabljajo v SBJ za leto 2013

KAZALNIKI KAKOVOSTI V SBJ - primerjava med 1., 2., 3. in 4. tromesečjem ter vrednost za obdobje jan. – dec. v letu 2012

št. KK	Ime kazalnika	Opomba	Vrednost prvo tromesečje	Vrednost drugo tromesečje	Vrednost tretje tromesečje	Vrednost četrto tromesečje	Vrednost za obdobje jan-december
2	Izključno dojenje ob odpustu		0,8437 (135:160)	0,8133 (122:150)	0,8132 (135:166)	0,7241 (105:145)	0,8003 (497:621)
21	Razjede zaradi pritiska	vsi pacienti[1]	26,5 ‰ (117:4.413)	32,5 ‰ (132:4.062)	34,7 ‰ (123:3.545)	42 ‰ (167:3.978)	33,7 ‰ (539:15.998)
		pacienti, ki so pridobili RZP v bolnišnici[2]	2,9 ‰ (13:4.413)	1,7 ‰ (7:4.062)	3,1 ‰ (11:3.545)	3,5 ‰ (14:3.978)	2,8 ‰ (45:15.998)
22	Čakalna doba na CT	V urah	2,32	2,16	2,91	1,39	2,19
23	Učinkovitost del v operacijskem bloku	Dnevni oddelek	78,19 (18.390: 23.520)	77,40 (15.278: 19.740)	70,40 (2.957: 4.200)	81.62 (15.084: 18.480)	78,42 (51.709: 65.940)
		Operacijski blok (programske in urgentne op. – dopoldne med tednom)	82,46 (93.512: 113.400)	83,27 (87.644: 105.247)	84,52 (76.830: 90.900)	85,27 (93.176: 109.266)	83,85 (351.162: 418.813)
		Operacijski blok (urgenca – med tednom in vikendom)	17,32 (17.785: 102.690)	15,73 (14.682: 93.330)	15,03 (15.588: 103.680)	13,70 (14.329: 104.580)	15,43 (62.384: 404.280)
24	Trajanje bivanja v bolnišnici						6,28 dni (9.691: 1.543)
36	Poškodbe ob porodu pri vaginalnem porodu		0 (0:152)	0,00724 (1:138)	0,00653 (1:153)	0,008 (1:125)	0,005 (3:568)
37	Delež carskih rezov		0,1096 (17:155)	0,1267 (18:142)	0,1686 (28:166)	0,1785 (25:140)	0,1459 (88:603)
38	Ginekologija - ginekološke operacije - izguba krvi *	Težke pacientke	0,066 (1:15)	0,1428 (2:14)	0,00 (0:4)	0,111 (1:9)	0,0952 (4:42)
		Lahke pacientke	0,111 (1:9)	0 (0:5)	0,00 (0:3)	0,0 (0:12)	0,0344 (1:29)
		LPSC	0 (0:50)	0,2325(1:43)	0,00 (0:27)	0,025 (1:40)	0,0125(2:160)
39	Perinatologija - Apgar * (1)		0 (0:168)	0,00636 (1:157)	0,01098 (2:182)	0,0 (0:150)	0,0045 (3:657)
40	Perinatologija - transfuzije * (2)		0,0059 (1:169)	0,00641 (1:156)	0,00555 (1:180)	0,0066 (1:150)	0,0061 (4:655)
41	Perinatologija - porodi brez intervencij * (3)		0,7633 (129:169)	0,7884 (123:156)	0,7833 (141:180)	0,76 (114:150)	0,7740 (507:655)
42	Pacienti z AMI, ki jim je bila predpisana acet. kislina ob odpustu		1 (12:12)	1 (7:7)	1 (15:15)	1(19:19)	1(53:53)

43	Kardiologija – AMI – STEMI, primarni PCI, NSTEMI in PCI (1)*	AMI – STEMI Primarni PCI NSTEMI	0,416 (5:12) 0,857 (6:7) 0,2 (1:5)	0,2857 (2:7) 1 (2:2) 0,6 (3:5)	0,266 (4:15) 0,75 (3:4) 0,363 (4:11)	0,3684(7:19) 0,5714 (4:7) 0,3333(4:12)	0,3396(18:53) 0,75 (15:20) 0,363 (12:33)
44	30 dnevna smrtnost zaradi AMI		0 (0:12)	0 (0:7)	0 (0:15)	0 (0:19)	0 (0:53)
45	Čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka (65+)						0,80347 (139:173)
46	Profilaktična raba antibiotikov	Kolorektalne operacije Zamenjava kolka Histerektomija					91,304 (4.200:46) 99,048 (10.400:105) 65,217 (1.500:23)
47	Pooperativna trombembolija		0,00166 (2:1.207)	0,00158 (2:1.266)	0,00112 (1:891)	0,00254 (3:1.179)	0,00176 (8:4.543)
49	Delež enodnevne kirurgije	Artroskopija kolena					0,75 (490:645)
		Ingvinalna hernija					0,68 (219:319)
		Odstranitev žolčnika					0 (0:323)
		Krčne žile					0,41 (35:84)
		Adenoidektomija					0 (0: 56)
		skupaj					0,52 (744:1.427)
63	Uporaba krvnih komponent – pri primarni unilateralni nadomestitvi kolenskega sklepa (TKR)	Eritrociti Plazma trombociti					0,156462 (23:147) 0 0
65	Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)		0,02 (12:473)	0,008 (4:516)	0,018 (9:488)	0,015 (8:513)	0,064 (33:513)
67	Padci pacientov	vsi padci hospitaliziranih pacientov[3]	1,34 (22.000: 16.448)	0,77 (12.000: 15.646)	1,02 (14.000: 13.771)	1,33 (20.000: 15.074)	1,11 (68.000: 60.939)
70	Nenamerna punkcija ali laceracija		0,001 (2:2.093)	0,000452 (1:2.213)	0,001 (3:1.849)	0,001 (3:2.154)	0,001 (9:8.309)
71	Kolonizacija z MRSA - v bolnišnici pridobljena		0 (0:12)	0,2 (3:17)	0,5 (16:32)	0,2 (4:19)	0,3 (23:80)
72	Kateterske okužbe	št. OVK na število pacientov	0 (0:2.093)	0,0004 (1:2.213)	0 (0:1.849)	0,0004 (1:2.154)	0,0002 (2:8.309)

Opombe:
[1] - števec so vsi pacienti z RZP, imenovalec pa skupno število sprejetih pacientov (1. kazalnik v Priročnik, str. 63)
[2] - števec je število pacientov, ki so pridobili RZP v bolnišnici, imenovalec je število sprejetih pacientov (3. kazalnik v Priročnik, str. 65)
[3] - števec so vsi padci hospitaliziranih pacientov, pomnoženo s 1000 (1. kazalnik v Priročnik, str. 197)

KOLONIZACIJA Z MRSA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

Lidija Ahec, dipl. m. s.
Namestnica PDZN za področje bolnišnične higiene

UVOD

Kazalnik kolonizacije z MRSA je merilo uspešnosti izvajanja programa preprečevanja širjenja MRSA ter uspešnosti in ustreznosti izvajanja higiene rok. Povezava s kakovostjo se kaže v aktivnem iskanju pacientov, ki so že kolonizirani z MRSA in povečanem odvzemu nadzornih kužnin vsem pacientom, ki bi lahko bili kolonizirani z MRSA. Izvajali smo tudi ukrepe kontaktne izolacije. Izvedli smo izobraževanje o higieni rok in kontaktni izolaciji v okviru celotnega zdravstvenega tima.

1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

- Števec: število pacientov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici v tekočem letu (MRSA ugotovljen v katerikoli kužnini odvzeti > 24 ur po sprejemu v bolnišnico.
- Imenovalec: število vseh pacientov, pri katerih smo ugotovili MRSA v tekočem letu.
- Vsakega pacienta štejemo v tekočem letu samo enkrat.
- Delež odvzetih nadzornih kužnin na vse sprejete paciente.

Vir podatkov, prikazanih v tabelah in grafih v nadaljevanju poročila:
- informacijska podpora BIRPIS 21;
- terapevtski list.

2 REZULTATI

Tabela 1: Število pacientov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici v tekočem letu in število vseh pacientov, pri katerih smo ugotovili MRSA v tekočem letu.

MRSA	Jan.	Feb.	Ma.	Apr.	Ma	Ju.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Skupno
Znana in v bolnišnico prinesena	6	2	4	3	7	4	6	7	3	4	5	6	57
Prenesena, pridobljena v bolnišnici	0	0	0	0	1	2	7	1	8	4	0	0	23
Skupno	**6**	**2**	**4**	**3**	**8**	**6**	**13**	**8**	**11**	**8**	**5**	**6**	**80**

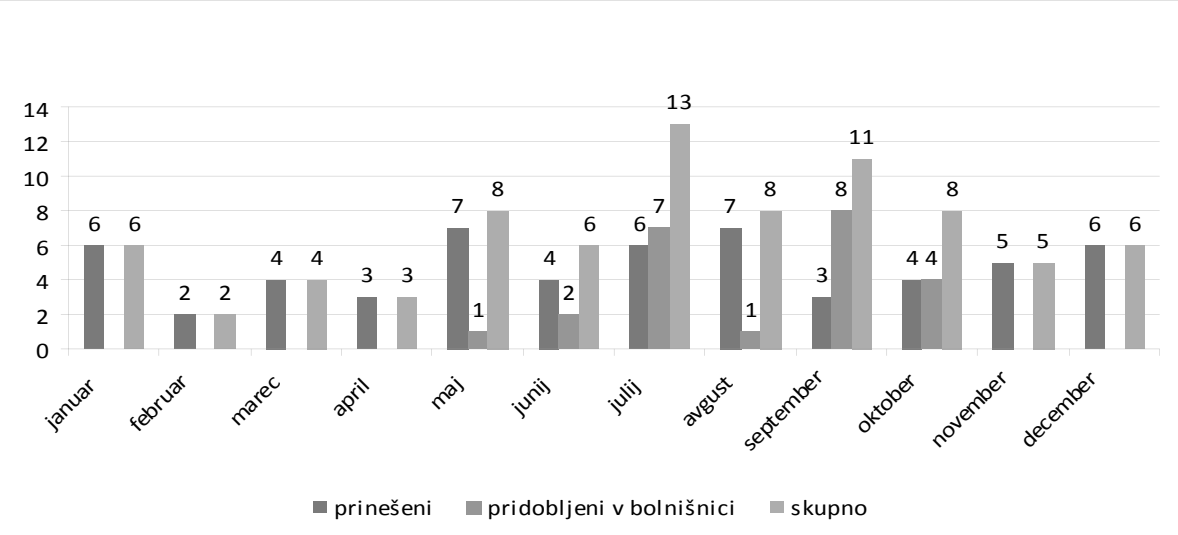
Tabela 2: Prikaz kazalnikov za MRSA v zadnjih štirih letih.

Kazalnik	2008	2009	2010	2011	2012
Odvzem kužnin na MRSA	da	da	da	da	da
Število odvzetih kužnin	2366	2759	2898	2590	2814
Delež odvzetih kužnin (%)	17,09	20,1	20,2	17,7	17,8
Hospitalizirani pacienti z MRSA	69	75	78	55	80
Hospit. pacienti z MRSA ob sprejemu	65	69	71	53	57

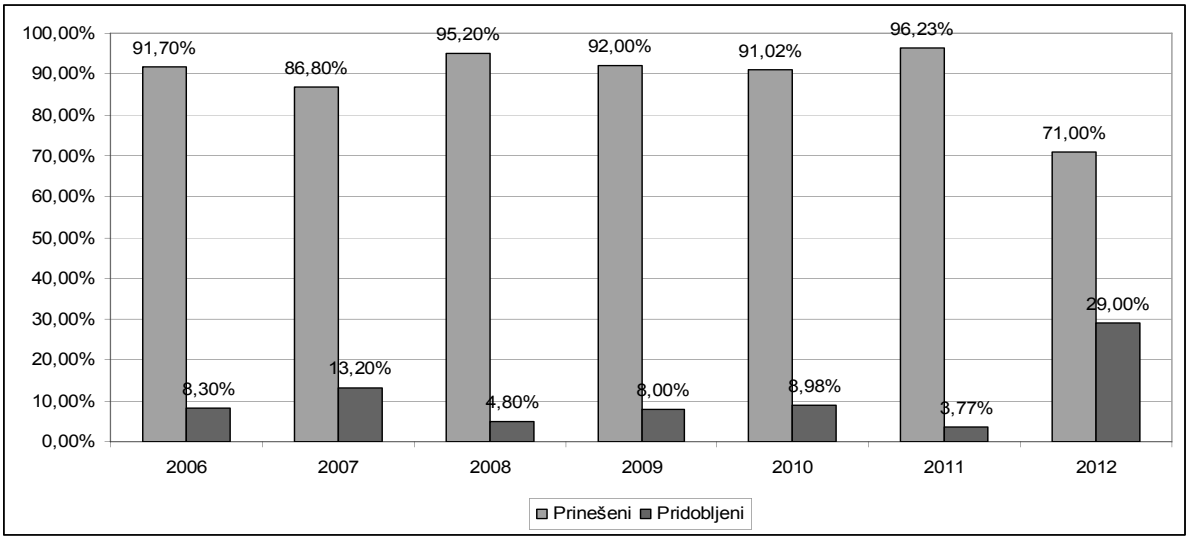
Tabela 3: Primerjava kolonizacije pridobljene MRSA po oddelkih/enotah.

Oddelek/enota	Število koloniziranih pacientov
Kirurški oddelek	3
Interni oddelek	9
IIT	0
EITOS	5
OZZN	2

Graf 1: Število pacientov, ki so v bolnišnico prišli z znano in v bolnišnico prineseno MRSA, število pacientov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici v tekočem letu in število vseh pacientov, prikaterih smo ugotovili MRSA v tekočem letu.



Graf 2: Struktura znane (v bolnišnico prinesene) in v bolnišnici pridobljene (prenesene) MRSA.



Graf 3: Prikaz števila sprejetih pacientov z odvzetimi nadzornimi brisi (NB) na MRSA v letu 2012.

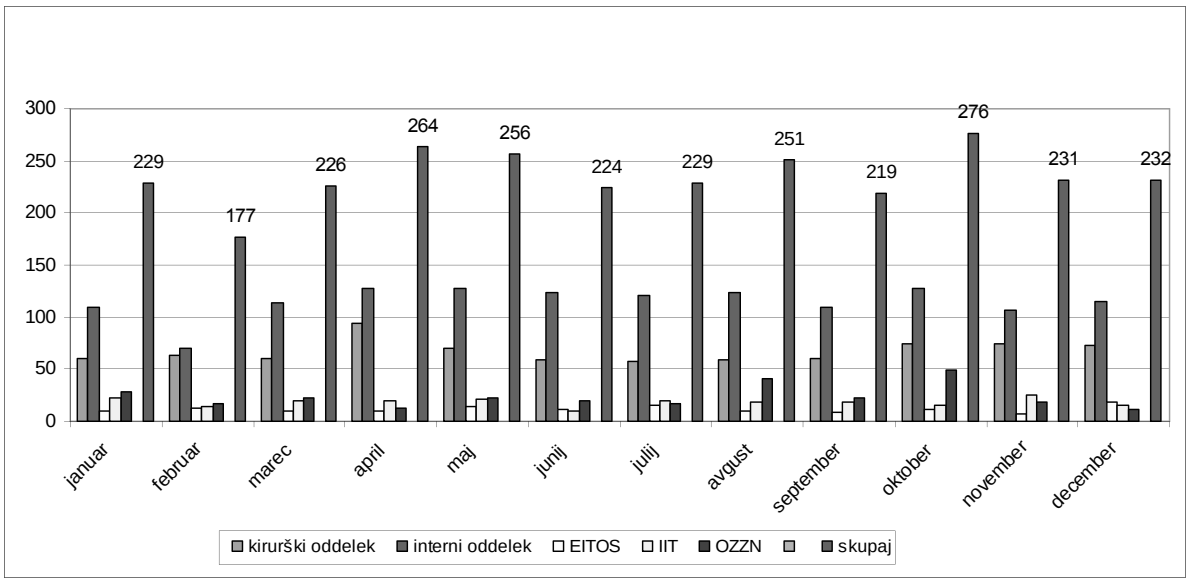


Tabela 4: Prikaz števila sprejetih pacientov in števila pacientov z odvzetimi NB v letu 2012.

	število NB	**Število sprejetih pacient**		**število NB**	**Število sprejetih pacient**
Jan.	229	1.491	*Jul.*	229	1.088
Feb.	177	1.384	*Avg.*	251	1.179
Mar.	226	1.538	*Sep.*	219	1.278
Apr.	264	1.357	*Okt.*	276	1.594
Maj	256	1.428	*Nov.*	231	1.378
Jun.	224	1.277	*Dec.*	232	1.198
			Skupno		**15.998**
			Skupno v %		**17,8**

3 CILJI ZA LETO 2013

Kaj	• Stalno izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA; • pregled vzrokov prenosa MRSA in analiza primerov; • izvedba varnostnih vizit in razgovorov; • nadaljevanje izobraževanja vseh zaposlenih o higieni rok in izolacijskih ukrepih; • mesečna poročila, analiza primerov, nadzori nad izvedenimi ukrepi, spremljanje števila odvzetih nadzornih kužnin in porabe razkužil za roke; • nadzor nad izvajanjem izolacijskih ukrepov in ureditev izolacijskih enot; • preverjanje uspešnosti razkuževanja rok po posameznih oddelkih in enotah z detektorjem, izvedba opazovanja higiene rok po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije - 5 trenutkov za higieno rok;

	• vkjučevanje pacientov v program higiene rok po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije (opazovanje zdravstvenih delavcev pri izvedbi higiene rok).
Kdo	Namestnica pomočnice direktorja za ZN za področje bolnišnične higiene, zdravnica za obvladovanje bolnišničnih okužb, koordinatorice ZN odd., vodje enot, celoten zdravstveni tim.
Kdaj	Kontinuirano.
Merila za spremljanje ukrepov	Nadzor nad izvajanjem ukrepov glede na sprejeti program.
Poročilo o izvedenih ukrepih	• Mesečno poročanje pomočnici direktorja za zdravstveno nego in oskrbo; • na tri mesece poročanje strokovni direktorici, strokovnem svetu zavoda in ZOBO; • objava podatkov na intranetni strani bolnišnice; • poročanje na Strokovnem svetu zavoda in KOBO; • poročanje na oddelčnih sestankih.

KAZALNIK KAKOVOSTI – PADCI

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Namestnica PDZN za področje izobraževanja in kakovosti

UVOD

V letu 2012 na področju preprečevanja padcev nismo dosegli zastavljenih ciljev na področju vseh padcev in pri številu padcev v nočnem času. Pri padcih s postelje smo dosegli postavljeni cilj, prav tako pri številu pacientov, ki jih je po padcu pregledal zdravnik. K doseženemu rezultatu je pripomoglo aktivno iskanje pacientov, ki so ogroženi za padec, z rednim ocenjevanjem ogroženosti in planiranjem aktivnosti zdravstvene nege. Tudi aktivnost projektne skupine za preventivo padcev je pripomogla k boljšemu rezultatu.

1 CILJI 2012

- Zmanjšati incidenco vseh padcev na 1,0 na 1000 bolnišnično oskrbnih dni;
- Znižati incidenco padcev s postelje na 0,3 na 1000 bolnišnično oskrbnih dni;
- Zmanjšati število padcev v nočnem času na 37 %;
- Število pregledov zdravnika po padcu pacienta dvigniti na 95 %.

2 KAZALNIKI KAKOVOSTI

- Incidenca vseh padcev in padcev s postelje po oddelkih in enotah in v bolnišnici;
- Delež vseh padcev v posamezni delovni izmeni;
- Delež pregledov padlih pacientov s strani zdravnika;
- Prikaz števila vseh padcev po mesecih v primerjavi s povprečnim številom v letu 2011;
- Prikaz števila vseh padcev s postelje v primerjavi s povprečnim številom padcev v letu 2011;
- Mesečni izračun incidence, za padce s postelje in izračun incidence za vse padce v primerjavi z incidenco preteklega leta;
- Prikaz vzrokov za padec po oddelkih, enotah in skupno v SBJ;
- Prikaz poškodb, ki so nastale kot posledica padca.

3 PRIKAZOVANJE PODATKOV

- Mesečno;
- Na tri mesece;
- Letno.

4 VIR PODATKOV

- Proces zdravstvene nege ZN 2, ZN 2a, ZN 2b;
- Ocena tveganja za padec v B 21;
- Poročilo o padcu pacienta OB 53, B21;

- Pogovor o varnosti pacienta po padcu OBR 54.

5 REZULTATI

Tabela 1: Cilji in njihova realizacija v letu 2012

	Povprečje in delež 2011	**Cilj 2012**	**Število jan – dec 2012**	**Incidenca jan – dec 2012**
Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD	**1,0**	**1,0**	**68**	**1,11 (1,1)**
Incidenca padcev pacientov s postelje na 1000 BOD	**0,4**	**0,3**	**17**	**0,27 (0,3)**
Delež in število vseh padcev v nočnem času	**37 %**	**37 %**	**38 %**	
Delež in število pacientov, ki so padli in jih je zdravnik pregledal takoj po padcu	**91 %**	**95 %**	**97 %**	

Tabela 2: Kazalnik za obdobje 1. 1. 2012 – 31. 12. 2012

Števec	Število vseh padcev X 1000	**68 x 1000 = 1,1**
Števec	Število padcev s postelje x 1000	**17 x 1000 = 0,3**
Imenovalec	Število bolniških oskrbnih dni za vse hospitalizirane paciente	**60.939**

Tabela 3: Odstotek zmanjšanja padcev v letu 2012

	% zmanjšanja padcev glede na leto 2011
Število padcev	11 %
Število padcev s postelje	6 %

Tabela 4: Odstotek padcev glede na poškodbo v letih 2009 do 2012

	2009	**2010**	**2011**	**2012**
Padci s poškodbo	43 %	34 %	34 %	46 %
Padci brez poškodbe	57 %	66 %	66 %	54 %

Tabela 5: Delež posameznih poškodb, ki so nastale zaradi padca, v letih 2009 do 2012

Vrsta poškodbe	2009	2010	2011	2012
Krvavitev	16,1 %	7,5 %	2,6 %	1,5 %
Bolečina	28,6 %	6,3 %	2,6 %	1,5 %
Rana	3,5 %	7,5 %	5,2 %	11,7 %
Zlom kosti	5,4 %	2,5 %	1,3 %	4,4 %
Drugo	46,4 %	76,2 %	65,4 %	80,9 %

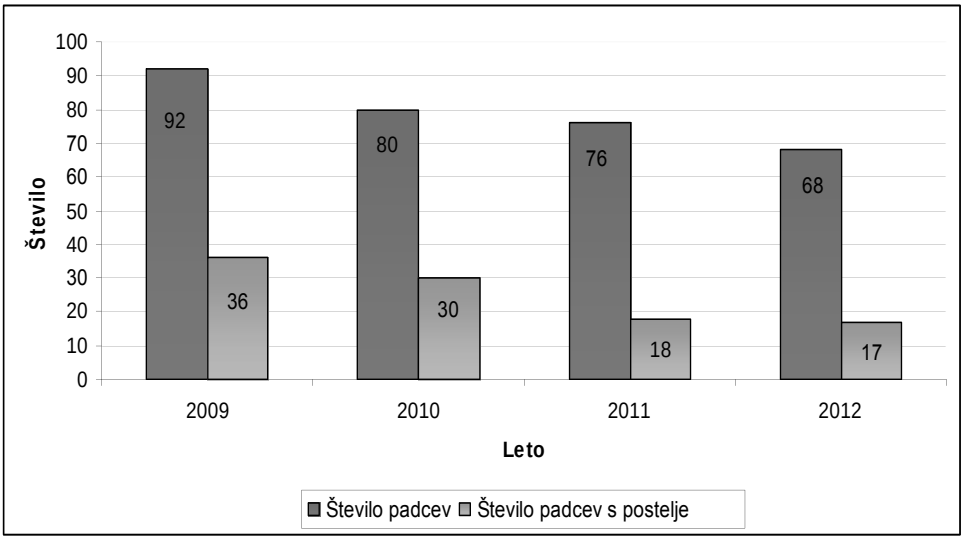
Tabela 6: Prikaz deleža pacientov po oddelkih, ki so padli in jih je zdravnik pregledal takoj po poškodbi, v letih 2009 do 2012

Pregled zdravnika po padcu	2009	2010	2011	2012
Interni oddelek	85 %	87 %		94 %
Kirurški oddelek	78 %	84 %		100 %
OZZN	100 %	100 %		100 %
Ginekološko-porodniški oddelek	100 %	/		100 %
IIT		100 %		100 %
Operacijski blok		0		100 %
Skupaj	**90 %**	**85 %**	**93 %**	**97 %**

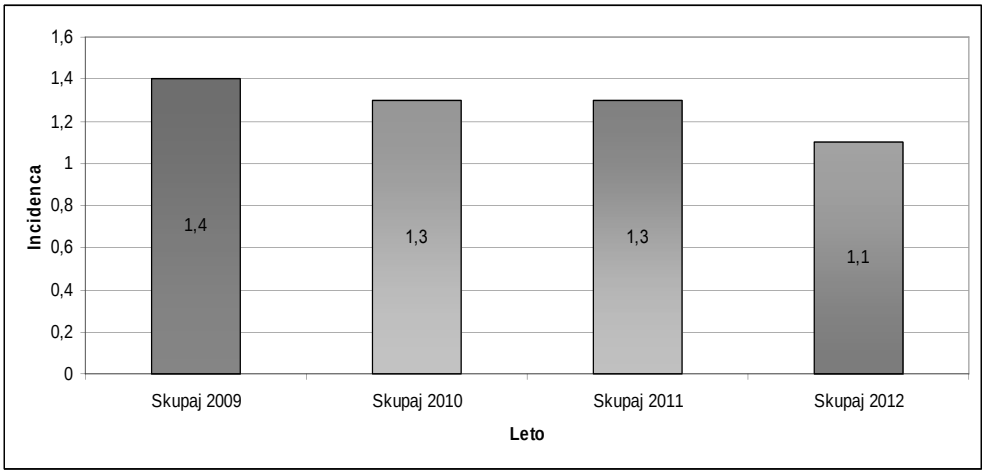
Tabela 7: Prikaz vzrokov za padec

Vzrok padca	Skupaj
Sam je vstal in hodil, neupoštevanje navodil	1
Omotica, kolaps	6
Zmedenost, oslabelost, delirij	37
Potreba po izločanju in odvajanju	15
Mokra tla	1
Transfer na invalidski voziček	1
Drugo	7

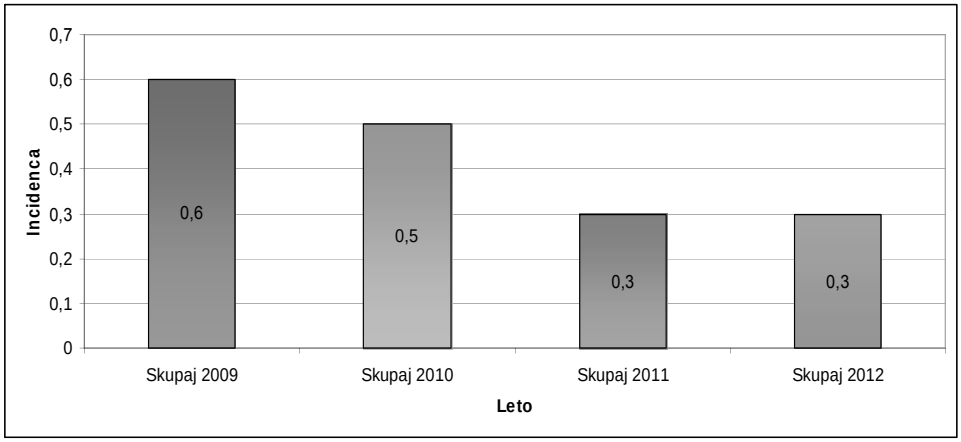
Graf 1: Prikaz števila vseh padcev in padcev s postelje v letih 2009 do 2012



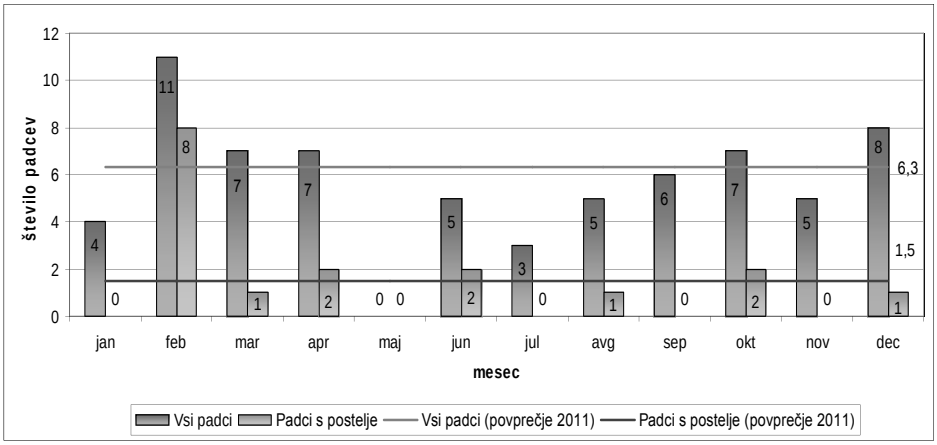
Graf 2: Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 bolnišnično oskrbnih dni



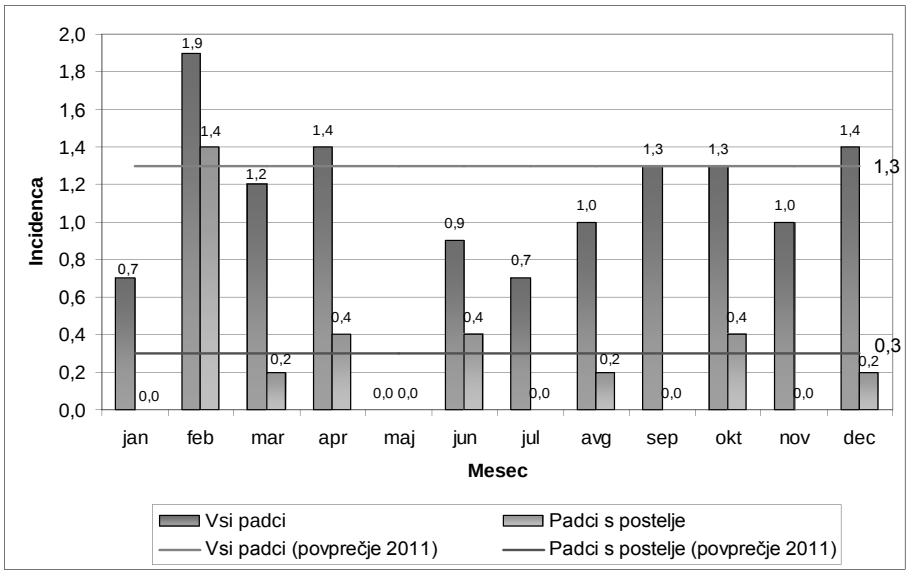
Graf 3: Incidenca padcev pacientov z bolniške postelje na 1000 bolnišnično oskrbnih dni



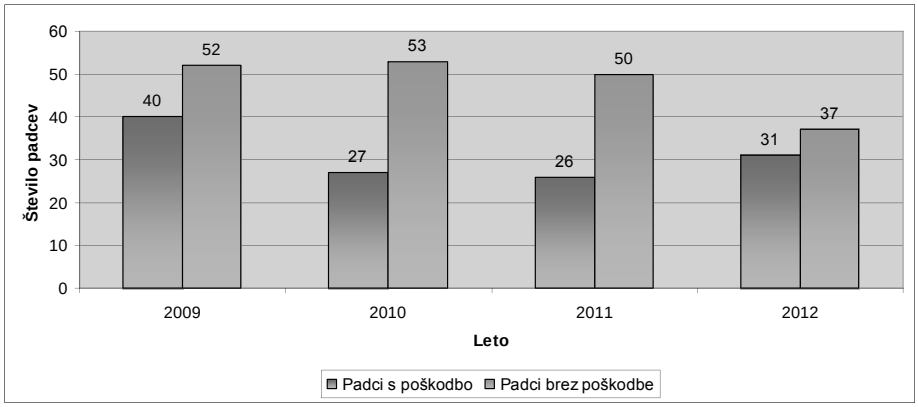
Graf 4: Gibanje števila vseh padcev in padcev s postelje v letu 2012 v primerjavi s povprečnim številom v letu 2012



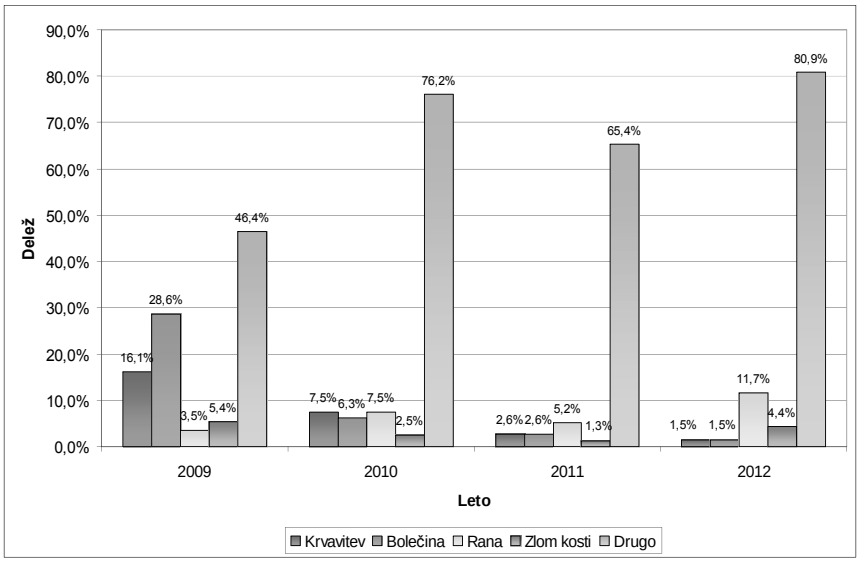
Graf 5: Incidenca vseh padcev in padcev s postelje v letu 2012 v primerjavi s povprečno incidenco v letu 2011



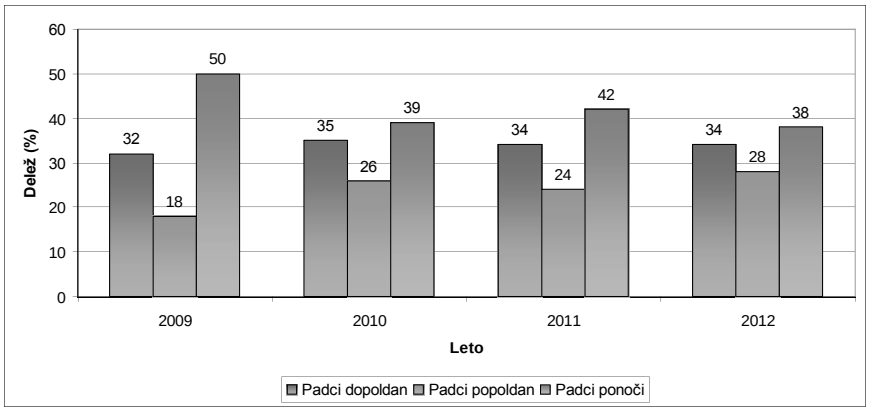
Graf 6: Primerjava števila padcev glede na poškodbo v letih 2009 do 2012



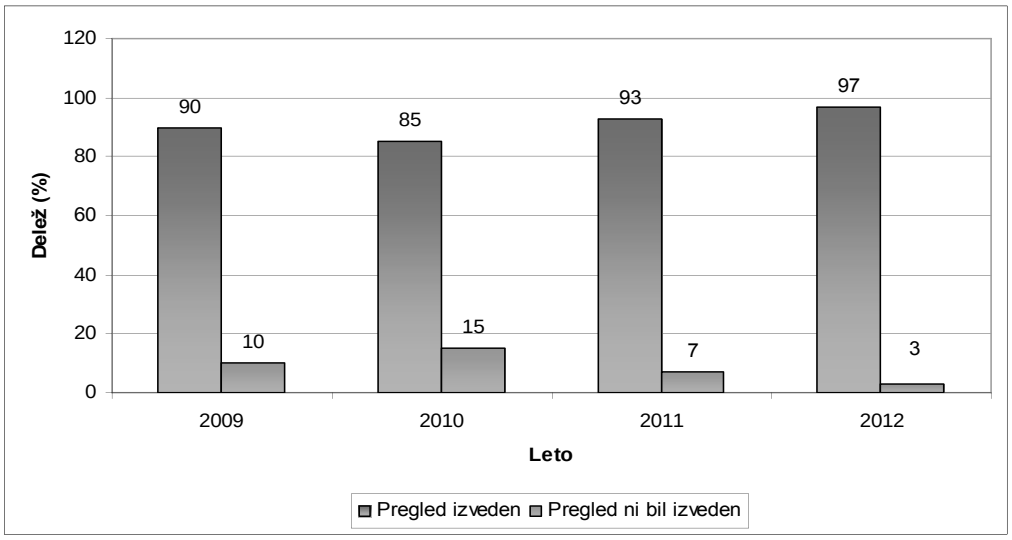
Graf 7: Delež posameznih poškodb, ki so nastale zaradi padca, v letu 2012



Graf 8: Prikaz odstotka padcev glede na delovno izmeno



Graf 9: Prikaz deleža pacientov, ki so padli in jih je zdravnik pregledal takoj po padcu v letih 2009 do 2012



Kazalniki, ki smo jih spremljali, so opredeljeni v Procesu celostne oskrbe pacienta. Izvajali smo načrtovane ukrepe za preprečevanje padcev.

6 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2012

Cilj št. 1	***Zmanjšanje incidence vseh padcev pacientov na 1,0 na 1000 BOD***
Izvedene aktivnosti	- izvajanje preventivnih in načrtovanih ukrepov za preprečevanje padcev - organizacija delavnic za preprečevanje padcev – razširjanje dobre prakse - mesečno izvajanje nadzornih pregledov ocenjevanja, načrtovanja in izvajanja aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev, izvajanje VV/VR - mesečni pregledi skladnosti ocenjevanja, planiranja in izvajanja preventivnih aktivnosti ZN, VR, VV - pregled vzrokov za padce - izobraževanje negovalnega tima
Učinkovitost	Incidenca v letu 2012 za vse padce je bila 1,1, število padcev se je zmanjšalo za 11 %
Cilj št. 2	***Zmanjšanje incidence padcev s postelje na 0,3 na 1000 BOD***
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1
Učinkovitost	Incidenca v letu 2012 za padce s postelje je 0,3. Število padcev pacientov s postelje se je zmanjšalo za 6 % glede na leto 2012.
Cilj št. 3	***Zmanjšanje števila padcev v nočnem času na 37 %***
Kazalnik	**Zmanjšanje za 5 % glede na raven 2011**
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1 in - pogostejši nočni obhodi in opazovanje pacientov - vrata delovnega prostora MS so odprta 24 ur - vrata bolniških sob so v nočnem času priprta
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. V nočnem času je padlo 38 % pacientov od vseh, ki so padli, kar je 4 % manj, kot v letu 2011.
Cilj št. 4	***Povečati delež zdravnikovih pregledov pacienta po padcu na 95 %***
Izvedene aktivnosti	- seznanjanje zdravnikov o potrebi pregleda po padcu - poročanje na Strokovnem svetu zavoda - opozarjanje zdravnika, da vnese poročilo o padcu v B21
Učinkovitost	Po padcu je bilo pregledanih 97 % pacientov.

RAZPRAVA

Aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev so bile tudi v preteklem letu intenzivne, zato je tudi uspeh nekoliko boljši kot v letu 2011.

Ocenjevanje tveganja za padec in planiranje preventivnih negovalnih aktivnosti je postalo vsakdanje utečeno delo zaposlenih v zdravstveni negi. Delo poteka po določilih protokola, ki je bil napisan in sprejet že v letu 2008 in v letu 2010 dopolnjen.

Iz zgornjih grafov je razvidno, da se je število padcev zmanjšalo in sicer s 76 v letu 2011 na 68 v letu 2012, kar znaša 11 %. Prav tako se je zmanjšalo število padcev s postelje z 18 na 17 ali za 6 %. Povprečno število padcev je bilo 5,6 na mesec, s postelje pa 1,4 na mesec. Incidenca padcev s postelje je ostala na enaki ravni (0,3) kot v letu 2011, incidenca vseh padcev je 1,1.

V letu 2012 smo zabeležili dva padca na pediatričnem oddelku in enega v operacijskem bloku.

V grafu 7 so prikazane poškodbe zaradi padcev. V primerjavi z letom 2011 je več padcev, ki so imeli za posledico poškodbo. Trije od padcev so se končali z zlomom kosti (zlom zapestja, zlom gležnja in zlom kolka).

V nočnem času se je zgodilo 38 % vseh padcev, kar je sicer 4 % manj kot v letu 2011, vendar postavljenega cilja nismo dosegli.

Vedno več pacientov takoj po padcu pregleda zdravnik. Pregled je bil opravljen pri 97 % pacientih, kar je 4 % več, kot v letu 2011.

Vzroki za padce so največkrat zmedenost pacienta, omotica, oslabelost, vrtoglavica ter potreba po izločanju in odvajanju.

7 Cilji za leto 2013

- Zmanjšati incidenco vseh padcev na 1,0 na 1000 bolnišnično oskrbnih dni;
- Obdržati incidenco padcev s postelje na 0,3 na 1000 bolnišnično oskrbnih dni;
- Zmanjšati število padcev v nočnem času na 30 %, kar je za 8 % manj glede na leto 2012;
- Število zdravnikovih pregledov pacienta povečati na 100 %.

KAZALNIK KAKOVOSTI – RAZJEDA ZARADI PRITISKA

Oti Mertelj. dipl. m. s.
Hubert Terseglav, dipl. zn.
Koordinator ZN za oskrbo kroničnih ran

V Splošni bolnišnici Jesenice poleg ostalih kazalnikov kakovosti vodimo tudi kazalnik razjede zaradi pritiska. Vsako leto določimo ciljno incidenco razjed zaradi pritiska, ki nastanejo v bolnišnici.

1 KAZALNIKI KAKOVOSTI RAZJEDE ZARADI PRITISKA

1. Skupno število vseh pacientov z razjedo zaradi pritiska (RZP), pridobljeno v bolnišnici oziroma prisotno že ob sprejemu v bolnišnico – izračun je prikazan na 1000 sprejetih pacientov.
2. Število pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu v bolnišnico – izračun je prikazan na 1000 sprejetih pacientov.
3. Število pacientov, ki so pridobili RZP v času bivanja v bolnišnici – izračun je prikazan na 1000 sprejetih pacientov.
4. Skupno število vseh pacientov z razjedo zaradi pritiska (RZP), pridobljeno v bolnišnici oziroma prisotno že ob sprejemu v bolnišnico – izračun je prikazan na 1000 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji (v imenovalcu niso všteti pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki).
5. Število pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu v bolnišnico – izračun je prikazan na 1000 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji (v imenovalcu niso všteti pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki).
6. Število pacientov, ki so pridobili RZP v času bivanja v bolnišnici – izračun je prikazan na 1000 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji (v imenovalcu niso všteti pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki).

1.1 CILJ ZA LETO 2013

Incidenca RZP nastale v bolnišnici naj ne bi presegala 2,4 ‰.

Prikazovanje podatkov: polletno poročilo, letno poročilo.
V poročilih je prikazana tudi primerjava podatkov zadnjih treh let.

Viri podatkov:
- sprejemni list zdravstvene nege na bolniškem oddelku,
- klinična pot za sprejem pacienta v urgentno ambulanto,
- list za spremljanje in evidentiranje bolnikov z RZP,
- temperaturni list,
- list za oskrbo kronične rane/razjede,
- list proces zdravstvene nege,
- računalniški program K 21.

Nosilec: koordinator ZN za oskrbo kroničnih ran, koordinatorice ZN na oddelkih, vodje zdravstvene nege v enotah, odgovorne medicinske sestre oddelkov in enot.

2 KAZALNIK OD 1 DO 3

V letu 2012 smo v bolnišnici obravnavali 539 pacientov z RZP, od tega je 494 pacientov imelo RZP že ob sprejemu, 45 pacientov je RZP pridobilo v bolnišnici.

Tabela 1: Prikaz skupnega števila RZP, števila RZP, ki so jih pacienti imeli že ob sprejemu v bolnišnico in števila pridobljenih RZP v SBJ v letih od 2010 do 2012.

Leto	**2010**	**2011**	**2012**
Skupno število pacientov z RZP	474	399	539
Število pacientov z RZP ob sprejemu	417	363	494
Število pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	57	36	45

Graf 1: Prikaz skupnega števila pacientov z RZP (pridobljene in prinesene) v SBJ od leta 2010 do 2012.

Graf 2: Prikaz in primerjava med številom pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu in številom pacientov, ki so RZP pridobili v bolnišnici od leta 2010 do 2012

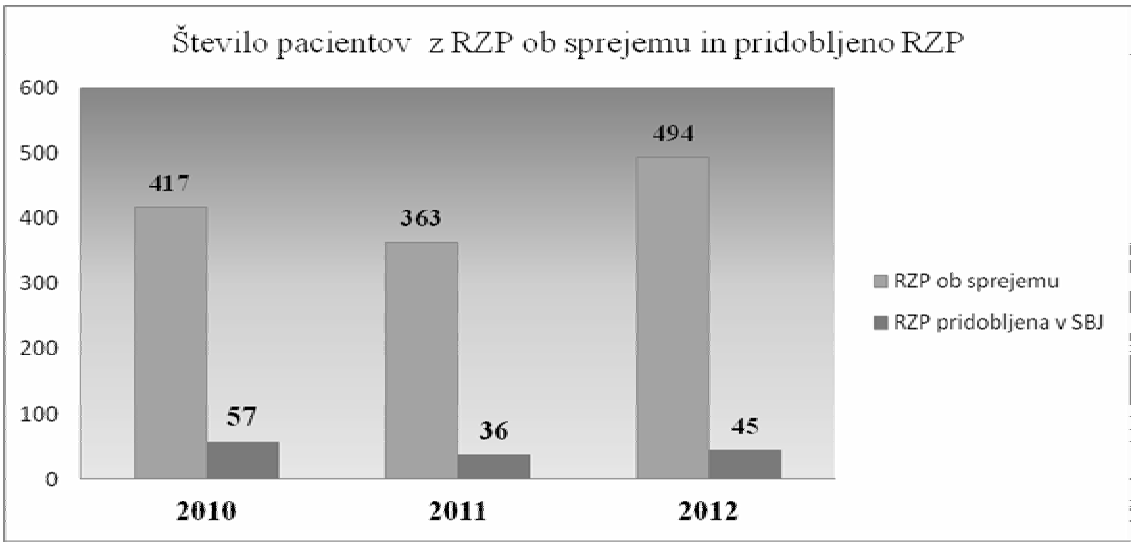
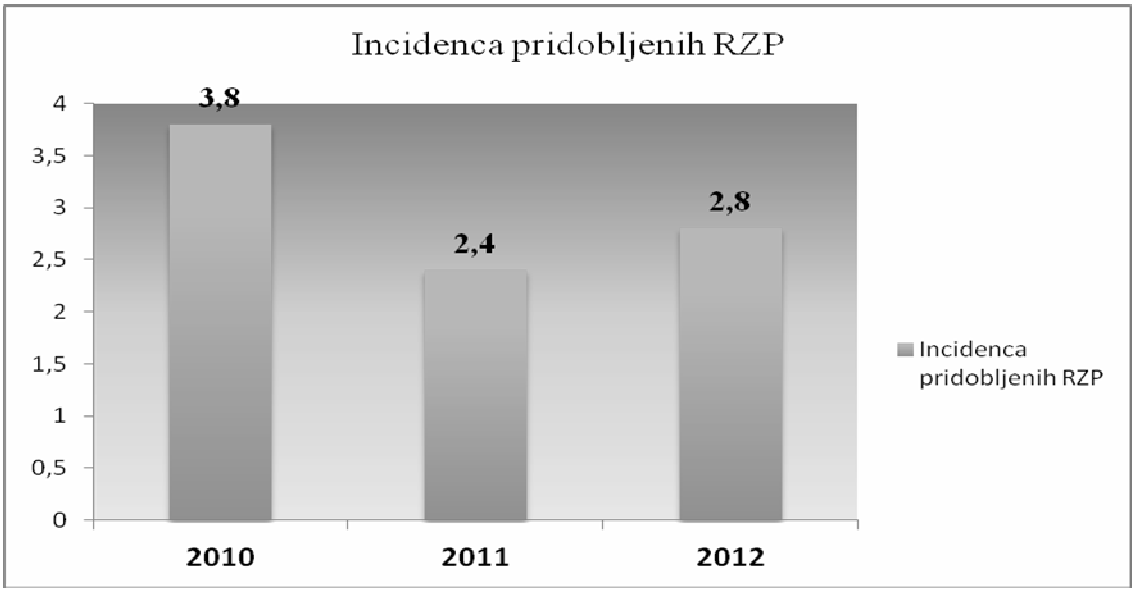


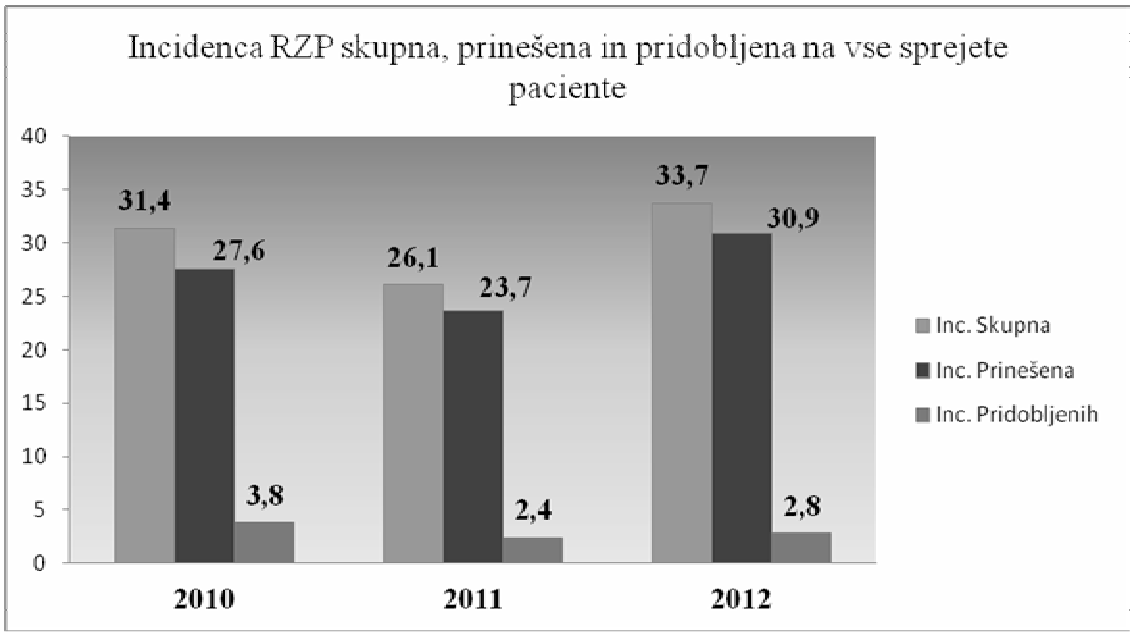
Tabela 2: Prikaz incidence pridobljenih RZP izraženih v promilah od leta 2010 do 2012 na vse sprejete paciente. Prikazana je skupna, prinešena, pridobljena RZP v SBJ.

Leto	**2010**	**2011**	**2012**
Skupno število pacientov z RZP	31,4 ‰	26,1 ‰	33,7 ‰
Število pacientov z RZP ob sprejemu	27,6 ‰	23,7 ‰	30,9 ‰
Število pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	3,8 ‰	2,4 ‰	2,8 ‰

Graf 3: Prikaz incidence pridobljenih RZP v SBJ od 2010 do 2012 na vse sprejete paciente.



Graf 4: Primerjava incidence RZP izražene v promilah od leta 2010 do 2012 na vse sprejete paciente. Prikazana je skupna, prinešena, pridobljena RZP v SBJ.



3 KAZALNIK OD 4 DO 6

Tabela 3: Incidenca RZP skupna, prinešena, pridobljena v SBJ od 2010 do 2012 z izključitvenimi kriteriji. Niso všteti pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki.

Leto	2010	2011	2012
Skupno število pacientov z RZP	52,49 ‰	49,2‰	63,4‰
Število pacientov z RZP ob sprejemu	46,1 ‰	44,7 ‰	58,1‰
Število pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	6,3 ‰	4,5 ‰	5,3‰

.

Graf 5:Primerjava incidenca RZP skupna, prinešena, pridobljena v SBJ od 2010 do 2012. Niso všteti pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki.

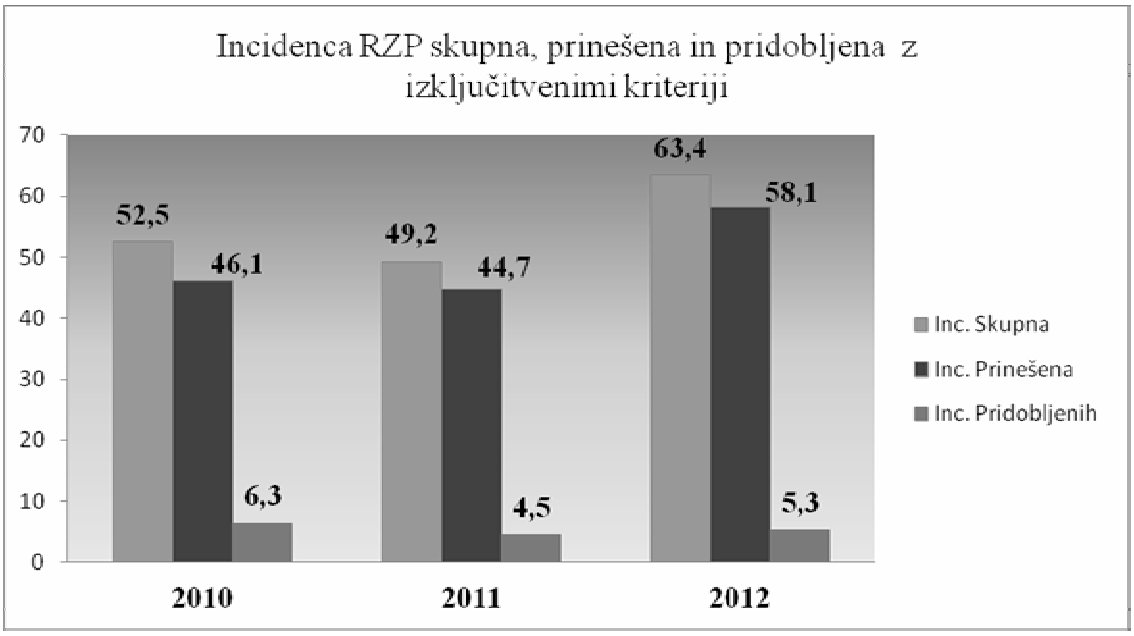


Tabela 5 : prikaz in realizacija ciljev za leto 2012 po oddelkih in enotah

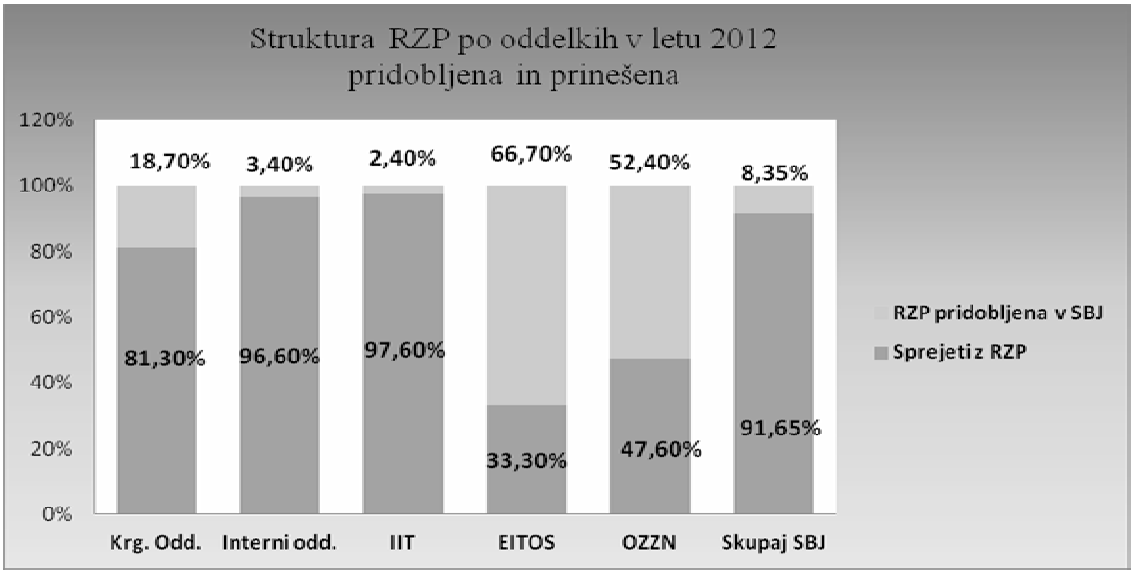
Oddelek, enota	Cilj za leto 2012		Doseganje cilja	
	Število	Incidenca	Število	Incidenca
IIT	2	0,5%	1	0,2 %
Interni oddelek	12	3,6 ‰	13	3,7 ‰
OZZN	3	1,8%	5,5	2,5 %
EITOS	5	3,8 %	8	6,8 %
Kirurški oddelek	9	1,4 ‰	17,5	2,8‰
Skupaj SBJ	**31**	**2,0 ‰**	**45**	**2,8 ‰**

4 PRIKAZ PRIDOBLJENIH RZP PO ODDELKIH IN ENOTAH V LETU 2012

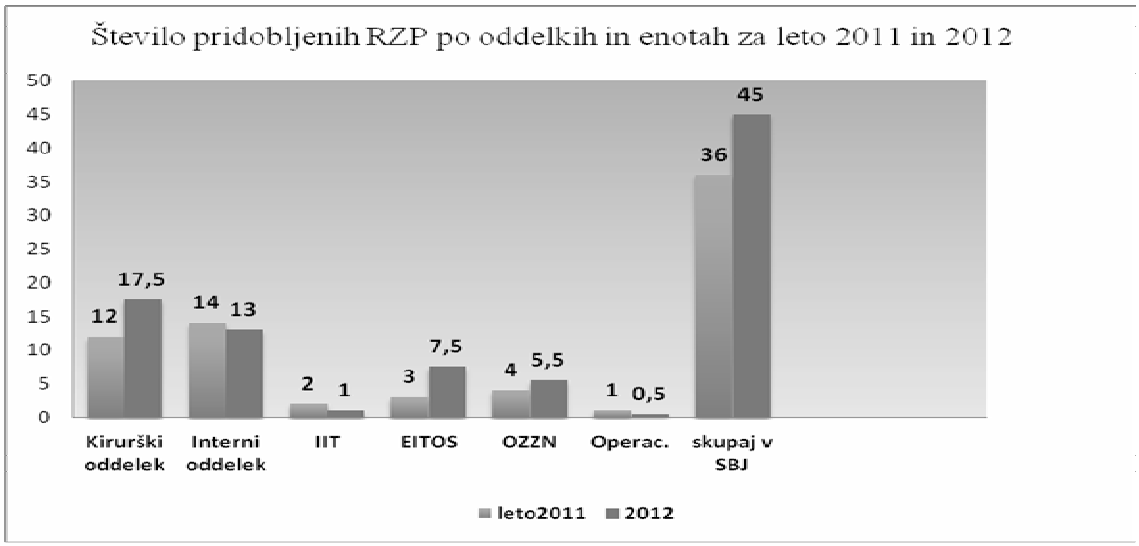
Tabela 4: Prikaz števila RZP prisotnih ob sprejemu in RZP pridobljenih v bolnišnici po oddelkih in enotah v odstotkih v letu 2012.

Oddelek, enota	RZP prisotna ob sprejemu		RZP pridobljena v bolnišnici	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Kirurški oddelek	76	81,3 %	17,5	18,7 %
Interni oddelek	369	96,6 %	13	3,4 %
IIT	40	97,6 %	1	2,4 %
EITOS	4	33,3 %	7,5	66,7 %
OZZN	5	47,6 %	5,5	52,4 %
Operacijska			0,5	
Skupna v SBJ	**494**	**91,65 %**	**45**	**8,35 %**

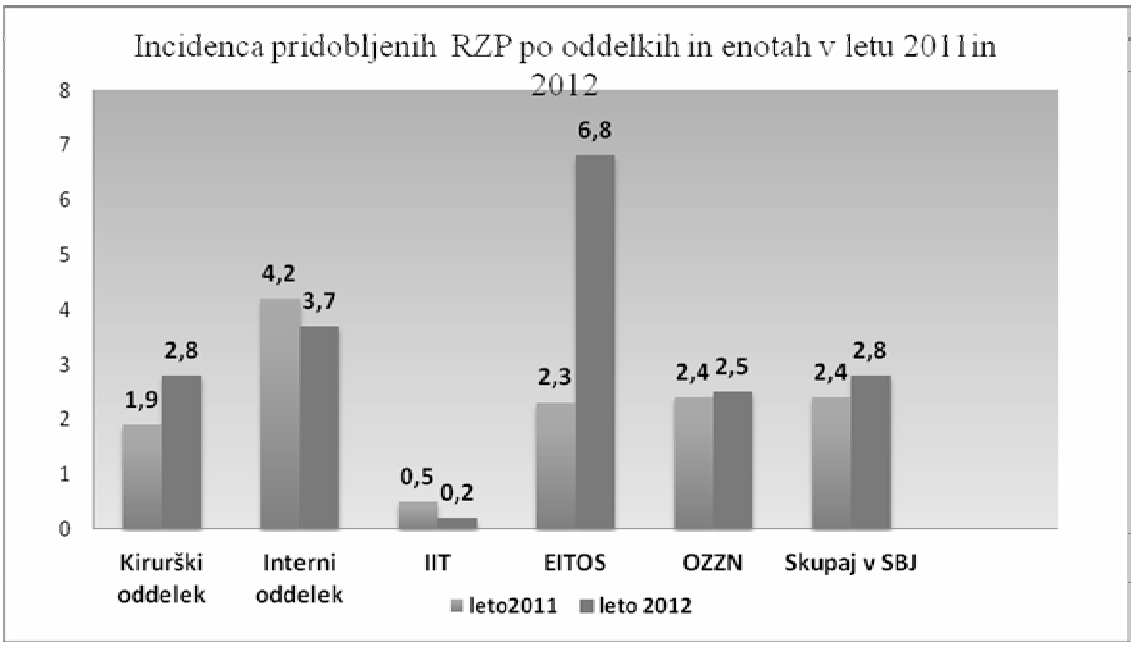
Graf 6 : RZP pridobljene v bolnišnici in RZP prisotne ob sprejemu po oddelkih in enotah v odstotkih za leto 2012.



Graf 7: Primerjava števila pridobljenih RZP v SBJ po oddelkih, enotah v letu 2011 in 2012.



Graf 8 Prikaz RZP pridobljenih v bolnišnici po oddelkih in enotah za leto 2011 in 2012. Incidenca na kirurškem, internem ter skupna incidenca je prikazana v promilih, na ostalih manjših enotah(IIT, OZZN, EITOS) pa v odstotkih.



5 CILJI ZA LETO 2013

- vzdrževanje incidence 2,4 ‰ in morebitno znižanje incidence na 2,0 ‰;
- nabava dodatnih blazin in pripomočkov za preprečevanje nastanka RZP;
- izobraževanje z delavnicami ob postelji pacienta;
- vključevanje članov projektnega tima v izobraževanja;
- izobraževalni dan z naslovom »Stop razjedi zaradi pritiska«;
- tedenski nadzori odgovornih medicinskih sester oddelkov;
- redni nadzori nad izvedenimi preventivnimi aktivnostmi s strani koordinatorjev, kot tudi odgovornih medicinskih sester po oddelkih in enotah.

RAZPRAVA

V letu 2012 je bilo v Splošno bolnišnico Jesenice sprejetih 15.998 pacientov, to je za 697 pacientov več kot v letu 2011.

V letu 2012 smo zabeležili 539 pacientov z RZP. Od tega je imelo 494 pacientov RZP že ob sprejemu, 45 pacientov pa je RZP pridobilo v bolnišnici. V primerjavi z letom 2011 se je število pacientov z RZP povečalo kar za 140. Od tega je 131 pacientov več imelo RZP že ob sprejemu, pacientov s pridobljeno RZP pa je bilo za 9 več kot v preteklem letu. Povečala se je tudi skupna incidenca vseh RZP, in sicer za 7,6 promile, incidenca prinešenih RZP za 7,2 promile ter incidenca pridobljenih RZP za 0,4 promile. Pri izračunu incidence je v števcu število pacientov z RZP (skupaj ter pridobljene oziroma prinešene, odvisno od izračuna), v imenovalcu pa število vseh sprejetih pacientov.

Izračun incidence RZP poteka na dva načina in sicer glede na vse sprejete paciente v bolnišnico ter glede na število pacientov z izključitvenimi kriteriji. V izračun incidence z izključitvenimi kriteriji niso vključeni pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki. Izračun incidence za kirurški in interni oddelek ter skupna incidenca so prikazani v promilih, pri manjših enotah, kot so IIT, OZZN in EITOS, pa v odstotkih.

Pri incidenci z izključitvenimi kriteriji je prav tako prišlo do povišanja, in sicer za 0,8 promile. V poročilu smo tudi predstavili prikaz števila RZP po oddelkih in enotah Splošne bolnišnice Jesenice. Ob začetku leta smo za bolnišnico in tudi za vsak oddelek in enoto določili cilje glede števila in incidence pacientov s pridobljeno RZP.

Prikazana je tudi primerjava med letoma 2011 in 2012. Glede na postavljene cilje je edino enota interne intenzivne terapije (IIT) dosegla cilj .Njihov cilj je bil 2 pacienta s pridobljeno RZP in incidenco 0,5 odstotka. V IIT je samo en pacient pridobil RZP, incidenca za leto 2012 pa znaša 0,2 odstotka. V tej enoti se tudi ni bistveno povečalo število pacientov z RZP že ob sprejemu.

Najbolj se je cilju približal interni oddelek. Pacientov s pridobljeno RZP je bilo na internem oddelku 13 z incidenco 3,7 promile. Cilj internega oddelka je bil 12 pacientov s pridobljeno RZP in incidenco 3,6 promile. Na internem oddelku so sprejeli 209 pacientov več kot v letu 2011 in za 114 se je povečalo število pacientov z RZP, ki je bila prisotna že ob sprejemu v bolnišnico. Na oddelku za zdravstveno nego (OZZN) prav tako niso dosegli cilja glede števila in incidence pacientov s pridobljeno RZP. V primerjavi z letom 2011 pa se je število pacientov s pridobljeno RZP povečalo za 1,5 pacienta.

Glede na leto 2011 se je število pacientov s pridobljenimi RZP najbolj povečalo na kirurškem oddelku in sicer za 5,5 pacienta in v EITOS-u za 4,5 pacienta, skupaj za 10 pacientov (sam potek bolezni, vitalna ogroženost in obravnava na oddelku ter kasneje v enoti sta vodili v odločitev, da se ena RZP deli na oddelek in enoto). Na kirurški oddelek je bilo v letu 2012 sprejetih 64 pacientov več kot v letu 2011, prav tako beležimo 35 pacientov več z RZP že ob sprejemu na oddelek.

Ugotavljamo, da je bil cilj (9 pacientov s pridobljeno RZP), ki smo ga določili za kirurški oddelek nerealen, saj je odstopanje v številu pacientov s pridobljeno RZP glede na cilj še večje. V EITOS-u pa se je glede na cilj za leto 2012 incidenca povišala za 3 odstotke.

Graf 6 prikazuje razmerje med pacienti, ki so RZP imeli že ob sprejemu v bolnišnico, in pacienti, ki so RZP pridobili v bolnišnici v odstotkih. Tudi v letu 2012 je bilo največ pacientov s prisotno RZP že ob sprejemu sprejetih na interni oddelek.

V letu 2012 nismo dosegli ciljne incidence 2,0 ‰, nasprotno, incidenca pacientov s pridobljenimi RZP se je povečala na 2,8 ‰.

Iz študije primerov smo ugotovili, da je od 46 pacientov, ki so pridobili RZP v Splošni bolnišnici Jesenice, 18 pacientov umrlo tekom hospitalizacije. Zaradi hudega poslabšanja zdravstvenega stanja in zaradi terminalne faze bolezni je RZP pridobilo 10 pacientov. Velik problem so prestavljali tudi pacienti, ki so zavračali menjavo lege telesa, obenem pa pridobili RZP. Takih pacientov je bilo 10. Zaradi neustrezne zaščite je RZP pridobilo 5 pacientov, zaradi neustrezne razbremenitve pa 7 pacientov. Febrilno stanje, vlažnost kože in inkontinenca so bili vzrok za nastanek 8 RZP. Zaradi nemira in fiksacije sta 2 pacienta pridobila RZP, prav tako tudi 2 zaradi premajhne pozornosti glede lege urinskega katetra in 2 zaradi terapevtskega položaja.

Na sam nastanek RZP vplivajo številni dejavniki, tako zunanji kot notranji, in njihovo kombinirano delovanje. V študijah primerov smo skušali ugotoviti vzroke za nastanek RZP, ki pa se v večini primerov nanašajo predvsem na zunanje dejavnike tveganja. O dejavnikih, ki so vezani na stanje organizma in so tisti dan povzročili RZP lahko samo rečemo, da so pripomogli k nastanku razjede. V večini primerov je bil vzrok za nastanek RZP delovanje nerazbremenjenega pritiska, delovanje pritiska v kombinaciji s strižnimi silami ter vlažnost kože in nerazbremenjen pritisk.

Še vedno so problemi s pacienti, ki imajo dokaj visoko število točk po Nortonovi. Pri takih pacientih se premalo pozornosti namenja pregledu kože že ob sprejemu in med samim zdravljenjem, oziroma se ob poslabšanju stanja prepočasi ukrepa. Pri pregledu študije primerov je poleg ostalih vzrokov večkrat navedena tudi neustrezna blazina. Glede na standard preventive RZP in število sprejetih pacientov z RZP imamo premalo dinamičnih antidekubitusnih blazin.

Še vedno je kljub vsem pripomočkom glavni steber vseh preventivnih aktivnosti ustrezna razbremenitev ogroženih predelov in redna menjava lege telesa. Zato bomo tudi v bodoče po oddelkih izvajali delavnice ob postelji pacienta in obenem uvedli večji nadzor nad izvajanjem preventivnih aktivnosti.

Organizirali bomo tudi izobraževalni dan na temo RZP, v katerega bomo s predavanji vključili člane skupine za preventivo in oskrbo RZP.

ZAKLJUČEK

Preprečevanje RZP za stroko zdravstvene nege pomeni izziv. Še vedno je med zaposlenimi v zdravstveni negi premalo zavedanja, da je RZP problem, za katerega je boljše, da ga preprečimo, kot pa zdravimo.

KAZALO

1	***UVOD***	
	UVOD V STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2012	*1*
	STROKOVNEMU POROČILU NA POT	*4*
2	***POROČILA O DELU MEDICINSKIH SLUŽB, ODDELKOV IN ENOT***	
2.1	***KIRURŠKA SLUŽBA***	***7***
	STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2012	*7*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE KIRUŠKEGA ODDELKA	*28*
	POROČILO O DEJAVNOSTI KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE	*32*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA DNEVNEM ODDELKU	*36*
	POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE ZA LETO 2012	*39*
2.2	***INTERNISTIČNA SLUŽBA***	***45***
	STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE ZA LETO 20112	*45*
	POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE (IIT)	*61*
	POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE	*62*
	POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO IN AMBULANTE ZA KRONIČNO AMBULANTNO PERITONEALNO DIALIZO	*64*
	POROČILO DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA INTERNEM ODDELKU	*66*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI (IIT)	*73*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE CENTRA ZA HEMODIALIZO	*76*
2.3	***GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKA SLUŽBA***	***81***
	STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKE SLUŽBE ZA LETO 2012	*81*
	POROČILO DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKEM ODDELKU	*97*
2.4	***ANESTEZIOLOŠKO-REANIMACIJSKA SLUŽBA***	***105***
	STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2012	*105*
	STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK ZA LETO 2012	*112*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO	*121*
	POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK	*125*
2.5	***PEDIATRIČNA SLUŽBA***	***129***
	STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE V LETU 2012	*129*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA PEDIATRIČNEM ODDELKU	*138*
2.6	***ODDELEK ZA PATOLOGIJO***	***145***
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO ZA LETO 2012	*145*
2.7	***ODDELEK ZA LABORATORIJSKO DIAGNOSTIKO***	***153***
	LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2012	
2.8	***LEKARNA IN KLINIČNA FARMACIJA***	***161***
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNE LEKARNE	*161*
	POROČILO O DELU NA PODROČJU KLINIČNE FARMACIJE V LETU 2012	*164*
2.9	***SPECIALISTIČNA AMBULANTNA DEJAVNOST***	***171***
	DEJAVNOST DERMATOVENEROLOŠKE AMBULANTE	*171*
	STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI V LETU 2012	*172*

	POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI LETA 2012	*174*
2.10	***SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO***	***177***
	POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE - 2012	*177*
	POROČILO NAMESTNICE POMOČNICE DIREKTORJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO O DEJAVNOSTI V LETU 2012	*201*
	POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI	*205*
	PODROČJE OBLADOVANJA BOLNIŠNIČNE HIGIENE IN OKUŽB	*219*
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA ZA LETO 2012	*224*
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO	*228*
	DEJAVNOST ZDRAVSTVENE NEGE SPECIALISTIČNIH AMBULANT IN URGENCE - POROČILO ZA LETO 2012	*232*
	DEJAVNOST CENTRALNE STERILIZACIJE V LETU 2012	*238*
	POROČILO O DEJAVNOSTI RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV	*241*
	POROČILO O DELU KOORDINATORJEV ZDRAVSTVENE NEGE ZA OSKRBO KRONIČNE RANE	*243*
	ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V LETU 2012	*247*
	POROČILO SOCIALNE SLUŽBE ZA LETO 2012	*250*
2.11	***RAZISKOVALNA ENOTA***	***253***
	RAZISKOVALNA DEJAVNOST - POROČILO ZA LETO 2012	*253*
3	***KOMISIJE V SBJ***	
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE	*259*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE V LETU 2012	*264*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA V LETU 2012	*267*
4	***KAZALNIKI KAKOVOSTI***	***271***
	KAZALNIKI KAKOVOSTI V SBJ - PRIMERJAVA MED 1., 2., 3. IN 4. TROMESEČJEM TER VREDNOST ZA OBDOBJE JAN. - DEC. V LETU 2012	*271*
	KOLONIZACIJA Z MRSA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE	*273*
	KAZALNIK KAKOVOSTI - PADCI	*277*
	KAZALNIK KAKOVOSTI - RAZJEDA ZARADI PRITISKA	*285*

Splošna bolnišnica Jesenice