STROKOVNO POROČILO

SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

ZA LETO 2013

Jesenice, 2014

Kolofon:

STROKOVNO POROČILO SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2013

Urednici: Karmen Janša, Irena Micco

Avtorji poročil po abecednem vrstnem redu:
Lidija Ahec, Teja Arnež, doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik, Mateja Bahun, Brankica Bašić Narić, Marjetka Berdajs Avsenek, Alenka Bijol, Janja Borič, Marina Ćurčija-Jurišin, Helena Dolžan Lindič, Slavica Hrovat, Karmen Janša, Primož Jovan, Vlado Jurekovič, Maja Kaker, Gregor Kalan, Zdenka Kramar, Pavla Lavrinec, Jana Lavtižar, asist. mag. Mateja Lopuh, Eva Macun, Nada Macura Višić, Judita Mandelc Kunčič, Brigita Mavsar-Najdenov, Oti Mertelj, Anja Mesec, 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, Mojca Strgar, Lina Virnik Kovač, Majda Volčini Krumpestar in Nina Zupan

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

Leto izdaje: 2014

Tisk: Tiskarna Radovljica d.o.o.

Naklada: 60 izvodov

ISSN: 2335-4186

© 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.

KAZALO

1	***UVOD***	
	STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2013	*1*
	IZ VSEBINE	*5*
2	***POROČILA O DELU MEDICINSKIH SLUŽB, ODDELKOV IN ENOT***	
2.1	***KIRURŠKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2013	*7*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE KIRUŠKEGA ODDELKA	*26*
	POROČILO O DEJAVNOSTI KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE	*31*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA DNEVNEM ODDELKU	*35*
	POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE ZA LETO 2013	*38*
	POROČILO O DEJAVNOSTI DELOVNE TERAPIJE ZA LETO 2013	*44*
2.2	***INTERNISTIČNA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE ZA LETO 2013	*48*
	POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE (IIT)	*65*
	POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE	*65*
	POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO IN AMBULANTE ZA KRONIČNO AMBULANTNO PERITONEALNO DIALIZO	*68*
	POROČILO DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA INTERNEM ODDELKU	*70*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI (IIT)	*75*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE CENTRA ZA HEMODIALIZO	*78*
2.3	***GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKE SLUŽBE ZA LETO 2013	*84*
	POROČILO DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKEM ODDELKU	*97*
2.4	***ANESTEZIOLOŠKO-REANIMACIJSKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2013	*104*
	STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK ZA LETO 2013	*111*
	STROKOVNO POROČILO PALIATIVNIH DEJAVNOSTI IN DELO CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO VODENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO (marec - december 2013)	*119*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO	*120*
	POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK	*123*
2.5	***PEDIATRIČNA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE V LETU 2013	*127*
	POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA PEDIATRIČNEM ODDELKU	*136*
2.6	***RADIOLOŠKI ODDELEK***	
	STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO V LETU 2013	*144*
	POROČILO O DEJAVNOSTI RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV	*149*
2.7	***ODDELEK ZA PATOLOGIJO***	
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO ZA LETO 2012	*153*

2.8	***ODDELEK ZA LABORATORIJSKO DIAGNOSTIKO***	
	LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2013	*160*
2.9	***LEKARNA IN KLINIČNA FARMACIJA***	
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNE LEKARNE	*166*
	POROČILO O DELU NA PODROČJU KLINIČNE FARMACIJE V LETU 2013	*168*
2.10	***SPECIALISTIČNA AMBULANTNA DEJAVNOST***	
	DEJAVNOST DERMATOVENEROLOŠKE AMBULANTE	*175*
	STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI V LETU 2013	*176*
	STROKOVNO POROČILO O OKULISTIČNI DEJAVNOSTI V LETU 2013	*179*
	POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI LETA 2013	*181*
2.11	***SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO***	
	POROČILO O DOSEGANJU CILJEV SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE	*184*
	POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC	*218*
	POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI V LETU 2013	*221*
	POROČILO NAMESTNICE POMONICE DIREKTORJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO	*236*
	PODROČJE OBVLADOVANJA BOLNIŠNIČNE HIGIENE IN OKUŽB	*244*
	POROČILO O DELU KOORDINATORJEV ZDRAVSTVENE NEGE ZA OSKRBO KRONIČNE RANE	*256*
	ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V LETU 2013	*260*
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA ZA LETO 2013	*262*
	STROKOVNO POROČILO NA PODROČJU SLUŽBE ZDRAVSTENE NEGE IN OSKRBE ZA POLIKLINIČNO DEJAVNOST IN URGENCO 2013	*266*
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO	*271*
	DEJAVNOST CENTRALNE STERILIZACIJE V LETU 2013	*274*
	POROČILO SOCIALNE SLUŽBE ZA LETO 2013	*277*
3	***RAZISKOVALNA ENOTA***	
	RAZISKOVALNA DEJAVNOST - POROČILO ZA LETO 2013	*281*
4	***STROKOVNE KOMISIJE V SBJ***	
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE	*284*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE V LETU 2013	*290*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA V LETU 2013	*294*
5	***KAZALNIKI KAKOVOSTI***	
	KAZALNIKI KAKOVOSTI V LETU 2013	*298*
	KAZALNIK KAKOVOSTI - PADCI	*299*
	KAZALNIK KAKOVOSTI - RAZJEDA ZARADI PRITISKA	*307*
	KOLONIZACIJA Z MRSA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE	*313*

STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2013

Karmen Janša, dr. med., spec. int..
strokovna direktorica

Strokovno delo v Splošni bolnišnici Jesenice se je v letu 2013 razdelilo med dve strokovni direktorici. V prvi polovici leta ga je vodila Sandra Tušar, dr. med., spec. krg., v drugi polovici leta pa ga je prevzela Karmen Janša, dr. med., spec. int.

Poleg menjave strokovnih direktoric, so se v bolnišnici zamenjali tudi predstojniki v internistični, ginekološko-porodniški in rentgenološki dejavnosti.

UVOD

V letu 2013 se nadaljuje že več let trajajoča kriza v zdravstvu, ki se odraža v vsakoletnem zmanjševanju finančnih sredstev in pomanjkanju zdravnikov ter drugih zdravstvenih delavcev. Omenjena dejstva so močno vplivala tudi na poslovanje in delo naše bolnišnice. Vendar smo s skupnimi močmi, ob sodelovanju vseh zaposlenih, delovali uspešno in našim pacientom omogočili najboljšo možno obravnavo ter uresničili številne cilje na področju strokovnosti, kakovosti, varnosti, izobraževanju in raziskovanju ter poučevanju mladih. Zahvaljujem se vsem zdravnikom, medicinskim sestram, drugim zdravstvenim in nezdravstvenim sodelavcem, ki so pri tem sodelovali s svojim znanjem, izkušnjami, spretnostmi, pridnostjo in zavzetostjo.

VIZIJA IN POGLED V ZGODOVINO

Naša vizija, da želimo postati najodličnejša slovenska splošna bolnišnica, prepoznavna v evropskem prostoru, izvira iz naše preteklosti in ponosa na bolnišnično dejavnost iz preteklih obdobij, ki jo želimo graditi tudi v prihodnosti. Na Jesenicah je bila zgrajena prva zasilna bolnišnica, z 10 posteljami, med leti 1880 in 1890. Stavba ni bila locirana na današnjem področju bolnišnice, vendar kaže na več kot 130 letno tradicijo bolnišnične dejavnosti na našem področju, na katero smo lahko resnično ponosni. Najpomembnejši mejnik za današnjo bolnišnico je 11. 4. 1948, ko je bila na današnji lokaciji odprta nova bolnišnica, ki je imela sloves najmodernejše bolnišnice v srednji Evropi.

BOLNIŠNICA DANES

Splošna bolnišnica Jesenice je regionalna bolnišnica za Gorenjsko z 200.000 prebivalci, ki opravlja storitve na sekundarnem nivoju v okviru specialistične bolnišnične in ambulantne zdravstvene dejavnosti, dialize, izobraževalne in raziskovalne dejavnosti. Na Gorenjskem imamo poleg splošne bolnišnice še tri specializirane bolnišnice, Kliniko Golnik, Psihiatrično bolnišnico Begunje in Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj. V SB Jesenice kot edini na Gorenjskem opravljamo bolnišnično in specialistično dejavnost kirurgije, ortopedije in pediatrije. V Kliniki Golnik poleg pulmologije opravljajo tudi del storitev splošne interne medicine in v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj program ginekologije in porodništva

V bolnišnici imamo 263 postelj v štirih osnovnih bolnišničnih dejavnostih, kirurški, internistični, pediatrični in ginekološko-porodniški ter v posebej organiziranem dnevnem oddelku, oddeleku za zdravstveno nego in enoti za intenzivno terapijo. Specialistična ambulantna dejavnost in funkcionalna diagnostika je organizirana na področju kirurgije, interne medicine, ginekologije, porodništva, pediatrije, rentgenologije, dermatologije, nevrologije, otorinolaringologije in okulistike. V okviru SB Jesenice delujeta tudi ambulanta za

fizioterapijo in dispanzer za žene, ki sodita med osnovno zdravstveno dejavnost. Imamo svoj patohistološki in biokemični laboratorij ter lekarno.

V naši bolnišnici so zaposleni številni priznani strokovnjaki, na različnih področjih medicine, ki so s svojim znanjem in strokovnostjo prepoznani tako v slovenskem prostoru kot izven njega.

DELOVNI PROGRAM

V letu 2013 smo v bolnišnični dejavnosti načrtovani delovni program izvedli v celoti, obravnavali smo 12.736 primerov in dosegli 17.758 uteži. Povprečna utež je bila 1,394. Največ uteži, 55,54 odstotkov, je bilo opravljenih na kirurških oddelkih, sledijo interni oddelek z 28,86 odstotki, pediatrični z 8,18 in ginekološko-porodniški s 7,42 odstotki. Na področju prospektive smo izvedli 2.702 primerov in 715 porodov. Na področju kirurgije smo načrt presegli za 45 primerov, število porodov se je glede na lansko leto povečalo za 61. Povprečna ležalna doba je bila za celotno bolnišnico 4,06 dni. Glede na lansko leto se je nekoliko podaljšala, sicer pa je prisoten večletni trend postopnega upadanja. Ležalna doba je po oddelkih za več let prikazana v tabeli št. 3 in v grafu št. 1. V specialističnih ambulantah smo opravili 112.052 pregledov, kar je 598 več kot v lanskem letu. Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi je bilo 47:53, v primerjavi z letom 2012 se je število prvih pregledov nekoliko povečalo. Realizacija bolnišničnega in ambulantnega specialističnega programa je za več let predstavljena v tabelah številka 1 in 2.

Tabela 1. Realizacija delovnega programa v bolnišnični dejavnosti za celotno bolnišnico in po posameznih oddelkih po letih

	2008	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
SKUPAJ SPP - št. prim.	**11.853**	**12.316**	**12.938**	**13.088**	**12.448**	**12.736**
SKUPAJ SPP - št. uteži	**16.286**	**17.070**	**18.330**	**18.339**	**17.614**	**17.758**
Krg. odd. - št. prim.	5.223	5.111	5.274	5.956	5.768	5.857
Interni odd. - št. prim.	3.022	3.197	3.373	3.298	3.278	3.330
Gin.- por. odd - št. prim.	1.625	1.636	1.609	1.542	1.515	1.489
Pediatrični. odd - št. prim.	1.983	1.920	2.013	1.982	1.887	2.060
Zdravstven nega - št. BOD	4.227	4.562	4.522	4.390	4.336	4.367

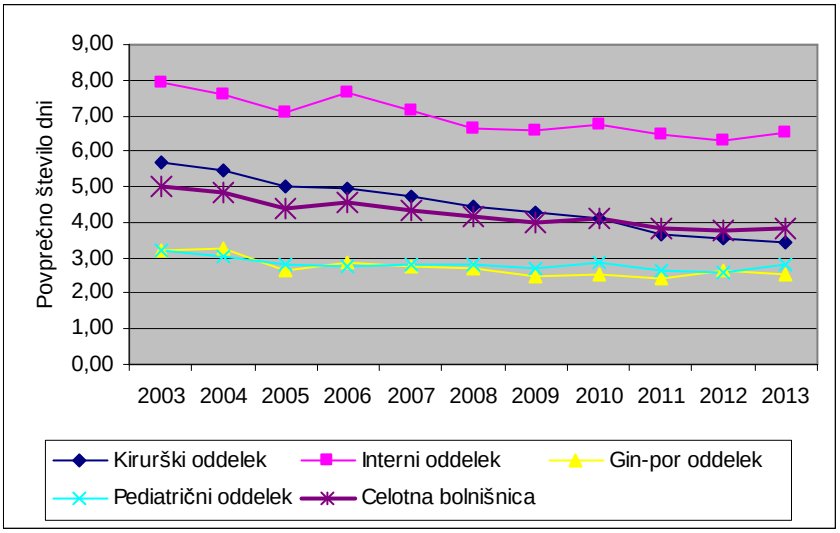
Tabela 2: Realizacija delovnega programa v ambulantni specialistični dejavnosti za celotno bolnišnico po letih

	2008	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
Št. obiskov	106.105	104.076	100.485	105.180	111.366	112.834
Št. točk	1.064.193	1.059.014	1.009.468	1.025.081	1.062.177	1.085.222

Tabela 3: Povprečna ležalna doba v dnevih po posameznih oddelkih in v celotni bolnišnici po letih

	2003	***2004***	***2005***	***2006***	***2007***	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
Kirurški oddelek	5,68	5,47	5,01	4,93	4,71	4,42	4,27	4,13	3,65	3,54	3,44
Interni oddelek	7,93	7,59	7,11	7,66	7,12	6,65	6,56	6,77	6,48	6,30	6,55
Gin.-por. oddelek	3,21	3,25	2,64	2,88	2,76	2,70	2,49	2,55	2,42	2,63	2,53
Pediatr. oddelek	3,23	3,01	2,81	2,73	2,81	2,79	2,68	2,89	2,67	2,58	2,84
Bolnišnica skupaj	**5,01**	**4,83**	**4,39**	**4,55**	**4,35**	**4,14**	**4,00**	**4,09**	**3,81**	**3,76**	**3,84**

Graf 1: Trend zniževanja ležalne dobe v zadnjih 10 letih



ČAKALNE DOBE

so se nam v letu 2013 ponovno podaljšale pri vseh operativnih posegih, razen pri endoprotezi kolena, in ponovno presegle mejo 3.000 čakajočih na operativni poseg. Konec leta 2012 je bilo čakajočih 2.625, konec leta 2013 pa 3.035 pacientov, kar pomeni, da je bilo v letu dni na čakalno listo uvrščenih 410 pacientov več kot je bilo operiranih. Glede na Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah je čakalna doba prekoračena pri vseh operacijah, razen pri operacijah žolčnih kamnov. Podatke sem navedla za operativne posege, poudariti pa moram, da so čakalne dobe nesprejemljivo dolge praktično na vseh področjih, pri čakanju na pregled, diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo. Čakalne dobe so v naši bolnišnici najdaljše v Sloveniji za številne posege, razlika med bolnišnicami je velika. Primerjava med bolnišnicami kaže na neenakomerno razporejen program po bolnišnicah in s tem na neenakomerno dostopnost do posegov in preiskav ter neenako obravnavo pacientov na področju Gorenjske v primerjavi z drugimi regijami. Pacienti večinoma poznajo zdravnike na svojem področju, jim zaupajo in ne želijo opraviti pregleda ali posega drugod.

ZAPOSLENI

V SB Jesenice je bilo konec leta 2013 skupno 640 zaposlenih. Zdravnikov je bilo 103, od tega 62 specialistov, 34 specializantov in 7 pripravnikov. Število zdravnikov se je zmanjšalo, predvsem na internem oddelku. V zdravstveni negi je bilo zaposlenih 307 medicinskih sester, od tega 111 diplomiranih medicinskih sester, 9 babic, 185 srednjih medicinskih sester in dva pripravnika zdravstvene nege. Zaposlenih je bilo še 8 farmacevtov, 36 ostalih zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter 132 nezdravstvenih delavcev. 50 delavcev je bilo na porodniški in daljši bolniški odsotnosti. Število zaposlenih se je v letu 2013 v primerjavi z letom 2012 zmanjšalo za 16 oseb in je doseglo kritično mejo, ki nam še omogoča varno in kakovostno izvajanje storitev.

V letu 2013 smo nadaljevali na poti celostne, varne, kakovostne in strokovne obravnave pacientov ter si s svojim delom zagotovili obnovitev zunanjih akreditacij in certifikatov: ISO 9001, TEMOS, DNV-NIAHO in Novorojenčkom prijazna porodnišnica. Ob tem se zavedamo, da je vodenje kakovosti proces, ki ga je potrebno stalno meriti, ocenjevati, utrjevati in iskati nove in nove poti, z namenom doseči čim boljši izid za paciente. Zato smo tudi v letu 2013 spremljali in analizirali kazalnike, uvajali nove in izboljševali stare klinične poti, prenavljali procese, analizirali pomembne varnostne dogodke, ugotavljali zadovoljstvo pacientov in

zaposlenih ter na podlagi zbranih dejstev pripravili in izvajali ukrepe za izboljšanje celostne varne, kakovostne in strokovne obravnave naših pacientov.

V bolnišnici skrbimo za stalno strokovno izpopolnjevanje, raziskovalno delo ter za spremljanje in uvajanje novih metod v diagnostiki in zdravljenju. Zaposleni smo tudi v letu 2013 aktivno in pasivno sodelovali na številnih strokovnih srečanjih doma in v tujini, se ukvarjali z znanstveno raziskovalnim delom in objavili strokovne prispevke. Pripravili smo strokovna srečanja znotraj bolnišnice in izven nje, se srečevali na mortalitetnih in morbiditetnih konferencah ter izpostavljali probleme in iskali rešitve na številna strokovna vprašanja v komisiji za obvladovanje bolnišničnih okužb, komisiji za zdravila, komisiji za antibiotike, komisiji za laboratorijsko dejavnost in komisiji za transfuzijsko dejavnost.

V lanskem letu je z delom ponovno pričel Center za interdisciplinarno vodenje bolečine in paliativno oskrbo in pod njegovim okriljem prvi mobilni tim za paliativno oskrbo bolnikov na domu. Med pomembnimi investicijami naj navedem nakup in postavitev novega CT aparata. Izveden je bil prvi del obnove porodnega bloka, za pridobitev sredstev za drugi del obnove smo izpeljali obsežno dobrodelno akcijo z naslovom Veliki ljudje za male.

Zdravstveni sistem v Sloveniji, z njim pa tudi Splošna bolnišnica Jesenice, je že nekaj let v pomembni finančni krizi, kar se odraža v odlaganju razvoja bolnišnice, širitve programov in dejavnosti, pomembnih investicij, kot je nov operacijski blok z intenzivno dejavnostjo, v pomanjkanju sredstev za obnovo, modernizacijo in širitev prostorov, na primer enote za funkcionalno kardiovaskularno diagnostiko in tudi v nezmožnosti zadostnega vlaganja sredstev za zamenjavo iztrošene opreme in še manj v nakup nove opreme. Enako velja tudi za zaposlovanje mladih kadrov, ki so za delovanje in razvoj nujno potrebni. Toda upanje umre zadnje in verjamem, da se bodo v Republiki Sloveniji našli ljudje, ki bodo prenovili in predvsem pravično prerazporedili sredstva, ki bodo vsem ljudem omogočili enakovredno kakovostno in varno obravnavo, ter omogočili vlaganja v zaposlene, medicinsko opremo in celoten razvoj bolnišnic.

Čas, ki je pred nami, izkoristimo za odkrivanje in vzpostavljanje novih odnosov, za nove, spoštljive oblike sodelovanja med sodelavci, med zdravniki in zdravstveno nego, med oddelki, med stroko in poslovnostjo, med bolnišničnimi in splošnimi zdravniki ... S spoštljivimi medsebojnimi odnosi si napravimo prijaznejše delovno ozračje in verjamem, da bodo tudi problemi postali manjši in cilji lažje dosegljivi. V naše mišljenje vključimo več optimizma in s skupnimi močmi sodelujmo pri razvoju bolnišnice.

Naj zaključim z naslednjimi besedami: Bolnišnica smo ljudje. Ljudje z veliko znanja in strokovnosti, s pridnimi rokami in prijaznostjo.

IZ VSEBINE

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

Pred vami je trinajsto strokovno poročilo v katerem je v celoti predstavljeno tudi strokovno delo zdravstvene in babiške nege ter oskrbe (ZBNO). Prvo strokovno poročilo ZBNO je bil samostojen dokument in ni bil vključen v Strokovno poročilo bolnišnice. Po dogovoru s takratnim strokovnim direktorjem mag. prim. Miranom Remsom, dr. med., smo že v naslednjem letu pripravili skupno strokovno poročilo. Z leti je postalo strokovno poročilo vse bolj obsežno in kvalitetno. Vsako leto je bilo dopolnjeno s pomembnimi podatki in rezultati na področju vseh strok, tudi na področju ZBNO.

V teh letih je bilo opisanih in predstavljenih veliko število podatkov in dosežkov v ZBNO. Na to sem kot glavna medicinska sestra bolnišnice izjemno ponosna. ZBNO je prepoznana tako doma kot tudi izven meja naše države. Zaposlujemo visoko strokovno usposobljen in ustvarjalen kader. Bolnišnica nam omogoča strokovni razvoj visoke ravni ZBNO. Prav na strokovnem področju smo v zadnjih trinajstih letih zelo skokovito napredovali. Razvijali smo proces zdravstvene nege neposredno ob pacientovi postelji, se izobraževali in strokovno usposabljali in v zadnjih dveh letih pričeli z aplikativnim raziskovanjem.

Če bi retrospektivno pregledali vsa strokovna poročila bi dobili dejanski pregled uvajanja in nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti v bolnišnici, kjer zaposleni v ZBNO doprinesemo pomemben in neprecenljiv delež. V vseh teh letih smo razvili in oblikovali veliko število standardno operativnih postopkov, različnih dokumentov, standardov kakovosti, protokolov, kliničnih poti, terapevtsko temperaturnih listov in različnih navodil in zdravstveno vzgojnih vsebin za paciente in njihove svojce. Uvedli smo tudi številne nove pristope na področju dokumentiranja zdravstvene nege, standardizacijo aktivnosti in postopkov v ZBNO in v letošnjem letu pričeli z uporabo negovalnih diagnoz.

Pomembno vlogo pri razvoju in napredku ZBNO imajo naši zaposleni, ki se v velikem številu vključujejo v projektne time. Le-ti so promotorji razvoja in napredka. Vsi projektni timi so v zadnjih desetih letih opravljali delo zavzeto in kontinuirano skrbeli za izboljševanje kakovostne in varne ZBNO. Pri tem je potrebno izpostaviti, da so se v projektne time pričeli vključevati tudi diplomirani radiološki inženirji, diplomirane fizioterapevtke in delovna terapevtka. Vsi delujejo zelo konstruktivno in pomembno doprinesejo k oblikovanju in skupnemu delovanju več profesionalnega tima.

Proces ZBNO je pomemben del celostne zdravstvene oskrbe pacientov in je že uveljavljeni način procesnega dela, ki omogoča stalno izboljševanje neposrednega kakovostnega in varnega dela pri pacientih. Rezultati takega načina dela so vidni v različnih kazalnikih, ki so vpeti v sam proces in presegajo preko 90-% skladnost. Procesni pristop vzpodbuja timski način dela, kjer sodelujemo z zdravniki in drugimi strokovnjaki. V naslednjih letih bomo temu področju morali nameniti še več pozornosti.

S skupnimi močmi smo v zadnjih letih dosegli izredno dobre rezultate na področju zadovoljstva pacientov. Pacienti že vrsto let v anketah prepoznajo strokovnost, humanost, etičen odnos ter prijaznost zaposlenih v ZBNO. Prav ti rezultati so tisti, ki nas vzpodbujajo, da se nenehno izboljšujemo in postajamo resnično prijazna ustanova za paciente in vse ostale, ki vstopajo v našo bolnišnico.

Vsako leto aktivno sodelujemo pri vzpostavitvi in pridobitvi ISO standarda, akreditacije TEMOS in akreditacije DNV/DIAS. Ob tem se nenehno izboljšujemo in uvajamo nove pristope in sledimo PDCA krogu. Vzpostavili in uvedli smo proces internih strokovnih nadzorov v ZBNO.

Presojevalci kakovosti SQ so pri zadnji presoji posebno izpostavili proces nadzorov kot zglednega in vrednega posnemanja še pri ostalih strokah v bolnišnici. Izvajanje varnostnih pogovorov in vizit ter posvetov po viziti in kakovostna timska predaja pacientov je že popolnoma utečena oblika dela in je v celoti vpeta v naš vsakdanjik. Pomembno delo smo v ZBNO opravili na področju vodenja kazalnikov kakovosti – padci, razjeda zaradi pritiska, MRSA, posebni varovalni ukrepi, opazovanje higiene rok in še veliko drugih, kjer beležimo izredno dobre rezultate in smo na njih opravičeno ponosni.

V zadnjih treh letih smo v zaostrenih razmerah gospodarske recesije vseskozi aktivno sodelovali in veliko prispevali k varčevanju in ob tem še vedno zagotavljali kakovostno in varno ZBNO.

Vsi dosežki zadnjih let v ZBNO me navdajajo s posebnim ponosom. Ponosna sem, da je naša bolnišnica prepoznana doma in tudi izven naših meja tudi po zdravstveni in babiški negi ter oskrbi pri čemer gredo zahvale predvsem vsem zaposlenim, njihovi strokovnosti in zavzetosti ter predanosti stroki, kot tudi bolnišnici. Zavedamo se tudi, da nas na določenih področjih delovanja še vedno pestijo težave in da moramo še vzpostaviti pravo organiziranost in napredek v stroki.

Vse našteto dokazuje, da je ZBNO v bolnišnici iz leta v leto pridobivala na strokovnosti, kakovosti in varnosti. Naša vizija je, da še naprej ostanemo prepoznana stroka, ki zagotavlja kakovostno in varno ZBNO vsem pacientom. To je vizija današnjega dne in naj bo tudi naša vizija za prihodnost.

Želim si, da stroka ZBNO ostane to kar je in se razvija še naprej, tako uspešno kot do sedaj, pri čemer se zavedam, da brez srca bolnišnice, vseh sodelavcev, tega ne bi bilo in ne bo moč doseči. Ob tej priložnosti bi se rada vsem svojim sodelavcem še enkrat zahvalila in vas spodbudila, da neprecenljivo mero strokovnosti, etičnosti, prijaznosti in požrtvovalnosti ohranite tudi vnaprej ter jo vsakodnevno delite med paciente in sodelavce.

STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2013

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

UVOD

Leto 2013 ni bilo dobro leto ne za Slovenijo v celoti ne za SBJ in ne znotraj nje za kirurgijo. V letu 2012 smo dosegli največje število obravnav do sedaj, vendar je vse kar smo naredili preko plana ostalo neplačano. Ker ničesar ne znamo narediti brez stroškov, smo s tem prispevali k negativnemu poslovanju bolnišnice. Zato smo se odločili, da v letu 2013 naredimo točno toliko kot je dogovorjeno. Posledično so narasle čakalne dobe na programske operacije. Kljub temu, da smo število obravnav zmanjšali pa smo v rednem delovnem času opravili doslej največje število operativnih posegov. Število čakajočih na programsko operacijo se je v letu 2013 povečalo za 410 ljudi na 3.035 pacientov. Kadrovsko smo se sprva okrepili z novim specialistom kirurgije, pa le malo za tem zgubili specialista ortopeda. Na razpisu za specializacije smo ponovno pogoreli, ker da imamo že preveč specializantov. Konec leta smo dobili nove operacijske luči za dve operacijski dvorani sicer pa so se pogoji dela v glavnem poslabšali. 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 2013 niso spremenile. Kirurgija deluje v petih hospitalnih operacijskih dvoranah, od katerih eno tri dni v tednu uporabljajo ginekologi in specialistki ORL. Od tega sta dve dvorani prostorsko primerni in klimatizirani, ostale tri pa premajhne in s tem za nekatere večje operacije komaj primerne ali neprimerne. Tako se npr. kolorektalna kirurgija izvaja v prostoru velikem 4 m x 5 m. Te manjše operacijske 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 več 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. Skupaj kirurški oddelek deluje na 95 posteljah.

Najtežje bolnike zdravimo v EITOS, ki ga vodi specialist anesteziolog Vlado Jurekovič, dr. med. Prostorske kapacitete kirurškega oddelka zadostujejo za sedanji obseg dela in standard s petimi posteljami v sobi in dvema straniščema za povprečno 22 pacientov. Za obvladovanje okužb z odpornimi bakterijami in za zagotavljanje večje intimnosti pacientov bi nujno potrebovali preureditev sob s po 5 pacienti 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.
Urgenca	- Robert Carotta, 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	- mag. Tomaž Silvester, dr. med., spec. ort.
Odsek za kirurške rane	- Branko Brodnik, dr. med., spec. krg.
Fizioterapija	- 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

Obravnavali smo 5.910 hospitaliziranih bolnikov. S tem smo padli nazaj na nivo leta 2010 tako po številu obravnav kot glede na povprečno utež. Večinoma smo izkoristili možnost 5-% preseganja nekaterih prospektivnih operacij, pri katerih presegamo dopustno čakalno dobo in pristali pri 4.682 hospitalno operiranih pacientih. Dodatnih 432 hospitalnih pacientov je imelo operativni poseg v ambulantnih prostorih. Skupno je bilo torej operativno zdravljenih 86,3 % vseh hospitaliziranih bolnikov.

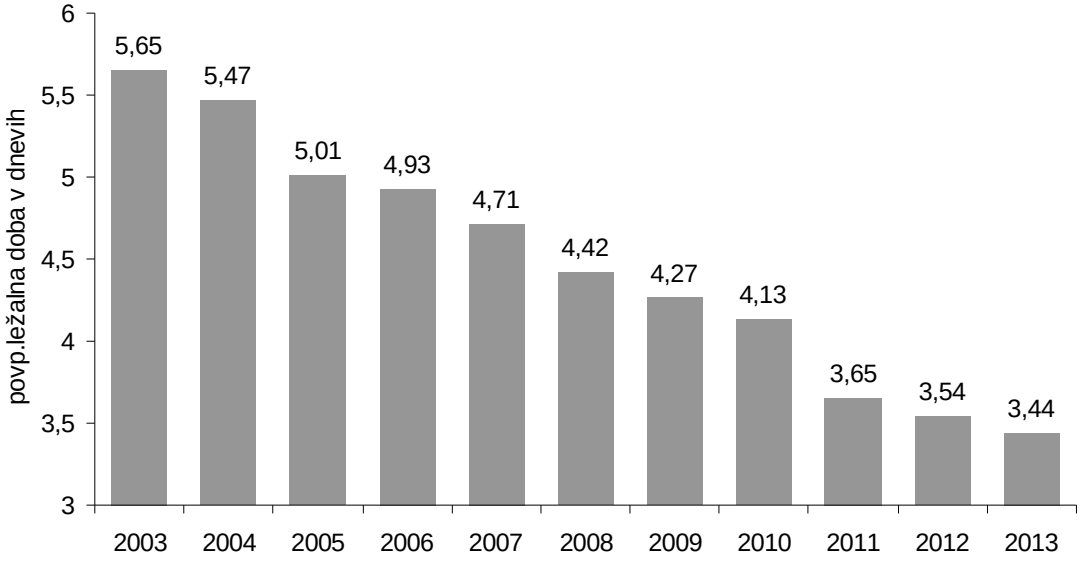
Odstotek prospektivnih primerov je dosegel že 57 % vseh operacij. Posledično naraščajo čakalne dobe za operacije, ki v prospektivo ne sodijo. To se pri nas najbolj pozna pri čakalnih dobah za operacije stopal. Ta sedaj pri rednem naročanju presega že 4 leta.

Ob vedno boljšem planiranju programskih posegov smo ležalno dobo še skrajšali na 3,41 dneva. Nadaljnje zmanjševanje verjetno ni smiselno, kar opažamo iz anket, ki nam jih pacienti vračajo. Ponovno se je zmanjšalo število oskrbnih dni, kar je posledica hitrega obrata pacientov.

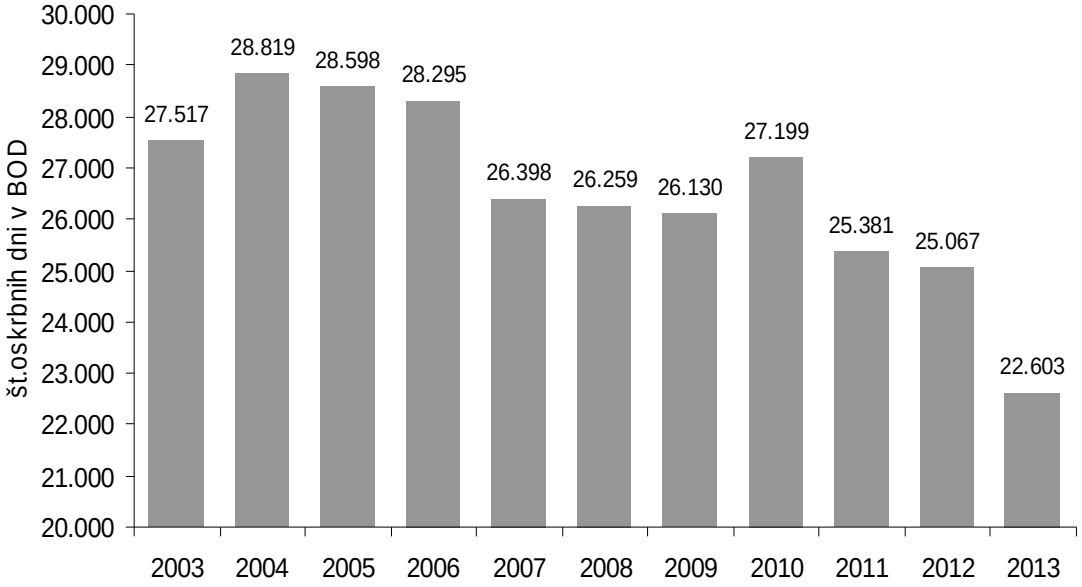
Čakalne dobe v SB Jesenice so problematično dolge pri endoprotezi kolena in operacijah stopal. Pri teh dveh posegih močno presegamo dopustno čakalno dobo. Ponovno so se povečale čakalne dobe za endoprotezo kolka. Pri drugih diagnozah smo s povečanjem števila operacij dosegli navidezno ravnovesje. Nekatere 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 oskrbeti ali jih je ZZZS pripravljen finančno 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 in kadrovskih okrepitev. Rezerve znotraj SBJ ni več.

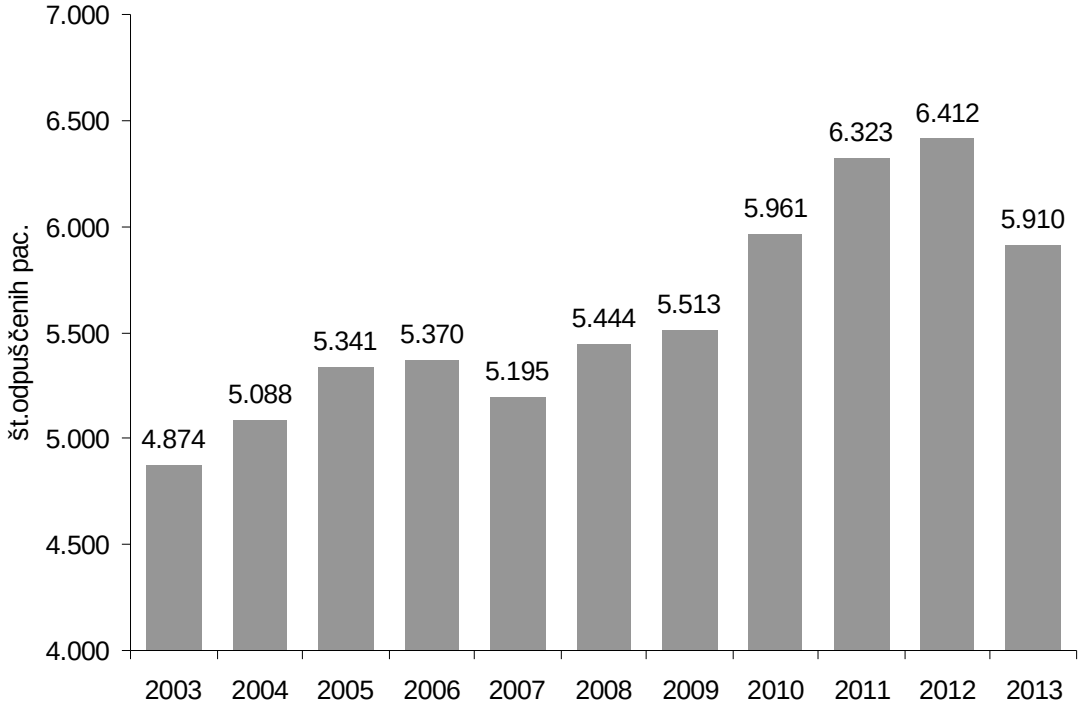
Graf 1: Povprečna ležalna doba na kirurškem oddelku SB Jesenice 2003 - 2013



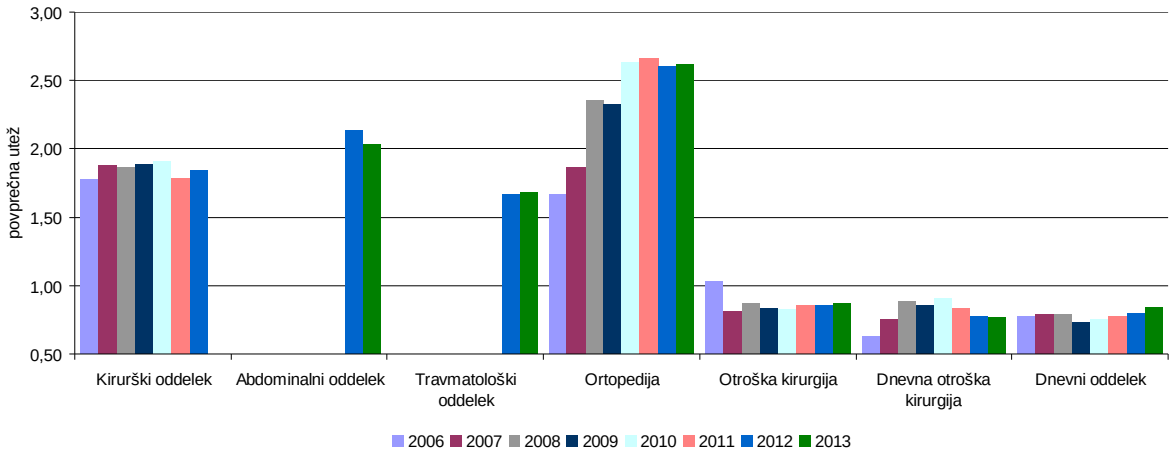
Graf 2: Število oskrbnih dni kirurškega oddelka SB Jesenice 2003 - 2013



Graf 3: Število odpuščenih pacientov 2003 do 2013

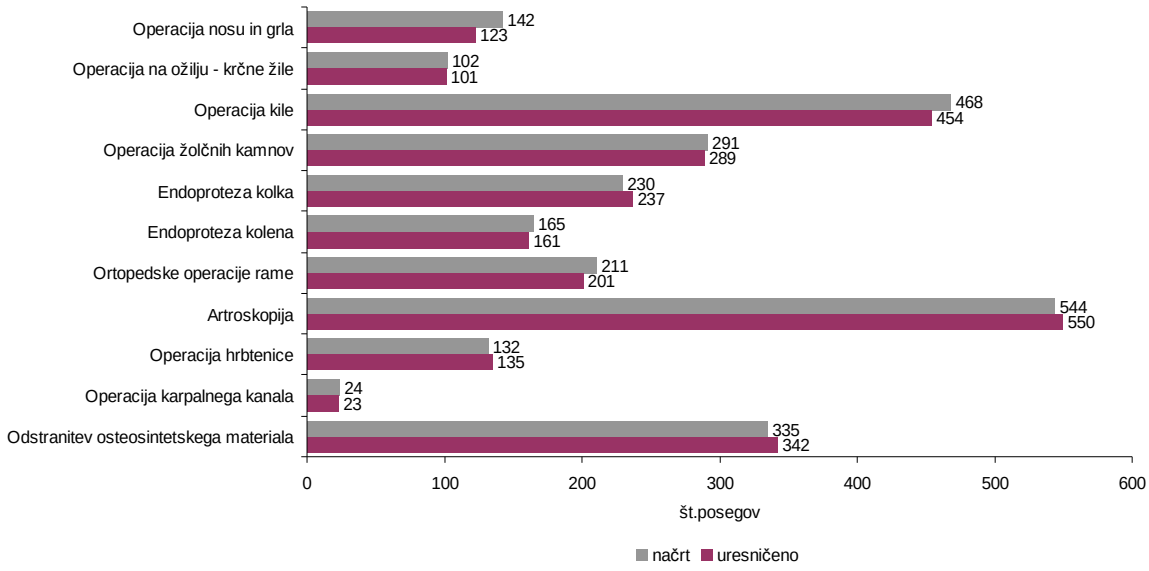


Graf 4: Povprečna utež obravnavanih kirurških pacientov in struktura po odsekih



Visoka povprečna utež na ortopedskem odseku je posledica velikega odstotka kolčnih in kolenskih artroplastik za katere so tudi čakalne dobe med najdaljšimi. Ortopedski odsek je žal omejen predvsem kadrovsko. Izguba specialista ortopeda v preteklem letu je močno povečala obremenitev preostalih ortopedov. Zato je nerazumljivo, da nismo uspeli pridobiti specializacije za ortopedijo v preteklem letu. Dejavnosti brez novih kadrov ne moremo širiti.

Graf 5. Struktura prospektivnih primerov operiranih na krg. oddelku SBJ v letu 2013



Karpalnih kanalov smo skupno naredili 351 vendar se kot prospektiva beležijo le hospitalni

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

GLAVNE DIAGNOZE	***2000***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	1.803	2.219	2.347	2.524	2.809	2.532
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	846	1.023	1.226	1.341	1.269	1.252
Bolezni prebavil (K00 - K93)	1.216	1.119	1.141	1.302	1.236	1.147
Neoplazme (C00 - D48)	197	185	229	216	218	251
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	188	156	237	185	158	131
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	223	153	171	167	150	115
Bolezni obtočil (I00 - I99)	115	122	132	135	147	154
Bolezni dihal (J00 - J99)	62	94	130	139	144	104
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	67	88	112	104	87	74
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	37	49	55	52	82	35
Bolezni živčevja (G00 - G99)	25	232	116	86	30	33
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni (A00 - B99)	11	15	15	13	14	12
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	1	2	0	2	1	2
Ostale diagnoze	70	52	41	45	59	58
SKUPAJ	**4.791**	**5.457**	**5.911**	**6.266**	**6.404**	**5.910**

V dinamiki najpogostejših diagnoz na kirurškem oddelku SB Jesenice ni mogoče spregledati, da se je število poškodb v 12 letih povečalo za 700 primerov (71 %). 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 s spodnje Gorenjske. Tretja razlaga pa je povezana s staranjem prebivalstva in daljšo pričakovano življenjsko dobo. Tudi razvoj kotnostabilnih materialov je meje hitre stabilne osteosinteze pomaknil precej više.

Tabela 3: Najpogostejše operacije v zadnjih štirih letih

OPIS POSTOPKA	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
Artroskopska meniskektomija	314	402	371	495	363
Hernioplastika ingvinalne kile, enostranska	326	293	338	307	331
Laparoskopska holecistektomija	248	289	342	257	224
Odstranitev plošče, žeblja ali žice	217	351	282	250	278
Apendektomija	187	134	195	202	185
Popolna enostranska artroplastika kolčnega sklepa	184	188	225	148	151
Enostranska popolna kolenska artroplastika	59	74	111	147	157
Osteosinteza stegnenice zaradi zloma vratu ali pertrohanternega zloma	111	100	120	125	127
Odprta naravnava zloma distalnega dela koželjnice z osteosintezo	75	77	91	110	103
Ekscizijska nekretomija kože in podkožnega tkiva	133	156	104	97	87
Zaprta naravnava zloma distalnega dela koželjnice z osteosintezo				94	87
Odstranitev medvretenčne ploščice, na eni višini	73	75	91	78	82
Reparacija rotatorne manšete z dekompresijo subakromialnega prostora	70	85	92	75	69
Obrezanje moškega	96	146	103	74	62
Prekinitev safenofemoralnega ustja krčnih žil	66	59	75	63	62
Odstranitev žeblja, žice ali vijaka, ki ni uvrščena drugje			59	63	62
Vgraditev delne kolčne endoproteze zaradi subkapitalnega zloma	56	67	57	63	55
Hernioplastika popkovne kile				58	55
Odprta repozicija zloma gležnja z osteosintezo dveh od diastaz	62	63	79	57	62
Prenos tetive, ligamenta ali kosti kolena ali noge, ki ni klasificirana drugje				55	47
Razrešitev zarastlin penisa	84	115	72	55	46
Odprta repozicija zloma gležnja			57	54	56
Prenos medialne r.f.tetive			55	50	47
Dekompresija subakromialnega prostora			69	46	49
Sprostitev medianega živca v karpalnem kanalu	226	118	260	301	351

Spremembe v poimenovanju oz. šifriranju določenih operacij nam pri strokovnih statistikah delajo težave. Preko 150 operacij raka debelega črevesa je razdrobljeno 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.

Če upoštevamo 1.700 pacientov, ki potrebujejo nujno operacijo v najkasneje nekaj dneh in 2.616 prospektivnih primerov lahko ugotovimo, da za vse ostale bolnike zmanjka časa, kadra, prostora in plačnika.

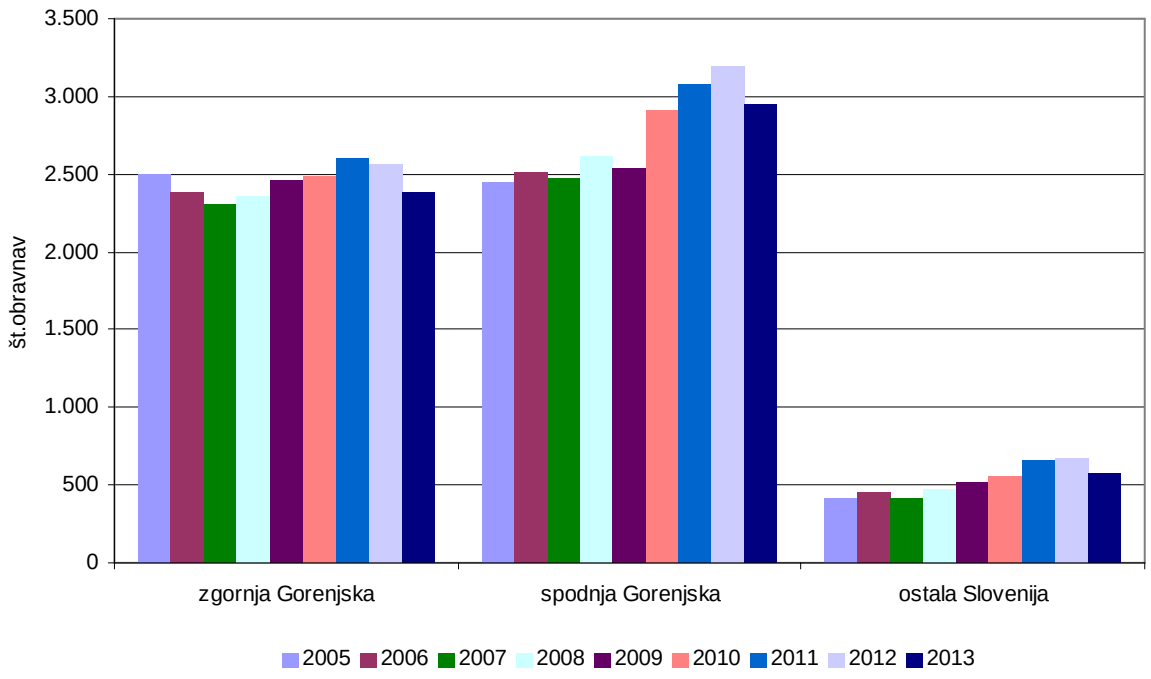
Struktura sprejetih pacientov in operacij se spreminja predvsem na račun poškodovancev, bolezni lokomotornega aparata in rakavih trebušnih operacij. Po eni strani je to odraz staranja prebivalstva, daljše življenjske dobe, pa tudi večjega števila rekreativnih športnikov in tolerance za popoškodbeno zmanjšano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

Abdominalna in splošna kirurgija sta se združili. Čakalne dobe so se v preteklem letu ponovno podaljšale. Dopustne čakalne dobe presegamo najbolj pri ventralnih kilah, ki so pogosto prisotne pri pacientih z veliko spremljajočimi boleznimi, kar oteži planiranje operacije.

Močno je poraslo število čakajočih na operacije krčnih žil, kjer je kolegica dr. Tušarjeva v preteklih letih z visoko strokovnostjo in sodobno metodo operacije obrnila trend odliva pacientov iz gorenjske regije. V navezi z dermatologinjama planiramo še razširiti to dejavnost. Ovira za razvoj je pomanjkanje kadra in diagnostičnih pripomočkov.

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

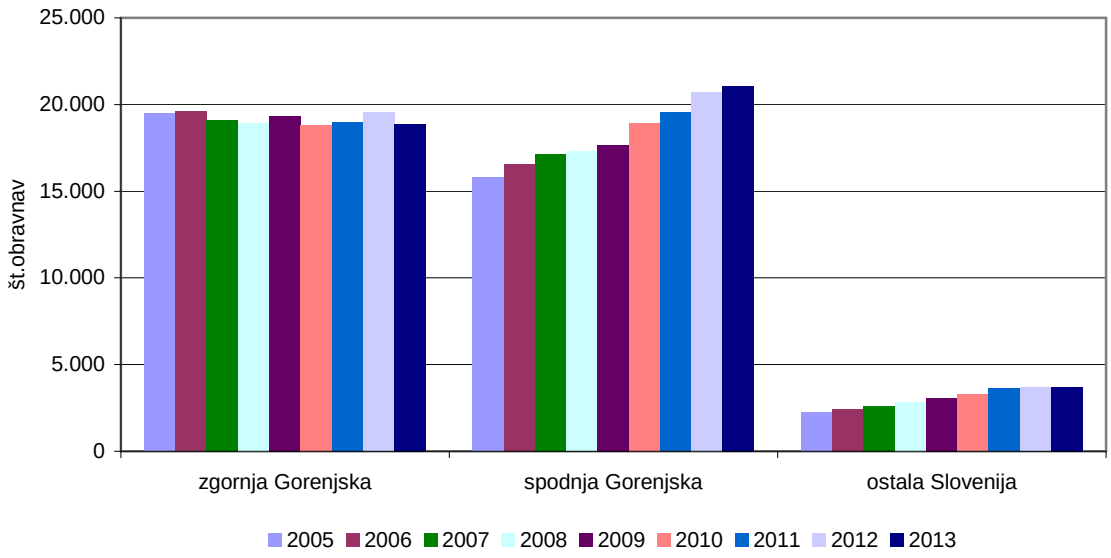
Graf 6. Dinamika regionalne pripadnosti sprejetih pacientov na krg. oddelek SBJ



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 do 40.000. Tako pri nas narašča predvsem število »nujnih« prvih pregledov, ki kakšen dan preseže številko sto. Pred dvema letoma smo uvedli kontrolno ambulanto, ki jo dela specialist in 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.

Graf 7. Dinamika ambulantnih pregledov in posegov na krg. SBJ



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 6894 pregledov. Še enkrat toliko pa v ambulantah v sklopu ZD Bled, Tržič in Kranj. Trend rasti je večji od možnosti širitve dejavnosti.

Tabela 4. Opravljeno delo Ortopedske ambulante SB Jesenice in Škofja Loka

ZZZS	Realizacija leto 2012	Načrt leto 2013	Realizacija leto 2013	Index real/načrt	Index 13/12
Ortopedska amb. Jesenice	35.505,89	41.132,00	42.843,59	104,16	120,67
Obiski	6.319	6.600	6.336	96,00	100,27
Ortopedska amb. Šk.Loka	2.549,30	3.190,00	2.485,09	77,90	97,48
Obiski	442	510	378	74,12	85,52
Skupaj ortopedska amb.	38.055,19	44.322,00	45.328,68	102,27	119,11
Obiski	6.761	7.110	6.714	94,43	99,30
ostali plačniki	Realizacija leto 2012	Načrt leto 2013	Realizacija leto 2013	Index real/načrt	Index 13/12
Ortopedska amb. Jesenice	136,43	136,43	239,67	175,67	175,67
Ortopedska amb. Šk.Loka	0,00	0,00	0,00		
Skupaj ortopedska amb.	136,43	136,43	239,67	175,67	175,67

Uredili smo specializirano ortopedsko operacijsko dvorano ter samostojen oddelek, kar pa že sedaj ne zadostuje umiritvi čakalnih vrst. Ortopedski oddelek je v preteklem letu obravnaval blizu 1.500 primerov od katerih jih je bilo 1.250 operiranih. Na ortopedski operativni poseg pa ob koncu leta 2013 čaka 1.734 pacientov.

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 2013 povečalo, skupaj s tistimi, ki so pri nas za določen čas pa zmanjšalo. V tem letu smo se okrepili za enega specialista kirurgije Aleša Fabjana, dr. med., in izgubili priznanega ortopeda Klemena Ravniharja, dr. med.. Na razpisu za specializacije smo prosili za enega specializanta ortopedije in enega splošne kirurgije, dobili pa ne glede na argumentacije nismo nič.

Tabela 5: Stalno zaposleni na kirurškem oddelku SB Jesenice pred desetimi in v zadnjih štirih letih

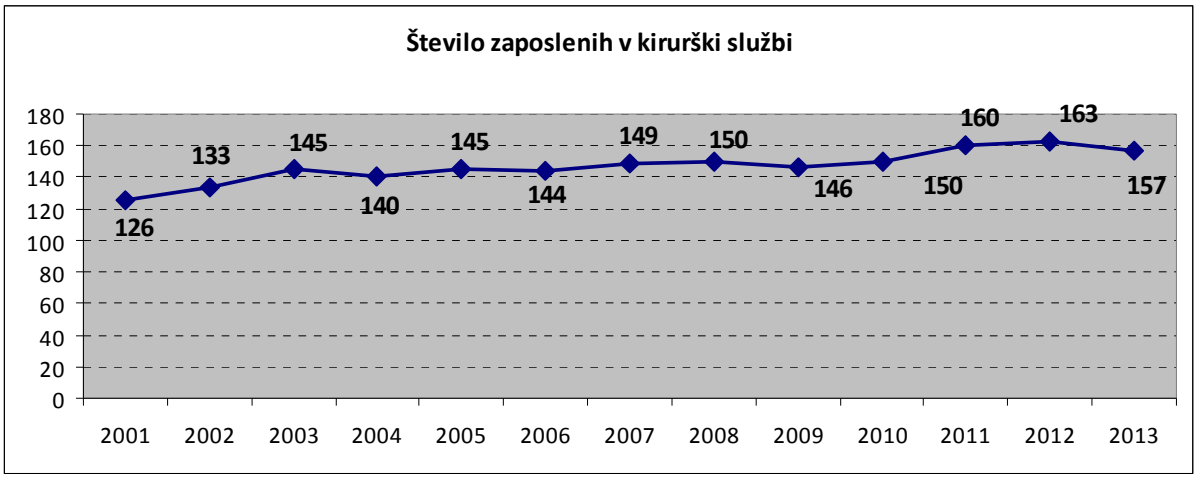
profil	***tarifna skupina***	***2001***	***2002***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
zdravniki	VII	14	18	-	-	-		
zdravniki - specialisti	VIII	-	-	17	18	19	20	21
DMS	VII	-	2	9	12	12	9	15
DMS - amb.	VII	-	-	-	-	1	3	1
VMS	VI	7	4	-	-	-	-	-
instrumentarke - DMS	VII	-	2	9	10	13	12	14
instrumentarke - VMS	VI	9	10	-	-	-		
dipl. fizioterapevtke	VII	-	-	10	9	11	10	11
dipl. delovni terapevt	VII	-	-	-	-	1	1	1
fizioterapevtke	VI	9	9	-	-	-		
SMS	V	38	40	34	38	45	43	40
SMS - op	V	-	4	13	12	10	8	7
SMS amb.	V	9	9	14	14	14	13	14
admin.	V	8	8	9	8	11	11	12
bolničar	III	6	10	-	-	-	-	-
skupaj za nedoločen čas		***100***	***116***	***115***	***121***	***137***	***130***	***130***

Število zaposlenih v kirurški ambulanti, operacijski, administraciji in na fizioterapiji se ni pomembno spremenilo. 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 1.100 primerov, število ambulantnih pregledov pa za 14.000 je 12 več zaposlenih verjetno premalo.

Število specialistov je še vedno daleč od optimalnega. Dnevno sedaj delujemo v petih operacijskih dvoranah, za katere po edinih dostopnih standardih iz zelene knjige, moramo

računati vsaj 8 specialistov in 5 asistentov. Poleg tega dnevno delujejo 4 kirurške in dve ortopedski ambulanti.

Graf 8: Dinamika vseh zaposlenih na kirurgiji v zadnjih 12 letih



Dva kolega sta dežurna, eden mlajši je popoldne in čez vikende v nujni ambulanti. Na vsakem odseku naj bi bil dopoldne prisoten en specialist za vizito, odpuste in delo na oddelku. Dva ortopeda in en kirurg delata polovičen delovni čas. Predstojnik operativno deluje 80 % delavnega časa. Realno nas je torej 19, vsakodnevnih delovišč pa najmanj 24. Ko prištejemo še strokovne odsotnosti in dopuste, je optimalna številka 29 specialistov in specializantov ali sobnih zdravnikov. Ko nas zmanjka, izpade delo na oddelku, potegnemo po dežurni ali po dopoldanskem delu. 1. 1. 2014 smo kirurgi in ortopedi v povprečju imeli še po 15 dni lanskega dopusta in 265 prostih ur na specialista.

Če se primerjamo z drugimi statističnimi regijami v Sloveniji potem je tako kadrovsko kot prostorsko ta kirurgija primerna za zgornjo Gorenjsko ne pa za celo Gorenjsko regijo, kjer je 200.000 prebivalcev. Podobno velika Primorska ima vsaj še enkrat take prostorske in kadrovske kapacitete.

Tabela 6. Delovišča kirurgov in ortopedov dnevno in ob vikendih – dnevno minimalno 24

Delovišča	Nujna Amb	Kontr. Amb	Subspe Amb	Ort. Amb	DB	4x OP	Amb. OP	Odseki	Skupaj
7-15h	1	1	1	1	1+1	6+4	1	4	21
15-21h	1	0	1	1	0	1+1	1	?	6
21-7h	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 so v preteklosti reševali zunanji krožeči specializanti in sobni zdravniki. Sobne zdravnike so ukinili, zunanjih krožečih specializantov pa v drugi polovici leta zaradi zamude pri razpisu specializacij ni bilo. Posledično smo v preteklem letu s težavo dosegli predviden program, ponovno so se kopičile proste ure, dopuste smo prenesli v naslednje leto. V prihajajočem letu pričakujemo upokojitev dveh specialistov. Kadrovske okrepitve so možne šele v letu 2015.

Svojih specializantov imamo sedaj 7. V tem letu pričakujemo še vsaj dve mesti za specializanta kirurgije ali ortopedije.

4 ČAKALNE DOBE

Tabela 7. Število čakajočih na operativni poseg v začetku in na koncu leta 2013

	1.1.2013	1.1.2014	Razlika
Hrbtenica	55	38	- 17
Kolk	376	416	+ 40
Koleno	794	844	+ 50
Gleženj	36	43	+ 7
Stopalo	386	477	+ 91
Rama	92	80	- 8
Komolec	7	10	+ 3
Zapestje+roka	177	219	+ 42
Splošno	139	150	+ 11
Kile	258	283	+ 25
Žolčnik	60	94	+ 34
Varice	84	167	+ 83
Otroci	36	21	- 15
Abdomen	14	17	+ 3
Sinus pilonidalis	25	40	+ 15
Ostalo	86	136	+ 50
SKUPAJ	***2625***	***3035***	***+ 410***

V letu 2011 smo čakalne dobe pri večini diagnoz zmanjšali. Že lani so se čakalne dobe pričele podaljševati v letu 2013 pa smo ponovno presegli mejo 3000 čakajočih na operativni poseg. Čakajočih pacientov na programsko operacijo smo 1. 1. 2013 našteli 2.625, 1. 1. 2014 pa 3.035. Čakalne dobe za endoprotezo kolena so se malenkost zmanjšale, so pa zato ponovno zrasle za endoprotezo kolka. Skupaj na ta posega čaka 1.008 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. Dopustne čakalne dobe močno presegamo pri vseh endoprotezah, operacijah stopal in pri ventralnih kilah. Ne čutimo se odgovorne za preseganje dopustnih čakalnih dob, saj lastnik ustanove in plačnik storitev nista pripravljena na povečanje obsega storitev in ureditev prostorskih in kadrovskih možnosti. Paciente o čakalnih dobah redno obveščamo, vendar večina ne želi operativnega posega v drugi ustanovi, kjer so čakalne dobe zmernejše. Pacienti večinoma zaupajo ustanovi in zdravniku za katerega v svojem ožjem okolju slišijo pohvale.

Trajne rešitve so vezane na novogradnje urgence in operativnega bloka. Ker denarja na državnem nivoju ni, bomo morali te cilje premakniti nekam v prihodnost, 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.

5 STROKOVNO DELO

Čeprav je že rutinskega dela in obveznosti preveč, pa se nekaj kolegov ukvarja tudi z znanstveno raziskovalnim delom, za kar jim čestitam. 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

strokovnih prispevkovi. V letu 2013 je opaziti med mlajšimi kolegi napredek pri aktivnih udeležbah.

5.1 STROKOVNI PRISPEVKI 2013:

1. Šubic A, Arh J. Prikaz bolnika s sumom na steklino na Madagaskarju; Zdrav Vestn 2013; 82: 435–40

2. Fabjan A, Andoljšek M, Hvalc G, Carotta R, Rupar P, Rupel A, Kovač M. Ko se v regionalni bolnišnici soočimo s patološkim zlomom. 9. Celjski dnevi – Metastatska bolezen kostnine. Portorož 2013; Splošna in učna bolnišnica Celje: 93-95.

3. REMS, Miran. Moč kazalnikov kakovosti = Power of quality indicators. V: GRMEK-KOŠNIK, Irena (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013, str. 19-25. [COBISS.SI-ID 76173825]

4**.** REMS, Miran. Kako razumemo kirurški varnostni vprašalnik? = How do we understand surgical safety checlist?. V: BAHUN, Mateja (ur.), KRAMAR, Zdenka (ur.). *Kako organizacijska kultura izboljšuje klinično kakovost? : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013, str. [40]-46. [COBISS.SI-ID 30920665]

5**.** REMS, Miran. Percepcija kakovosti in varnost v bolnišnicah = Hospital's quality and safety perception. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.). *Sodobna zdravstvena nega ali Znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj : teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje : zbornik prispevkov*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013, str. 108-113. [COBISS.SI-ID 74054145]

6**.** REMS, Miran, RAJGELJ, Darja, JEREBIC, Sandra. Implementacija kirurškega varnostnega vprašalnika. V: POŽARNIK, Tatjana (ur.). *Zbornik XXX : novosti na področju endoskopske kirurgije, Plaza Hotel, 11. in 12. april 2013, Ljubljana*. 1. izd. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, 2013, str. 101-109, graf. prikazi. http://www.soms.si/publications/Zbornik_XXX_www.pdf. [COBISS.SI-ID 75404033]

7**.** RAJGELJ, Darja, REMS, Miran, JEREBIC, Sandra. Ocena vloge koordinatorice v operacijskem bloku. V: POŽARNIK, Tatjana (ur.). *Zbornik XXX : novosti na področju endoskopske kirurgije, Plaza Hotel, 11. in 12. april 2013, Ljubljana*. 1. izd. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, 2013, str. 110-116, graf. prikazi. http://www.soms.si/publications/Zbornik_XXX_www.pdf. [COBISS.SI-ID 75404289]

8**.** REMS, Miran, JUREKOVIČ Vlado, STUDEN PAULETIČ, Polona. How often are patients with colorectal cancer managed according to enhanced recovery after surgery protocol? V: *Fourth International Medical Congress, 11-15 September 2013, Portoroz, Slovenia*. [S. l.: s. n.], 2013, str. 53-54. [COBISS.SI-ID 75816705]

PREDAVANJA 2013 – aktivna udeležba na strokovnih srečanjih

Andoljšek M. How to treat pelvic disruptions in regional hospital. 6th Symposium and course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora 16-19.01.2013.

Andoljšek M. Anterior approaches: ilio-inguinal approach to the acetabulum. 6th Symposium and course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora 16-19.01.2013.

Andoljšek M. Management of the calcaneus fractures. AOTrauma Course – Advanced in operative fracture management. Portorož 25-28.09.2013.

Andoljšek M. Fractures and dislocations of Lisfranc joint, navicular and midfoot. AOTrauma Course – Advanced in operative fracture management. Portorož 25-28.09.2013.

Andoljšek M. Intra-articular calcaneal fracture with LCP (Workshop). AOTrauma Course – Advanced in operative fracture management. Portorož 25-28.09.2013.

Andoljsek M. Principles of hindfoot correction. 12th AOTrauma Course Foot and Ankle. Trauma and reconstructive surgery of the foot and ankle with dissection on anatomic speciments. Dresden, Germany 01-04.10.2013.

Andoljsek M. Chopart fracture-dislocations. 12th AOTrauma Course Foot and Ankle. Trauma and reconstructive surgery of the foot and ankle with dissection on anatomic speciments. Dresden, Germany 01-04.10.2013.

Carotta R., Organizacija SBJ ob množični nesreči, Urgentni pacient, pot znanja in izkušenj Čatež 18. - 19. 10 2013

Fabjan A, Andoljšek M, Hvalc G, Carotta R, Rupar P, Rupel A, Kovač M. Ko se v regionalni bolnišnici soočimo s patološkim zlomom. 9. Celjski dnevi – Metastatska bolezen kostnine. Portorož 15-16.11.2013.

Dolenc M., Preprečevanje okužb pri kirurških posegih, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, 22.3.Ljubljana,

Dolenc M., Okužbe povezane z zdravstvom, predavanje Nadzor in vzorčenje operacijskih dvoran, 5. Baničevi dnevi, Šempeter pri Novi Gorici 22.november 2013

Kovač M. Pogosti preobremenitveni sindromi zgornjega uda. . Ljubljana. Februar 2013.

Kovač M. Spine and spinal cord trauma**.** ATLS tečaj. Sežana. 16.-18.05.2013

Brilej D., **Kovač M.** Thoracic trauma**.** ATLS tečaj. Sežana. 16.-18.05.2013

Kovač M. Proximal humerus fractures. AO Trauma Course - AOTrauma Course—Advanced Principles of Fracture Management.Portorož.25.-28.09.2013

Militarov A.; Kovač M., Rupar P**.,** Pšenica J.Thumb CMC arthritis treatment.
Fellows in Science – 1st International congress of plastic surgery. Ljubljana:18.-21.9.2013

Pšenica J.; Kovač M., Rupar P. Corrective osteotomy of malunited distal radius without spongioplasty or artificial bone substitute.
Fellows in Science – 1st International congress of plastic surgery. Ljubljana:18.-21.9.2013

Pšenica J. Fractures of distal radius – Where are we today. AOTrauma Course – Advanced in operative fracture management. Portorož 25-28.09.2013

Pšenica J. Conservative treatment of distal radius 1. Slovensko Hrvaški travmatološki kongres. Nova Gorica 17.-19.10 2013

Rupar P., Golob D., Arh J., Andoljšek M. Evaluation of patient with spinal trauma - Experience from Jesenice. 6 thSymposium and course on treatment of articular and periarticular fractures. Kranjska gora: 16.-19.01.2012

Rupar P., Militarov A**.** Železniška nesreča na Jesenicah. 3th Slovenian Medical Responce to Major incidents course. Terme Dolenjske Toplice: 24.-26.1.2013.

Rupar P. Shock**.** ATLS tečaj. Sežana. 16.-18.05.2013

Rupar P., Jovanovič A., Kovač M., Militarov A., Pšenica J. Kineboeck diease treatment. Fellows in Science – 1st International congress of plastic surgery. Ljubljana:18.-21.9.2013

Rupar P. Ankle fracture. AOTrauma (AOT) European Faculty Seminar. Davos: 06.-07.12.2013

Tušar S. Spremljanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvenega osebja v luči zahtev standarda DIAS. 6. dnevi Angele Boškin. Kranjska gora 3.10.2013.

Tušar S. Nove metode zdravljenja krčnih žil. Interno izobraževanje SBJ. Jesenice 31.5.2013.

Trije naši kolegi kot inštruktorji redno predavajo na ATLS tečajih doma in v tujini. Izvedli in kasneje aktivno predstavili smo vajo za primer množične nesreče Karavanke 2013. Robert Carotta, dr. med., je organiziral in vodil poleg te vaje še podobno vajo Ljubelj 2013.

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 tudi študente ljubljanske in mariborske fakultete. V lanskem letu je bilo pri nas 13 študentov. Oni so zadovoljni, da 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. – 31. 12. 2013

Hospitalno smo v letu 2013 operirali 3.497 pacientov. Anketo smo poslali vsem 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.

- 1655 pacientov se je na anketo odzvalo – 47-% odziv
- 12 pacientov je umrlo
- 7 pacientov je spremenilo naslov

Ukrepi:
Anketa se je izkazala za neustrezno saj se ljudje radi razpišejo, le redko kdo enostavno odgovori na vprašanja. Zato v tem letu pripravljamo računalniški analizi primerno anketo. Moti nas tudi slab odziv na anketo tako da so rezultati vprašljivi. Ali so odgovarjali pretežno tisti, ki so bili nezadovoljni z nami ali obratno. Pogosto pacienti tudi ne ločijo nenapovedanega od napovedanega obiska pri osebnem zdravniku ali kirurgu.

Tabela 8: Odkloni hospitalnih programsko operiranih pacientov v letu 2013

	2009	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
Odklon/Število pacientov	**978**	**1.220**	**1.385**	**1.281**	**1.665**
Bolečina VAS>5	87 – 8,9 %	64 – 5,2 %	70 – 5,1 %	60 – 4,7 %	72 – 4,3%
Infekt pooperativno – minor + major	28 – 2,8 %	24 – 1,9 %	34 – 2,4 %	66 – 5 %	56 – 3,1%
Hematom - serom, krvavitev	4 – 0,4 %	7 – 0,6 %	6 – 0,43 %	19 – 1,4 %	21 – 1,2%
Reoperiranih	6 – 0,6 %	3 – 0,24 %	10 – 0,72 %	16 – 1,2 %	6 – 0,36%
Obisk druge ustanove (brez napot.)	6 – 0,6 %	9 – 0,7 %	4 – 0,28 %	3 – 0,23 %	6 – 0,36%
Ponoven obisk kirurga (nenaročen)	31 – 3,1 %	29 – 2,3 %	13 – 0,9 %	50 – 4 %	68 – 4,1%
GVT – pljučna embolija	1 – 0,1 %	2 – 0,16 %	3 – 0,21 %	12 – 0,9 %	15 – 0,9%
Ponoven sprejem - nepredviden		9 – 0,7 %	19 – 1,37 %	23 – 1,8 %	16 – 0,9%
Skupaj odkloni	***16,6 %***	***10,5 %***	***11,5 %***	***19 %***	15,7%

Še vedno imamo težave s po operativnim 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 pa 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.

6.2 DNEVNA BOLNIŠNICA - ODKLONI OD KLINIČNIH POTI

Obdobje od 1. 1. – 31. 12. 2013

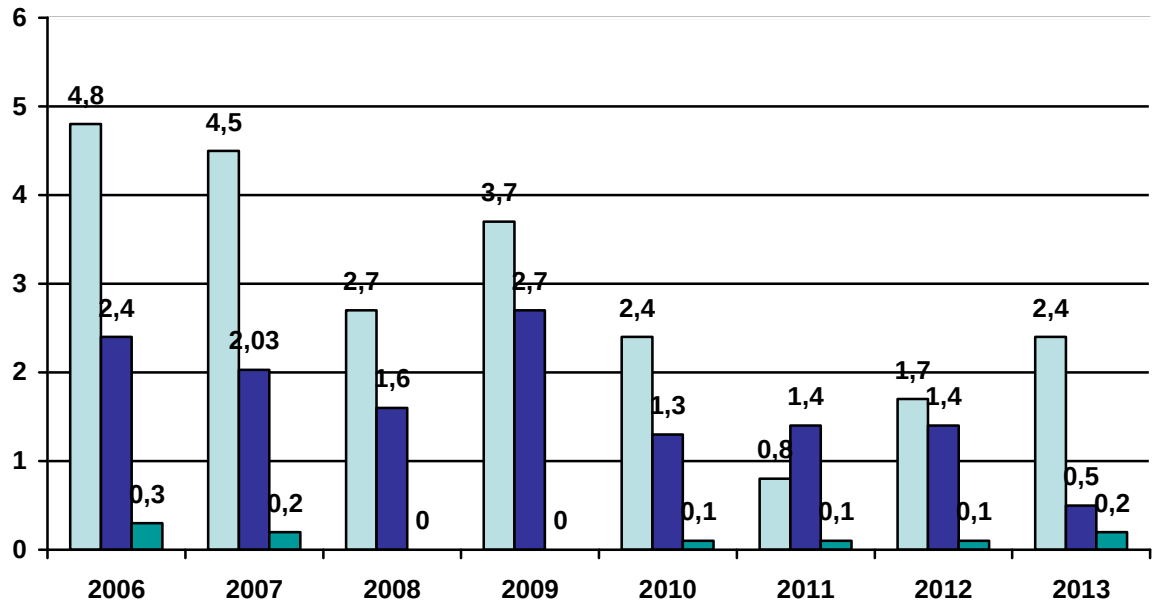
Tabela 9: Premestitve in zapleti na dnevnem oddelku v letu 2013

	Število primerov				
Vzrok premestitve v hospital:	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Anesteziološki: bolečina	2	3	0	0	
Vrtoglavica, slabost	8	10		1	2
Kirurški: obsežnejši poseg	12	8	2	7	6
krvavitev, hematom	8	3		2	2
Medicinski: drugo			1	1	2
motnje ritma, bolečina v prsih	2	1	4	5	9
Socialna indikac. (sam doma)	1	1	2	1	1
Prevoz	5	1		1	2
Skupaj	**38 – 3,7 %**	**27 – 2,4 %**	**9 – 0,8 %**	**18 – 1,7 %**	**25 – 2,4%**
Zapleti doma					
Hematom	7	4	7	3	2
Bolečina	19	7	6	10	3
Drugo	2	3	2	2	1
Ponoven sprejem - infekt	0	1	1	1	2
Vsi pacienti – delež odklonov	**1.025 – 6,4 %**	**1.086 – 3,8 %**	**1.076 – 2,3 %**	**1.026 – 3,3 %**	**1037 – 3,1%**

ODKLONI DB skupaj: 3,1 %

Dnevna bolnišnica 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 9: Premestitve, zapleti doma in ponovne hospitalizacije po obravnavi v DB



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 DB je smiselno prenesti tudi na odseke kirurgije.

6.3 ODPUST - ČAS OD ODPUSTA DO POSLANE ODPUSTNICE

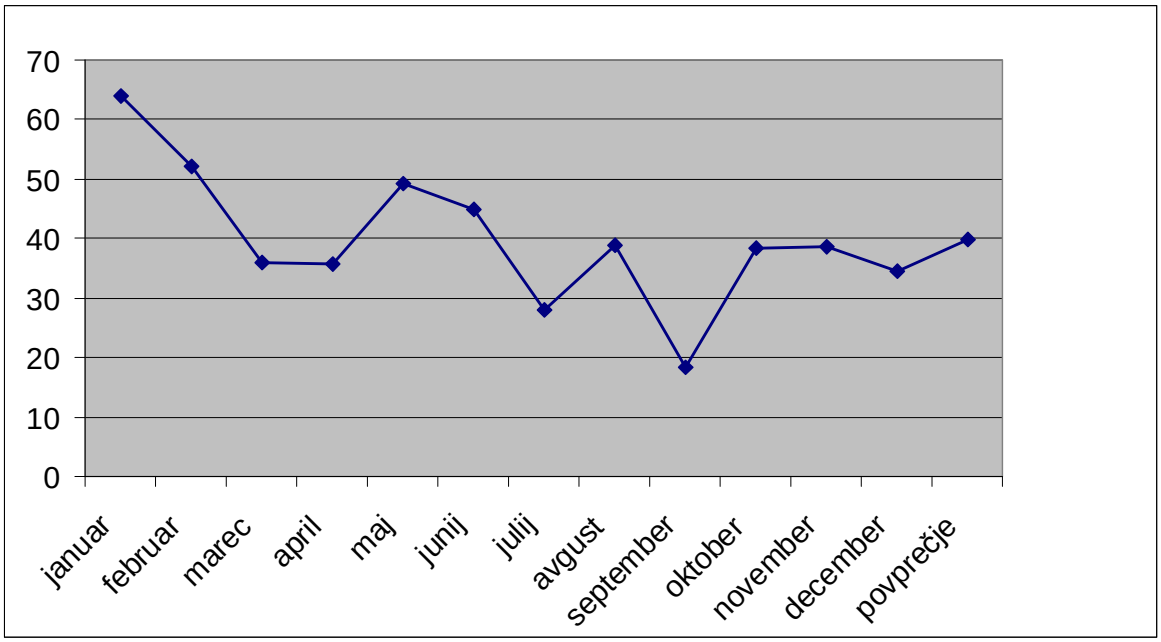
Obdobje od 1. 1. do 31.12. 2013

Tabela 10. Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice

leto	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
januar	94 ur	50 ur	85 ur	84 ur	65 ur
februar	63	74	95	96	52
marec	89	60	67	65	38
april	77	70	79	81	39
maj	80	47	57	49	49
junij	98	63	47	74	46
julij	34	61	54	42	29
avgust	48	72	61	46	19
september	61	72	53	48	39
oktober	59	68	37	63	39
november	48	67	56	47	35
december	45	88	62	43	40
povprečje	**66,33 ur**	**66,00 ur**	**62,81 ur**	**61,5 ur**	**43 ur**

Skupno število pacientov oz. odpustnic 5.910.
Povprečen čas od fizičnega odpusta pacienta do odpustnega pisma oddanega na pošto je bil v letu 2013 1,8 dni oz. 43 ur .

Graf 10: Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice



Stanje tega kazalnika je najboljše do sedaj. Največjo vlogo ima zvočni zapis, ki omogoča pisanje odpustnice v mirnem okolju zdravniške sobe ali drugega prostora. Pri krajših hospitalizacijah nekateri kolegi obenem z zapisom operacije že pripravijo odpustnico. Medoddelčne premestitve so še vedno problem, ki pa smo ga pričeli urejati s stalnim nadzorom nad nezaključenimi popisi in razdelitvijo oddelčnih administratork po strokah.

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

6.3 SMRT HOSPITALIZIRANIH PACIENTOV

Obdobje od 1.1. – 31.12 2011

Tabela 11: Skupno število umrlih pacientov

leto	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
	število - %	*število - %*	*število - %*	*število - %*	*število - %*
Pričakovane smrti	94 – 1,7 %	97 – 1,6 %	61 – 1 %	52 – 0,8 %	39 – 0,65%
Nepričakovane smrti	22 – 0,4 %	7 – 0,1 %	7 – 0,1 %	6 – 0,1 %	13 – 0,2%
Skupaj	***116 – 2,1 %***	***104 – 1,7 %***	***68 – 1,1 %***	***58 – 0,9 %***	52 – 0,87%

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 več strokovno. Boljši je jutranji raport, boljša predaja službe. Septični primeri

gredo čimprej v EITOS ali če je potrebno, na operacijsko mizo. Sepsa je tudi glavni končni razlog smrti. Praviloma je razlog za njo predhodna bolezen, redko poškodba. Hitra agresivna reakcija je edina možnost za uspeh. Že nekaj ur zamude je lahko usodno. Vedno skupno odločimo ali je potrebna avtopsija, ali ne. Ko dobimo rezultate le-te, ponovno primerjamo naše diagnoze z obdukcijskimi in analiziramo morebitne napake.

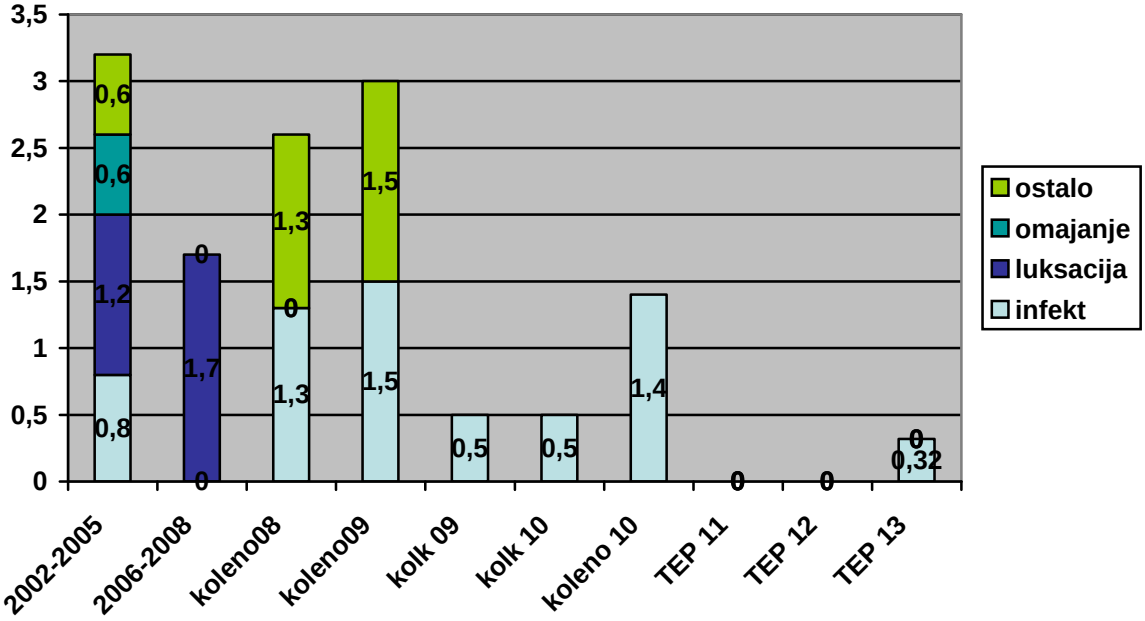
Ukrepi:
Vse smrtne primere obravnavamo na kirurškem konziliju, kjer se tudi opredelimo do potrebe po obdukciji. Pri vseh nepričakovanih smrtih je obdukcija nujna. Ko dobimo obdukcijski zapisnik, ponovno preverimo potek bolezni in eventualna neskladja s kliničnimi diagnozami. Mortalitetno – morbiditetne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

6.4 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 151 primarnih popolnih artroplastik kolka in 156 primarnih artroplastik kolena. Zabeležili nismo nobenega zgodnjega zapleta ali infekta Tep kolka, ki bi potreboval ponoven poseg. Zabeležili pa smo infekt primarne Tep kolena. Opravili smo tudi 21 revizij Tep kolka po katerih smo zabeležili eno zgodnje omajanje acetabula in en izpah revizijske Tep kolka. Pri revizijskih operacijah, ki niso predmet tega kazalnika je pričakovanih zapletov več.

Graf 11. Odstotek pacientov z zgodnjimi zapleti primarnih TEP kolka in kolena 2002 – 2013



ZAKLJUČNE MISLI

Kriza v družbi se je še izraziteje pokazala v zdravstvu. Varčevanje na vseh nivojih, zmanjševanje cene storitev, ZUJF in zamik razpisa specializacij nas je udarilo na vseh področjih. Mi smo namreč varčevali že nekaj let prej, tako da rezerv nismo imeli. SB

Jesenice je bila zgrajena za potrebe zgornje Gorenjske. Ko smo dejavnost razširili na spodnjo Gorenjsko smo pridobili bistveno manj storitev kot pacientov. To neskladje je največje v državi in se že leta ne premakne z mrtve točke. Dokler je bilo možno na državnih razpisih kandidirati za posege z dolgo čakalno dobo smo čakalne vrste nekako uravnotežili. 2013 tega ni bilo, zato so nam čakalne vrste zopet narasle na nemogočih 3.000 čakajočih pacientov na operativni poseg.

Obenem je zamik razpisa specializacij povzročil upad zunanjih krožečih specializantov zaradi česar smo ob koncu leta komaj zmogli uresničiti zastavljen program. To nam jasno kaže, da je potrebno pridobiti svoj kvaliteten kader.

Delovni pogoji ostajajo enaki – komaj zadostni. Mi smo naredili že skoraj vse. Rezerve smo postrgali. Sedaj pričakujemo vlaganja in razvoj. Malodušje se kot megla dviguje iz vseh kotov. Kirurgija z ortopedijo za varno in kakovostno delo potrebuje vsaj 24 specialistov, nov operacijski blok in 6500 primerov od katerih bo najmanj 80 % operiranih. Medicina je servis prebivalcev Gorenjske in ta servis je v primerjavi z drugimi regijami podhranjen na vseh ravneh.

Analiza realizacije ciljev za leto 2013:

1. Izboljšati notranje kazalnike kakovosti – bolečina, infekt - ***neuspešno***
2. Maksimalno izkoristiti vse dosegljive operacijske prostore – ***precej 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 eno specializacijo iz splošne kirurgije in vsaj eno iz ortopedije 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 – ***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. Narediti prve travmatološke klinične poti zlomov distalnega podlakta – ***delno uspešno***
10. 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 obešeni na našo klinično storitev. Tu pa nastane problem, saj odločamo le o majhnem delu materialnih in kadrovskih stroškov.

V naslednjem letu so možne kadrovske okrepitve, saj kar štirje specializanti zaključijo specializacijo. Vse naše sile bomo usmerili v zaposlitev mladih kolegov saj je brez njih zmanjšanje števila čakajočih in umiritev čakalnih vrst nemogoče.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE KIRURŠKEGA ODDELKA

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

UVOD

Na kirurškem oddelku smo tudi v letu 2013 nadaljevali z nenehnim uvajanjem varne in kakovostne celostne oskrbe pacientov v kateri ima pomembno vlogo tudi zdravstvena nega.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

V letu 2013 je bilo največ pacientov III. kategorije potreb po zdravstveni negi v mesecu aprilu, sledijo marec, julij in november. Najmanj pacientov III. kategorije je bilo v mesecu juniju. Več kot 50 % vseh pacientov hospitaliziranih na kirurškem oddelku je razvrščenih v II. stopnjo kategorizacije potreb po zdravstveni negi.

Kategorija potreb pacientov v letu 2013 je zelo podobna kot v letu 2012.

1.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO

V letu 2013 je bilo na kirurškem oddelku izvedenih 73 načrtovanih razgovorov s pacienti pred operacijo resekcija raka na debelem črevesu in želodcu. S 33 stomisti in njihovimi svojci je bilo na abdominalnem odseku izvedenih 330 ur zdravstveno vzgojnega dela.

Izvajalo se je tudi zdravstveno vzgojno delo na področju subkutane aplikacije antikoagulantne terapije v domačem okolju in sicer na travmatološkem odseku s 431 pacienti in na ortopedskem odseku s 125 pacienti. Skupaj je bilo izvedenih 215 ur.

1.3 KOORDINATOR PRIMERA

V letu 2013 so koordinatorice zdravstvene obravnave na kirurškem oddelku uredile namestitev v prvo domsko varstvo 77 pacientom, 102 pacienta sta odšla po razgovoru/obravnavi s koordinatoricami zdravstvene obravnave v domačo oskrbo in jim je bila priskrbljena pomoč na domu.

Koordinatorice zdravstvene obravnave so v 229 primerih urejale pomoč pri medicinsko tehničnih pripomočkih. Edukacijo svojcev so izvedle v 149 primerih, 53 pacientom so koordinatorice zdravstvene obravnave uredile namestitev na oddelku za zdravstveno nego.

V letu 2013 je bilo področni patronažni službi posredovanih 357 obvestil službi zdravstvene nege, 130 obvestil v domove za starostnike in 13 obvestil ob premestitvah v druge ustanove. Število obvestil patronažne službe je bilo 10 primerov manj kot v letu 2012 in obvestil v domove za starostnike je bilo letos 7 več kot v letu 2012.

V letu 2013 sta bili organizirani dve srečanji ILCO društva za stomiste in njihove svojce.

2 REALIZACIJA CILJEV

2.1 VZPOSTAVITI SISTEM, KI ZMANJŠUJE TVEGANJE PRI PREDPISU, APLIKACIJI IN SHRANJEVANJU ZDRAVIL

Znotraj kirurškega oddelka je bil izveden nadzor nad razdeljevanjem zdravil s strani Urške Sedlar, dipl. m. s. V mesecu februarju in marcu je izvajala usposabljanje zaposlenih ob delu in jih usmerjala k izvajanju kakovostne in varne zdravstvene nege. Odklonov pri razdeljevanju zdravil v tem času ni prepoznala. Motnje pri razdeljevanju so bile večinoma zaradi odhoda medicinske sestre (MS) v operacijsko (OP), telefonskih klicev in motenja s strani pacientov. Vozički so v tistem času vsebovali pripomočke in zdravila, tako da motenj zaradi tega ni bilo. V drugi polovici leta 2013 je bil izveden nadzor nad razdeljevanjem zdravil in rezultat je bil 72 %. Največ odstopanj je bilo zaradi neustrezne higiene rok, neprimerno pripravljenega vozička za razdeljevanje zdravil in nezadostne identifikacije pacienta. V letu 2014 bomo več aktivnosti usmerili v izboljšanje teh odstopanj.

V letu 2013 je bilo v računalniški sistem sporočenih 11 odklonov na temo aplikacije in predpisovanja zdravil. Opravljenih je bilo 17 varnostnih razgovorov na temo razdeljevanja in aplikacije zdravil na vseh treh odsekih kirurškega oddelka in izrečenih 62 ukrepov katerih učinkovitost je 97 %.

2.2 POVEČANJE ENOTNE PRAKSE ZNO

Novih kliničnih poti v 2013 ni bilo izdelanih. Prenovljena je bila klinična pot za operacijo krčnih žil. V prenovi so tudi ostale klinične poti – trenutno KP za TEP kolka in kolena, sledi KP za resekcijo raka na debelem črevesju.

Na oddelku smo dvakrat izvedli usmerjeno izobraževanje zdravstvenih tehnikov (ZT) o dokumentiranju v ZN. Pri pregledu zdravstvene dokumentacije (maj 2013) je bilo ugotovljenih še nekaj odstopanj, ki so se navezovale na delo dipl. m. s., zato je bila izvedena konferenca o dokumentiranju za dipl. m. s. kirurškega in internega oddelka. Rezultati o nadzoru dokumentacije so pokazali, da je bilo največ odstopanj pri vrednotenju ZN v procesu na odpustni dan. Ker je potrebno takoj po viziti pripraviti celotno dokumentacijo in jo odposlati v oddelčno pisarno, kjer pripravijo odpustno pismo, ima medicinska sestra premalo časa, da bi napisala vrednotenje na odpustni dan. Prav tako je bilo v prvi polovici leta veliko odstopanj zaradi nedoslednega vpisovanja časovnice v negovalno poročilo. Izvedenih je bilo osem varnostnih razgovorov (VR) na temo dokumentiranja in dve delavnici oziroma izobraževanji za zaposlene. Na VR je bilo izrečenih 28 ukrepov, učinkovitost je bila 98 %.

2.3 IZBOLJŠANJE INFORMIRANOSTI PACIENTOV IN NJIHOVIH SVOJCEV O ZDRAVSTVENEM STANJU IN POTEKU ZDRAVLJENJA

Vsi pacienti so ob sprejemu prejeli zloženko o pacientovih pravicah in dolžnostih. Prav tako so bili dostopni posamezni izvodi zloženke na mizah v sobah in na koncu hodnika. V kolikšni meri so bili seznanjeni, bomo izvedeli iz rezultatov ankete, ki je bila izvedena jeseni 2013. Učinkovitost delovanja koordinatorjev zdravstvene oskrbe je razvidna iz podatkov, ki so navedeni v točki 2.3.

2.4 ZMANJŠATI MOŽNOSTI NAPAČNE IDENTIFIKACIJE PACIENTA

Nadzor ali imajo pacienti identifikacijsko zapestnico se je na oddelku izvajal dvakrat mesečno, od meseca aprila do meseca decembra 2013, skupno osemnajstkrat na vseh treh odsekih. Od vseh prisotnih pacientov na oddelku v času nadzorov, 20 pacientov ni imelo nameščene zapestnice (5 iz OP, 8 iz EITOSa in 7 iz urgence). Da pacienti niso imeli zapestnice je bilo ugotovljeno v prvih 24 urah po sprejmu na oddelek. Na temo

identifikacijske zapestnice sta bila sporočena v sistem 2 odklona, v ostalih primerih pa so bile z odstopanji seznanjene vodje enot, kjer zapestnica ob premestitvi/sprejemu ni bila nameščena.

2.5 IZBOLJŠATI PREDAJO PACIENTA MED VSEMI NIVOJI IN OBLIKAMI

Pri nadzoru na kirurškem oddelku je bilo ugotovljeno, da je največ odstopanj pri kriteriju časovna opredelitev predaje pacienta, ker se je predaja običajno podaljšala za 10 minut in sicer v 20 %. Člani tima so bili prisotni na predaji vendar so bili zelo moteni (klici iz OP, prihod pacienta za sprejem, telefonske informacije za paciente …). Ugotovljeno je bilo, da se izpusti obhod po sobah popoldan, ko se predaja podaljša in sicer v 20 %. Zaradi skrajšanja časa predaje, obhod ni izvedljiv oziroma podaljša predajo. Pri enem primeru predaje ni bila uporabljena dokumentacija, upoštevana zasebnost in ni bila posredovana subjektivna ocena. Pogovor o varnosti je bil izpuščen v dveh primerih (14 %). Cilj je bil dosežen, ker je bil rezultat nadzora 92 %. Na temo predaje službe in pacienta je bilo zvedenih 5 VR in izrečenih 16 ukrepov, katerih uspešnost je bila 96%.

2.6 ZAGOTAVLJANJE INFORMIRANOSTI PACIENTOV IN SVOJCEV

Izdelana je bila zloženka o osteoporozi, zloženka o pooperativni bolečini in zloženka za paciente operirane po programu kirurgije hitrega okrevanja. Izdelan je bil zdravstveno vzgojni program za oskrbo izločalne stome in aplikacijo antikoagulantne terapije.

2.7 ZAGOTAVLJANJE KULTURE VARNOSTI IN VZPOSTAVITEV VARNEGA DELA KOT VREDNOTO ZAPOSLENIH

Posebni varovalni ukrep (PVU)
Preventivni ukrepi za preprečevanje padcev, RZP in BO so se izvajali. Izveden je bil nadzor nad izvajanjem PVU. Ukrepi nadzora PVU, izrečeni v mesecu aprilu, so bili izvedeni – izobraževanja o PVU se je udeležilo 13 zaposlenih in še 8 se jih je udeležilo izvedbe pravilne fiksacije na sedeči voziček, ki jo je pripravila fizioterapevtka.
Izvedeni so bili nadzori nad izvajanjem PVU s strani koordinatorice krg.oddelka in namestnice pomočnice direktorja za področje ZN. Ugotovljeno je bilo, da ni bilo sprememb v načrtu ZN, pasovi za PVU so bili pritrjeni na posteljno ograjico, zapisi o uporabi PVU v negovalnem poročilu niso ustrezali. Rezultati nadzora nad ustreznostjo dokumentiranja, pri pacientih s PVU, so pokazali ustreznost v 84 %. V 93 % pa so bili pravilno izvedeni PVU. V letu 2013 je bilo na kirurškem oddelku 77 pacientov s PVU.
Izvedenih je bilo 9 VR na temo PVU. Izrečenih je bilo 38 ukrepov, katerih učinkovitost je bila 97%.

Odkloni in ukrepi zabeleženi v računalniško aplikacijo
Zabeleženih je bilo 24 odklonov v programu ART. Od tega so kirurškemu oddelku 2 dodelili drugi in 22 so jih zaposleni sporočili sami. Izrečenih je bilo 29 ukrepov in so bili 100% izvedeni.

Preventiva razjede zaradi pritiska (RZP)
V letu 2013 je bilo na kirurškem. oddelku pridobljenih 22 RZP. Zastavljeni cilj za leto 2013 (12) ni bil realiziran. Na oddelku je bil izveden nadzor nad izvajanjem preventivnih ukrepov, dvakrat mesečno na vseh treh odsekih. V prvi polovici leta je bilo pridobljenih 15 RZP in v drugi polovici leta 7 RZP. Kot primer dobre prakse bi navedli spodbujanje in aktivno izvajanje obračanja v dopoldanskem času s strani dipl. m. s. na travmatološkem odseku. Seveda zaradi slabega zdravstvenega stanja pacientov nekaterih RZP ni bilo možno preprečiti. V prihodnje bo primer dobre prakse izvajan na celotnem kirurškem oddelku. V okviru rednega letnega nadzora je bil rezultat nad preventivo RZP 90 %, kar je slabši rezultat kot v letu 2012. Izvedeni bodo načrtovani korektivni ukrepi.

Na temo preventive RZP in ocenjevanja ogroženosti pacientov je bilo izvedenih 13 VR in izrečenih 50 ukrepov katerih učinkovitost je bila 94%.
Dipl. m. s. so v letu 2013 izvedle 237 nadzorov nad izvedenimi preventivnimi ukrepi na kirurškem oddelku. Skladnost izvedene preventive in dokumentiranja je bila v 68 %.

Preventiva padcev pacientov
V letu 2013 je bilo na kirurškem oddelku zabeleženih 28 padcev. V dopoldanskem času je padlo 8 pacientov, 9 jih je padlo popoldan in 11 v nočnem času. Zdravnik je po padcu pogledal 25 pacientov (90 %) od vseh, ki so padli. V letu 2013 so bili na kirurškem oddelku 3 padci več kot v letu 2012. Izvedenih je bilo 36 VR in izrečenih 73 ukrepov katerih realizacija je bila 91 %. En ukrep še ni bil realiziran. Kot ukrep, ki se je občasno izkazal kot primer dobre prakse so bila priprta vrata v sobi, kjer je pacient, ki je ogrožen za padec in ne upošteva navodil. Preprečili bi lahko padce pokretnih pacientov, kjer je najpogosteje razlog za padec, da ne želijo poklicati pomoči MS, ker so samostojni in ne potrebujejo pomoči. V letu 2014 je potrebno vzpostaviti bolj učinkovit sistem obračanja pacientov.

Preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb
V letu 2013 so bili zabeleženi 3 prenosi MRSA na kirurškem.oddelku. Bilo je 39 primerov prinešenih MRSA, kar je 23 primerov več kot v letu 2012. Na kirurškem oddelku je bilo v letu 2013 odvzetih 770 nadzornih brisov za MRSA, 717 nadzornih brisov za ESBL in 95 brisov za VRE. Sodelovali smo pri preoblikovanju kriterijev za odvzem nadzornih kužnin. Pojavljali so se posamezni primeri, ko je bila odkrita okužba z ESBL šele, ko so bili odvzeti nadzorni brisi pred odhodom v dom starejših občanov. Ti pacienti niso imeli, po nobenem kriteriju, razloga za odvzem kužnin ob sprejemu. V letu 2013 je bilo na kirurškem oddelku izvedenih 12 VR na temo bolnišničnih okužb. Izrečenih je bilo 33 ukrepov, realizacija je bila 97 %. Rezultati nadzora izolacijskih enot so pokazali izboljšanje rezultata iz 64 % (2012) na 84 % v letu 2013. Največ odstopanj je bilo pri razkuževanju rok pred vstopom in pri izstopu iz izolacijske sobe ter pri zagotavljanju razdalje 1,5 m med posteljnimi enotami.
V letu 2013 so bili izvedeni 3 nadzori/preverjanja učinkovitega razkuževanja rok/nanosa razkužila s skrinjico. Skupni rezultat nadzorov je pokazal 88 % uspešnost. Najboljši rezultat je bil v tretjem nadzoru in sicer 96 %.
Izvedenih je bilo 5 VR na temo razkuževanja rok in ta tema je bila vključena kot del v ostale VR. Izrečenih je bilo 6 ukrepov, učinkovitost le-teh je bila 89 %. Rezultati nadzora razkuževanja rok (5 trenutkov) so pokazali, da se je razkuževanje zdravstvenih delavcev na kirurškem oddelku izvajalo maja 2013 v 79 % (1. korak) in novembra 2013 v 81 % (1. korak). Medicinske sestre so izvajale razkuževanje rok maja 2013 (1. korak) v 84 % in novembra 2013 (1. korak) v 71 %. Rezultat je nekoliko zaskrbljujoč. Pri preverjanju, kje se pojavlja največ odstopanj, je bilo ugotovljeno, da se ne prepozna potreba po razkuževanju rok pred stikom s pacientom in po stiku z okoljem pacienta.

2.8 STROKOVNI RAZVOJ ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI V SKLADU Z NOVIMI ZNANJI, SMERNICAMI IN STANDARDI

Zagotavljanje varnosti pacientov

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR		ŠT. UKREPOV		UČINKOVITOST	
Leto izvedbe	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Koordinatorica ZN na krg.odd.	23	34	79	106	88 %	96 %, 2 ukrepa neizvedena
Odgovorne MS odd.	104	128	196	359	88 %	92 %, 2 ukrepa neizvedena
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	3	3	14	17	69 %	91 %

3 RAZVOJ KADROV V ZN NA KIRURŠKEM ODDELKU

Zaposleni se v prvi polovici leta 2013 niso izobraževali izven SBJ po planu zaradi finančnih omejitev. V 2013 so se zaposleni udeležili 8 eksternih izobraževanj na katerih je bilo 49 pasivnih udeležb. 21 zaposlenih se je udeležilo vsaj enega eksternega izobraževanja (49 %). 6 zaposlenih je šlo na izmenjavo v Valdoltro. Plan eksternih izobraževanjih je bil realiziran v 51 %.

Zaposleni so se udeležili 25 internih izobraževanj na katerih je bilo 330 pasivnih udeležb. Vsi zaposleni so se udeležili vsaj enega internega izobraževanja v letu 2013. Plan internih izobraževanjih je bil realiziran v 40 %.

Aktivna udeležba na kirurškem oddelku:
Jana Lavtižar in Gordana Sivec, Vloga koordinatorja odpusta pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije

V 2013 je bilo izvedenih 5 sestankov za zaposlene v ZN na kirurškem oddelku. Izvedenih je bilo 14 sestankov koordinatorice ZN z dipl. m. s. na krg. oddelku in 109 oddelčnih sestankov.

Izvedenih je bilo 21 letnih razgovorov.

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 2013 ter poskrbeli tudi za zasebnost pacientov.

4 CILJI ZA LETO 2014

Cilj	**Zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega in kakovostnega dela kot vrednote zaposlenih**
Aktivnosti	spremljanje in beleženje padcev spremljanje in beleženje RZP spremljanje in beleženje prenosa bolnišničnih okužb analiza rezultatov nadzora in izvajanje ukrepov izvajati nadzor nad razkuževanjem rok zaposlenih (izboljšati rezultat iz leta 2013) izvajati delavnice o razkuževanju rok vzpostaviti učinkovit sistem obračanja pacientov
Cilj	**Povečanje enotne prakse ZNO**
Aktivnosti	prenova obstoječih kliničnih poti nadzor nad dokumentacijo ZN prenova procesa ZN in uporaba negovalnih diagnoz usmerjeno izobraževanje zaposlenih na oddelku o dokumentiranju uvesti spremembe v delovni proces na krg. oddelku pri prevezi rane mikroorganizacija na krg. oddelku
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 • 1 aktivna udeležba 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

Letošnje sporočilo ob dnevu operacijskih medicinskih sester Evrope nas nagovarja, naj delujemo varno in naj bomo hkrati tudi vidne in slišane! O varnosti zase in za naše paciente vemo že veliko. Bolj pogosto se nam zgodi, da nismo vidne in/ali slišane. To naj nam bo vodilo in vzpodbuda kljub težkim gospodarskim razmeram, da ostanemo pacientovi zagovorniki, da bi videli in slišali, ko je to potrebno. Biti varen pomeni zagotavljati varnost v vseh naših ravnanjih in ustvarjati pozitivno delovno okolje za vse.

Da postane operacijska zdravstvena nega vidna, moramo izkoristiti vsako priložnost za promocijo naše profesionalne vloge v pozitivni luči in deliti z drugimi našo specifičnost in raznolikost naših vlog.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

1.1 KADROVSKA ZASEDBA IN ORGANIZACIJA DELA

Kljub varčevalnim ukrepom in zmanjševanju zaposlenih v javni upravi večjih sprememb v kadrovski zasedbi zaposlenih v ZN v op. bloku v letošnjem letu ni bilo. Tako lahko uspešno še naprej pokrivamo vseh pet delovišč.

Obe diplomirani medicinski sestri, ki sta prišli v letu 2012, sta se dokaj uspešno vključili v vsakodnevno delo, ena tudi že v dežurno službo. Treba je poudariti, da uvajanje poteka dolgo časa, saj se učenje zaradi velike specifike in raznolikosti dela ob vstopu v op. bloku šele začne.

Tabela 1: Kadrovska sestava v primerjavi z leti 2009 - 2012

	31.12. 2009	31.12. 2010	31.12. 2011	31.12. 2012	31.12. 2013
dipl. m. s.	13	12	11	14	14
dipl. m. s. bolniška	0	1	1	0	0
dipl. m. s. porodniška	2	1	1	0	0
TZN	6	6	8	6	6
TZN (bolniška, porod.)	1	1	0	1	0
koordinator - TZN	1	1	1	1	1
študent	1	0	0	0	0
študij ob delu	2	3	1	0	0

Številčno smo zmanjšali število kadra za eno TZN, ki se je vrnila s porodniškega dopusta in se je dobro vključila v delo CS. Zaradi varčevalnih ukrepov smo zmanjšali tudi število zaposlenih med vikendom preko dneva, ko sta v službi dve OP MS brez TZN. V nočnem času TZN ostaja, ker pokriva delovišče v kirurški ambulanti in spodnji operacijski dvorani.

Kar se tiče organizacije dela, smo se že v letu 2013 odločili, da določene medicinske sestre pokrivajo določena področja dela, ker za dobro in kakovostno delo ne moremo več vse

obvladati dobro vseh področij dela. Razširila se je zlasti ortopedija, kjer imamo namesto enega dobavitelja protez sedaj štiri in je potreba po stalnosti kadra res upravičena.

2 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2013

V letu 2013 se je izobraževalo 21 MS/TZN od skupaj 21 zaposlenih v ZN v op. bloku, kar je 100 % vseh zaposlenih. To pomeni, da je bil vsak zaposleni na vsaj enem izobraževanju. Udeležili smo se šestih zunanjih predavanj/delavnic, kjer smo zabeležili 14 pasivnih udeležb in eno aktivno (Rajgelj Darja – Sekcija MS in ZT v operativni dejavnosti).

Bili smo prisotni na sedmih internih izobraževanjih v okviru organizacije SBJ, kjer je bilo 39 udeležb ali 21 slušateljev, kar je 100 % zaposlenih v ZN v op. bloku ali vsak zaposleni je bil na vsaj enem izobraževanju. V okviru enote smo pripravili osem internih izobraževanj na trenutno aktualne teme in problematiko pri vsakodnevnem delu. V letu 2012 in 2013 smo vsi v enoti opravili tudi obnovitveni tečaj TPO.

Štiri kolegice so bile na dvodnevnem ogledu operacijske dejavnosti Ortopedske bolnišnice Valdoltra.

Ena MS je v začetku leta uspešno opravila interni izpit v op. bloku po končanem internem kroženju v SBJ, drugo MS čaka izpit v naslednjem letu.

3 REALIZACIJA CILJEV

Tabela 2: Realizacija ciljev v letu 2013

8. 3. 2013	Ribno: Delavnica o KVS in predstavitev ankete o KVS (kirurški varnostni sistem)
april 2013	pregled in popravilo vseh stroškovnikov za operacije (tokrat prvič v sodelovanju z zdravniki)
maj 2013	nabava novega seta z OSM 2,4 - 2,7 - 3,5 - 4,0 kotnostabilni set
13. in 14. 6. 2013	Presoja DNV
september 2013	uvajanje novih vrst protez za TEP kolena – Aeskulap, Zimmer, Mathys, Lima
24. 9. 2013	Presoja Themos v op. bloku
8. 10. 2013	Sodelovanje na vaji Množične nesreče
19. 11. 2013	Notranja presoja COP v op. bloku
november 2013	nabava novega žeblja Lima
december 2013	začetek prenove dežurnih sob
14. 12. 2013	montaža novih operacijski luči v operacijski dvorani B in C (Mollier)

4 CILJI IN KAZALNIKI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI V LETU 2013

CILJ	**Pridobivanje in obnavljanje znanja zaposlenih v op. bloku**	**Realizacija**
AKTIVNOSTI	Izobraževanja in delavnice znotraj enote po planu 1x mesečno (pripravijo OP MS ali predstavniki)	8 delavnic = 67 %
	Mentorstvo za mlajše kolegice v enoti	Uvajanje za dve OP MS, za ostale mlajše pa

		vsakodnevno po potrebi; SOP NA OP 5
	Izobraževanja v okviru SBJ – po planu izobraževanj SBJ za področje ZN za leto 2013	7 internih izobraževanj 39 udeležb, 21 zaposlenih = 100 % Vsak zaposleni je bil vsaj na enem internem izobraževanju
	Zunanja izobraževanja po planu enote za leto 2013	6 zunanjih izobraževanj, 14 pasivnih udeležb = 66 % 1 aktivna udeležba
	Obisk bolnišnic po Sloveniji po planu	Valdoltra = 4 OP MS
	Redni letni razgovori z zaposlenimi	0
EVALVACIJA	preverjanje znanja po izobraževanju, obvezna poročila po izobraževanju, spremljanje števila udeležencev izobraževanj glede na matriko znanj	
CILJ	**Varna obravnava pacienta v op. bloku Dvig varnostne kulture v op. bloku Varnost zaposlenih v op. bloku**	**Realizacija**
AKTIVNOSTI	Varnostne vizite in razgovori o varnosti (plan 30)	34 ali 100 %
	Poročila o VV in VR	polletno in letno poročilo
	Beleženje neljubih dogodkov, padci pacientov	Zdrs pacienta s prelagalnega vozička 1 x (8. 11. 2013)
	Spremljanje neljubih dogodkov v komunikaciji z oddelkom	0
	Izvajanje dokumenta kirurški varnostni sistem	dvomesečna poročila o izvajanju KVS
	Aktivnosti za varno delo zaposlenih (ustrezni pripomočki za delo, zaščitna sredstva, varni pogoji dela)	Razgovori o varnosti pri delu, notranji nadzori ob delu
EVALVACIJA	redna poročanja o VV na timskih sestankih, redna poročanja na 6 mesecev, redna poročila KVS	
CILJ	**Izboljšanje kakovosti dela ZN v op. bloku**	**Realizacija**
AKTIVNOSTI	Planiranje kadra v ZN (14 dipl. m. s.)	14 OP MS, 6 ZT, 1 koordinator
	Pregled in dopolnitev standardov kakovosti za področje perioperativne ZN	B.3.1.9.; B.5.12.; B.4.1.12.; B.5.13.
	Pregled in revizija protokolov in navodil za delo v perioperativni ZN	SOP NA OP 2 - V2 SOP NA OP 5 - V2 OBR ZN 9 - V3
	Pregled, dopolnitev KVS spremeniti v tablo piši – briši na vseh deloviščih v op.	OBR 117 v papirnati obliki na vseh deloviščih

	Mesečne kontrole izpolnjevanja pacientove dokumentacije – List perioperativne ZN ali KP	1x mesečno 10 dokumentacij, rezultat pri izpolnjevanju dokumentacije 74 %
	Notranja in zunanja presoja	Zunanja presoja -14. 6. 2013 Themos presoja - 24. 9. 2013 Notranja presoja - 19. 11. 2013
	Pregled in dopolnitev Protokola dela v op. bloku in COP v op. bloku	V delu
	Sodelovanje v projektni skupini za standarde in klinične poti, dokumentacija	Valerija Šavs
	Sodelovanje v projektni skupini za bolnišnično higieno	Ajda Matelič, Darja Rajgelj
	Sodelovanje v skupini za preprečevanje padcev in skupini za pacientove pravice in zasebnost	Nisveta Dizdarević, Janja Kovačič, Erika Petrič
	Sodelovanje z VŠZD, mentorstvo za dijake in študente	Darka Bohinc, NinaŽvab
	Sodelovanje s CS	Darja Rajgelj, Dana Čop
	Nabava dodatnega instrumentarija in opreme po planu	Po potrebi naročeno in dobavljeno
EVALVACIJA	14 dipl. m. s. na koncu leta 2013, sodelovanje in redna poročanja udeležencev projektnih skupin, pregledani, popravljeni dokumenti po planu	

5 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH IN VARNOSTNIH RAZGOVORIH

Najpogosteje izpostavljeni problemi:

- zagotavljanje kakovosti in varnosti za paciente glede na dane pogoje dela: primerna delovna temperatura v op. prostorih, padec pacienta, prelaganje pacienta, označevanje in transport histoloških in mikrobioloških preparatov, nevarnost RZP in poškodbe kože, kontrola sterilnosti, kirurški varnostni sistem, pravilna uporaba elastičnih povojev, sprejem in predaja pacienta
- varnost zaposlenih: varnost medicinske opreme, periodični pregledi in vzdrževanje aparatur
- preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb v op. bloku: izolacijski ukrepi, razkuževanje rok
- dokumentacija: izpolnjevanje pacientove dokumentacije v ZN, štetje in kontrola mehkega materiala
- sodelovanje s centralno sterilizacijo.

	1. 1. - 30. 6. 2013	1. 7. - 31. 12. 2013	SKUPAJ
število VV/VR	16	18	34
število izrečenih ukrepov	31	49	80
število uspešno izvedenih ukrepov	31	48	79
skupna učinkovitost VV/VR	100 %	98 %	98 %

6 CILJI IN AKTIVNOSTI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI ZA LETO 2014

Cilji in aktivnosti v perioperativni dejavnosti bodo tudi v naslednjem letu usmerjeni v zagotavljanje kulture varnosti in prizadevanja za varno delo za paciente in osebje v obstoječih razmerah:

- dokončanje v lanskem letu začete prenove protokola dela v op. bloku,
- informacijska podpora za lažje sledenje in spremljanje izvajanja KVS
- prenova internega pripomočka za delo OP MS – opis operacij in dodati še nove opise,
- boljši pregled in evidenca nad osteosintetskim materialom – poslikati sete z OSM,
- izvedba izobraževalnega dne v op. bloku,
- izvedba letnih razgovorov z vsemi zaposlenimi.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA DNEVNEM ODDELKU

Helena Dolžan Lindič, dipl. m. s.
koordinator ZN na dnevnem oddelku

1 PREGLED DELA V LETU 2013

Na dnevni oddelek je bilo v letu 2013 sprejetih v obravnavo 1.037 pacientov. Na kirurški oddelek je bilo zvečer oziroma čez noč premeščenih 25 pacientov in sicer zaradi različnih kirurških, anesteziooloških, drugih medicinskh vzrokov ali socialne indikacije (pacient brez prevoza). V času zimskih, prvomajskih in poletnih počitnic je bil oddelek 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, popravili smo 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:

1. cilj: vzpostaviti sistem, ki zmanjšuje tveganje pri predpisu, aplikaciji in shranjevanju zdravil	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: - upoštevati navodila in protokol, ki veljajo v SBJ, - poročanje o napakah in odklonih, - redni strokovni nadzori nad:	Zdravilo predpiše zdravnik, zapisi so čitljivi. Maksimalni dovoljeni dnevni odmerek je v večini vpisan (tabela v KP). Upošteva se protokol o Zapisu ustnega telefonskega naročila zdravila. MS je bila

predpisovanjem, shranjevanjem in aplikacijo zdravil, - izpolnjevanje dokumentacije	pri razdeljevanju motena s strani svojcev, obiskovalcev na DO in telefona.
EVALVACIJA: število odklonov in napak, rezultati nadzorov	Poročila o izpolnjevanju dokumentacije so bila oddana vsak mesec; 10 x je bilo zdravilo nepravilno predpisano, MS pa je bila vsaj 25 x motena pri razdeljevanju zdravil.
2. cilj: zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega dela kot vrednote zaposlenih	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: - redno poročanje o odklonih in ukrepih - spremljanje in analiza pacientove dokumentacije - redno izvajanje VV - izvajanje preventivnih ukrepov (padci,RZP,MRSA) - vzročno posledične konference - sodelovanje v projektnih skupinah (za padec)	Povečali smo varnost s pomočjo VV, pacient je bil seznanjen z varnostnimi ukrepi na oddelku in nevarnostmi ob neupoštevanju le-teh, preverjali smo ali pacient razume naša navodila, izvajali ustrezne varnostne ukrepe, ocenili pacientovo stanje po op. posegu. Izobraževali smo se o varnosti. Redno smo poročali in beležili zaplete.
EVALVACIJA: število varnostnih vizit število zabeleženih odklonov in napak kazalniki kakovosti število udeleženih na konferencah delavnica o kulturi varnosti	Izvedli smo 22 VV. Padec se nam je zgodil junija 1 x, 3 x se je MS udeležila konference. Vsi zaposleni v ZN smo sodelovali na delavnicah.
3. cilj: povečanje enotne prakse ZN	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: - izdelati novo klinično pot (artroplastika) - popraviti, dopolniti navodila pacientom - dosledno izpolnjena dokumentacija na DO	Vse obravnave tečejo po kliničnih poteh. Do konca leta nismo naredili nove KP, ker smo čez leto opravljali samo prospektivne posege. Navodila pacientom po operaciji fimoze smo popravili in se uporabljajo. Navodila pacientom za sprejem in odpust so bila ponovno pogledana in popravljena.
EVALVACIJA: poročilo o izpolnjevanju dokumentacije	Pripravljeno in poslano je bilo poročilo vsak mesec; še vedno je nekaj sodelavcev, ki se jim dokumentiranje v KP zdi nepomembno (polja ostajajo prazna kljub sprotnemu opominjanju).
4. cilj: zagotavljanje osebne integritete pacienta	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: - upoštevanje zasebnosti pacienta - sodelovanje v projektni skupini za zasebnost	Skrbeli smo za pogovor in izobraževanje o zagotavljanju zasebnosti pacientu. Izvajali smo ukrepe pri delu na oddelku - uporaba paravana, zapiranje vrat v bolniško sobo. Razgovori s pacientom in svojci so tekli individualno.

EVALVACIJA: pacienti so zadovoljni s potekom obravnave in tudi z zagotavljanjem zasebnosti	V anketnem vprašalniku, ki ga je dobil vsak pacient, je tudi vprašanje vezano na varovanje njegove zasebnosti – vsi pacienti, ki so izpolnili vprašalnik (642), so se strinjali, da se jim jo zagotavlja.
5. cilj: izboljšati predajo pacienta med vsemi nivoji in oblikami	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: - poznavanje in upoštevanje SOP predaje pacienta - nadzor nad izvajanjem SOP - sodelovanje pri pripravi check liste za predajo pacienta	Obnovili smo skupaj obstoječ standard. Sodelovali smo pri pripravi check liste za predajo pacienta. Izbrali in določili smo vsebine, ki so za nas pomembne.
EVALVACIJA: nadzor in poročilo nad izvajanjem predaje oziroma upoštevanjem SOP (april, junij, november)	Predaja pacienta teče na oddelku, v operacijskih prostorih in na krg oddelku po SOP. V 10 % pa popoldan ni bil izveden obhod po sobah, člani tima pa so bili na predaji moteni (kličejo iz op).
6. cilj: strokovni razvoj zaposlenih v ZN	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: - pripravljena matrika znanj za zaposlene - v začetku leta pripravljen načrt izobraževanja - 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, - omogočiti udeležbo na izobraževanjih s primerno organizacijo dela na oddelku - sodelovanje v projektnih skupinah - udeležba na vzročno posledičnih konferencah	Vzpodbujali smo zaposlene, da se seznanjajo z novimi smernicami, standardi in z novimi znanji. Udeležili in sodelovali smo na internih izobraževanjih, ki so jih pripravili naši zaposleni in nekaj tudi zunanji predavatelji (TPO, Pulzna oksimetrija in uporaba med. pripomočkov v respiratorni terapiji, Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, Opazovanje pacienta in motnje ritma, Vodenje bolečine, Izboljšave na področju varnosti in kakovosti, Podkožna venska valvula, Posebni varovalni ukrep). Po izobraževanju smo pripravili poročila. Posamezniki smo se aktivno vključili v različne projektne skupine v bolnišnici: skupina za raziskovanje , skupina za bolnišnično higieno, skupina za varovanje zasebnosti pacienta, skupina za padce, skupina za klinične poti, promotorji POCT.
EVALVACIJA: na osnovi letnih razgovorov pripravljena shema izobraževanj.	Udeležili smo se 17 intern. izobraževanj in bili na Dnevih A. Boškin. Sodelavci so bili zainteresirani za pridobivanje novih znanj.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3.1 POROČILA VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

število VV/VR	22
število izrečenih ukrepov	40
število/delež uspešno izvedenih ukrepov	38 (95 %)

Problemi in zapleti, ki so bili v preteklem letu največkrat izpostavljeni na oddelku in zaradi katerih so bili izrečeni korektivni ukrepi so bili predvsem na področju bolnišnične higiene, higiene rok nepravilno in nezadostno razkuževanje rok, nepravilna uporaba gesel pri rabi računalnika, pacient je imel neustrezno zdravstveno stanje za op. poseg na DO, posamezna odstopanja pri neposrednem delu s pacientom in pri organiziranosti dela.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

Med cilji, ki veljajo za vso bolnišnico smo tudi za naslednje leto dali večji poudarek le nekaterim in sicer:

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

Z ustreznimi aktivnostmi si bomo prizadevali za dosego teh ciljev in ustreznega ovrednotenja. Upoštevali bomo kazalnike kakovosti, ki veljajo za našo bolnišnico in se jim bomo poskušali približati v čim večji meri.

POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE ZA LETO 2013

Slavica Hrovat, viš. fiziot.
Vodja fizioterapije

UVOD

Aktivnosti, ki so se izvajale v dejavnosti fizioterapije, so bile v letu 2013 usmerjene v uvajanje kulture varnosti za fizioterapevtske obravnave tako hospitaliziranih pacientov kot pacientov v ambulantni dejavnosti. Velika pozornost je bila namenjena izboljšanju strokovnega izvajanja fizioterapevtskih obravnav in upoštevanju bolnišničnih standardov.

1 MANAGEMENT V DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

Ključna naloga fizioterapevta, ki izvaja fizioterapevtsko obravnavo, je izvajati svoje delo v skladu s standardi fizioterapevtske prakse, poskrbeti za varno izvajanje obravnav in učinkovitost celotnega procesa. Naše delo vključuje fizioterapevtsko diagnostiko, načrtovanje, posredovanje in vrednotenje uspešnosti fizioterapije.

1.1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2013

1. cilj: Razvoj stroke in osebna rast fizioterapevtov	**Realizacija** Delna **Učinkovitost** Cilj delno dosežen
AKTIVNOSTI: Mobilizacija živčevja – 1 FTH Mulligan koncept - 1 FTH Tečaj iz proprioceptivne nevromuskularne facilitacije – 1 FTH Bobath tečaj – 1 FTH	Ni realizirano
Udeležba na seminarjih, simpozijih DFS Posodobitev znanja v drugih sorodnih ustanovah	Delno realizirano
EVALVACIJA: Vodenje števila izobraževanj	
2. cilj: Zagotoviti varnost pacientov pri FTH obravnavi in varnost dela	**Realizacija** Delna **Učinkovitost** Cilj delno dosežen
AKTIVNOSTI: • Aparat za lasersko terapijo • Večfunkcijski stimulator • Biofeed back stimulator • Bobath terapevtska miza	Ni realizirano
• Varnostni razgovori • Redni servisi aparatov • Vodenje števila odklonov	Delno realizirano
EVALVACIJA: • Izvedenih je bilo 32 varnostnih razgovorov • Izvedenih so bili 4 redni servisi aparatov • Zabeležili smo 2 odklona	
3. cilj: Nenehno izboljševanje kakovosti	**Realizacija** Delna **Učinkovitost** Cilj delno dosežen
AKTIVNOSTI: • Spremljanje prenove in dodati nove SOP v skladu z novimi smernicami FTH metod dela • Anketa o zadovoljstvu pacientov s FTH obravnavami – ambulantno in za hospital • Redni tedenski timski sestanki	Realizirano
• 2 x letno razširjeni sestanek z vodjema enote	Ni realizirano
EVALVACIJA: - Število prenovljenih SOP NA FTH - 5 - Število novih SOP NA FTH - 2 - Število novih protokolov – 3 - Število prenovljenih SOP FTH – 1	

- Število prenovljenih in novih OBR FTH - 12 - Število izvedenih anket - 2 - Število rednih timskih sestankov – 38 - Število izrednih timskih sestankov - 20	

1.2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

- V procesu fizioterapevtske obravnave ambulantnih pacientov priprava na spremembe v izvajanju fizioterapevtskih obravnav za leto 2014 na osnovi priporočil ZZZS.
- V letu 2013 aktivno delovanje na področju dviga kakovosti fizioterapevtskih obravnav, izdelave novih obrazcev, navodil, protokolov dela.
- Pogovori o varnosti izvajanja fizioterpevtskih obravnav ter s tem dvig zavedanja o pomenu varnosti so bili priložnost za učenje in iskanje rešitev.
- Izvedba dveh delavnic o razkuževanju rok ter s tem dvig zavedanja pomena razkuževanja rok, ki se je odrazilo tudi v praksi.
- Ob svetovnem dnevu fizioterapevtov v septembru v avli bolnišnice predstavitev aktivnosti fizioterapevtske dejavnosti.
- Aktivno sodelovanje na delavnici za RZP (Anja Oman).
- Aktivno sodelovanje pri konziliarnih pregledih fiziatra 263 pacientov (indeks 13/12: 121,32).
- .Uspešno izpeljane presoje FTH procesa in sicer:
    - 5. 3. 2013 -notranja presoja procesa SOP FTH 1 in 2
    - 14. 6. 2013 – DNV presoja procesa
    - 12. 11. 2013 – notranja presoja procesa

1.3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Anketa o zadovoljstvu pacientov
Izvedli smo dve anketi o zadovoljstvu pacientov s fizioterapevtsko obravnavo (za hospital in ambulanto). Analiza rezultatov je pokazala visoko zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtsko obravnavo tako v ambulantni dejavnosti kot v hospitalu. Še posebej je razveseljivo dejstvo, da je zadovoljstvo visoko tako pri strokovnem kot pri osebnem pristopu fizioterapevta in njegovem odnosu do pacienta. Glede na rezultate je razvidno večje nezadovoljstvo uporabnikov s prostori in opremljenostjo ambulantne dejavnosti.

število VV/VR	32
število izrečenih ukrepov	48
število/delež uspešno izvedenih ukrepov	45
skupna učinkovitost VV/VR	94 %

Kazalnik števila padcev, zdrsov
Med fizioterapevtskimi obravnavami v hospitalu smo zabeležili 1 padec pri 5.602 pacientih (0,017 %)

Kazalnik števila varnostnih zapletov (padci, zdrsi, poškodbe)
V fizioterapevtski ambulanti smo zabeležili 1 zdrs pri 748 pacientih (0,17 %).

Kazalnik števila varnostnih razgovorov/odklonov
Za zagotavljanje varnosti pacientov smo izpeljali 32 varnostnih razgovorov, zabeležili 2 odklona.

2 REALIZACIJA PLANA DELA

2.1 DEJAVNOST AMBULANTNE FIZIOTERAPIJE

Plan za leto 2013 je bil 39.810,00 točk. Dejansko opravljenih je bilo 40.446,65 točk (indeks real/plan 101,60). Število prvih obiskov zunanjih pacientov v ambulantni obravnavi je bilo 583 pacientov (indeks real./plan 89,69), obravnavali smo še 165 pacientov. Skupno smo tako obravnavali 748 pacientov (indeks 13/12: 95,16).

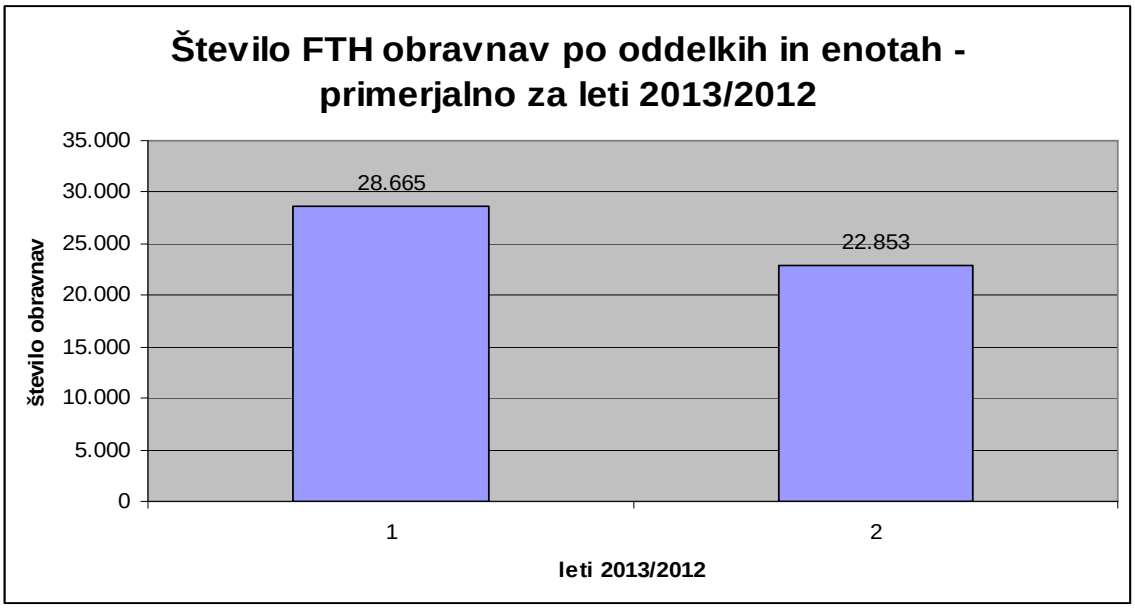
2.2 DEJAVNOST FIZIOTERAPIJE PO ODDELKIH IN ENOTAH

Po oddelkih in enotah vodimo število pacientov po treh sklopih obravnav in sicer:

2.2.1 Naročilo za fizioterapijo

V letu 2013 smo po oddelkih in enotah mesečno obravnavali z naročilom za fizioterapijo (OBR FTH 1) 5.602 pacientov (indeks 13/12: 101,37). Število FTH obravnav je bilo 28.665 (indeks 13/12: 125,43). V letu 2013 se je ponovno povečalo število pacientov. Dvig je razviden tako po naročenih metodah in tehnikah dela preko naročila za fizioterapijo kot iz števila izvedenih obravnav. Dvig števila obravnav je prikazan v grafu 1.

Graf 1: Število vseh fizioterapevtskih obravnav primerjalno za leti 2013/2012



2.2.2 Prvi vpis

Posameznega pacienta za fizioterapevtsko obravnavo vodimo tudi v BIRPIS-u 21 v poglavju Strokovni podatki - Klinični postopki po ICD 10. Tako smo v letu 2013 vpisali 4.472 pacientov za prvo obravnavo (indeks 13/12 96,54).

2.2.3 Vodenje števila pacientov po izbranih diagnozah ali operacijah

V spodnji tabeli je prikazano število obravnavanih pacientov glede na diagnoze ali operacije. Razviden je dvig pacientov za fizioterapevtsko obravnavo po ortopedskih operacijah, sledijo pacienti po abdominalnih operacijah in internistični pacienti.

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

Izbrane diagnoze ali vrste operacij	***2012***	***2013***	***Indeks 13/12***
OP - RRM	118	149	**126,27**
KOLENO - LCA	59	74	**125,42**
VEČJE OP. NA TREBUHU	132	151	**114,39**
TEP KOLENA	141	142	**100,70**
PLJUČNICA	258	252	**97,28**
ZAPESTJE - OP	216	210	**97,20**
INTERNA DRUGO	394	378	**95,93**
AMI, PTCA	91	84	**92,30**
TEP KOLKA	169	161	**95,26**

Vir: Interno vodenje primerov.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI:

3.1 UDELEŽBA NA IZOBRAŽEVANJIH

Udeležba na zunanjih izobraževanjih (dodeljena sredstva: 800 EUR)

- Irena Svetina: Terapevtske vaje za stabilizacijo medenice in hrbtenice pri bolečini v križu, Ljubljana
- Anja Oman: Posvet o paliativni oskrbi, Brdo pri Kranju
- Slavica Hrovat: 6. Dnevi Angele Boškin, Kranjska gora
- Breda Pavlenč, Nina Cuznar, Slavica Hrovat: Kakovostna in standardizirana obravnava v fizioterapiji, Laško

Aktivno sodelovanje:

- Anja Oman: Urinska inkontinenca v nosečnosti in po porodu, Kongres fizioterapevtov, Portorož, 24. 5. 2013
- Anja Oman: Pravilna menjava lege telesa, SBJ

Medinstitucionalno izobraževanje

- Anja Oman: Ginekološka klinika, Ljubljana

Interna izobraževanja

- Na 9 internih izobraževanjih v okviru bolnišnice je bilo realiziranih 31 udeležb fizioterapevtk, povprečno 3,4 na predavanje.

3.2 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedenih je bilo 60 % letnih razgovorov. Zaposleni so izraziili predvsem nezadovoljstvo z možnostjo zunanjega izobraževanja in zaradi preobremenjenosti.

4 CILJI ZA LETO 2014

1. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izobraževanje	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti
KAZALNIK: Pridobitev specialnega znanja s področja nevrofizioterapije		

odraslih Izvedba štirih (4) izobraževanj v FTH Tri (3) pasivne udeležbe na strokovnih srečanjih Ena (1) aktivna udeležba na strokovnih srečanjih		
2. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Prenova obstoječe in izdelava nove dokumentacije in protokolov	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti
KAZALNIK: Izdeva protokola za izvajanje FTH obravnave pri pacientih po možganski kapi Spremljanje prenove, uvedba novih SOP v skladu z novimi smernicami FTH metod dela, prenova zgibanke dihalne vaje		
3. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Varnost in kakovost	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti
KAZALNIK: Število varnostnih razgovorov Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti Razvijanje novih standardov za področje fizioterapije Nakup nove opreme (laser, Bobath terapevtska miza, večfunkcijski stimulator) Redni servisi aparatov Anketa o zadovoljstvu pacientov Redni tedenski timski sestanki Dvakrat leto razširjeni sestanek z vodjema enote		
4. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Razvoj kadrov	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti
KAZALNIKI: Število izvedenih letnih razgovorov na število zaposlenih Sprememba matrike znanja glede na letne razgovore		

POROČILO O DEJAVNOSTI DELOVNE TERAPIJE ZA LETO 2013

Anja Mesec, dipl. del. ter.

UVOD

Delovna terapija je zdravstvena stroka, ki pacientom omogoča vključevanje v vsakodnevne življenjske aktivnosti (okupacije), ki so za njih smiselne in namenske ter posledično pozitivno vplivajo na njihovo zdravje in dobro počutje. Stremi h kvalitetnejšemu življenju in njihovemu dobremu počutju, zato k vsakemu pacientu pristopa individualno in ga obravnava celostno (upošteva njegove vrednote, interese, kulturno okolje, izkušnje…). Deluje tudi preventivno in s svojimi pristopi pripomore k samostojnejšemu, varnejšemu in učinkovitejšemu delovanju pacientov, s tem pa vpliva na prepečevanje morebitega poslabšanja njihovega stanja (poškodb, bolezni ...). Delovna terapija se kot del multidisciplinarne obravnave v Splošni bolnišnici Jesenice vključuje v proces rehabilitacije na internem in kirurškem oddelku, na oddelku za zdravstveno nego in po potrebi v intenzivnih enotah.

V letošnjem letu je bila pridobitev prenovljena terapevtska soba na OZZN, kjer je možnost bolj kvalitetnih in razširjenih obravnav. Na oddelku za OZZN smo uvedli skupinsko telovadbo in kuhanje kave po telovadbi (krepitev socialne interakcije znotraj skupine), pri kateri sodeluje delovna terapevtka in fizioterapevtka.

V delovni terapiji je zaposlena 1 delovna terapevtka.

1 MANAGEMENT V DELOVNI TERAPIJI

Proces delovno terapevtske obravnave se izvaja v skladu s standardi za delovno terapijo, skrbi se za varno in učinkovito izvedbo obravnave. Obravnava se izvaja v zaporedju evalvacija, obravnava in izzid. V obravnavo se vključuje ocenjevanje, načrtovanje in vrednotenje svojega dela.

1.1 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2013 ZA PODROČJE DELOVNE TERAPIJE

1. CILJ: Strokovni razvoj stroke na posameznih področji v skladu z novimi znanji in smernicami	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: ▪ Osebni karieri razvoj ▪ Delovno terapevtski proces rehabilitacije pacientov po možganski kapi ▪ Zagotovitev osebne integritete pacientov	 80 % 80 % 100 %
EVALVACIJA: - Nadzor nad terapevtskih delom	 94,6 %
2. CILJ: Zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varni proces dela	Realizacija
AKTIVNOSTI: ▪ Udeležba na seminarjih v okviru matične ustanove ▪ Bobath tečaj – nevrološka obravnava odraslih oseb po možganski kapi ▪ Nevromišični taping ▪ Skupinska telovadba in kuhanje kave na oddelku za OZZN	 67 % 100 % 100 % 100%
EVALVACIJA:	

- Število udeležb na seminarjih in izobraževanjih - Poročilo o izpopolnjevanju delovnoterapevtske obravnave	100 % 94,6 %
3. CILJ: Priprava, spremembe in dopolnitev dokumentacije	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: ▪ Proces delovne terapevtske obravnave ▪ Priprava navodil za svojce, po preboleli možganski kapi ▪ SOP, obrazci, protokoli	 100 % 100 % 100 %
EVALVACIJA: - Število novo obvladovanih dokumentov (OBR DT 1, OBR DT 10,OBR DT 11) - Poročilo o izvedbi nadzora nad dokumentacijo DT (OBR 120e)	 100 % 100 %

1.2 UVAJANJE IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

Delovna terapija je trdno usmerjena k zagotavljanju kulture varnosti in izboljševanje kakovosti na strokovnem področju. V letošnjem letu je dobro razvila obravnavo pri nevroloških pacientih, izvaja kombinirane obravnave znotraj nevrološkega pristopa, sodeluje pri vodenju terapevtske telovadbe na OZZN. Delovna terapija kot stroka si je dobro zagotovila mesto znotraj mulitdisciplinarnega tima, še vedno pa so pojavljajo potrebe na področju rehabilitacije roke, rehabilitacija po amputaciji spodnjega uda in po operaciji kolka.

Delovna terapija se udeležuje multidisciplinarnih sestankov na OZZN in timskih sestankov v enoti fizioterapije, glede na dogodke in potrebe procesa dela. V letu 2013 sem bila prisotna na 10 varnostih vizitah. Aktivno sodelujem pri konziliarnih pregledih fiziatra (22 obiskov). Sodelujem pri izvedbi družinskih konferenc in edukaciji svojcev.

Delovni terapevt je aktivni član skupine za preventivo pred padci, aktivno sodeluje pri izvedbi delavnice »Stop razjedi zaradi pritiska« v mesecu novembru.

2 REALIZACIJA PLANA DELA ZA LETO 2013

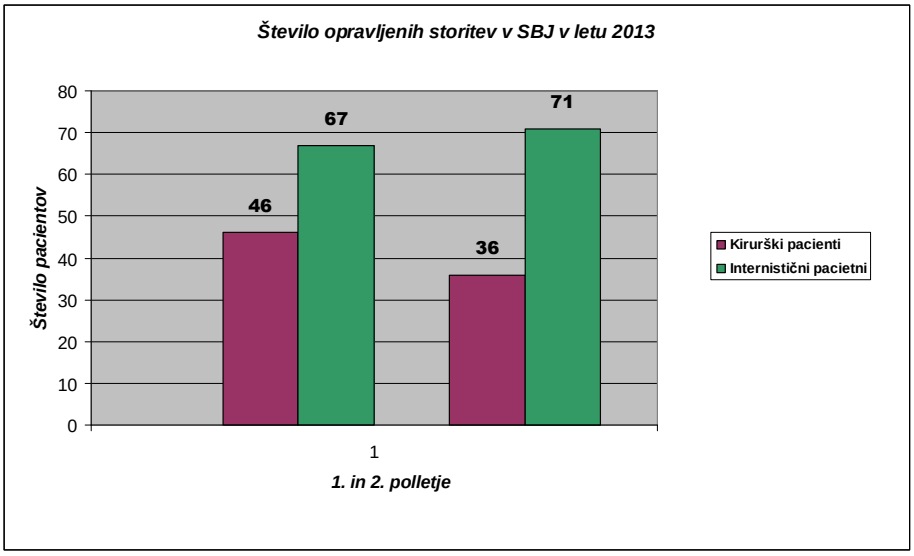
Dejavnost delovne terapije je prisotna na področju kirurškega in internega oddelkih, na oddelku za zdravstveno nego ter po potrebi v intenzivni enoti.

V letu 2013 je bilo obravnavanih pacientov 220, od tega 138 internističnih in 82 kirurških pacientov. Sodelovala sem pri 20 družinskih konferencah in izvedla 30 edukacij s svojci (pravilno rokovanje s pacienti, adaptacija in sprememba domačega okolja, dejanske zmožnosti funkcioniranja pacienta).

V letu 2013 je delovna terapija izvajala mentorstvo 2 študentom Zdravstvene fakultete v Ljubljani, smer delovna terapija.

V sklopu medpoklicnega sodelovanja s fizioterapijo smo pripravili priročnik za svojce po preboleli možganski kapi v interni reviji je bil predstavljen Bolje prispevek o primeru dobre prakse na oddelku za OZZN.

Graf 1: Število opravljenih storitev v 1. in 2 polletju v letu 2013



3 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA

Notranja izobraževanja v okviru SBJ
Udeležba na:

- Temeljni postopki oživljanja
- Kultura varnosti
- Stop razjedi zaradi pritiska, Aktivno sodelovanje v okviru delavnice preprečevanja razjed zaradi pritiska

Zunanja izobraževanja
Udeležba na:

- Bobath tečaj za odrasle, Nevrološka obravnavna oseb po možganski poškodbi,
- Seminar o delovni terapiji - Gradimo mozaik zdravja in dobrega počutja s pomočjo delovne terapije (Seminar s prof. Karen Jacobs in prof. Nancy Macrae iz ZDA) – aktivna udeležba
- Uporaba nevromišičnega tapinga v rehabilitaciji

CILJI ZA LETO 2014

Cilji	Aktivnost	Realizacija
1. Razvoj DT stroke	- Rehabilitacija roke s področja delovne terapije - Povečanje število zaposlenih v DT in opredelitev delovne obremenitve na zaposlenega - Udeležba na seminarjih, posvetih in kongresih - Medinstucionalno izobraževanje v drugih sorodnih ustanovah	31. 12. 2014
2. Multidisciplinarno sodelovanje in zagotavljanje kulture varnosti	- Kombinirane obravnave znotraj terapevtskih vej - Vključevanje DT obravnave v dnevne	Kontinuirano Kontinuirano

	aktivnosti pri jutranji negi na izpostavljeno želje pacienta na OZZN - Vodenje število odklonov in padcev	Kontinuirano
3. Skrb za kakovost	- Uvedba novih SOP-ov in spremljanje novosti na strokovnem področju - Udeležba na sestankih znotraj tima	Kontinuirano Kontinuirano

STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE ZA LETO 2013

Janez Poklukar, 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 2013. 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: prim. 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: prim. Igor Rus, dr. med., spec. int. med.
- Specialistične internistične ambulante
  Strokovni vodja: Joško Fajdiga, dr. med., spec. int. med.
- Urgentna internistična ambulanta (IPP)
  Janez Poklukar, dr. med., spec. int. med.

Oddelek za interno medicino je imel 80 standardnih postelj. Sedem sob je petposteljnih, tri sobe so štiriposteljne, pet sob ima po 3, šest sob 2 postelji, dve sobi sta enoposteljni. Pravih nadstandardnih sob tudi v letu 2013 nismo imeli. Zaradi potrebe po izolacijah MRSA, VRE, ESBL in na druge odporne bakterije pozitivnih bolnikov, ki jih je iz leta v leto več, je bilo dejansko razpoložljivih postelj običajno okrog 70. Na premajhni funkcionalni površini, kot že leta opozarjamo, je 5 postelj enote za intenzivno internistično terapijo.

1.1 PROTOKOL DELA ZDRAVNIKOV

Redni delovni sestanki (ponedeljek – petek):

7.15: poročanje in predaja dežurnih zdravnikov v urgentni internistični ambulanti in na internem oddelku, aktualna problematika, posveti o najtežjih bolnikih, obravnava obdukcijskih zapisnikov, spremljanje porabe zdravil in zdravstvenega materiala, kratke predstavitve ali predavanja ali oddelčnih zdravnikov (torek, četrtek ali petek).
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. V letu 2013 smo uvedli pisno beleženje predaje dežurnim zdravnikom.
Glavne vizite predstojnika so ob 8.00 uri: ob torkih na kardiološkem odseku in v IIT, ob četrkih na gastroenterološkem odseku, ob petkih na endokrinološko–nefrološkem odseku. Pri vizitah aktivno sodeluje klinična farmacevtka, od preteklega leta pa tudi nevrologinja Janja Borič, dr. med. in vodja centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med., spec. anest.

V začetku leta 2013 je bilo v okviru internistične službe redno zaposlenih 12 specialistov internistov, trije manj kot leta 2000. Dva specialista internista smo zaposlili 15. 7. 2013. Prvi, sicer ožje usmerjen v kardiologijo, zaradi starosti ni več opravljal dežurne službe, druga, sicer ožje usmerjena v diabetologijo, pa je bila istočasno imenovana na mesto strokovne direktorice. V preteklem letu je bil na internem oddelku en specialist internist – kardiolog zaposlen za polovični delovni čas, štirje pa zaradi starosti niso več dežurali. Konec leta sta se dva od naštetih specialistov upokojila, eden pa se je zaposlil v drugi ustanovi (vsi po ožji usmeritvi kardiologi). V letu 2013 je ena od zdravnic uspešno zaključila specializacijo in se 1. 12. 2013 pri nas zaposlila za določen čas enega leta z možnostjo podaljšanja delovnega razmerja. Tako je bilo 31. 12. 2013 na internem oddelku 9 stalno zaposlenih specialistov internistov in ena za določen čas, v bolnišnici pa je še ena specialistka internistike, vendar, kot je bilo že omenjeno, zaradi imenovanja na mesto strokovnega direktorja ne opravlja dela na oddelku za interno medicino. Od 14 specializantov interne medicine, zaposlenih za čas specializacije v SB Jesenice, trenutno na našem oddelku v okviru programa specializacije krožijo le trije. V letu 2013 so bili skoraj vsi na kroženju v UKC Ljubljana in Kliniki Golnik, oziroma so bili odsotni zaradi porodniškega dopusta

Ne glede na zapisano, 85 % dela v urgentni internistični ambulanti pod nadzorom specialista internista opravijo specializanti. Za zagotavljanje 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva v dežurni službi sodelujeta tudi 2 specialista, ki sta redno zaposlena v Kliniki Golnik. Zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja gastroenterologov – endoskopistov so se štirje mladi zdravniki uspešno uvajali v endoskopsko dejavnost, kjer delajo enkrat tedensko pod mentorstvom. V endoskopski enoti je do poletja pomagal upokojeni gastroenterolog, ki je v letu 2013 opravil 10 % gastroenterološkega programa.

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 52 let. Edina smiselna rešitev je v zaposlovanju mladih »domačih« specialistov po specialističnem izpitu. Kljub kadrovskim težavam poteka strokovno izpopolnjevanje izven ustanove v načrtovanem obsegu, vse bolj pa strokovno izpopolnjevanje ovira finančni položaj bolnišnice. Glavni mentorji na oddelku za interno medicino so: prim. Marija Mulej, dr. med., prim. Igor Rus, dr. med., Joško Fajdiga, dr. med. in Teja Arnež, dr. med.

Na oddelku je zaposlenih 13 diplomiranih medicinskih sester ter 39 srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. V intenzivni internistični terapiji dela 11 diplomiranih medicinskih sester, v urgentni internistični ambulanti pa 10 diplomiranih medicinskih sester in 7 srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Poliklinično ambulantno dejavnost poleg zdravnikov opravlja 1 diplomirana medicinska sestra in 6 srednjih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov.

Na oddelku in v IIT izvaja vsakodnevno fizioterapijo 1 fizioterapevtka polovico delovnega časa. Občasno na našem oddelku dela tudi delovna terapevtka.

2 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

V letu 2013 smo presegli načrtovani programom za 0,39 % in kar za 1,59 % presegli program iz leta 2012. Pregled obsega dela je podan v Tabeli 1:

Tabela 1: Pregled opravljenega dela v bolnišnični dejavnosti:

	leto 2012	*načrt 2013*	*leto 2013*	*IND na nač. 2013*	*odstop od načrta*	*IND na l. 2012*
INTERNI ODDELEK	**3.278**	**3.317**	**3.330**	**100,39**	**13**	**101,59**
- skupaj ZZZS	3.219	3.258	3.277	100,58	19	101,80
- ostali plačniki	59	59	53	89,83	-6	89,83

Leta 2013 je bilo z oddelka za interno medicino odpuščenih 3.330 bolnikov. Na druge oddelke bolnišnice je bilo premeščenih (Tabela 2) 74 bolnikov, in sicer na kirurški oddelek 70 (leta 2012: 73), na ginekološki oddelek 3 (leta 2012: 3) in na pediatrični oddelek 1 bolnik. V letu 2013 je bilo skupno 3.425 internističnih obravnav. Leta 2000 je bilo na internem oddelku 14 specialistov internistov, hospitaliziranih pa je bilo 2.627 bolnikov. Iz zapisanega lahko ugotovimo, da je bila obremenitev posameznega specialista internista v letu 2013 samo na podlagi opravljenega hospitalnega dela in zmanjšanega števila specialistov, kar za 152 % večja od obremenitve leta 2000, v letu 2014 pa bo omenjena obremenitev v primeru, da ne bo novega zaposlovanja in da bo na oddelku le 10 specialistov internistov ter ob enakem številu obravnav, znašala kar 182 % obremenitve v primerjavi z letom 2000.

V UKC Ljubljana je bilo premeščenih 110 (leta 2012: 127), v PB Begunje 22 (leta 2012: 38), v Kliniko Golnik 16 (leta 2012: 17), v SB Izola 7 bolnikov, v SB Šempeter 6 bolnikov in v SB Celje 2 bolnika. Iz zapisanega je razvidno, da smo bolnike na druge oddelke bolnišnice premeščali v enakem številu kot prejšnje leto, v druge zgoraj naštete ustanove pa smo premestili bistveno manj bolnikov kot prejšnja leta, skupno kar za 23 %. Slednje ni posledica tehničnega ali strokovnega napredka internega oddelka, temveč je predvsem odraz finančno ekonomskih razmer, zaradi katerih so se številni urejeni sistemi znotraj zdravstva pričeli rušiti, zato je pomembno, da na področju internistike postanemo samozadostni in širimo vrste subspecialistične dejavnosti. Eden redkih zdravstvenih sistemov, ki še vedno deluje, je sistem na področju obravnave bolnikov z akutnim koronarnim sindromom. Tako 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 (KOIIM) in KO za kardiologijo (KOK) je bilo tudi v letu 2013 zelo dobro. Skupno število premeščenih bolnikov v druge ustanove zaradi potrebe po invazivni žilni diagnostiki in zdravljenju je bilo 125 (v letu 2012 157) oziroma 20 % manj kot leta 2012. Ravno toliko bolnikov je iz naših kardioloških in angioloških ambulant napotenih v omenjene ustanove za enako diagnostiko in zdravljenje. V letu 2014 naj bi zdravnikom pri omenjeni diagnostiki pomembno pomagal nov CTA modul, ki je nujno potreben za zdravljenje bolnikov z akutno možgansko kapjo, v bodoče pa je cilj pridobiti program in opremo za invazivno angiološko ter kardiološko diagnostiko ter perkutano zdravljenje.

Leta 2013 smo od 1. aprila dalje znotraj bolnišnice opravili 150 konziliarnih pregledov, od tega smo jih 90 opravili na oddelku za travmatologijo, 34 na oddelku za abdominalno kirurgijo, 15 na oddelku za ortopedijo, 4 v EITOS, 2 v urgentni kirurški ambulanti, enega na kirurškem delu oddelka za zdravstveno nego in 4 na ginekološkem oddelku.

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***
UKC Ljubljana	110
Kirurški oddelek SBJ	70
Psihiatrična bolnica Begunje	22
Klinika Golnik	16
Splošna bolnišnica Izola	7
Splošna bolnišnica Šempeter	6
Bolnišnica Postojna	4
Ginekološki odddelek SBJ	3
Onkološki inštitut Ljubljana	3
Splošna bolnišnica Celje	2
Pediatrični oddelek SBJ	1
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	1
Psihiatrična klinika Ljubljana	1

Zastopanost posameznih obolenj in bolezenskih skupin pri bolnikih, zdravljenih na oddelku za interno medicino v letu 2013, je v glavnem primerljivo z letom 2012. V letu 2013 so na prvem mestu po zastopanosti infektivne bolezni spodnjih dihal oziroma pljučnice, na drugem mestu po zastopanosti pa zastojno srčno pešanje.

Tabela 3: Najpogostejše glavne diagnoze pri vseh hospitaliziranih pacientih

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
J159, J189, J158	Bakterijska pljučnica, neopredeljena; Pljučnica, neopredeljena; Druge bakterijske pljučnice	279
I500, I110	Zastojna srčna odpoved, Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno odpovedjo	212
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	118
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	117
I63, I64	Možganski infarkt; Možganska kap, ki ni opredeljena kot krvavitev ali infarkt	155
D500, D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitvah; Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredeljena	90
K703	Alkoholna ciroza jeter	56
K590	Zaprtje (konstipacija)	54
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	50
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučnega srca	50
I211	Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje stene	36

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 2013. V tabeli 7 je posebej prikazano število bolnikov, ki so bili leta 2013 zdravljeni zaradi akutnega srčnega infarkta (STEMI in NSTEMI).

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

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	53
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	37
K703	Alkoholna ciroza jeter	35
J159, J189	Bakterijska pljučnica, neopredeljena; Pljučnica, neopredeljena	39
D500, D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitvah; Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredeljena	20
I211	Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje stene	18
I210	Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednje stene	14
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučnega srca	14
R074	Bolečina v prsih, neopredeljena	13
F100	Duševne in vedenjske motnje, akutna zastrupitev	12
K590	Zaprtje (konstipacija)	11
K852	Akutni alkoholni pankreatitis	11
R18	Ascites	10
I10	Esencialna (primarna) arterijska hipertenzija	10

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

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
J158, J159, J189	Bakterijska pljučnica, neopredeljena; Pljučnica, neopredeljena; Druge bakterijske pljučnice	233
I500, I110	Zastojna srčna odpoved; Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno odpovedjo	202
N10, N300	Akutni tubulointersticijski nefritis	111
I639, I633	Možganski infarkt, neopredeljen; Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih arterij	97
D500, D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitvah; Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredeljena	70
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	64
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	44
K590	Zaprtje (konstipacija)	43
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučnega srca	36

Starostna struktura hospitaliziranih bolnikov se še naprej pomika v smeri višjih starosti. Bolnišničnih obravnav pri starejših od 80 let je bilo v letu 2013 (tabela 8) 1.249 (2012: 1.201), to je 38 % vseh hospitaliziranih in slabe 4 % več kot leto poprej. Starejših od 90 let je bilo 164 (2012: 113), kar predstavlja relativno močan porast (45 %). Populacijo bolnikov, ki so napoteni na naš oddelek iz domov starejših občanov (DSO), predstavljajo težki, polimorbidni bolniki, hkrati so pogosteje kolonizirani z na antibiotike večkrat odpornimi bakterijami: MRSA, ESBL, Acinetobacter baumannii, VRE ipd. Najpogostejše glavne diagnoze obravnav teh bolnikov so: pljučnica, okužbe sečil, možganska kap, sepse. Zdravljenje teh bolnikov je dolgotrajnejše in pogosto zahteva uporabo rezervnih antibiotikov.

Od leta 2012 je v naši ustanovi zaposlena tudi nevrologinja. Tako v okviru internega oddelka redno vsakodnevno teče tudi nevrološka dejavnost, ki obravnava bolnike z akutno možgansko kapjo, akutno možgansko krvavitvijo, epileptičnimi napadi, glavoboli, motnjami zavesti in drugo nevrološko simptomatiko. Tako je bilo leta 2012 na internem oddelku

Tabela 6: Zastopanost bolezenskih skupin od leta 2000 do 2013

GLAVNE DIAGNOZE	leto						INDEKS
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2013/00
Bolezni obtočil (I00 - I99)	888	1.021	967	1.012	1.021	971	109,35
Bolezni prebavil (K00 - K93)	389	378	552	605	628	606	155,78
Bolezni dihal (J00 - J99)	369	384	417	401	478	460	124,66
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	134	132	215	216	251	270	201,49
Neoplazme (C00 - D48)	206	228	238	250	271	248	120,39
Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv (D50 - D89)	69	81	176	152	179	187	271,01
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni (A00 - A99)	68	138	192	183	183	164	241,18
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	172	189	244	150	133	140	81,40
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	110	87	102	114	118	112	101,82
Bolezni živčevja (G00 - G99)	68	81	123	102	135	105	154,41
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	60	53	55	56	53	65	108,33
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	34	33	28	41	56	45	132,35
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	22	22	20	30	27	24	109,09
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	24	20	13	14	20	10	41,67
Bolezni ušesa in mastoida (H60 - H95)	3	13	13	13	15	9	300,00
ostale diagnoze	11	9	4	9	6	9	81,82
SKUPAJ	2.627	2.869	3.359	3.348	3.574	3.425	130,38

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

GLAVNA DIAGNOZA		***ŠT. PACIENTOV***
I210	Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednje stene	25
I211	Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje stene	36
I212	Akutni transmuralni miokardni infarkt ostalih mest	3
I213	Akutni transmuralni miokardni infarkt neopred	2
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	50
I219	Akutni miokardni infarkt, neopredeljen	4
SKUPAJ		***121***

obravnavanih 120 bolnikov z možgansko kapjo. V letu 2013 je omenjeno število poraslo za 29 %, tako da smo beležili kar 155 bolnikov z akutno možgansko kapjo. Zaradi doktrinarnih zahtev in namena izboljšanja delovnega procesa in zdravljenja smo uvedli številne kazalnike kakovosti, ki so predstavljeni v nadaljevanju. Ne glede na kazalnike kakovosti pa je jasno, da je za boljše zdravljenje treba nujno organizirati enoto za možgansko kap, zaposliti še dva nevrologa in medicinski sestri s specifičnim znanjem iz nevrologije, ter kupiti in umestiti na aparat CTA modul.

Tabela 8: Število hospitaliziranih bolnikov starih 80 let ali več v letu 2013

starost pacienta	***št. pacientov***
80 - 85 let	670
86 - 90 let	415
91 - 95 let	134
96 - 100 let	26
101 -	4
SKUPAJ	1.249

Povprečno je bilo na internem oddelku zasedenih 59 postelj od skupno 70 razpoložljivih, kar predstavlja 84-% zasedenost v vsakem trenutku, tako da v poletnih mesecih ni več mogoče zapreti enega od odsekov, kot je bila to navada v preteklosti. Povprečno trajanje zdravljenja (PTZ) v letu 2011 je bilo 6.48 dni, leta 2012 6,3 dni, leta 2013 pa ponovno 6,55 dneva.

Povprečna utež obravnav v letu 2013 je bila 1,542 (interni oddelek: 1,530, IIT: 2,315, dnevni oddelek internistika: 0,735). Povprečna utež je za 0,047 nižja od uteži leta 2012. Visoka povprečna utež je v določenem razmerju s trajanjem in višino zdravljenja. Skupno število uteži pri akutni obravnavi 3.300 bolnikov je bilo 5.136 (29 % uteži celotnega bolnišničnega hospitala).

V zadnjih letih je opazen postopen porast števila hospitaliziranih bolnikov z južnih gorenjskih občin. Trendi števila obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od leta 1999 do leta 2014 je prikazan v tabeli 9 in tabeli 10 ter na grafikonu 1 in grafikonu 2.

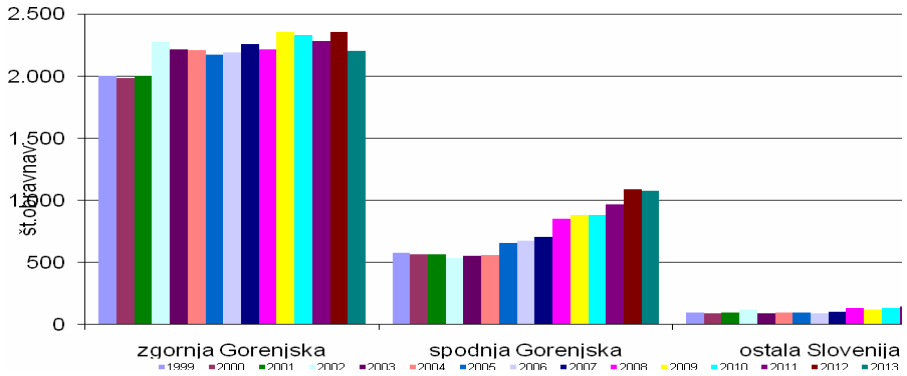
Tabela 9: Število obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od 1999 do 2013

Leto	*ZGORNJA GORENJSKA*	*SPODNJA GORENJSKA*	*OSTALA SLOVENIJA*	*SKUPAJ*
1999	**2.002**	**580**	**100**	**2.682**
2004	**2.205**	**561**	**95**	**2.861**
2009	**2.355**	**884**	**121**	**3.360**
2010	2.331	884	131	3.346
2011	2.278	996	145	3.389
2012	2.356	1.089	152	3.597
2013	**2.204**	**1.079**	**138**	**3.421**
INDEKS 2013/99	***110,09***	***186,03***	***138,00***	***127,55***

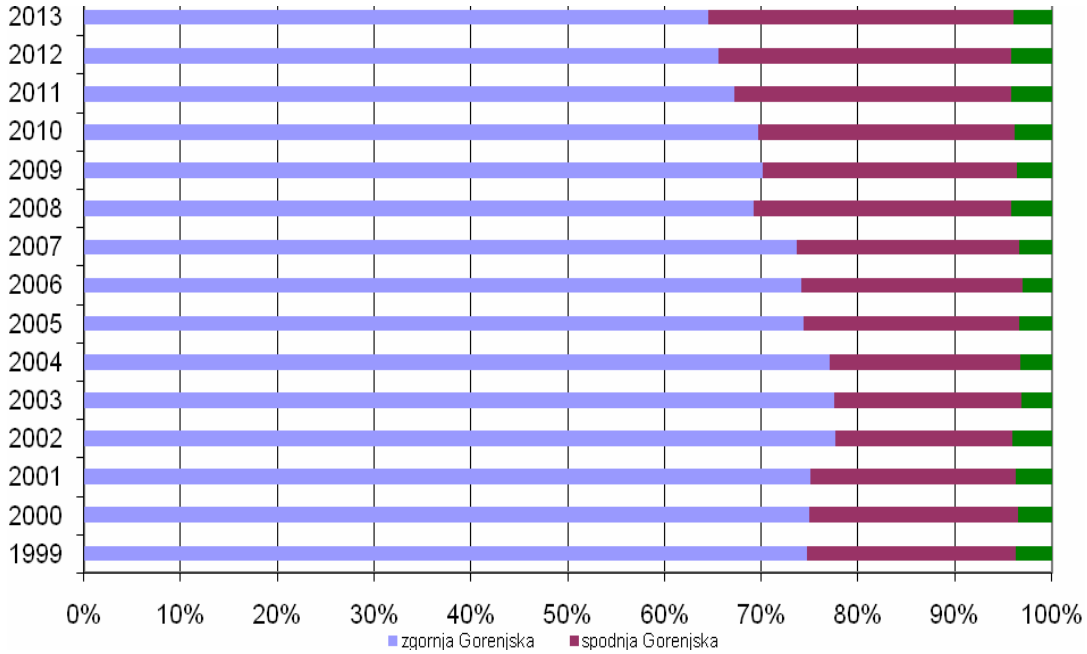
Tabela št. 10: Delež obravnav na oddelku po območni enoti bivanja od 1999 do 2013

Leto	*ZGORNJA GORENJSKA*	*SPODNJA GORENJSKA*	*OSTALA SLOVENIJA*	*SKUPAJ*
1999	**74,65**	**21,63**	**3,73**	**100,00**
2004	**77,07**	**19,61**	**3,32**	**100,00**
2009	**70,09**	**26,31**	**3,60**	**100,00**
2010	69,67	26,42	3,92	100,00
2011	67,22	28,50	4,28	100,00
2012	65,5	30,28	4,23	100,00
2013	**64,43**	**31,54**	**4,03**	**100,00**

Grafikon 1: Število obravnav na oddelku od leta 1999 do leta 2013 po območnih enotah bivanja:



Grafikon 2: Delež obravnav na oddelku od leta 1999 do leta 2013 po območnih enotah bivanja:



V okviru dnevnega oddelka je bilo leta 2013 skupno 256 obravnav (2012: 211). To so bili predvsem bolniki predvideni za elektivno elektrokonverzijo atrijske fibrilacije in undulacije, razbremenilno abdominalno in plevralno punkcijo ter kronični hematološki bolniki sprejeti zaradi potrebe po transfuziji krvi.

Na Oddelku za interno medicino je leta 2013 umrlo 290 bolnikov (leta 2011: 241, 2012: 267), od tega je bilo obduciranih 16, kar predstavlja 5.5 % vseh umrlih. Obdukcija je bila napravljena praktično pri vseh primerih nepričakovane smrti ali nejasne klinične diagnoze.

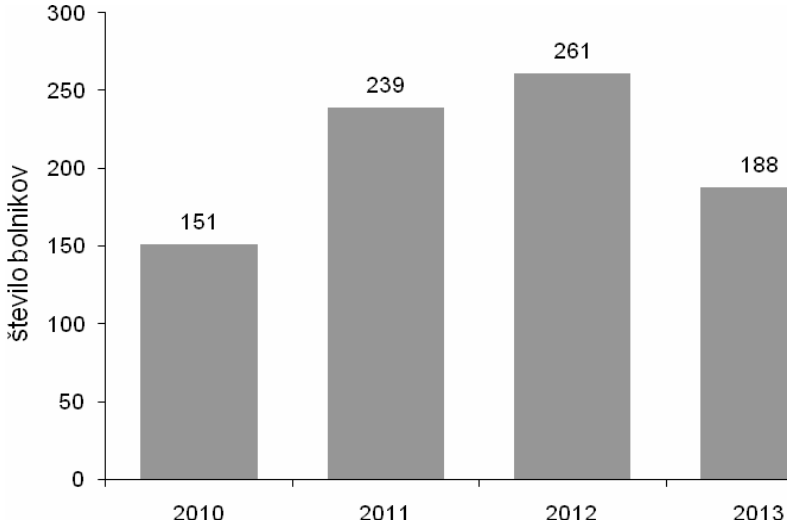
Med najpogostejšimi vzroki smrti so: srčno-žilne bolezni, pljučnice pri polimorbidnih bolnikih in neoplazme, enako kot leta 2012. Umrljivost na internem oddelku se je povečala v zadnjem letu za 8 %. Navedeno je, kot izhaja iz zgoraj opisanega, posledica socioekonomskih razmer v družbi ter vse starejših in polimorbidnih bolnikov, ki jih obravnavamo na oddelku za interno medicino. V tabeli 11 je prikazana zastopanost glavnih diagnoz pri umrlih bolnikih.

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

V letu 2013 je bilo v **28 dneh po odpustu** zaradi iste bolezni ponovno hospitaliziranih **188** bolnikov (leta 2012: 261, 2011: 239, 2010: 151). Kazalnik skozi leta prikazuje grafikon 4. To so bili predvsem bolniki z boleznimi prebavil (51), boleznimi obtočil (40), boleznimi dihal (22), različnimi opredeljenimi in neopredeljenimi tumorskimi spremembami (18), anemijo, v sklopu kroničnih in malignih bolezni krvi in krvotovrnih organov (17).

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, maligna obolenja, pritisk svojcev na hospitalizacijo bolnikov in slabe socialne okoliščine.

Grafikon 3: Bolniki zaradi iste bolezni ponovno hospitaliziranih v 28 dneh po odpustu



Spremljanje naslednjih dejavnikov smo zaradi neuporabnosti po eni strani in doktrinarnih sprememb pri predpisovanju zdravil oziroma zdravljenju po drugi strani, opustili:

- Delež bolnikov z akutnim miokardnim infarktom (AMI), ki jim je pred odpustom predpisan Aspirin,
- Število bolnikov z akutnim transmuralnim miokardnim infarktom in izvedeno primarno koronarno intervencijo,
- Število bolnikov z akutnim subendokardnim miokardnim infarktom in izvedeno primarno koronarno intervencijo,

Kljub opustitvi zgornjih kazalnikov kakovosti, pa še naprej spremljamo 30-dnevno smrtnost zaradi AMI. V letu 2013 smo zaradi AMI zdravili 120 bolnikov. V prvih 30 dneh je umrlo (glavna diagnoza I20 ali I21) 8 bolnikov oziroma 6,7 % vseh bolnikov z AMI.

V letu 2013 smo ne glede na doktrinarne spremembe in zaposlitve nevrologa planirali analizo naslednjih dveh kazalnikov kakovosti:

- Delež bolnikov z AMI, ki so bili odpuščeni z opravljeno ehokardiografijo oziroma opredeljeno sistolično funkcijo levega prekata (EF) in
- Število bolnikov z akutno možgansko kapjo (AMK) ali prehodno možgansko ishemijo (TIA), ki so bili odpuščeni z opravljeni ultrazvočnim (UZ) pregledom vratnih arterij. Ob analizi kazalnikov smo ugotovili, da so bili omenjeni podatki v operacijski sistem vneseni na način, ki onemogoča nadaljnjo analizo. Zaradi pomanjkanja kadra ročno

štetje ni izvedljivo, smo pa omenjene pomanjkljivosti odpravili, zato računamo, da bomo kazalnika predstavili v letnem poročilu 2014.

Že v letu 2010 smo razmišljali o spremljanju serumskih vrednosti NT-proB natriuretičnega peptida pri bolnikih s srčnim popuščanjem. Slednjega zaradi velike klinične uporabe in uporabnosti markerja nismo uspeli napraviti. V letu 2014 smo dobili računalniški program, ki nam bo v ambulanti za srčno popuščanje omogočal spremljanje številnih parametrov oziroma kazalnikov kvalitete ambulantnega zdravljenja teh bolnikov: NT-proB natriuretičnega peptida, glomerularne filtracije, kalij, natrij, kalcij, magnezij, albumini, železo, feritin, transferin, morda celo nov marker kardialne fibroze galectin-3, plazemska koncentracija topnih transferinskih receptorjev, NGAL. Trenutno predstavlja glavno oviro ročno vnašanje podatkov.

Skladno z odločitvijo strokovnega sveta smo redno izvajali tudi pregled dokumentacije in poteka zdravstvene obravnave.

Kazalniki kakovosti pri obravnavi akutne možganske kapi, katerih analizo je pripravila nevrologinja dr. Boričeva.

- Število tromboliz zaradi zdravljenja akutne možganske kapi: 13.
- Relativen delež bolnikov z akutno možgansko kapjo, ki je prejel trombolizo: 8,4 % (13 od 155).
- Povprečen čas od začetka težav do prihoda v bolnišnico: 1 uro in 25 minut.
- Povprečen čas od nastanka kapi do trombolize: 2 uri 42 min.
- Absolutna vrednost in relativen delež umrlih bolnikov, ki so prejeli trombolizo: 3 (23 %).
- Absolutna vrednost in relativen delež umrlih bolnikov, ki so bili skupno (tromboliza in konzervativno) obravnavani zaradi akutne možganske kapi v letu 2013: Zaradi možganske kapi je umrlo 25 bolnikov od 155 (glavna diagnoza I63 ali I64), kar predstavlja 16,13 %.

Tabela 11: Število umrlih pacientov po glavnih diagnozah v letu 2013

Poglavje	***št. umrlih pacientov***
I00-I99 Bolezni obtočil	102
J00-J99 Bolezni dihal	64
C00-D48 Neoplazme	52
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	35
K00-K93 Bolezni prebavil	20
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi	3
G00-G99 Bolezni živčevja	0
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	9
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	2
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve	1
M00-M99 Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva	1
F00-F99 Duševne in vedenjske motnje	1

Zaradi hudega pomanjkanja zdravnikov na oddelku za interno medicino uvajamo v letu 2014 dva nova kazalnika kakovosti. Prvi je Ure specialista internista za opravljeno delo na mesec. Kazalnik se izračuna s seštetjem vseh ur specialistov internistov, tem uram pa se prištejejo še ure, ki jih opravijo zunanji izvajalci, nato pa se število deli s številom zaposlenih specialistov internistov. Drugi kazalnik pa se imenuje Ure specialista internista za opravljeno delo na mesec z vključenim delom v urgentni internistični ambulanti. Pri tem kazalniku se seštetim uram iz prvega kazalnika prištejejo še ure, ko so v urgentno internistično ambulanto pisani specializanti, nato pa se seštevek deli s številom zaposlenih specialistov. Cilj, najprej pri prvem, nato pa še pri drugem kazalniku, je doseči vrednost 168 ur/mesec.

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

Poglavje	***Št. obravnav***
K00-K93 Bolezni prebavil	51
I00-I99 Bolezni obtočil	40
J00-J99 Bolezni dihal	22
C00-D48 Neoplazme	18
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv	17
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	9
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	8
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje	8
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	6
G00-G99 Bolezni živčevja	4
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve	2
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	1
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	1
Skupaj	***118***

Poraba zdravil in zdravstvenega materiala v primerjavi z načrtom in letom 2012 je prikazana v tabeli 13.

Tabela št. 13: Poraba zdravil in zdravstvenega materiala

Absolutni zneski					
	leto 2012	**načrt 2013**	**leto 2013**	**IND na načrt**	**IND na 2012**
interni oddelek	845.607,57	659.792,28	785.026,95	118,98	92,84
IIT	150.304,54	117.276,36	134.914,96	115,04	89,76
INTERNI ODD SKUPAJ	995.912,11	777.068,64	919.941,91	118,39	92,37

V primerjavi z letom 2012 se je poraba zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika na oddelku za interno medicino skupno znižala za 9,07 %, in sicer se je na oddelku znižala za 8,61 % in v IIT za 11,74 %. V primerjavi z letom 2012 je bilo opaziti znižanje porabe (oddelek + IIT) za 7,63 %, na oddelku se je znižala za 7,16 % in v IIT za 10,24 %, skupaj z urgentno

internistično ambulanto in specialističnimi internističnimi ambulantami pa privarčevani znesek znaša 56.992 evrov. Stroški zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika so bili leta 2013 276,26 evrov, leta 2012 303,82 evrov, leta 2011 pa 306,60 evrov. Kljub uporabi kliničnih smernic, kliničnih poti in navodil so za racionalnejšo porabo nujne organizacijske spremembe in krepitev kadra vseh delovnih profilov, saj so cene zdravil realne (primerljive cenam na evropskem trgu) in je malo verjetno, da bi njihovo zniževanje lahko pomembno vplivalo na poslovanje internega oddelka in s tem bolnišnice, po drugi strani pa smo, s tedenskimi glavnimi vizitami, pregledovanji predpisovanj antibiotikov, protokoli obravnave bolnikov pri določenih bolezenskih stanjih (AMI, Pljučna trombembolija in venska tromboza, Ogroženost hospitaliziranih bolnikov za vensko trombozo, Uporaba krvi in krvnih pripravkov, Uporaba albuminov, Predpisovanje antibiotikov) in drugimi notranjimi nadzori, dosegli racionalizacijo porabe materiala, tako da bi kakršno koli poseganje v omenjen segment pomenilo odstopanje od doktrine.

Tabela 14: Zunanje laboratorijske preiskave

	leto 2012	**načrt 2013**	**leto 2013**	**IND na načrt**	**IND na 2012**
Absolutni zneski					
interni oddelek	325.520,61	276.166,2	327.069,75	118,43	100,48
na bolnika					
interni oddelek	99,30	83,26	98,22	117,97	98,91

Stroški zunanjih laboratorijskih preiskav na bolnika so v letu 2012 v primerjavi z letom 2011 porasli za 13,07 %, v letu 2013 pa so se povečali le za 0,48 % (tabela 14), indeksirano na bolnika pa so se celo znižali za 1,08 %.

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

	KOLIČINA				***VREDNOST***			
Naziv preiskave	***2011***	***2012***	***2013***	***IND 13/12***	***2011***	***2012***	***2013***	***IND 13/12***
Eritrociti, v ohranitveni raztopini	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Eritrociti, odstranjeni levkociti, v ohr. raztop.	1.264	1.581	1.346	85,15	140.304,00	163.281,00	147.669,60	90,44
Sveža zmrznjena plazma	435	472	284	60,23	30.450,00	28.350,00	18.886,00	66,62
Trombociti, odstranjeni levkociti, zlitje (polna kri)	0	585	1	0,17	0,00	583,60	239,99	41,12
Trombociti, obdelani s psoralenom, zlitje iz polne krvi, odstr. levk.	16	434	17	3,91	9.337,60	37.350,40	6,294,59	16,85
Trombociti obdelani s psoralenim, afereza, odstr.levk.	1	591	1	0,17	583,60	4.085,20	479,98	11,75
Avtologna kri	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Skupaj					***180.675,20***	***233.650,20***	***173.570,16***	***74,29***

Poraba koncentriranih eritrocitov se je v letu 2012 povečala za 16,38 % v primerjavi z letom 2011, vendar pa se je v letu 2013 ponovno znižala za skoraj 10 %. Poraba plazme se je

zmanjšala za 33 %. Slednje je najverjetneje posledica doktrinarnih sprememb na področju transfuziologije in s tem povečane porabe koncentrata faktorjev koagulacije (Octaplex), ki bo v bodoče moral biti vključen v zapisano analizo. Med tem, ko je v letu 2012 prišlo do enormnega (418 %) porasta transfundiranja trombocitnih pripravkov, smo porabo slednjih v letu 2013 povsem obvladali in dosegli enako porabo kot leta 2011. Kljub temu pa še vedno menim, da bi bilo smiselno in potrebno zapisati protokol oziroma priporočila za zdravljenje bolnikov s trombocitnimi pripravki na nivoju bolnišnice ter enega od specializantov interne medicine usmeriti v subspecializacijo iz hematologije. Poraba koncentriranih eritrocitov in drugih nadomestkov krvi v eurih je prikazana v tabeli 15.

4 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. Načrt programa za ZZZS, izražen v točkah, je bil v letu 2013 dosežen; opravljeno je bilo 104,29 % načrtovanega dela. Presežen je bil program v diabetološki ambulanti (za 104,52 %), kardiološki ambulanti (za 102,06 %) in v urgentni internistični ambulanti (za 105,58 %). Pregled opravljenih točk je prikazan v tabeli 16. Število obiskov in obseg dela v ambulantah in enotah za plačnika ZZZS je podan v tabeli 17. V letu 2013 je bilo v ambulantah skupno 23.373 pregledov, v diagnostičnih enotah pa 7.104 (tabela 18). V urgentni internistični ambulanti je bilo opravljenih 6.520 pregledov, od tega je bilo 2.993 bolnikov hospitaliziranih. Od leta 2000 se je število napotitev v urgentno internistično ambulanto povečalo za 168 %. Povečalo se je število napotitev predvsem z južnih gorenjskih občin. Trendi števila obravnav in bolnikov v urgentni internistični ambulanti po območni enoti bivanja so prikazani v tabeli 19, tabeli 20 in grafikonu 4.

Tabela št. 16: Pregled opravljenih točk za plačnika ZZZS

	leto 2012	*načrt 2013*	*leto 2013*	*IND na načrt*	*IND na 2012*
internistična ambulanta	38.283	38.442	40.093	104,29	104,73
urg. internistična amb.	34.794	31.542	33.302	105,58	95,71
gastroenterologija	117.507	124.192	123.777	99,67	105,34
kardiologija	74.465	77.606	79.204	102,06	106,36
diabetološka ambulanta	51.499	47.342	49.482	104,52	96,08

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

	spol			**obisk**			
INTERNE AMBULANTE	***moški***	***ženske***	***skupaj***	***prvi***	***ponovni***	***hospital***	***skupaj***
I1 urg. internistična amb.	2.200	2.684	**4.884**	3.522	5	2.993	**6.520**
I2 spl. internistična amb.	303	324	**627**	515	261	0	**776**
I3 kardiološka amb.	342	327	**669**	574	209	0	**783**
I4 antitrombotična amb.	548	484	**1.032**	237	8.704	0	**8.941**
I4P antitrom. amb. - DZDR	137	132	**269**	136	390	0	**526**
I5 nefrološka amb.	153	115	**268**	128	314	0	**442**
I6 diabetološka amb.	1.081	1.025	**2.106**	297	4.918	0	**5.215**
I7 gastroenterološka amb.	82	82	**164**	122	48	0	**170**
SKUPAJ	**4.846**	**5.173**	**10.019**	**5.531**	**14.849**	**2.993**	**23.373**

Tabela 18: Diagnostične enote in opravljeno delo 2013 (absolutno) brez hospitalno opravljenih preiskav

	spol			obisk			
DIAGNOSTIČNE ENOTE	***moški***	***ženske***	***skupaj***	***prvi***	***ponovni***	***hospital***	***skupaj***
10 EKG	8	181	**189**	196	0	0	**196**
11 ehokardiografija	663	598	**1.261**	1.251	131	0	**1.382**
12 obremenitve	317	203	**520**	513	36	0	**549**
13 endoskopije	1.166	1.334	**2.500**	2.570	240	11	**2.821**
16 holter	212	221	**433**	437	6	0	**443**
17 doppler	662	803	**1.465**	1.672	41	0	**1.713**
SKUPAJ	3.028	3.340	**6.368**	6.639	454	11	**7.104**

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

	Število obravnav							*INDEKS*
	1999	*2004*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2013/1999*
zgornja Gorenjska	2.013	3.595	4.338	4.242	4.014	4.431	4.267	211,97
spodnja Gorenjska	553	871	1.434	1.532	1.599	1.761	1.928	348,64
ostala Slovenija	126	231	292	318	358	355	378	300,00
SKUPAJ SLOVENIJA	2.692	4.697	6.064	6.092	5.971	6.547	6.573	244,17

Legenda: Zgornja Gorenjska: Območna enota Jesenice, Območna enota Radovljica, Spodnja Gorenjska: Območna enota Kranj, Območna enota Tržič, Območna enota Škofja loka, Ostale območne enote Slovenije.

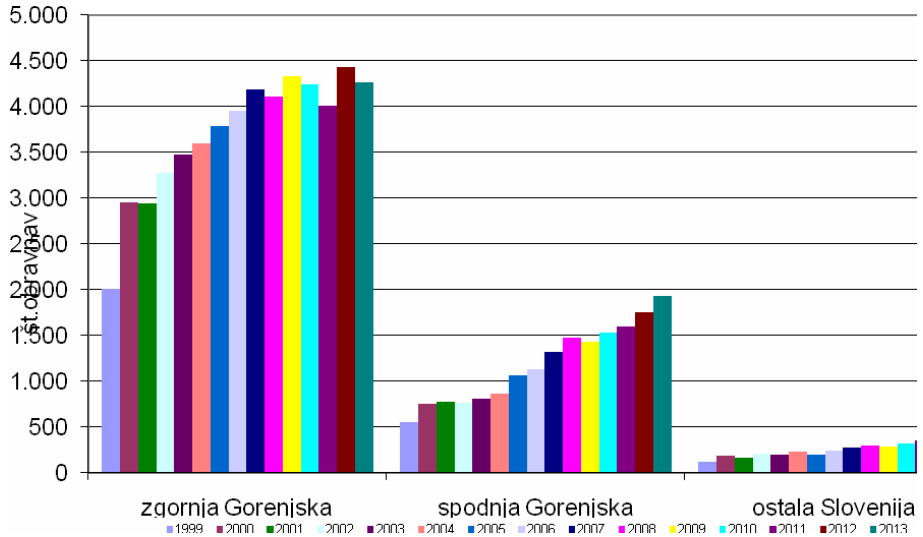
Tabela 20: Delež obravnav v Urgentni internistični ambulanti po območni enoti bivanja

	Delež obravnav						
	1999	*2004*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*
zgornja Gorenjska	74,78	76,54	71,54	69,63	67,22	67,68	64,92
spodnja Gorenjska	20,54	18,54	23,65	25,15	26,78	26,90	29,33
ostala Slovenija	4,68	4,92	4,82	5,22	6,00	5,42	5,75
SKUPAJ SLOVENIJA	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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, nekatere laboratorijske preiskave pa so opravljene z namenom izključitve potencialnih akutnih internističnih obolenj v izogib sprejemov neprizadetih bolnikov z namenom diagnostike. V urgentno internistično ambulanto spada predvsem diagnostika, ki je ključnega pomena za opredelitev aktualnega diferencialno-diagnostičnega problema. Nekateri nenujni primeri so napoteni v urgentno internistično ambulanto v izogib čakanju na redni pregled. Zaradi navedenega smo z Osnovnim zdravstvom Gorenjske organizirali dva delovna sestanka, ki sta prinesla organizacijske izboljšave med primarnim in sekundarnim zdravstvom:

- zastavljanje vprašanj specialistom preko e-naslova tajnistvo@sb-je.si
- delovanje antikoagulantne ambulante na področju novih antikoagulantov
- napotitve na ultrazvočne preiskave ven
- napotitve bolnikov za sprejem v okviru dnevne bolnišnice
- organizacija paliativne oskrbe pod vodstvom mag. Lopuhove na zgornjem Gorenjskem.

Grafikon 4: Število obravnav v Urgentni internistični ambulanti po območni enoti bivanja



V antitrombotični ambulanti je bilo v letu 2013 9.467 obiskov, od tega 373 prvih in 9.194 ponovnih. Naraščanje obiskov je predvsem posledica spremembe doktrine na področju zdravljenja oziroma preprečevanja trombembolizmov ob atrijski fibrilaciji.

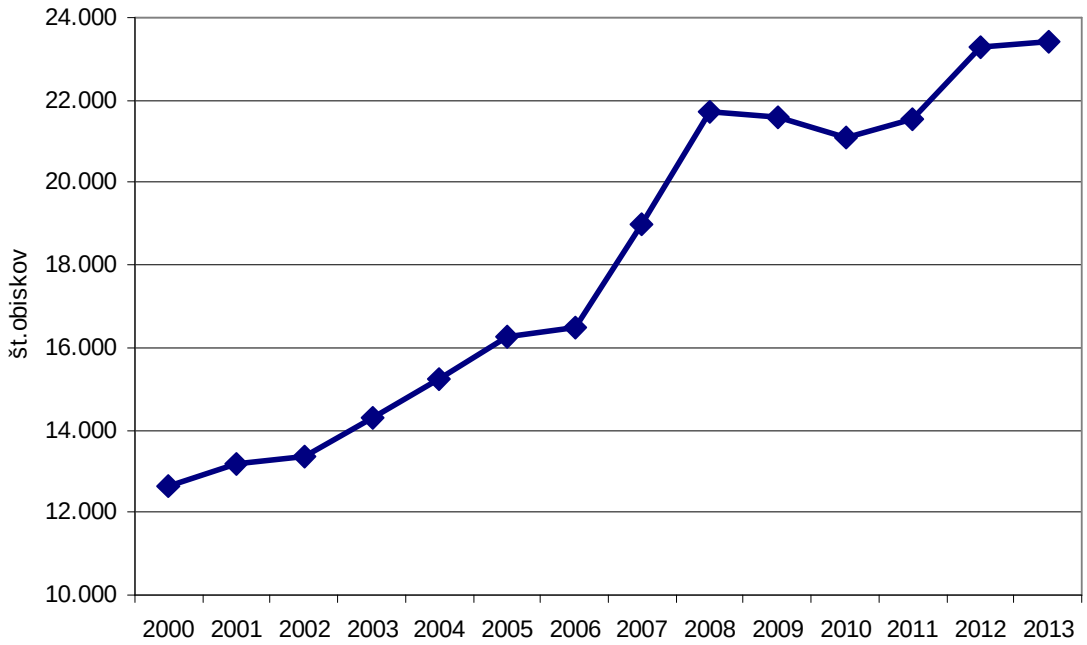
Načrtovan program v enoti za srčno-žilno diagnostiko in preiskave pljučne funkcije, izražen v točkah, je bil v letu 2013 presežen za 6.4 %. Med drugim je bilo opravljeno (skupno ambulantno in hospitalno): 1.729 ehokardiografij (od tega 1.663 transtorakalnih in 66 transezofagealnih ehokardiografij), 533 sonografij vratnih arterij, 964 dopplerskih pregledov ven (116 % v primerjavi z letom 2012), 412 pregledov perifernih arterij, 618 obremenitvenih testiranj, 443 24-urnih Holter elektrokardiografij, 317 spiromterij in 26 ultrazvokov arterij spodnjih okončin, ki jih delamo v naši ustanovi od leta 2011 (leta 2011: 45, 2012: 59).

Načrtovan program dela v endoskopski enoti, izražen v točkah, je bil dosežen v 99,67 %, obseg dela je bil v primerjavi z letom 2012 večji za 5,3 %. Program je bil v letu 2013 realiziran v večji meri kot predhodno zaradi prerazporeditve zdravnikov znotraj internega oddelka in s tem zagotovljene boljše organizacije dela na odseku za gastroenterologijo ter rednega vključevanja 4 specializantov v endoskopsko delo, med drugim dveh tudi v delo v pripravljenosti. V letu 2013 je bilo tako v endoskopski enoti opravljenih skupno 1.880 gastroskopij, 1.330 kolonoskopij, 153 ERCP preiskav ter vstavljenih 28 perkutanih endoskopskih gastrostom. Opravljenih je bilo tudi 8 balonskih endoskopskih dilatacij požiralnika in rektuma.

Tabela 21: Opravljeno število obiskov v posameznih internističnih ambulantah od leta 2000 do 2013

vrsta ambulante	*leto*						
	2000	**2005**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
I1 URGENTNA INTERNISTIČNA AMB.	3.901	5.054	6.065	6.092	5.971	6.547	6.573
I2 SPLOŠNA INTERNISTIČNA AMB.	435	729	759	675	912	836	776
I3 KARDIOLOŠKA AMB.	897	669	539	559	584	823	783
I4 ANTITROMBOTIČNA AMB.	2.659	4.712	8.844	8.561	8.594	9.154	9.469
I5 NEFROLOŠKA AMB.	220	324	362	327	359	451	442
I6 DIABETOLOŠKA AMB.	4.238	4.448	4.735	4.681	4.974	5.294	5.218
I7 GASTROENTEROLOŠKA AMB.	289	323	303	211	146	158	170
Skupaj	**12.639**	**16.259**	**21.607**	**21.106**	**21.540**	**23.263**	**23.431**

Grafikon 5: Rast števila obiskov v internističnih ambulantah od leta 2000 do 2013



Na koncu je potrebno pokazati še analizo količine opravljenega dela. Hospitalni del je že analiziran v drugem poglavju, vendar je za celokupne obremenitve specialistov internistov potrebno upoštevati še ambulantno opravljeno delo. Povečevanje obsega dela vse od leta 2000 je prikazano v tabeli 21 in grafikonu 5.

Iz zapisanega v poglavju 1.1, da je bilo na oddelku za interno medicino leta 2000 zaposlenih 14 specialistov, leta 2013 12, v letu 2014 pa nas je bilo v prvi četrtini leta le 10, in upoštevajoč ambulantni program tako dobimo 216-% stopnjo obremenitve specialista internista v letu 2013 v primerjavi z letom 2000 in kar 259-% v začetku leta 2014. S teoretičnim seštevanjem (hospitalni + ambulantni del), bi tako dobili, upoštevajoč povečanje obremenitev specialistov internistov zaradi naraščanja tako hospitalnega kot ambulantnega programa, kumulativno povečanje obremenitev v primerjavi z letom 2000, v letu 2013 na 368 % in v začetku leta 2014 na 441 %. Tako sklepanje je špekulativno in seveda napačno. Ker so zdravniki v okviru svojega dela dnevno opravljali hospitalni in ambulantni program leta 2000, enaka organiziranost pa je še danes, je verjetno še najbolj pravilno razmišljanje, da je povečanje obremenitve specialista internista enako aritmetični sredini povečanja obremenitev za hospitalno delo in povečanja obremenitev za ambulantno delo. Tako dobimo, da je bila leta 2013 obremenitev specialista internista v primerjavi z letom 2000 povečana na 184 %, v začetku leta 2014 pa na 220 %.

ZAKLJUČEK

Gledano v celoti je bilo leto 2013 za Internistično službo izjemno uspešno, saj smo:

- kljub hudemu kadrovskemu pomanjkanju dosegli načrtovan program dela hospitalne in ambulantne dejavnosti,
- dolgoletni trend rasti stroškov porabe zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta na internem oddelku se ni zgolj ustavil, temveč se je pomembno znižal.

Kljub temu, da naj bi do poletja 2014 zaposlili dve specializantki, ki bosta specializirali, pa bo zaradi kadrovskega pomanjkanja pokrivanje in razpisovanje 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva težavno in zapleteno.

Po dolgih letih vodenja Internega oddelka se je v letu 2013 upokojil prim. Jernej Markež, dr. med. Ravno tako se je v letu 2013 upokojil dolgoletni vodja Enote intenzivne terapije Janez Resman, dr. med. Letno poročilo je primerno mesto, da se jima zaposleni na internem oddelku zahvalimo za preteklo vodenje in opravljeno delo.

Glavne aktivnosti in naloge Internistične službe v letu 2014 so:

- zaposliti vse »domače« specializante po specialističnem izpitu (4)
- nov Urgentni center bolnišnice
- imenovanje predstojnika
- realizacija načrtovanega programa dela v bolnišnični in specialistično-ambulantni dejavnosti in tudi v diagnostičnih enotah
- nakup visoko zmogljivega aparata za ultrazvočno diagnsostiko srčno-žilnega sistema
- že več let načrtujemo prenovitev IIT v kateri je tudi nujno potrebno v najkrajšem možnem času urediti klimatizacijo in prezračevanje.
- zaradi dotrajanosti opreme je potreben takojšen nakup nove baterije začasnega srčnega spodbujevalca
- zaradi potrebe po vse pogostejšem monitoringu kardioloških bolnikov je potrebno na Kardiološkem odseku napraviti in organizirati Polintenzivno internistično oziroma kardiološko terapijo (PIT). Deloma naj bi investicijo sofinancirali tudi s pomočjo evropskih sredstev.
- polovico enote za polintenzivno nego (PIN) je potrebno prostorsko in organizacijsko preurediti v Enoto za možgansko kap.
- nakup novih aparatov za hemodializo
- prenova opreme v Endoskopski enoti
- aktivnosti za zmanjšanje stroškov porabe zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika
- aktivnosti za racionalno rabo antibiotikov, drugih zdravil, krvi in drugih krvnih pripravkov
- aktivnosti za racionalno naročanje laboratorijskih preiskav
- zaradi vse večjega števila obravnav v urgentni intrenistični ambulanti in zaradi naraščanja števila hospitalizacij, ki so posledica predvsem staranja prebivalstva in s tem povezane pogostejše obolevnosti, je potrebno v prihodnosti računati na večje kapacitete Internega oddelka, večjo kadrovsko zasedbo in posledično tudi večji program dela
- pridobiti nove programe za subspecialistična področja (hematologija, tirologija, revmatologija, …)
- sodelovanje s primarnim zdravstvom
- delo na kazalnikih kakovosti
- aktivno sodelovanje pri izpolnitvi pogojev za akreditacijo ISO, DNV, TEMOS.

POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE (IIT)

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

OPRAVLJENO DELO

Sprejemi: 496 pacientov
Število umrlih: 30 pacientov, to je 6 %

Umetna ventilacija: 5.977 pri 63 intubiranih pacientih

Opravljeni terapevtski posegi:
- elektrokonverzija: 95
- uvedba elektrode začasnega PM: 5
- fibrinolitična terapija: 13 (pri ishemičnih cerebrovaskularnih inzultih)
- bronhoskopija: 4
- število akutnih hemodializ: 63
- število urgentnih endoskopij: 36
- perikardiocinteza: 6

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 11 medicinskih sester.

POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE

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

1 OPRAVLJENO DELO

V letu 2013 smo v endoskopski enoti SB Jesenice opravili skupno 1.880 gastroskopij, 1.330 kolonoskopij (994 v rednem delovnem času in urgentno v pripravljenosti ter 336 kolonoskopij v programu SVIT), opravili smo tudi 153 ERCP preiskav ter vstavili 28 perkutanih endoskopskih gastrostom. Primerjalno z letom pred tem smo opravili malenkostno več

gastroskopij ter prav tako malenkostno več hospitalnih kolonoskopij, število preiskav v programu SVIT pa je tako kot drugod po Sloveniji upadlo, iz različnih razlogov, približno za četrtino.

Od skupno 3.381 endoskopskih preiskav oz. posegov smo urgentno opravili 234 gastroskopij, kolonoskopij in trikrat tudi ERCP-jev, kar je primerjalno z letom prej, ko je bilo opravljenih 188 urgentnih preiskav, relativno visok porast.

Endoskopsko smo iz zgornjih prebavil odstranili 8 tujkov, kar je primerjalno z letom prej, ko jih je bilo pet, prav tako povišanje.

Histološki material je bil poslan na preiskave 902-krat. Pošiljanje na histologije ostaja na povsem enakem nivoju kot leto poprej. Histološko se dodatno usmerjamo v diagnostiko ezofagitisov, kjer prednjači nova bolezenska entiteta eozinofilni ezofagitis, ob tem pa še naprej aktivno iščemo tudi celiakijo, prav tako še naprej jemljemo vzorce želodčne sluznice poleg vsega ostalega tudi na kulture bakterije HP, ki kaže višjo rezistenco. Kolonoskopsko poleg diagnostike malignomov in stopnje displazij polipov ter diagnostike KVČB opažamo porast ishemične patologije in psevdomembranoznega kolitisa.

Glede malignomov na prebavilih se je kolonoskopsko ugotovilo 56 malignomov širokega črevesa, kar je pribl. tretjinski upad malignoma širokega črevesa glede na prejšnja leta. Ugotovili pa smo tudi 23 malignomov želodca, ki vendarle ostaja na relativno stabilnem nivoju in zaenkrat ne kaže, vsaj v naši ustanovi, pomembnih trendov padanja, tako da zgodnja diagnostika malignomov želodca, tudi z boljšim slikovnim endoskopskim prikazom, ostaja še naprej izziv.

Med samo ERCP preiskavo smo ugotovili dva malignoma na žolčevodu oz. pankreasu, kar ob siceršnjem jasnem naraščanju maligne patologije z biliarno pankreatičnega področja kaže na dobro predendoskopsko diagnostiko. Žal je na tem področju preventivno pregledovanje omejeno predvsem na ultrazvok in CT, pri čemer so spremembe odkrite običajno v poznih fazah predvsem na račun asimptomatskih zgodnjih stanj malignomov na tem področju.

Opravili smo tudi 8 endoskopskih balonskih dilatacij požiralnika in rektuma, kar je glede na predhodno leto prav tako porast, ko smo petkrat balonsko dilatirali zgornja oz. spodnja prebavila. Vse endoskopske balonske dilatacije so bile uspešno opravljene in brez komplikacij pri posegu.

Predvideni program s strani zavarovalnice, malenkostno prilagojen glede na manjše število zdravnikov (odhod Andreja Hribernika, dr. med., v pokoj), je bil v celoti izpolnjen. Na tem mestu bi se zahvalil mladim kolegom, specializantom, ki so kljub obremenitvam in obveznostim na kroženju specializacije uspeli najti čas za dopoldanske endoskopije, zlasti gastroskopije v naši ustanovi, ter zlasti zrelejšim kolegom Francu Šolarju, dr. med., in Boisu Pelku, dr. med., ki sta uspela spojiti preobilno oddelčno delo s še ohranjenim zanimanjem za notranjost prebavil.

2 OPREMLJENOST ENOTE IN NAČRTI ZA PRIHODNOST

Ta hip je endoskopska enota del problematike v zvezi z gradnjo nove urgence, zato smo skrbno pripravili in v timu med seboj uskladili načrt nove endoskopske enote, ki je kompletno pripravljen za izgradnjo. Želje so bile, da bi to priliko, tudi s pomočjo evropskih sredstev, izrabili za dodatno oz. praktično kompletno prenovo endoskopske opreme, od endoskopskih aparatov do monitorjev, endoskopskih stolpov z insuflatorji, viri svetlobe, digitalnimi shranjevalci slik in filmov posegov in ostalo potrebno opremo, vendar so obeti na tem področju zaenkrat, milo rečeno, zelo nezanesljivi.

Zaradi nujnih varčevalnih ukrepov bi pri opremljenosti enote in željah za prihodnost tako lahko praktično prepisal želje iz leta 2012. Na kratko to pomeni nabavo novih, zlasti gastroskopskih in kolonoskopskih višje ločljivih in gibljivejših aparatov in s tem v zvezi tudi nabavo višje ločljivih monitorjev ter ustreznih specialnih virov svetlobe, še posebej tako imenovane NBI svetlobe - ozkosnopne svetlobe, s katero se lahko izboljša diagnostika, zlasti začetnih premalignih oz. ploščatih sprememb, tako na zgornjih prebavilih (Barrettov požiralnik, na mukozo omejeni mlg. želodca), kot tudi na spodnjih prebavilih, kjer je pomembna diagnostika zlasti slabše vidnih seriranih adenomov kolona ter nasploh sesilnih polipov tega predela.

Prav tako smo še vedno brez povezave gastroskopske in ERCP aparature z Endobase programom za video digitalni zapis gastroskopij in ERCP-jev ter tudi še naprej brez povezave tega sistema z Birpisom, kar pa naj bi se po zagotovilih ustreznih služb uredilo ob izgradnji nove urgence.

Na področju izobraževanja smo se udeleževali ustreznih sekcij, kongresov doma in v tujini, kolegica Vase Stojanoska, dr. med., je bila tudi na dvomesečnem tečaju ultrazvoka v specializirani ustanovi v Zagrebu, za kar smo pridobili sredstva sponzorjev in s pomočjo bolnišničnih fondov. Naša želja je, da bi, zlasti mlajši gastroenterologi, vsi solidno obvladali tudi UZ prebavil. V ta namen podpiramo akcijo našega predstojnika Janeza Poklukarja, dr. med., ki vse mlade zdravnike in tudi tega znanja željne starejše pošilja na tečaj orientacijskega ultrazvoka v urgenci – Winfocus.

Menimo pa, da je za ta standard v končni konsekvenci nujno potreben tudi vedno dostopen, oddelčen oz. na endoskopiji lociran UZ aparat. Še naprej je potrebno vzpodbujati in nadgrajevati UZ vodene punkcije ascitesa in plevralnih izlivov najrazličnejših etiologij. To se sedaj sicer uspešno vendarle prostorsko v zelo skromnih razmerah opravlja na gastroenterološkem odseku.

Še naprej smo tudi mnenja, da bi preko uvedbe osnovnega UZ abdomna slej ko prej, zlasti ker imamo relativno veliko število endoskopskih preiskav, lahko nato prešli tudi na endoskopski UZ, tako zgornjih kot spodnjih prebavil, podprt z biopsijami, to pa zato, ker se DC Bled menda prodaja in bo morda podpora endoskopskega ultrazvoka s te strani v prihodnosti manj zanesljiva, hkrati pa menimo, da takšna aparatura vendarle prvenstveno sodi v hospital. Cilj je, da se postavi jasne smernice za nabavo te aparature v naslednjih treh letih.

Želja je tudi, da bi dopolnili balonske dilatacije požiralnika, ki jih opravljamo, s hkratnim vstavljenjem ezofagealnih stentov. Na tem področju se skupaj s strokovno direktorico dogovarjamo z zavarovalnico za vrednotenje posegov.

Z rentgenološkim odsekom oz. nevrologinjo Rejčevo, ki je te posege že opravljala, se dogovarjamo tudi za začetek ultrazvočno vodenih punkcij oz. biopsij jeter za citološko diagnostiko, kar pa bi lahko v nadaljnjih letih še razširili.

To priliko želimo izkoristiti tudi za ponovno vzpostavitev jetrnih biopsij, vendar UZ vodenih, kot je to standard v razvitem gastroenterološkem svetu.

Začenjamo tudi uvajati, v dobrem sodelovanju z mag. Lopuhovo, »pigtail« katetre za drenažo paramalignomskega ascitesa, s čemer se razbremenjuje pogosto prihajanje hudo bolnih malignomskih bolnikov z rezistentnim ascitesom, v našo ustanovo, kar koristi tako pacientom kot bolnišnici.

Na ERCP področju smo letos, poleg ostalega že uveljavljenega dela oz. posegov, vstavili tudi več pankreatičnih stentov, s katerimi zdravimo zaplete kroničnega pankreatitisa, želja

pa je, da bi začeli tudi z vstavljenjem samoraztegljivih kovinskih stentov v biliarni sistem. Ti stenti so namreč značilno dalj časa prehodni v primerjavi s sedaj vstavljenimi plastičnimi biliarnimi stenti in so pri malignih bolnikih z relativno dobrim izhodiščnim statusom tudi cenovno ugodni.

S patologom Kalanom se bomo skušali dogovoriti tudi za histološko ovrednotenje dipeptidaz na zgornjih prebavilih, s čimer bi lahko direktno izključevali oz. potrjevali laktozno, maltozno intoleranco.

V sodelovanju z laboratorijem že serijsko merimo kalprotektin v fecesu, kar je odličen test, zlasti ob negativni vrednosti, za vrednotenje stadija KVČB.

Ob tem ves čas skušamo izobraževati naše mlajše kolege, kar pa je ob obilici dela na oddelku in skromni kadrovski zasedbi občasno težje izvedljivo in stresno za oboje. Pa vendar je učenje mlajših kolegov ena od osnovnih nalog starejših zdravnikov.

Za zaključek bi ponovno poudaril, da je tehnična opremljenost skromna in postaja še skromnejša, tako da bo potrebno slej ko prej endoskopsko enoto ne glede na situacijo, v kateri smo kot celotna družba in bolnišnica, zaradi osnovnih standardov, varnosti in kvalitete preiskav, dodatno opremiti oz. praktično prenoviti.

Nenazadnje je naša bolnišnica oz. njena endoskopska enota do UKC Ljubljana edina na gorenjskem področju, ki zagotavlja 24-urno pripravljenost za urgentne endoskopske posege na zgornjih, spodnjih prebavilih ter ERCP, naša abdominalna kirurgija, s katero najintenzivneje sodelujemo pri obravnavi urgentno ogroženih bolnikov, pa prav tako edina v tej regiji.

V primeru najugodnejšega razvoja v naslednjih letih bi v poštev prišli razmisleki o uvedbi arteriografske diagnostike in terapije na spodnjih prebavilih, morda v navezavi z diagnostiko kardiovaskularnega in cerebralnega žilja, to pa so že sanjarije - »*kam pa pridemo brez domišljija?«.*

Specialisti: Primož Jovan, dr. med., spec. int., Franci Šolar, dr. med., spec. int., Boris Pelko, dr. med,. spec. int., Tina Šavs Požek, dr. med., spec. ped.
Specializanti: Vase Stojanoska, dr. med., Anže Resman, dr. med., Janez Breznik, dr. med., Barbara Zupančič, dr. med.
Medicinske sestre in tehniki: Branka Kmet, Boris Štojs, Jadranka Radočaj, Damjana Langus, Tina Udir; sodelavka v SVIT-u: Irena Šivic
Administratorka: Sabina Košir

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

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

1 OPRAVLJENO DELO

V letu 2013 smo v Centru za hemodializo povprečno zdravili 38 bolnikov s kronično ledvično boleznijo, od tega je bil eden v programu nadomestnega zdravljenja s peritonealno dializo, na dan 31. 12. 2013 pa smo zdravili 38 bolnikov s hemodializo odnosno enega s

peritonealno dializo, glede na leto 2012, ko smo zdravili na dan 31. 12. 36 bolnikov in 2 bolnika v programu peritonealne dialize.

V celotnem letu smo opravili 5.302 dializi in 688 peritonealnih dializ, glede na leto poprej smo opravili 359 dializ manj in 82 peritonealnih dializ manj. Vse to odraža tudi stanje v slovenskem prostoru, kjer že nekaj let ugotavljamo zmanjševanje števila bolnikov, ki potrebujejo nadomestno zdravljenje in je verjetno posledica dobrega preddializnega vodenja bolnikov s kronično ledvično boleznijo in odličnega transplantacijskega programa.

Značilno je, da smo v letu 2013 opravili tudi manjše število zapletenih dializ, kar je lahko tudi posledica manjšega vključevanja novih bolnikov na dializo. V lanskem letu smo v program nadomestnega zdravljenja vključili 13 bolnikov, umrlo je 11 bolnikov, vzroki smrti so bili predvsem kardiovaskularni, infekcijski zapleti. V druge dializne centre, predvsem v zasebni DC Naklo, smo preusmerili 5 bolnikov. V lanskem letu ni bil transplantiran bolnik iz našega centra.

V intenzivnih enotah tako v EITOS kot v IIT smo dializirali 39 pacientov in opravili 202 zapleteni dializni proceduri, zlasti po metodi kontinuiranega zdravljenja, veliko tudi s citratno kontinuirano venovensko hemodiafiltracijo, ki smo jo izvajali v sodelovanju z zdravniki in ostalimi zaposlenimi v intenzivni enoti operativnih strok.

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.

Večina na novo vključenih bolnikov, je bilo pred tem obravnavanih v tukajšnji nefrološki ambulanti, večina je že pred tem dobivala tako eritropoetin kot analoge vitamina D, večina je imela že pred začetkom nadomestnega zdravljenja skonstruirano AV fistulo. Pri tem bi rad poudaril zelo dobro sodelovanje s Kliničnim oddelkom za nefrologijo, Centrom za hemodialilzo UKC Ljubljana, v lanskem letu pa smo pričeli vzpostavljati tudi zelo dobro sodelovanje zlati pri konstrukcijah AV fistul z nefrološkim oddelkom Splošne bolnišnice Trbovolje.

84 % bolnikov v programu kroničnega nadomestnega zdravljenja je ves čas dobivalo substitucijsko terapijo z eritropoetinom in povprečna vrednost hemoglobina je bila 116.8 g/L, velika večina je dobivala analoge vitamina D v kombinaciji s kalcimimetiki.

V letu 2013 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. Dializirali smo po tej metodi samo enega bolnika.

V centru je trenutno zaposlenih 5 diplomiranih sester, 1 višja medicinska sestra in 5 zdravstvenih tehnikov, poleg tega pa še vedno delujeta 2 zdravnika specialista, ki imata poleg tega še dodatne zadolžitve na oddelku, specialističnih ambulantah, funkcionalni diagnostiki in opravljata dežurno službo.

Poudarjam, da smo v 33 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, nenazadnje 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 30 let, kar je dokaz, da s skrbnim in vestnim delom ter s spoznavanjem tehnologije novih sintetičnih membran, načini

sterilizacije lahko dosegamo še pred leti, ko je bilo preživetje bolnikov na dializi sila kratko, praktično normalno pričakovano življenjsko dobo.

Ambulanta	leto 2012	načrt 2013	leto 2013	IND na načrt	IND na leto 12
Število dializ I	1.273	1.273	1.176	92.38	92.38
Število dializ II	198	198	202	102.02	102.02
Število dializ III	4.190	4.190	3.611	86.18	86.18
Število dializ IV	770	1.154	464	40.21	60.26
Število dializ V	0	243	224	92.18	

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 na izboljšanje varnosti in kakovosti dela na oddelku. Večletna želja o realizaciji zdravstveno vzgojne obravnave pacienta s srčnim popuščanjem se je v letu 2013 tudi udejanila. Aktivno smo od leta 2013 vključeni v sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, delovno skupino za srčno popuščanje (Bijol), z namenom poenotenja delovne prakse ter dviga kvalitete kardiološke ZN. Aktivno smo s prispevkom Varnost na področju razdeljevanja zdravil (Bijol, Mežik Veber) sodelovali na 9. kongresu zdravstvene in babiške nege. Zaposleni Vesna Avdič ter Bojana Berguš sta bili aktivni tudi pri izvajanju notranjih nadzorov v ZN. Prenovili smo obstoječi klinični poti ter pričeli z uporabo nove klinične poti za elektrokonverzijo, ki je nastala v sodelovanju z enoto intenzivne internistične terapije.

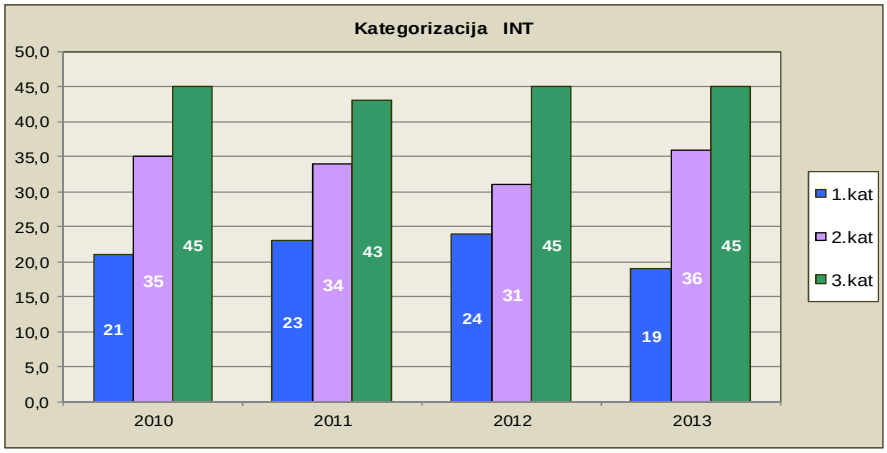
1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

1.1 KATEGORIZACIJA PACIENTOV

Tako kot predhodno leto, tudi letos beležimo okrog 3.000 sprejetih pacientov, 258 pacientov pa je bilo obravnavanih v okviru dnevne obravnave. Spodnja slika prikazuje kategorizacijo pacientov od leta 2010 do leta 2013. Kljub subjektivnemu občutku, da se je število pacientov III. kategorije v letu 2013 povečalo, spodnji graf tega ne potrjuje. V času nadzorov nad kategorizacijo v mesecu juniju smo ugotovili razhajanja pri merilih delna in popolna pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih.

Izvedli smo delavnice o kategorizaciji ZN, preskrbeli pa smo tudi učno gradivo priročnik Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične ZN, ki je hranjen neposredno ob računalniku, kjer se izvaja kategorizacija.

Graf 1: Primerjava kategorizacije v 4 – ih letih na internem oddelku (Mežik Veber, Splošna bolnišnica Jesenice (v nadaljevanju SBJ) 2013).



2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Predstavitev kazalnikov kakovosti, ki smo jih spremljali na internem oddelku v letu 2013.

CILJ RZP:	Število pacientov s pridobljeno razjedo zaradi pritiska (RZP) 13/leto.
AKTIVNOSTI	Preventiva in oskrba RZP po standardu SBJ, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
EVALVACIJA	V letu 2013 smo bili na področju RZP neuspešni; cilja nismo dosegli. Kljub izobraževanju o preventivi RZP, dnevu RZP, kjer so zaposlene z internega oddelka aktivno sodelovale (Avdič, Mengeš, Uščuplić), ob posteljnih delavnicah smo v letu 2013 prišteli 22 pridobljenih RZP.
CILJ PADCI:	Cilja v letu 2013 nismo dosegli.
AKTIVNOSTI	Preprečevanje padcev po protokolu, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
EVALVACIJA	Incidenco padcev pacientov s postelje na 1000 BOD smo presegli in prišli do 0,7 incidence, vseh padcev pacientov na 1000 BOD pa smo zvišali iz 1,2 na 2,3.
CILJ MRSA:	Preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij (VOB).
AKTIVNOSTI	Ukrepi za preprečevanje prenosa VOB, sodelovanje z bolnišnično higieničarko (BH) in spremljanje učinkovitosti.
EVALVACIJA	V letu 2013 beležimo 9 prenosov VOB (MRSA).
CILJ OVK:	Zmanjšati število koloniziranih OVK.
AKTIVNOSTI	Izvajanje preveze katetrov po standardu SBJ ter izvajanje internih nadzorov nad izvajanjem standardov kakovosti.
EVALVACIJA	V letu 2013 smo z internega oddelka poslali 35 katetrov na MBK, 30 od tega ih je bilo brez rasti, 5 z rastjo, skupno število kateterskih dni pa je znašalo 545 dni.

3 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA INTERNEM ODDELKU

3.1 KLINIČNE POTI

V letu 2013 smo prenovili klinično pot za perkutano endoskopsko gastrostomo ter klinično pot za punkcijo – enodnevna obravnava. Klinična pot za PEG je tako izšla v prenovljeni in strnjeni obliki. Zadnja omenjena pa je uporabna za vse vrste punkcij, tudi s strani nevrološke obravnave.

3.2 STANDARDI KAKOVOSTI

Skupaj v sodelovanju z internistično intenzivno terapijo smo pričeli z uporabo klinične poti za elektrokonverzijo. Tako kot pretekla leta, smo tudi letos sodelovali v skupini za obnovo standardov kakovosti. V zadnjih mesecih leta 2013 smo pričeli s pripravo standardov kakovosti, kot sta oskrba nefrostome ter snemanje elektrokardiograma.

3.3 DELO NA ODSEKIH

Konec leta 2012 so zaposleni predlagali drugačen način spremljanja novosti na oddelku. Listi s posameznimi obvestili so se založili, včasih izgubili. Tako smo skozi celo leto novosti, dogovore, oddelčne sestanke beležili v zvezek, kjer so bili podatki zbrani.
Pretekla leta, pa tudi v letu 2013, smo natančno beležili in hranili Evidenčne liste seznanjenosti s standardi kakovosti in dokumentacijo ter usposabljanje z novo medicinsko tehnično opremo. Listi so za celo leto zbrani na vseh treh odsekih v mapi skupaj z objavljenimi obrazci skrbnikov, odgovornih za posamezne pripomočke na odseku. Delno smo realizirali izobraževanja po odsekih, kjer zaposleni pripravijo dogovorjeno temo s področja ZN, ki jo predstavijo zaposlenim. S celotnim negovalnim timom smo imeli 4 sestanke.

Vsekakor velja omeniti v okviru dela na odsekih tudi delovanje koordinatorice zdravstvene obravnave, Dubravke Karadžič Šmitran. Večina obravnavanih pacientov je potrebovala pomoč pri urejanju pogojev za vrnitev v domače okolje. Sledili so pacienti, ki so potrebovali obravnavo socialne delavke, urejanje namestitve v domovih za starejše občane ter zdravstveno vzgojno delo (hranjenje po PEG, preventiva RZP, rokovanje z urinskim katetrom, nefrostomo ter VOB v domačem okolju). Pri sami pripravi pacienta in svojcev na vrnitev v domače okolje, pa so pod njeno pobudo nastala navodila s praktičnimi nasveti za ravnanje v domačem okolju.

4 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

4.1 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2013

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.
EVALVACIJA	Priložnosti na področju razdeljevanja zdravil je še zelo veliko. Pri nadzoru v letu 2013 se je pokazalo veliko nepravilnosti v samem predpisu zdravila, nepravilnem času apliciranja, neustreznega razdeljevanja, pomanjkljivega razkuževanja rok, vozički z dokumentacijo in zdravili so odklenjeni, ni kontrole po aplikaciji zdravil. Področje ostaja na široko odprto za izboljšanje omenjenih odklonov. Število motenj pri razdeljevanju zdravil se je v primerjavi z letom 2012 zmanjšalo.

CILJ ZN INT. 2:	Zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem.
AKTIVNOSTI	Vpeljava zdravstveno-vzgojnega dela v ambulantnem in hospitalnem delu.
EVALVACIJA	V ambulantnem delu se zdravstveno vzgojno delo na področju srčnega popuščanja ni realiziralo. Dnevno se spremljajo in beležijo pacienti, ki imajo srčno popuščanje. Izdelali smo protokol pacienta s srčnim popuščanjem. Tik pred izidom je tudi zloženka, ki bo v pomoč pacientom ter medicinski sestri, ki poduči pacienta o življenju doma. Od 28. 8. 2013 beležimo 43 obravnavanih pacientov ter 56 skupno število pedagoških ur, ki smo jih namenili pacientom v okviru zdravstveno vzgojne obravnave s srčnim popuščanjem.

4. 2 ODKLONI S PREDLOGI IZBOLJŠAV

Na internem oddelku je bilo v obdobju od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013 zabeleženih v računalniško aplikacijo ART 17 odklonov. 8 odklonov je bilo strokovne narave, 9 odklonov pa smo zabeležili v okviru ZN v bolnišnici. Vsebina odklonov je bila naslednja: napačen vzorec pacienta za namen določanja krvne grupe in rH faktorja pacienta, neustrezen čas izvajanja vizit, transport obleke s strani zunanjega izvajalca čiščenja, postopanje v primeru padca pacienta, bolnišnične okužbe, preveza kronične rane, naročanje napitkov, higiena rok pred obroki, upravljanje z zdravili. Izvedenih je bilo 18 ukrepov. Vsi odkloni so bili obravnavani, uspešno rešeni in zaključeni.

4. 3 POROČILO O IZVEDENIH VARNOSTNIH VIZITAH/RAZGOVORIH

V tabeli 1 je prikazano število opravljenih varnostnih vizit v letu 2013 glede na nivo izvedbe.

Tabela 1: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN na oddelku	24	40	96 %
Odgovorne MS na oddelku	57	94	94 %
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	3	9	% (ukrepi in aktivnosti dorečeni konec a, ni bila možna realizacija, plan za 2014)
Najpogostejše teme VV/VR odgovornih MS na oddelku so bile: oskrba rane/RZP, padec pacienta, nepravilen položaj pacienta, nepravilno izpolnjen sprejemni list ZN, nepravilna uporaba razkužila, nepopolno pripravljena kontaktna izolacija, merjenje telesne temperature v kontaktni izolaciji, identifikacijska zapestnica, priprava aspiratorjev, higiena rok pred obroki, označitev inzulinskih peres.			

5 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu 2013 beležimo 94-% uspešnost pri izvedbi letnih razgovorov. Zaposleni so izrazili ovire s katerimi se srečujejo, prav tako tudi želje po novih izobraževanjih. Z zaposlenimi smo uskladili posebnosti ter področja iz matrike znanj, kjer je znanje izboljšano oz. ga bo potrebno nadgraditi. Letni razgovori se velikokrat izkažejo za zelo pozitivne, sama jih jemljem kot dober pripomoček pri samem usmerjanju kadrov.

Zunanjih izobraževanj v okviru organizacij strokovnih sekcij se je udeležilo 18 medicinskih sester. Aktivno smo sodelovali na 9. Kongresu zdravstvene in babiške nege z naslovom Varnost na področju razdeljevanja zdravil (Bijol, Mežik Veber).

Zaposleni so v letu 2013 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.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

CILJ RZP:	**Število pacientov s pridobljeno RZP 16/leto.**
AKTIVNOSTI	Preventiva in oskrba RZP po standardu SBJ, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
KAZALNIK	Št. pridobljenih RZP/mesec.
CILJ PADCI:	**Incidenca padcev pacientov s postelje na 1000 BOD je 0,3. Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD1,8.**
AKTIVNOSTI	Preprečevanje padcev po protokolu, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti. Aktivna udeležba na delavnicah. Označevanje pacientov na seznamu (tabli), ki so ogroženi za padec, rumene nogavice ter rumena identifikacijska zapestnica. Uvedba ničelne tolerance za padec po odsekih.
KAZALNIK	Št. vseh padcev/mesec.
CILJ MRSA:	**Preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij (VOB).**
AKTIVNOSTI	Ukrepi za preprečevanje VOB, sodelovanje z BH in spremljanje učinkovitosti.
KAZALNIK	Št. zabeleženih prenosov/mesec.
CILJ OVK:	**Zmanjšati število koloniziranih OVK.**
AKTIVNOSTI	Izvajanje internih nadzorov nad izvajanjem standardov kakovosti; uvedba katetrske MS na oddelku.
KAZALNIK	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.
KAZALNIK	Število odklonov in napak, rezultati nadzorov, poročila o izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije.
CILJ ZN INT. 2:	**Zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem.**
AKTIVNOSTI	Čim širša pokritost in zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v ambulantnem in hospitalnem delu.
KAZALNIK	Spremljanje kazalnika v okviru uvedbe pedagoške MS.
CILJ ZN INT. 3:	**Izboljšanje varnosti in kakovosti dela na oddelku.**
AKTIVNOSTI	Izvajanje VV 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; razvijanje novih standardov kakovosti za področje internistične ZN.
KAZALNIK	Število VV, število VV koordinatorice ZN in predstojnika 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; število na novo vpeljanih standardov kakovosti.
CILJ ZN INT. 4:	**Izobraževanje**
AKTIVNOSTI	Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku 20 pasivnih in 2 aktivni udeležbi na strokovnih srečanjih;
KAZALNIK	Število izvedenih mesečnih izobraževanj Število pasivne in aktivne udeležbe na izobraževanjih.

ZAKLJUČEK

V zaključku leta 2012 nam je bilo vodilo: slediti sodobnim standardom zdravstvene nege, kjer je v središču zdravstvene nege pacient, ki nam je zaupan v oskrbo. To vodilo nas je spremljalo v letu 2013, prav tako ostaja tudi v letu 2014. Zdravstveno vzgojno obravnavo pacienta s srčnim popuščanjem bomo poskušali izpeljati tudi v ambulantni obravnavi. Usmerili se bomo k spremenjenemu načinu dokumentiranja v zdravstveni negi, tako z uporabo negovalnih diagnoz, kot s strukturiranim načrtom zdravstvene nege. Pričakujemo spremembe na področju razdeljevanja zdravil, kjer nam bo vodilo vzpostavitev sistema, v katerem bo proces razdeljevanja zdravil še varnejši za pacienta. Slediti želimo varni in kakovostni obravnavi pacientov v okviru standardov kakovosti ZN. V letu 2014 ostaja tudi izziv iz preteklega leta, kjer bomo poskušali uspešneje realizirati interna izobraževanja na oddelku in tako dvigniti nivo znanja na višjo raven.

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

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

UVOD

V internistični intenzivni terapiji (IIT) pacientom skušamo zagotavljati kakovostno in varno obravnavo s tem, da sledimo zastavljenim ciljem kakovosti in se trudimo realizirati aktivnosti za doseganje le-teh. Sestavili smo novo klinično pot za elektrokonverzijo, glede na zahteve presoj preoblikovali terapevtski list ter proces zdravstvene nege.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

V letošnjem letu smo imeli kar nekaj kadrovskih sprememb. Dve sodelavki sta odšli na porodniški dopust, ena je zamenjala delovno mesto, dve sta diplomirali na Visoki šoli za zdravstveno nego.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

Število sprejetih pacientov je približno enako kot v lanskem letu, vendar pa se je IV. kategorija pacientov zmanjšala v primerjavi z lani, kar je razvidno v spodnji tabeli.

Tabela 1: Prikaz deleža posamezne kategorije ZN v IIT po mesecih v letu 2013

	2012	jan	feb	marec	april	maj	junij	julij	avg	sept	okt	nov	dec
1. kat													
2. kat													
3 .kat	**31,0**	32,2	27,1	59,6	53,4	58,8	80,9	34,6	11,5	40,0	60,6	63,7	63,3
4. kat	**69,0**	67,8	72,9	40,4	46,6	41,2	19,1	65,4	88,5	60.0	39,4	36,3	36,7

1.2 REALIZACIJA CILJEV/KAZALNIKOV

BOLNIŠNIČNE OKUŽBE **CILJI:** - brez prenosa VOB - 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** Cilj ni 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: Prišlo je do prenosa MRSA; izolacijski ukrepi se izvajajo po standardu kakovosti v okviru možnosti; v projektno skupino je vključena 1 MS, v kateri aktivno sodeluje; udeležba na delavnicah in izobraževanjih; organizirali smo delavnico na temo izolacijske enote	

Tabela 2: Prikaz števila v bolnišnico prinešene, v bolnišnici prenešene in skupne MRSA v letu 2013

MRSA	Jan.	Febr.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.
prinešena	0	0	0	1	1	0	0	1	2	1	0	0
prenesena.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
skupno	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	0	0

RAZJEDA ZARADI PRITISKA **CILJI:** - pridobili bomo največ 2 razjedi 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 je 100-%
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; organizacija delavnice v okviru enote	
EVALVACIJA Pridobili smo 2 RZP; v projektni skupini aktivno sodelujeta 2 MS; udeležba na delavnicah in izobraževanjih; v enoti smo organizirali delavnico na temo preveze kronične in akutne rane	

Tabela 3: Število RZP – pridobljenih, prinešenih in obravnavanih po mesecih.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec	Skupaj
Pridob.	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Prineš.	3	5	1	1	4	6	5	5	6	5	7	1	49
Obrav.	3	1	1	1	0	0	3	1	1	2	0	2	15

IZVAJANJE KAKOVOSTNE OSKRBE ŽILNIH POTI **CILJI:** - incidenca koloniziranih osrednjih venskih katetrov (OVK) bo največ 0,03 % na število katetrskih dni	**REALIZACIJA** Da
AKTIVNOSTI: Neposredno opazovanje oskrbe žilnih poti po standardu kakovosti; pregled standardov kakovosti Oskrbe vbodnega mesta OVK, uvajanje in odstranitev OVK z vsemi novo zaposlenimi MS v enoti; udeležba na delavnicah in seminarjih; določitev katetrskih MS	**UČINKOVITOST** Učinkovitost je 100-%, cilj je dosežen
EVALVACIJA Incidenca koloniziranih OVK je 0 %, ni bilo katetrskih seps; pregled standardov kakovosti z novo zaposlenimi v enoti; udeležili smo se delavnice/izobraževanja; določili smo 3 katetrske MS	
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	**UČINKOVITOST** Učinkovitost je 100-%, cilj je dosežen
REALIZACIJA Padca, zdrsa pacienta ni bilo; 1 MS je vključena v projektno skupino; udeležba na delavnicah, izobraževanjih	
VARNOST NA PODROČJU PRIPRAVE IN APLIKACIJE ZDRAVIL **CILJI:** - na področju priprave in aplikacije zdravil ne bo odklonov	**REALIZACIJA** Da
AKTIVNOSTI: Določitev odgovorne osebe za pregled rokov zdravil in njihovo vrnitev v lekarno; pregled standardov kakovosti in protokolov s področja razdeljevanja zdravil; nadzor nad pripravo in aplikacijo; redno izvajanje VV/VR na temo aplikacije zdravil	**UČINKOVITOST** Učinkovitost je 100-%, cilj je dosežen
REALIZACIJA Določena odgovorna oseba za pregled rokov zdravil; pregled standardov kakovosti in protokolov z vsemi zaposlenimi; vsi zaposleni so seznanjeni z možnostjo dostopa do navodil za pripravo in aplikacijo določenih zdravil preko intraneta; nadzor nad pripravo in aplikacijo zdravil je pokazal da odstopanj ni	

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA ODDELKU/ENOTI

Skupaj z internim oddelkom in urgenco smo razvili novo klinično pot za elektokonverzijo, v izdelavi je standard kakovosti za uporabo CPAP maske ali čelade. Novost smo vpeljali tudi na oddelčnih sestankih, na katerih predstavimo in se pogovorimo o standardih kakovosti, ki se tičejo našega dela. Predstavniki projektnih timov nam predstavijo zapisnike in sklepe.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

V letošnjem letu smo bili opozorjeni na en strokovni odklon. Poročilo smo že obravnavali, korektivni ukrep v celoti še ni realiziran.

V tabeli je prikazano število VV/VR glede na nivo izvedbe, število ukrepov in njihova učinkovitost. Najbolj pogoste teme VV/VR so bile varnost in kakovost.

Tabela 1: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN na oddelku	9	28	92%; 1 ukrepa ni možno izmeriti
Odgovorne MS na oddelku	46	91	98%; 5 ukrepov ni možno izmeriti
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	1	3	2 ukrepa 100%; 1 ukrepa ni možno izmeriti
Skupaj	*56*	*122*	*97%; 7 ukrepov ni možno izmeriti*

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

Letni razgovori so bili opravljeni v 90 %. Izpostavljeni so bili izboljšani medsebojni odnosi. S pomočjo matrike znanj smo naredili načrt izobraževanja, vendar se zaradi finančne situacije vseh izobraževanj izven ustanove nismo udeležili, izobraževanj organiziranih v naši ustanovi se udeležujemo po načrtu. Dva zaposlena s svojima prispevkoma predavata pripravnikom, ena MS je aktivno sodelovala na Kongresu zdravstvene nege. V enoti smo sami organizirali delavnico na temo preveze rane in bolnišničnih okužb.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

1. Zagotavljanje kulture varnosti:
   a) preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij
   b) največ 2 pacienta s pridobljeno RZP
   c) v enoti ne bo padca, zdrsa pacienta
   d) število koloniziranih OVK ohraniti na 0 %, ne bo katetrskih seps
2. Izdelava standarda kakovosti o uporabi CPAP maske ali čelade
3. Izdelava protokola o inducirani hipotermiji
4. Dosledno izpolnjevanje dokumentacije ZN
5. Sodelovanje v projektnih skupinah

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE CENTRA ZA HEMODIALIZO

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

UVOD

Ob analizi leta 2013 smo lahko ponosni na marsikaj. Imamo dobre rezultate beleženj kazalnikov kakovosti, dodobra pa smo prevetrili tudi našo dokumentacijo - čedalje bolj se vsi zaposleni zavedamo pomena pravilnega dokumentiranja v zdravstveni negi za varnost

pacientov ter raven kakovosti našega dela. Na tem področju se res trudimo in se skušamo nenehno izboljševati.

Vsekakor pa velja omeniti, da je v letošnjem letu pri nas končno zaživelo zdravstveno-vzgojno delo, tako pri pacientih, ki se zdravijo v nefrološki ambulanti, kot pri tistih, ki so tik pred začetkom zdravljenja končne ledvične odpovedi z eno od možnih oblik zdravljenja ali pa so v ta proces že vključeni. Vključujemo tudi svojce vseh omenjenih pacientov.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

V Centru za dializo od avgusta 2013 dela 6 diplomirani medicinskih sester oz. dipl. zdravstvenikov, ena višja medicinska sestra ter 3 zdravstveni tehniki, od katerih je ena sodelavka tik pred diplomo na VŠZN Jesenice. Eno dipl. med. sestra je na porodniškem dopustu; njene odsotnosti nismo pokrili z novo delovno močjo. Zaenkrat nas dela vsega skupaj 10. Čeprav se zavedamo težke finančne in kadrovske situacije, takšno število osebja komaj zadošča za vse potrebe in zahteve.

Po najboljših močeh sodelujemo v projektnih skupinah za standarde kakovosti, preprečevanje padcev, dokumentiranje v ZN, za preventivo in oskrbo RZP oz. kronične rane, za bolnišnično higieno... Letos se je oblikovala tudi t.i. skupina OVK medicinskih sester; v kateri smo kar aktivni.

Skupaj s sodelavci iz SBJ smo pripravili delavnico o ravnanju oz. zdravstveni negi hemodializnega OVK. Naleteli smo na izredno pozitiven odziv. Zaposlene spodbujamo k neprestanemu izobraževanju, spremljanju novosti pri našem delu. Želeli bi si večje motiviranosti zaposlenih, predvsem za aktivno sodelovanje na področju izobraževanja. Žal tu nimamo kakih omembe vrednih uspehov. Stremimo k čim večjemu opolnomočenju srednjega managementa. Radi bi, da bi vsak med nami imel poleg rednega dela še kako dodatno zadolžitev oz. področje dela, kjer bi se z veseljem angažiral. Pri tem se srečujemo s problemi, kako zaposlene za to motivirati. Kot vodja si želim izobraževanj s področja motivacije zaposlenih in s področja obvladovanja konfliktov. Zdi se mi, da je v zadnjem času motiviranost v upadanju, brž pa se znajdemo tudi v konfliktnih situacijah, ki slabo vplivajo na kakovost našega dela.

2 REALIZACIJA CILJEV, ZASTAVLJENIH ZA LETO 2013

1. cilj: Preddializno svetovanje pacientu S KLO in ZV svetovanje našim kroničnim pacientom	**Realizacija/Učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • opredelitev zdravstveno-vzgojnih vsebin za vsa področja našega dela, • dokončna ureditev in obvladovanje dokumentacije s teh področij, • razdelitev posameznih področij izobraževanja med DMS, • praktična izvedba in beleženje v BIRPIS, • sočasno zdravstveno-vzgojno delo s svojci pacientov, • ozaveščanje sodelavcev o pomenu tega področja našega dela. **EVALVACIJA:** • zadovoljen pacient in njegovi svojci, • pacient in svojci aktivno sodelujejo v procesu zdravljenja, • višja kakovost življenja pacientov, • pacienta je manj strah, kvalIT. njegovega življenja je boljša,	Vse te aktivnosti smo v celoti realizirali. Učinkovitost preverjamo s pogovorom, laboratorijskimi preiskavami in povratnimi informacijami, ki jih dobimo od pacientov in njihovih svojcev.

• vzpodbudne povratne informacij, • možen odlog zdravljenja z dializo za nekaj časa	
2. cilj: Pravilno dokumentiranje v ZN	**Realizacija/Učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • redni mesečni nadzor nad pacientovo zdravstveno dokumentacijo, • mesečno poročanje pomočnici direktorja za področje ZNO, • aktivno sodelovanje in povezovanje s skupino za dokumentacijo, • VV/VR na to temo, • ozaveščanje zaposlenih o pomenu dokumentiranja v ZN (veja varnost za pacienta, višja kakovost našega dela, kontinuiteta ZN, ...) • medsebojna pomoč ni opozarjanja na napake	Z Oti Mertelj in Marijo Mežik Veber smo imeli več VV na to temo (kot korektivni ukrep po mesečnem poročilu). • sklenili smo, da se HD knjiga na zapre, dokler niso vse potrebne rubrike izpolnjene, • tudi na oddelčnem nivoju imamo redne VR glede na to temo, • moti nas, da je treba na pravilno dokumentiranje neprestano opozarjati tudi zdravnike, • problem je včasih tudi v pomanjkanju časa, da bi vse naredili lepo sproti, • nekateri sodelavci v zdravstvenem timu še vedno ne uvidijo pomena pravilnega dokumentiranja.
3. cilj: Spremljanje kazalnikov kakovosti	**Realizacija/Učinkovitost**
Cilj 3.1: Visoko kakovostna ZN HD OVK **Kazalnik kakovosti: kateterske okužbe krvi** **AKTIVNOSTI:** • prenovljen, dopolnjen, obvladovan LIST ZN HD OVK (obr. 50), • pisna in ustna navodila pacientom ter njihovim svojcem po vstavitvi OVK • spomladi izvedeno izobraževanje vseh DMS v SBJ (teoretični in praktični del) o ravnanju oz. kakovostni negi HD OVK, • redni nadzori med izvajanjem ZN HD OVK, opozarjanje na napake, • aktivno sodelovanje v skupini za OVK, • udeležili smo se izobraževalnega dneva EITOS s poudarkom na preprečevanju okužb, • nadzor nad pravilnim razkuževanjem rok ter izvajanjem drugih standardov kakovosti, • nadzor nad pravilno uporabo pretočnih zapiral, • nadzor nad pravilnim konzerviranjem HD OVK ter izbiro sredstva za konzerviranje, • mesečno poročanje skupni za OVK ter PDZN0	Glej podatke v spodnji razpredelnici

Podatki za leto 2013:

Št. vstavljenih OVK	Št. poslanih konic na MKB	Št. OVK brez rasti	Št. OVK z rastjo	Št. katet. dni
73	30	27	3	5286

Incidenca v letu 2013 je bila 0,057 % (št. koloniziranih HD OVK/št. kat. dni x 100).
Opažamo, da pri HD OVK, vstavljenih v področje femoralne vene, večkrat prihaja do kolonizacije HD OVK. Problem vidimo v sami lokaciji OVK, pa tudi v čiščenju tega predela pred uvajanjem OVK. Pogosto izstopišče femoralnih HD OVK pride tudi v stisk z izločki stom, ran in blatom.

Preventivni ukrepi
Varnostna vizita s poudarkom na pravilnem čiščenju vbodnega mesta ter pravilni ZN izstopišča femoralnih HD OVK.

Cilj 3.2: Mikrobiološko neoporečna dializna raztopina in voda iz reverzne ozmoze	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • mesečno jemanje vzorcev dializatov ter vode iz RO, • ustrezna dezinfekcija dializnih monitorjev po priporočilih stroke in proizvajalca, • NUJNO bi morali do konca leta 2013 izdelati standard kakovosti: JEMANJE VZORCA DIALIZATA ZA MIKROBIOLOŠ. PREISKAVE **EVALVACIJA:** • stoodstotna neoporečnost dializne raztopine za izvedbo vseh dializnih metod, tudi ON-LINE metod.	Rezultati celo leto 100 %. Standard ni bil izdelan.
4. cilj: izboljšati kulturo varstva zasebnosti pacienta	**Realizacija/Učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • zagotoviti ustrezen prostor za uvajanje HD OVK ali odstranjevanje HD OVK, za preveze ran po konstrukciji A-V fistul, ... • v plan letne nabave že par let dajemo nakup vsaj dveh premičnih paravanov. **EVALVACIJA:** • varovanje zasebnosti pacienta ni zadovoljivo.	Žal nobena od načrtovanih aktivnosti ni bila realizirana, a ne po naši krivdi.

3 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH/VARNOSTNIH RAZGOVORIH

V Centru za hemodalizo smo v letu 2013 izvedli 23 varnostnih vizit (VV), in sicer 16 s strani DMS/dipl. ZN - vodij tima, 7 VV pa je izvedla vodja ZN v enoti. Varnostni razgovori (VR) potekajo vsak dan ob predaji službe in na oddelčnih sestankih.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	16 - vodje timov, 7 - vodja ZN
Število izrečenih ukrepov	32
Število uspešno izvedenih ukrepov	29
Skupna učinkovitost VV/VR	90,6 %

Podrobnejše polletno poročilo smo posredovali PDZNO, najpogosteje pa smo na VV/VR obravnavali:

- izpolnjevanje pacientove dokumentacije,
- razkuževanje rok,
- razdeljevanje zdravil,
- oskrba kronične rane,
- ZN izstopišča HD OVK.
- pravilen odvzem vzorcev dializatorjev ter vode iz reverzne ozmoze,
- vodenje antikoagulacije pacientov med kronično in pri akutni dializi.

4 AKTIVNOSTI IN IZOBRAŽEVANJE V LETU 2013

Zaposleni so se udeleževali izobraževanj, organiziranih znotraj SBJ po programu oz. kar v lepem številu, kjer je bila udeležba prostovoljna. Vsi smo se udeležili izobraževanj s področja kakovosti in kulture varnosti, ki jih je vodila PDZNO.

Vsi smo v letu 2013 opravili izobraževanje s področja TPO. Ena dipl. med. sestra se je maja 2013 udeležila strokovnega srečanja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji na temo Vodenje anemije pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo, ena je v septembru sodelovala na 42. mednarodnem kongresu EDTNA/ERCA na Švedskem.

Dipl. znanstvenik, odgovoren za področje prehrane, je bil septembra na strokovnem srečanju naše sekcije na temo Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic. Udeležili smo se še izobraževanj v okviru Dnevov A. Boškin ter prisostvovali na Dnevu EITOS (obravnavali smo predvsem ZNO HD in drugih OVK). Dva zaposlena (dipl. med. sestra in dipl. zdravstvenik) sta spomladi zelo uspešno izvedla delavnice za diplomirane med. sestre na temo osrednjega venskega katetra.

Z našim delom so bili zadovoljni tudi presojevalci za ISO standard, DNV, TEMOS, enako tudi notranji presojevalci.

V letu 2013 smo spet opravili lepo število akutnih hemodializ v EITOS, IIT ter pri pacientih z drugih oddelkov.

5 CILJI ZA LETO 2014

- realizacija ciljev, ki jih nismo uspeli realizirati v letu 2013 (opolnomočenje srednjega managementa, dokončna opredelitev delokrogov, izdelava standarda "Odvzem vzorcev dializnih raztopin ter vode iz reverzne ozmoze",
- priprava in izvedba "Dneva odprtih vrat" v naši enoti,
- aktivna udeležba na Dnevih A. Boškin v septembru 2014,
- izobraževanje ter izvajanje novih metod na aparatu ARTIS - SN, HDF, AFB,
- izdelava klinične poti: VKLJUČITEV PACIENTA V PROGRAM KRONIČNEGA NADOMESTNEGA ZDRAVLJENJA KLO,
- anketa o zadovoljstvu pacientov ter njihovih svojcev,
- izdelava in predstavitev plakata o dializnih procedurah v EIT na mednarodnem kongresu intenzivistov.

ZAKLJUČEK

Delo v naši enoti je lani potekalo brez večjih strokovnih in organizacijskih težav. Prepoznavnost našega Centra za hemodializo je kar na visoki ravni, vsekakor pa se moramo potruditi za čim večje odpiranja naše enote navzven.

Za dobro delo in prepoznavnost našega oddelka imamo zasluge vsi zaposleni na oddelku, saj vsak s svojim znanjem in profesionalnim pristopom prispeva k skupnemu uspehu in doseganju ciljev.

Vsekakor pa moram omeniti dobro sodelovanje z EITOS, IIT, laboratorijem in transfuzijsko službo. Hvala vsem, ki se trudite spoznati naše delo in vsem, ki ga cenite.

STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKE SLUŽBE ZA LETO 2013

Eva Macun, dr. med., spec. gin. in porod.
V. d. predstojnice službe

UVOD

Leto 2013 je bilo za ginekološko-porodniški oddelek predvsem leto porodov in prenove. Po letu 1988 nam je prvič uspelo preseči 700 porodov letno in po približno ravno toliko letih smo se lotili prenove porodnega bloka. Obrestovalo se je vlaganje v porodništvo, saj smo ena redkih porodnišnic v Sloveniji, ki je povečala število porodov. Izpolnili smo delovni program na vseh področjih. Kadrovsko se nismo okrepili, saj je en kolega specialist odšel v pokoj. V veliko pomoč pa sta nam bili dve specializantki. Zelo smo zadovoljni, da se je prenova porodne sobe začela in da se bo leta 2014 tudi končala. Zato smo vložili veliko dela in časa v organizacijo dobrodelne akcije za obnovo. Velik del potrebnih sredstev smo že zbrali. S tem se je pokazalo, da je veliko ljudi znotraj bolnišnice in izven nje opazilo naše delo in potrebo ter so nam bili pripravljeni pomagati v času, ko se sredstva za zdravstvo vztrajno krčijo. Brez njihove pomoči bi nam dokončna obnova težko uspela v letošnjem letu. Še vedno vztrajno racionaliziramo naše delo in stroške, vendar so naše rezerve izčrpane, oprema velikokrat iztrošena, kadrovska situacija pa ni rožnata

1 ORGANIZACIJA ODDELKA

Prostorske in posteljne kapacitete se v letu 2013 niso spremenile. Še vedno imamo 26 postelj na oddelku, ki jih po potrebi delimo na ginekološki in porodniški del. Predvsem otročnicam skušamo zagotavljati manjše, dvoposteljne sobe. Nadstandardne sobe ali sobe za sobivanje otročnice in partnerja nimamo, čeprav je to trend v sodobnih porodnišnicah. Na oddelku je tudi urgentna ginekološka ambulanta, ki bi jo radi v prihodnosti zaradi premajhne izkoriščenosti spremenili tudi v prostor za ambulantno histeroskopsko diagnostiko in operativo. Na oddelku je tudi intenzivna nega za novorojence, ki le-to potrebujejo, z dvema izolacijskima enotama. V prenovljenem delu porodnega bloka so 3 porodne sobe. Eno porodno sobo smo opremili s samostojnimi sanitarijami, blazinami in pripomočki za gibanje med porodom. V sklopu porodne sobe je tudi operacijska dvorana za urgentni carski rez, ki je tudi potrebna prenove. Trikrat tedensko operiramo v prostorih centralnega operativnega bloka in v sklopu rednega programa izvajamo tudi operativo dnevnega oddelka. V okviru oddelka deluje tudi ambulanta dejavnost, ki obsega ginekološki dispanzer, ginekološko specialistično ambulanto, UZ ambulanto in center za bolezni dojk.

V letu 2013 je odšla na drugo delovno mesto glavna sestra oddelka in od takrat imamo skupno koordinatorico za zdravstveno nego z oddelkom za pediatrijo. Tudi predstojnik je odstopil z mesta predstojnika in trenutno kot v. d. predstojnice vodim oddelek Eva Macun.

V okviru službe je bilo v letu 2013 zaposlenih:
- 5 zdravnikov specialistov (1 zdravnica dela s skrajšanim delovnim časom, zapustil nas je kolega, ki se je upokojil)
- 2 specializantki (2 sta na kroženju v Ljubljani)
- 2 diplomirani medicinski sestri (ena od teh je koordinatorica ZN za dva oddelka)
- 5 diplomiranih babic (ena je na porodniškem dopustu)
- 6 MS babic na oddelku in v porodni sobi
- 7 zdravstvenih tehnikov na oddelku in 3 zdravstveni tehniki za ambulantno delo
- 2 administratorki na oddelku in 1 za ambulantno delo.

V centru za bolezni dojk že dalj časa dvakrat tedensko sodelujemo z zunanjim sodelavcem. Dežurno službo nam pomagajo zagotavljati 3 zunanji specialisti. Dvakrat mesečno pa prihaja za posebne primere in uroginekološke operacije specialist z Ginekološke klinike v Ljubljani.

Zelo dobro sodelujemo z drugimi oddelki. Predvsem imamo tesno sodelovanje s pediatričnim oddelkom. Pediater vsakodnevno opravlja vizito v porodnišnici, enkrat tedensko pa na raportu. Anesteziologi omogočajo 24-urno lajšanje porodne bolečine z epiduralno analgezijo. S kirurgi sodelujemo pri skupnih pacientih in pri oblikovanju operativnega programa. Ker je v dežurni službi prisoten en ginekolog je ob urgentnih operacijah potrebna asistenca kirurga. V primeru težjih stanj in zapletov po operacijah pa le-te zdravimo s pomočjo anesteziologov v EITOS.

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2013 in CILJI ZA LETO 2014

- Ohranitev zadostnega števila specialistov za redno delo: V letu 2013 je odšel en specialist v pokoj in njegovega odhoda nismo nadomestili. Kljub temu je bilo program na vseh nivojih izpolnjen zaradi velikega osebnega angažmaja ostalih. Upamo, da bomo vsaj v letu 2015 zaposlili novo specialistko, ki je velik del svojega izobraževanja opravila v naši ustanovi.
- Zagotovitev nadaljevanja dobre prakse operiranja pacientk z ginekološkim rakom in dodatno izobraževanje v zvezi s tem: Še vedno zelo dobro sodelujemo z GK Ljubljana pri operiranju pacientk predvsem z rakom telesa maternice. V prihodnjem letu načrtujemo multidisciplinarni pristop (abdominalni kirurg, anesteziolog, ginekolog, konzilij) k obravnavi takšnih pacientk, da bi lahko operirali tudi pacientke z začetnim rakom jajčnika.
- 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 operacij stresne urinske inkontinence: Na nacionalnem razpisu smo uspeli pridobiti 75 operacij stresne urinske inkontinence in s pomočjo sodelavca iz GK Ljubjlana nam je program uspelo opraviti v celoti. Tudi v letu 2014 bomo sodelovali na razpisu in skušali program opraviti.
- Izdelava novih kliničnih poti: V letu 2013 smo izdelali 4 nove klinične poti (histerosalpingografijo, operacijo stresne urinske inkontinence, LEETZ, histeroskopsko operacijo) predvsem za dnevno ginekološko obravnavo in popravili 2 stari (abrazija, kirurška prekinitev nosečnosti). V letu 2014 bomo pripravili klinično pot za laparoskopsko sterilizacijo, ki jo trenutno testiramo in protokol za prekinitev nosečnosti doma.
- Skrb za in uresničevanje popolnejše dokumentacije: V sodelovanju s strokovno direktorico skušamo odpravljati pomanjkljivosti v izpolnjevanju dokumentacije in pri predpisovanju zdravil. V letu 2014 bomo uvedli enkrat mesečno glavne vizite, na katerih bomo pogledali tudi dokumentacijo. Še vedno nimamo izdelane pojasnilne dolžnosti za normalen porod, ker je sam proces poroda nepredvidljiv. Veliko pogovorov je bilo na oddelku na to temo in vsi izvajamo ustno pojasnilno dolžnost ob določenih posegih in postopkih pri porodu. Temu bomo posvetili tudi veliko časa v letu 2014.
- Poglabljanje znanja in izkušenj pri normalnem porodu: Novi pristopi so že utečeni, dodatna znanja pa še pridobivamo. Zato smo imeli kar nekaj skupnih sestankov.
- Obnova porodne sobe: Delno nam je uspelo v letu 2013 obnoviti porodno sobo. Organizirali smo dobrodelno akcijo za dokončno obnovo, ki jo bomo uresničili v letu 2014.
- Ohranitev naziva »Novorojencu prijazna porodnišnica«, ki ga podeljuje Unicef: V letu 2013 smo imeli ponovno ocenjevanje in po reoceni smo v letu 2014 že pridobili ponoven naziv. Prvič v Sloveniji so ocenjevalci uspeli pri nas oceniti tudi materi prijazno porodniško prakso, ki vzpodbuja dojenje. V letu 2014 bomo z vzpodbujanjem dojenja nadaljevali na vseh nivojih in skušali vpeljati pogovor o dojenju tudi v ambulantno delo.
- Kultura varnosti pri vsakdanjem delu: Veliko znanja na tem področju smo pridobili skozi nevarne opozorilne dogodke, ki smo jih na oddelku obravnavali v letu 2013. Pripravili smo zelo dobro klinično patološko konferenco. Zato bomo tudi v letu 2014 dobro

sodelovali s pooblaščenko za varnost pacientov in skušali promovirati sistem, ki izboljšuje varnost in nekaznovalno politiko.
- Izobraževanje: v letu 2013 smo aktivno sodelovali pri pripravi Slovenskega kongresa ginekologov in porodničarjev in srečanja Alpe-Adria, ter aktivno s prispevki tudi na drugih izobraževanjih. Tudi v letu 2014 bomo skušali čim več aktivno sodelovati na strokovnih srečanjih doma in v tujini.

3 OPRAVLJENO DELO V LETU 2013

3.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

Načrtovani program smo v letu 2013 opravili v celoti. Opravili smo tudi ves prospektivni program za katerega smo kandidirali (za razliko od preteklega leta). Pridobili smo 61 novih primerov, ker smo presegali načrtovano število porodov. Uspeli smo v ambulanto obravnavo premakniti primere biopsij materničnega vratu, ker se je tam našla možnost povrnitve stroškov histološke analize kot ločeno zaračunljivega materiala. Večino prekinitev nosečnosti z zdravili že dalj časa obravnavamo ambulantno, tako kot jih ZZZS tudi plačuje. S tem se je povečalo število drugih obravnav. Zato skušamo zaledje pacientk, ki prihajajo, razširiti tudi na preostale dele Gorenjske, na bovško in tudi na ostalo Slovenijo. Čakalne knjige smo prečistili že v letu 2012 in tako je naša čakalna doba na operacije kratka. Operiramo v centralnem operativnem bloku približno 2,5 dneva tedensko, kar nam trenutno zadostuje, saj za več tudi nimamo kadra, niti pacientk.

Tabela 1: Realizacija delovnega programa v letu 2013

	realizacija 20121	*načrt 2013*	*realizacija 2013*	*INDEKS real/načrt*	*INDEKS 13/12*
gin por oddelek	**1.517**	**1.538**	**1.489**	**96,81**	**98,15**
- skupaj ZZZS	1.504	1.525	1.472	96,52	97,87
- ostali plačniki	13	13	17	130,77	130,77

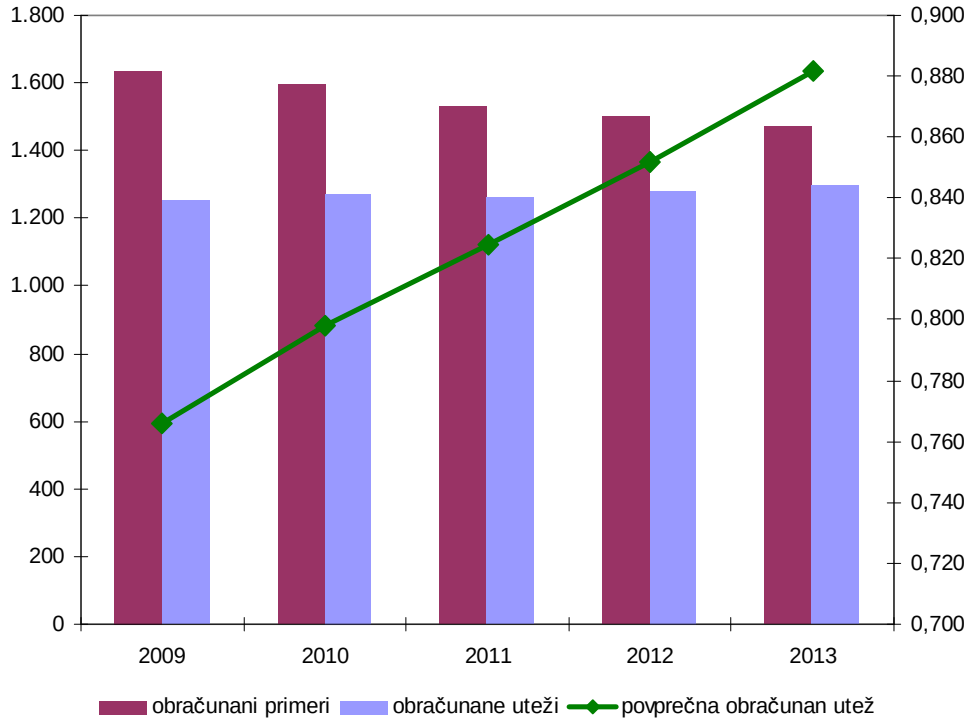
Tabela 2: Obračunani primeri in uteži na ginekološko-porodniškem oddelku

leto	obračunani primeri	obračunane uteži	povprečna obračunana utež
2009	1.636	1.253,03	0,766
2010	1.594	1.271,71	0,798
2011	1.529	1.261,31	0,825
2012	1.504	1.279,43	0,851
2013	1.472	1.298,11	0,882

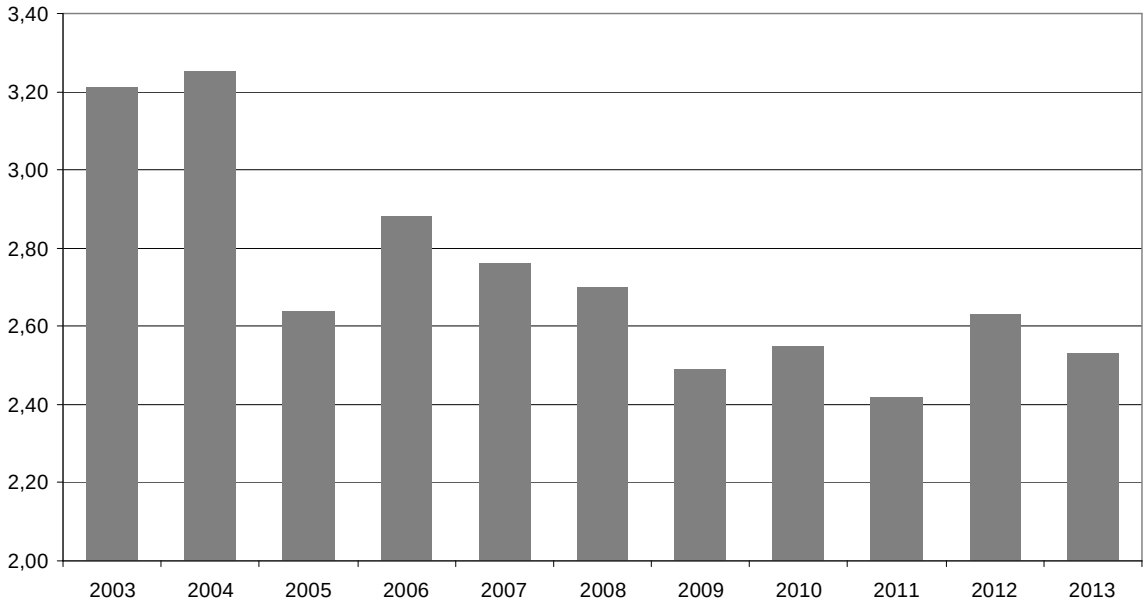
Kljub temu, da se je zmanjšalo število operativnih dokončanj poroda in tudi število primerov v zadnjih letih, nam je uspelo dvigniti povprečno utež na 0,88, kar je največ v zadnjih letih. Nekaj gre na račun visoke uteži primerov prospektivnega programa in nekaj na račun ostalih težkih primerov. Je pa jasno že dalj časa, da so ginekološko-porodniški primer podcenjeni v celi Sloveniji, vendar na tem področju še ni bilo dovolj narejenega, da bi se utež teh primerov dvignila.

Ležalna doba na oddelku je v zadnjih letih dokaj ustaljena. Večjega skrajševanja tudi v prihodnosti ni pričakovati. Možnost obstaja ob uvedbi 48 urnega bivanja porodnic po porodu in možnosti ambulantnega poroda.

Graf 1: Gibanje obračunanih primerov in uteži na ginekološko-porodniškem oddelku



Graf 2: Povprečna ležalna doba na ginekološko porodniškem oddelku



Najpogostejše diagnoze na ginekološko-porodniškem oddelku

Najpogostejša diagnoza na ginekološkem oddelku od leta 2008 do leta 2013 je še vedno medicinski splav, ki pa je sicer obračunan ambulantno. Zaradi načrtovanega prospektivnega programa v zadnjih letih narašča diagnoza stresne urinske inkontinence. Za to operacijo v

sodelovanju z zunanjim sodelavcem in ambulantnimi ginekologi, pride vse več pacientk iz drugih delov Slovenije. V zadnjih letih smo zmanjšali število abrazij na račun histeroskopskih operacij. Začeli smo v letu 2012, sedaj nadaljujemo z laparoskopskimi operacijami miomov, kar je trend tudi drugod po Sloveniji.

Tabela 3: Najpogostejše diagnoze na ginekološkem oddelku od leta 2008 do leta 2013

	leto					
Diagnoza	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
O049 Medicinski splav, popolni ali neopredeljeni	96	123	120	127	122	90
N393 Stresna inkontinenca	14	12	17	52	57	76
O021 Splav z odmrlim plodom (missed abortion)	53	42	53	49	49	52
N840 Polip materničnega telesa	30	31	42	34	55	39
N979 Ženska neplodnost, neopredeljena	10	30	41	46	41	37
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	30	23	36	28	38	32
Z302 Sterilizacija	56	52	36	43	23	28
N813 Popolni uterovaginalni zdrs	15	24	16	10	38	27
N879 Displazija materničnega vratu, neopredeljena	104	57	45	49	57	25
N938 Druge vrste opredeljena nenormalna krvavitev	22	26	23	21	27	19
N950 Pomenopavzna krvavitev	29	32	34	15	20	18
D251 Intramuralni leiomiom maternice	22	14	14	18	17	17
O089 Zaplet po splavu, izvenmater. in molarnarni noseč.	15	12	15	27	20	17
N8100 (N811)Cistokela	11	9	4	4	18	16
O200 Grozeči splav	14	19	13	7	19	14
Z305 Nadzor nad (intrauterinim) kontracep.sredstvom	5	9	7	13	13	13
N871 Zmerna displazija materničnega vratu	24	15	17	17	8	11
N921 Premočna, prepogosta mens. v nerednih čas.razmik.	8	25	3	28	8	11
O001 Nosečnost v jajcevodu	6	11	5	5	15	11
D061 Eksocerviks (zunanja stena materničnega vratu)	20	1	11	5	6	9
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	12	16	11	8	3	9
C56 Maligna neoplazma jajčnika (ovarija)	5	4	3	12	1	8
N738 Druge opred. vnetne bolezni v ženski meden. votlini	11	7	4	3	11	8
O219 Bruhanje med nosečnostjo, neopredeljeno	19	15	4	8	11	8
Q518 Druge prirojene malformacije maternice in mat. vratu	18	23	17	26	18	8
D250 Submukozni (podsluznični) leiomiom maternice	6	5	8	5	10	7
O039 Spontani splav, popolni ali neopred., brez zapleta	26	13	16	9	13	6
N872 Huda displazija maternič. vratu, ki ni uvrščena drugje	11	15	8	9	4	5
N951 Menopavzna stanja in stanja žensk v klimakteriju	9	10	7	1	6	5
N841 Polip materničnega vratu	13	18	19	14	11	4
N710 Akutna vnetna bolezen maternice	10	6	9	5	6	1

Tabela 4: Najpogostejše diagnoze na porodnem oddelku od leta 2008 do leta 2013

	leto					
Diagnoza	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***
O80 Spontani porod enojčka	474	499	544	486	539	610
O82 Porod enojčka s carskim rezom	38	47	51	52	30	68
O81 Porod enojčka s forcepsom in vakumskim ekstra.	0	0	0	0	0	36
O470 Nepravi porod pred dopolnjenim 37. tednom nos.	25	33	39	22	35	16
O471 Nepravi porod ob ali po dopolnjenem 37. tednu	11	15	14	12	15	15
O269 Stanje, povezano z nosečnostjo, neopredeljeno	3	6	3	3	0	5

Tabela 5: Najpogostejši SPP primeri obračunani na ginekološkem oddelku v letu 2013

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	1,28	96	122,88
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi nemalignih tvorb	0,65	95	61,75
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,43	74	31,82
N62B	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez sp. bol. stanj ali zapletov	0,26	61	15,86
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36	58	20,88
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,7	51	86,70
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	0,56	46	25,76
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani	0,7	21	14,70
O63Z	Splav brez D&C (dilatacije in abrazije aspiracijske kiretaže ali histerotomije	0,32	21	6,72
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,37	20	27,40
O62Z	Grozeči splav	0,3	14	4,20

Tabela 6: Razporeditev SPP-jev na ginekološkem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2013

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	1,28	96	122,91
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,70	51	86,70
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	0,65	95	61,75
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,43	74	31,83
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,37	20	27,40
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	0,56	46	25,77
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36	58	20,89
N62B	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez sp.bol.stanj ali zapletov	0,26	61	15,86
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani	0,70	21	14,71
N02A	Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj na jajčnikih ali jajcevodih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	5,98	2	11,96
O03Z	Ektopična nosečnost	1,03	11	11,34

Tabela 7: Najpogostejši SPP primeri obračunani na porodnem oddelku v letu 2013

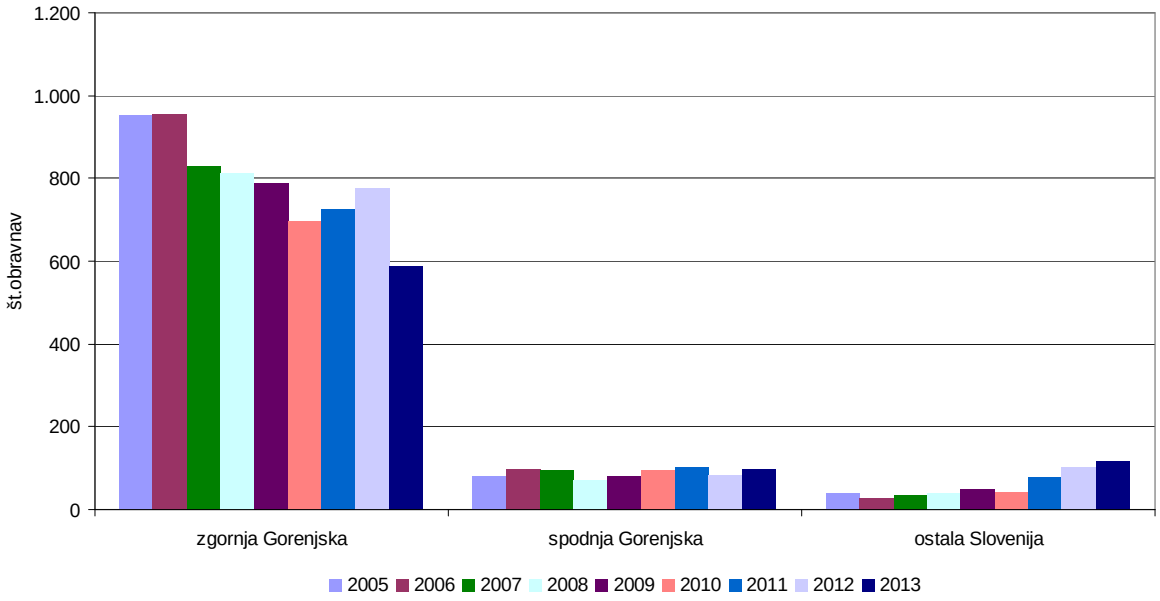
koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami,	0,91	570	518,70
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	47	80,37
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami,	1,17	40	46,80
O64Z	Lažni porod	0,33	31	10,23
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami,	1,11	25	27,75
O65B	Ost. primeri sprejema pred porod. zaradi zmernih ali brez zapletenih diagn.	0,32	25	8,00
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz	0,41	18	7,38
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	13	27,43
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	12	19,08
O02Z	Vaginalni porod z zapletenimi posegi v operacijski dvorani	1,56	6	9,36

Tabela 8: Razporeditev SPP-jev na porodnem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2013 (za vse plačnike)

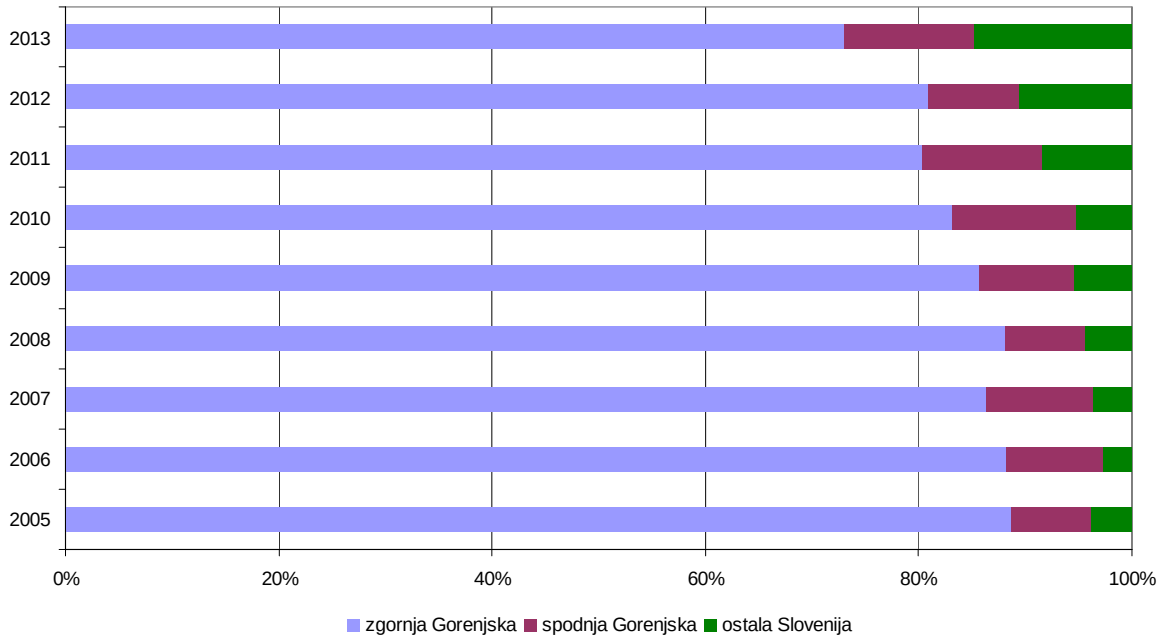
koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami,	0,91	570	518,70
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	47	80,37
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami,	1,17	40	46,80
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami,	1,11	25	27,75
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	13	27,43
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	12	19,08
O64Z	Lažni porod	0,33	31	10,23
O02Z	Vaginalni porod z zapletenimi posegi v operacijski dvorani	1,56	6	9,36
O01A	Porod s carskim rezom s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	3,05	3	9,15
O65B	Ost. primeri sprejema pred porodom zaradi zmernih ali brez zapletenih diagn.	0,32	25	8,00

V letu 2013 smo zaznali večji priliv pacientk na ginekološkem in porodniškem oddelku iz preostale Slovenije. Predvsem v porodnišnico prihajajo porodnice tudi iz precej oddaljenih krajev. Prakso materi prijazne porodne oskrbe, kjer je v ospredju normalen porod bomo skušali ohraniti, saj je to oskrba zaradi katere prihajajo porodnice tudi iz oddaljenih krajev. Za vse tiste, ki imajo vprašanja, smo na oddelku organizirali v letu 2013 več možnosti pogovorov z nami in ogleda oddelka. Vsak prvi ponedeljek v mesecu imajo možnost pogovora s pediatrom in porodničarjem o porodu (porodnem načrtu) in oskrbi novorojenčka po porodu. Vsak torek je možnost pogovora z anesteziologom in porodničarjem glede lajšanja bolečin in epiduralne analgezije. Vsak prvi četrtek v mesecu pa organiziramo tečaj dojenja, dan odprtih vrat in pogovor z babicami, ter ogled porodne sobe. Postali smo zelo odprti za želje porodnic in njihovih družin. Tako dajemo možnost tudi sobivanja partnerja po porodu, vendar v okviru trenutnih zmožnosti oddelka.

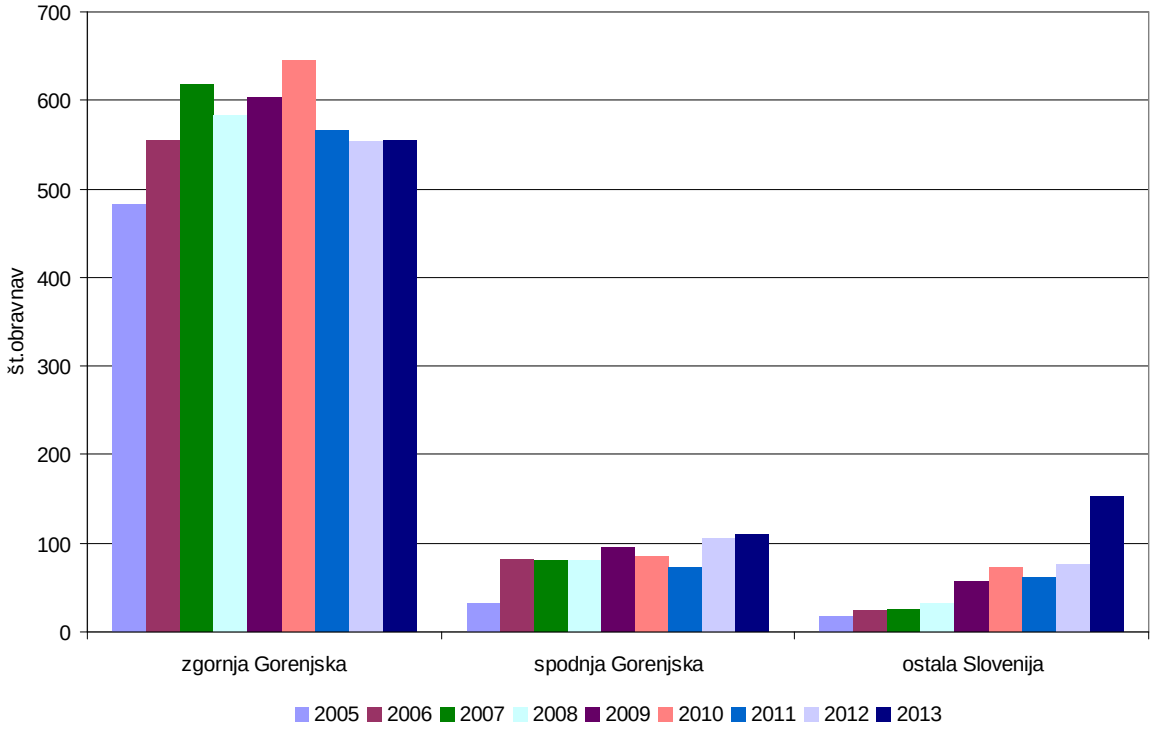
Graf 3.1: Struktura pacientk po občinah za ginekološki oddelek



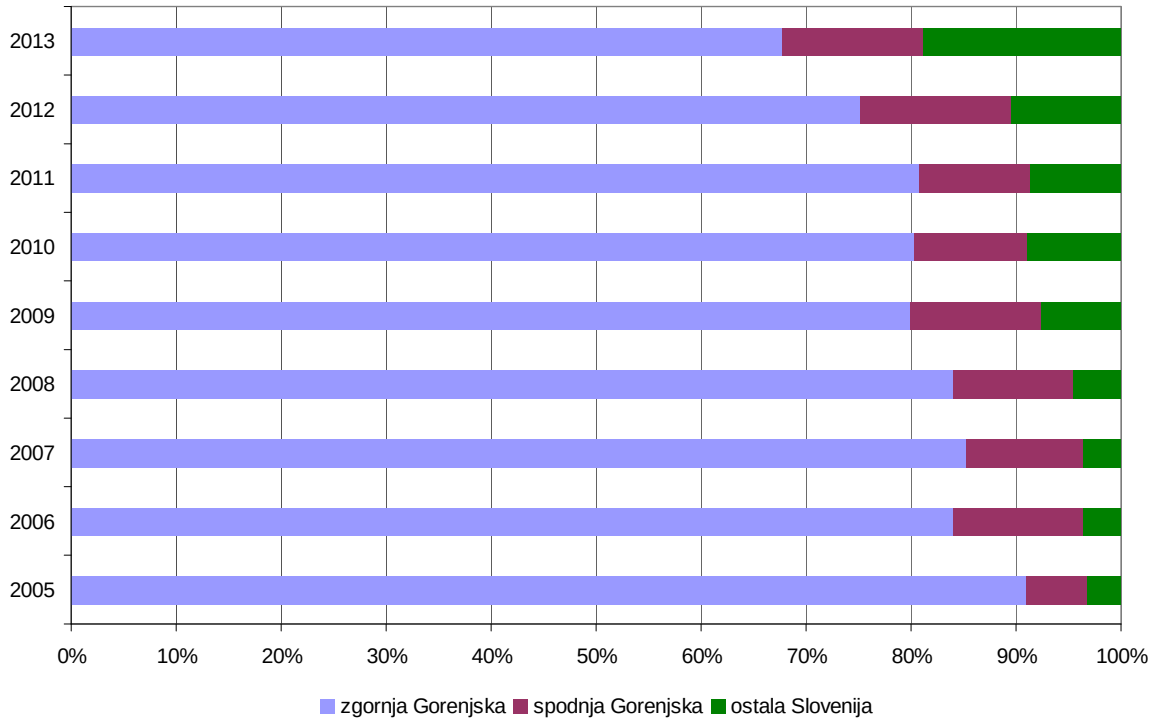
Graf 3.2: Struktura pacientk po občinah za ginekološki oddelek



Graf 4.1: Struktura pacientk po občinah za porodni oddelek

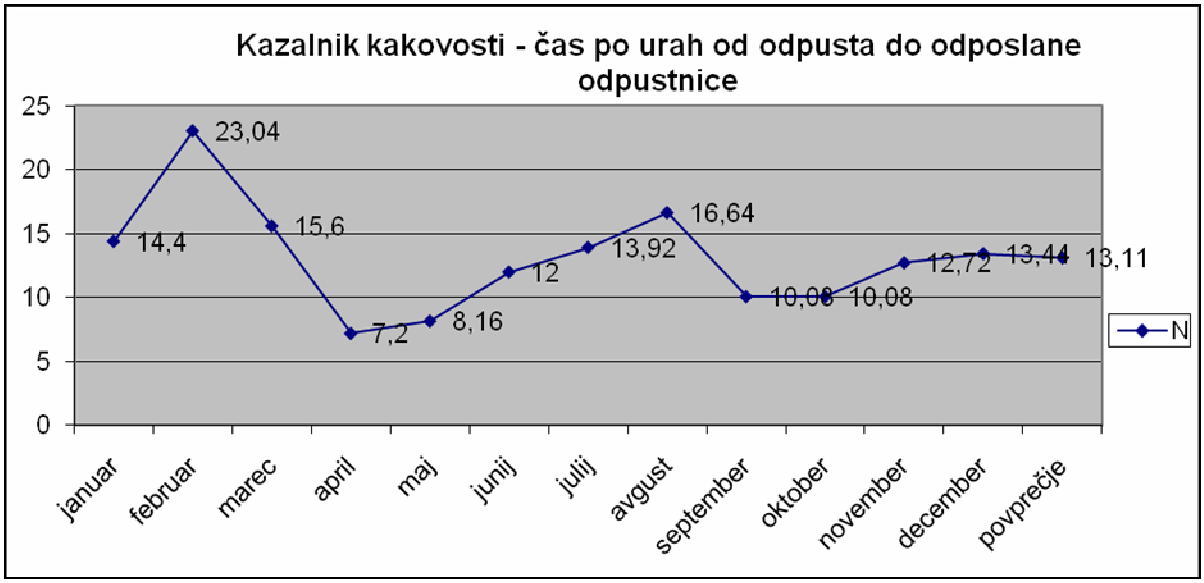


Graf 4.2: Struktura pacientk po občinah za porodni oddelek



Pacientke so v povprečju čakale 13,11 ur na odpustnico, kar je nekoliko več kot v preteklem letu.

Graf 5: Čas po urah od odpusta do odposlane odpustnice



3.1.1 Porodništvo

V porodništvu je bilo leto 2013 predvsem leto večjega števila porodov, delne obnove porodnega bloka, pa tudi nevarnih opozorilnih dogodkov. Prvič po letu 1988 smo presegli številko 700 (722) porodov. Naredili smo tri samostojne porodne sobe, ena omogoča veliko gibanja in ima tudi samostojno kopalnico. Še vedno smo ves čas spremljali statistično

gibanje intervencij pred, med in po porodu. Na ministrstvo za zdravje smo prijavili 4 opozorilne nevarne dogodke ter na to temo pripravili tudi klinično-patološko konferenco. Velik delež porodnic predstavljajo porodnice iz preostalih delov Slovenije, ki prihajajo tudi iz precej oddaljenih krajev.

Rezultati:
V letih 2011 do 2013 smo imeli 624, 655 in 722 porodov. Porod smo v letu 2011 sprožili pri pri 101 nosečnici (16,2 %), v letu 2012 pri 45 (6,9 %) in v letu 2013 pri 81 (11,2 %) nosečnic. V letu 2011 je bilo 96 (15,4 %) carskih rezov, v letu 2012 jih je bilo 88 (13,4 %) in v letu 2013 je bilo 68 (9,4 %) carskih rezov. Od ostalih operativnih porodov je bilo vakuumskih ekstrakcij v teh letih 38 (6,2%) , 31(4,7%) in 37 (5,1%). Epiziotomijo smo v teh letih naredili pri 103 (16,5 %), 44 (6,7 %) in 40 porodih (5,5 %) . V letu 2013 so babice naredile 15 epiziotomij, preostale naredimo porodničarji, večinoma ob vakuumski ekstrakciji. Oksitocin (Syntocinon) smo uporabili kadarkoli med porodom (razen po porodu) pri 231 (37,0 %) porodnicah v letu 2011, v letu 2012 pri 121 (18,5 %) in v letu 2013 pri 104 (14,4 %) porodnicah. Za lajšanje bolečin z epiduralno analgezijo se je po predhodnem informiranem pristanku odločilo 218 (34,9 %), 159 (24,3 %) in 116 (16,1%) porodnic. Nizko oceno po Apgarjevi lestvici (manj kot 6 po 5 minutah) so imeli 4 (0,6 %) otroci v letu 2011, 3 (0,5 %) v letu 2012 in 4 (0,6 %) v letu 2013. Zabeležili smo izgubo krvi več kot 500 ml po porodu pri 23 (3,7 %), 17 (2,6 %) in 49 (6,8 %) porodnicah. Transfuzijo pa je potrebovalo 3 (0,5 %), 4 (0,6 %) in 7 (1 %) otročnic po porodu.

Porod brez intervencij (če dovolimo intervencije kot so i.v. kanal, antibiotična terapija zaradi razpoka plodovih ovojev več kot 18 ur, pozna prekinitev plodovih ovojev, kontinuiran CTG, modificirana tretja porodna doba) smo prepoznali v letu 2012 pri 50,4 % (330) in v letu 2013 pri 57,9 % (418) porodnic.

Podatki za Slovenijo, ki so dosegljivi za leto 2011: sprožitev porodov je bilo 17,6 %; delež carskih rezov 18,8 %, vakuumskih ekstrakcij 2,9 %, epiziotomij 28,2 %, uporaba oksitocina 50,9 %, transfuzija po porodu 0,8 %, krvavitev več kot 500 ml 2,2 %, epiduralna analgezija 9 %, nizka ocena po Apgarjevi lestvici 0,8%.

3.1.2 Ginekologija

V letu 2013 je bilo operiranih 611 pacientk, od tega je bilo opravljenih 380 večjih operacij in 231 manjših posegov.

Med večjimi operacijami je bilo 13 urgentnih operacij:
- 10 LPSC zaradi izvenmaternične nosečnosti
- 1 LPSC odstranitev jajcevoda zaradi torzije
- 1 LPSC miomektomija, zaradi torzije pecljatega mioma
- 1 TELA zaradi TOA in pelvične vnetne bolezni
- 1 detorkvacija jajčnika

Med LPSC operacijami je bilo največ operacij zaradi diagnostike primerne ali sekundarne neplodnosti, sledi LPSC sterilizacija in LPSC odstranitev ciste jajčnika. Med histroskopsko operacijo smo največkrat odstranjevali polip telesa maternice, sledi odstranitev pregrade maternice in diagnostična HSC. V letu 2013 smo odstranili 11 miomov maternice z endoskopskimi metodami (2 HSC in 9 LPSC). Pri dveh LPSC miomektomijah je bila potrebna konverzija, zaradi velikosti in lege mioma.

Zabeležili smo 11 pooperativnih oz. medoperativnih komplikacij:
- 2 reviziji zaradi retence urina po TVT operaciji
- revizija po laparoskopski enukleaciji vnetega endometrioma
- ena poškodba mehurja pri totalni abdominalni histerektomiji

Tabela 9: Operativni posegi v letu 2013

Vrsta posega	***Število***
Histeroskopija	64
Laparoskopija	133
Sprednja vaginalna plastika	46
Vaginalna histerektomija	36
Adneksektomija per laparatomijam	7
TELA	12
TELAs pelvično limfadenktomijo	9 (3 LPSC)
Miomektomija per laparatomijam	6
LAVHA	3
Kolposuspenzija sec. Burch	1
Zadnja vaginalna plastika	17
Konizacija	13
LLETZ	12
Cerclage	2
Odstranitev endometrioze v brazgotini po s.c.	1
Kolpokleiza	1
Op SIU	84

Tabela 10: Manjši posegi v letu 2013

Vrsta posega	***Število***
Abrazija	89
Odstranitev IUD	8
Marsupializacija Bartholinijeve žleze	9
Incizija abscesa dojke	1
Odstranitev ciste scenerjeve žleze	1
Korekcija malih labij	1
Odvitje mioma nascens	1
Biopsija porcije in abrazija CK	11
Ekscizija veruke vulve	1
Prerezanje traku po operaciji SIU	3
Dilatacija CK	1
Incizija himna	1
Incizija hematoma vulve	1
Transvaginalna punkcija ciste	1

- ena poškodba uretra pri vaginalni histerktomiji
- dve perforaciji uterusa pri histeroskopiji, ki sta bili oskrbljeni z LPSC šivom
- perforacija parametrijev pri HSC, zaradi katere je bila narejena vaginalna histerektomija, po kateri je bila ponovno potrebna revizija zaradi krvavitve iz krna vagine

- revizija zaradi krvavitve v trebuh po TELA, ki je bila narejena zaradi obširnega pelvičnega vnetja
- krvavitev pri lapartomijski miomektomiji, zaradi katere je bila potrebna TEL
- 1x deserozacija sigme pri ovajanju optičnega torakarja
- en hematom v pooperativni rani po TELA

Zelo dobro sodelujemo z ginekološko onkološkim konzilijem Ginekološke klinike v Ljubljani. V letu 2013 je bilo na konzilij napotenih 18 pacientk:

- rak telesa maternice (6 pacientk)
- rak jajčnikov (6)
- rak materničnega vratu (5)
- rak vulve (1)

Vse začetne stadije ginekoloških rakov operiramo na našem oddelku. V letu 2013 smo naredili 9 totalnih histerktomij s pelvično limfadenektomija (dvakrat tudi paraortno limfadenktomijo), od tega tri laparoskopsko. Večjih poopertivnih zapletov ni bilo, število odvzetih bezgavk je bilo vedno primerno. V Register raka RS smo prijavili še 14 primerov CIN 3 (leta 2012: 11 pacientk) in en primer adenosarkoma v polipu telesa maternice, ki je bila odstranjena z vaginalno histrektomijo.

V letu 2013 smo nadaljevali z rednim razpisovanjem bolnic na operacijo, saj smo čakalno vrsto občutno zmanjšali že v letu 2012. Vodimo interno čakalno knjigo in ne presegamo predpisanih čakalnih dob. V latu 2013 smo izpolnili predpisano število prospektivnih primerov z operacije stresne urinske inkontinence. Operirali smo preko 80 bolnic s SIU. V načrtu za leto 2014 imamo podobno število operacij, postopno pa bomo prešli na operacije v lokalni anesteziji, kar bo zmanjšalo stroške samega posega.

3.1.3 Ambulantna dejavnost:

V letu 2013 v organizaciji ginekoloških ambulant ni bilo večjih sprememb. Tako še vedno poteka ginekološki dispanzer, kjer se dnevno menjajo ginekologi, UZ ambulanta, urgentna ginekološka ambulanta, opravljamo tudi specialistične in konziliarne preglede, trikrat tedensko pa poteka tudi ambulanta za bolezni dojk.

V letu 2013 smo pričeli z ambulantno obravnavo pacientk po biopsiji materničnega vratu in po eksciziji sprememb v ginekološkem predelu. Razmišljamo še o razširitvi ambulantne dejavnosti z ambulantno histeroskopijo.

Tabela 11: Opravljen obseg delovnega programa

	realizacija		**indeks**	
	2012	**2013**	**real/načrt**	**13/12**
Dispanzer za žene	35.184,30	37.054,65	115,39	105,32
Obiski	7.573	8.475		111,91
Ginekološka ambulanta	36.195,00	33.268,59	100,28	91,91
Obiski	3.228	3.172	119,11	98,27
GCBD	16.393,70	17.731,77	85,06	108,16
Obiski	3.832	4.145	105,26	108,17

Tabela 12: Število opravljenih pregledov

	PREGLEDI			RAZMERJE	
Ambulanta	**SKUPAJ**	**prvi**	**ponovni**	**prvi/ponovni**	**(prvi + hosp)/ ponovni**
Dispanzer za žene	8.577	2.962	5.615	0,53	0,53
- Ginekološka amb.	3.407	1.619	1.609	1,01	1,12
- GCBD	4.136	517	3.619	0,14	0,14
Ginekološka amb. SKUPAJ	*7.543*	*2.136*	*5.228*	*0,41*	*0,44*

Tabela 13: Obravnave po glavnih diagnozah v ginekološki ambulanti

	št. diagnoz		
Diagnoza	**2011**	**2012**	**2013**
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	1.084	1.260	1.364
O268 Druga opredeljena stanja, povezana z nosečnostjo	151	175	172
Z34 Nadzor nad normalno nosečnostjo	67	135	116
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	91	95	112
O049 Medicinski Splav popolni ali neopredeljen	32	138	97
Z348 Nadzor nad drugimi normalnimi nosečnostmi	39	23	91
N948 Druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi spolnimi organi	22	50	83
O200 Grozeči splav	52	62	81
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	45	48	75
N840 Polip materničnega telesa	43	42	68
Z988 Druga opredeljena stanja po kirurških posegih	107	143	66
N393 Stresna ankontinenca	29	35	65
O021 Splav z odmrlim plodom (missed abortion)	48	54	65
N813 Popolni uterovaginalni zdrs	35	44	58
R103 Bolečina, omejena na druge spodnje dele treb.	13	32	58
N811 Cistokela	21	20	48
D251 Intramoralni leiomiom maternice	16	46	41
N710 Akutna vnetna bolezen maternice	32	41	31
N879 Displazija materničnega vratu, neopredeljena	102	67	17
O039 Spontani splav popolnia ali neopedeljeni	26	60	11
O47 Nepravi porod	76	72	23

V letu 2013 so bili vzeti vzorci za citologijo pri 130 pacientkah in sicer 107 punkcij ter 23 brisov. S punkcijo smo potrdili rak dojke pri 17 pacientkah, to je pri 15,8 % vseh punkcij. Rakov je bilo potrjenih še 12 s punkcijo na OI in eden s punkcijo pod kontrolo UZ na Metelkovi. Skupaj 30 rakov dojke v letu 2013.

4 IZOBRAŽEVANJE

V letu 2013 smo aktivno sodelovali na izobraževanjih in sicer:

- Challenges and Trends in maternal Care in Croatia and the European Union 2013, Zagreb
- Predavanje iz uroginekologije, Ljubljana
- XXXV. Alpe Adria Perinatal Meeting, Bled
- Predavanje za ambulantne ginekologe in splošne zdravnike s področja uroginekologije in porodništva, Jesenice

- 5. Kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije, Ljubljana

Udeležili smo se še naslednjih izobraževanj:
- Osnove medicinske hipnoze, Kranj
- MaMa conference, Glasgow
- Novakovi dnevi,
- Histeroskopska delavnica, Maribor
- Uroginekološki tečaji, Maribor, Postojna
- Dnevi Lidije Andoljšek Jeras, Ljubljana
- Izobraževanje na področju dojke, Nova Gorica
- Izobraževalni dan Zora, Brdo

ZAKLJUČEK

Na ginekološko porodniškem oddelku in v ambulantah smo opravili ves zastavljeni program z omejeno kadrovsko zasedbo. Presegli smo število porodov za 10 % in opravili ves prospektivni program. Zelo dobro smo sodelovali z drugimi kliničnimi oddelki in laboratorijem. Z opravljenim delom smo zelo zadovoljni. Zasluge za dobro delo imajo vsi, ki so s svojo strokovnostjo, zavzetostjo in pripravljenostjo pripomogli k uresničitvi zastavljenih ciljev.

POROČILO DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKEM ODDELKU

Mojca Strgar, dipl. m. s.
Koordinatorica zdravstvene nege na ginekološko-porodniškem oddelku

UVOD

Leto 2013 je bilo za zaposlene v zdravstveni negi na ginekološko – porodniškem oddelku leto sprememb. Če smo leto 2012 zaključili z spremembami v porodništvu, smo leto 2013 zaključili s prenovljenim porodnim blokom in menjavo koordinatorice zdravstvene nege. To dvoje je samo del aktivnosti, ki so v preteklem letu potekale na oddelku, sta pa zagotovo zelo vplivali na zaposlene v zdravstveni negi.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE NEGE

Menjava koordinatorice ZN je zagotovo prinesla spremembe v načinu vodenja, organizacije in strategije ter organiziranosti oddelka in veliko usklajevanja. Strokovno poročilo je v nekaterih delih omejeno, večinoma pa je prikazan posnetek dela celega preteklega leta.

Ob zaključku leta 2013 je število zaposlenih v zdravstveni in babiški negi na oddelku in v porodnem bloku naslednje:

Tabela 1: Kadrovska struktura gin.-por. odd. in porodni blok – ZN 31. 12. 2013

	ODDELEK, PNN	PORODNI BLOK	DOLOČEN ČAS/PRIPRAVNIKI	PORODNIŠKA/ BOLNIŠKA/OSTALO
ZT	10	/	/	/
DIPL.M.S./	1/2	7	/	1

DIPL.BABICA				

Ob menjavi koordinatorice na oddelku je prišlo tudi do menjave v kadrovski strukturi, dvema diplomiranima babicama na oddelku se je pridružila tudi diplomirana medicinska sestra na oddelku, kar je dopolnitev za celotno izvajanje zdravstveno vzgojnega dela. V letu 2013 upokojitev na oddelku ni bilo, ni bilo večje fluktuacije, ena od sodelavk pa je na koriščenju porodniškega dopusta.

2.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Pregled kategorij po letih pokaže, da večjih sprememb pri kategoriziranju potreb po zdravstveni negi na oddelku ni. V letu 2013 je nekoliko manj kategoriziranih v 1. kategoriji, malenkost več jih je v drugi. To je pripisati porastu števila porodov in kategoriziranih otročnic na oddelku v katero se vključuje tudi zdrav novorojenec.

Tabela 2: Primerjava kategorij gin. – por. odd. 2011, 2012, 2013 v odstotkih

KATEGORIJA	*2011*	*2012*	*2013*
1. kategorija	13,0	17,0	*13,0*
2. kategorija	73,0	69,0	*75,0*
3. kategorija	13,0	14,0	*12,0*

2 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

Cilji, ki so bili postavljeni na začetku leta 2013 so bili realizirani tako, kot je prikazano v spodnji tabeli:

CILJ: Preprečevanje padcev	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Število padcev v letu 2013 2. Preprečevanje padcev po protokolu 3. Izvajanje ukrepov, spremljanje učinkovitosti	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. V letu 2013 se je pripetil en padec- 2. Padci so se preprečevali glede na SOP – izvajanje VV/VR 3. Ukrepe smo izvajali, učinkovitosti je 100%	
CILJ: Brez prenosa večkratno odpornih bakterij	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Število zabeleženih prenosov v letu 2013 2. Izvajanje ukrepov za preprečevanje VOB 3. Sodelovanje v skupini za BH	Realizirano
EVALVACIJA: 1. Prenosov v letu 2013 ni bilo 2. Ukrepi so se izvajali glede na protokol 3. V skupini za BH aktivno sodelujemo	
CILJ: Realizacija sklepov rednih letnih razgovorov	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1.Število realiziranih sklepov RLR v letu 2013 2. Izvedba sklepov RLR	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Sklepi so realizirani na področju izobraževanja 2. Izvedeni so v 50 %	
CILJ: Povečati odstotek izključno dojenih otrok	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI:	Delno realizirano

1. Odstotek izključno dojenih 2. Izpeljava sprememb na področju dojenja	
EVALVACIJA: 1. 85 % izključno dojenih otrok 2. Spremembe niso izpeljane v celoti	
CILJ: Izdelava klinične poti za fiziološki porod	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izdelana KP za fiziološki porod	Ni realizirano
EVALVACIJA: KP ni izdelana	
CILJ: Izdelava dokumentacije za novorojenca	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izdelana dokumentacija za novorojenca	Delna realizacija
EVALVACIJA: Dokumentacija za novorojenca ni izdelana v celoti	

3 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA ODDELKU

V letu 2013 so bile na oddelku izdelane nove klinične poti, nekaj pa jih bilo pregledanih in prenovljenih. Ob menjavi koordinatorice zdravstvene nege je bil postavljen in dogovorjen tudi sistem izvajanja delovnih sestankov. Vpeljani so bili timski delovni sestanki, sestanki z babiškim timom in oddelkom ter redni sestanki diplomiranih medicinskih sester na oddelku. Tudi na jutranje zdravniške raporte se je začela vključevati vodja babiškega tima, kar je zagotovo prednost in dodana vrednost tako za porodni blok kot za oddelek.

Novost leta 2013 v timu zdravstvene nege na oddelku je vključevanje nočne ZT v delo na Oddelku za zdravstveno nego. V začetku je bil to zahteven projekt, v nadaljevanju je bilo potrebno še veliko dogovarjanja in usklajevanja predvsem pa spremembe v organizaciji dela na obeh oddelkih.

3.1 KLINIČNE POTI

Na oddelku so še področja, ki bi jih izdelava novih kliničnih poti izboljšala in tudi poenotila. To sta predvsem obravnava zdrave otročnice na oddelku in zdravega novorojenca ter nove klinične poti za obravnavo zdrave porodnice v porodnem bloku. V tabeli 3 pa so prikazane klinične poti, ki so nastale v preteklem letu:

Tabela 3: Klinične poti na gin –por. odd. v letu 2013

Št.	*KLINIČNA POT*
1.	KP za LLETZ
2.	KP za histeroskopsko operacijo – enodnevna obravnava
3.	KP za operativno zdravljenje stresne urinske inkontinence z mrežico – enodnevna obravnava
4.	KP za HSG

3.2 DELOVNI SESTANKI

Število delovnih sestankov z vključenim porodnim blokom v obdobju od 1. 7. – 31. 12. 2013 je prikazano v spodnji tabeli:

Tabela 4: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah - število

Delovni sestanki		
redni	*izredni/problemski*	*timski*
3	4	3

4 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Zagotavljanje kakovosti in varnosti je na oddelku in tudi v porodnem bloku stalnica, ki se jo vsi zaposleni v zdravstveni in babiški negi dobro zavedamo. Zdravstvena nega na našem oddelku ima pomembno vlogo pri zagotavljanju varne in kakovostne obravnave pacientk, otročnic in porodnic ter novorojenčkov. Na oddelku so v letu 2013 potekale tri zunanje presoje (reakreditaciji NIAHO – DIAS, TEMOS, potrditev certifikata ISO), notranja presoja, potekali pa so tudi redni strokovni nadzori v zdravstveni negi.

Leta 2013 je potekala tudi reakreditacija za UNICEF – dojenčkom prijazna porodnišnica. V večini zahtev je akreditacija uspešna, v treh delih pa bo potekala ponovno v začetku leta 2014. V ta namen smo na oddelku in v porodnem bloku izpeljali aktivnosti, ki so bile še potrebne, da zagotovimo certifikat v celoti.

4.1 ANKETA O IZOBRAŽEVANJU ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI NA GINEKOLOŠKO–PORODNIŠKEM ODDELKU IN PORODNEM BLOKU

Na oddelku, vključno s porodnim blokom, smo jeseni med zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi izvedli anketo o mnenju MS o izobraževanju na oddelku.

Razdeljenih je bilo 21 anket, izpolnjenih jih je bilo 20, kar predstavlja 95 % zaposlenih v zdravstveni negi na ginekološko – porodniškem oddelku. Postavljenih je bilo sedem vprašanj zaprtega tipa in zadnje, ki je bilo odprto (želje o temah izobraževanja). V spodnji tabeli so prikazani odgovori na vprašanja, ki predstavljajo najvišji odstotek.

Tabela 5 : Rezultati ankete o izobraževanju prikazani glede na najvišji odstotek

Vprašanje	*Trditev*	*Najvišji odstotek odgovorov*
1.	Ali se strinjate z organizacijo oddelčnih izobraževanj	DA – 100 %
2.	Ali z organizacijo izobraževanj po vašem mnenju pridobivamo potrebna nova znanja	DA – 100 %
3.	Koliko časa naj potekajo izobraževanja	15 min. – 80 %
4.	Kakšen naj bo terminski razmik med izobraževanji	1/mesec – 95 %
5.	Kdo naj izobraževanja pripravi/predava	MS in zdravnik – 85 % zaposlenih
6.	Kakšna oblika izobraževanja vam je najbolj všeč	Delavnice – 70 %
7.	Ali želite sodelovati pri pripravi izobraževanj	NE – 70 %

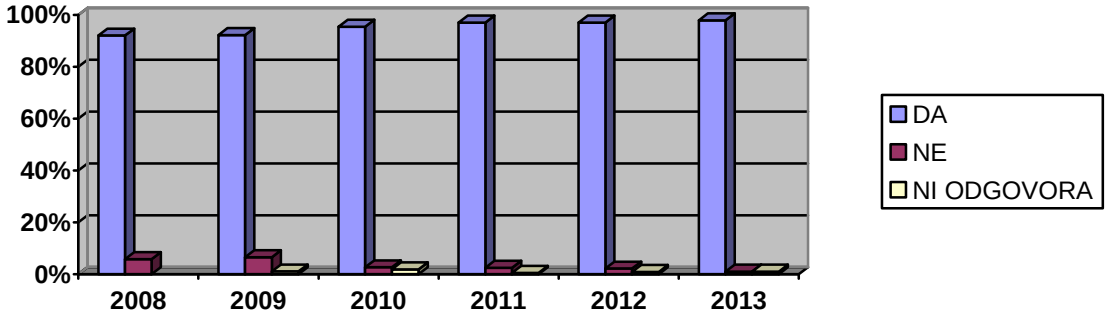
4.2 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PORODNIC IN OTROČNIC

Na oddelku se ob odpustu razdelijo anketni vprašalniki, ki so dober pokazatelj kakovosti in usmeritve dela na oddelku. V grafu 1 so prikazani odgovori na vprašanje, če so bile želje, ki so jih porodnice izrazile med porodom upoštevane.

Odstotek upoštevanih želja je bil leta 2008 - 92 %, leta 2009 – 92,2 %, leta 2010 - 95,4 %, leta 2011 – 97 %, 2012 – 97 %, leta 2013 pa 97,9 %, neupoštevanih želja pa v letu 2008 – 5,8 %, leta 2009 – 6,6 %, leta 2010 – 2,7 %, leta 2011 – 2,5 %, leta 2012 – 2,2 %, v letu 2013 pa 1 %.

Graf 1: Anketni vprašalnik o zadovoljstvu porodnic in otročnic – vprašanje 5

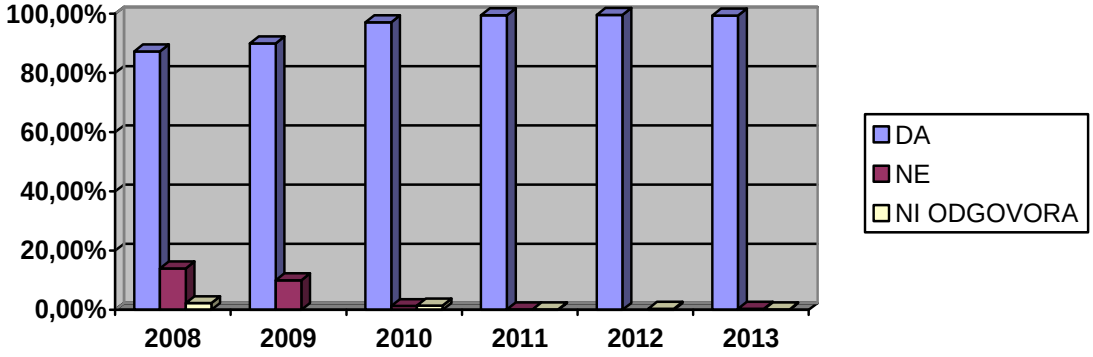
5. Ali so bile želje, ki ste jih izrazili med porodom upoštevane?



V spodnjem grafu so prikazani odgovori porodnic na vprašanje, če je bilo zdravstveno osebje ustrežljivo, spodbudno in prijazno

Graf 2: Anketni vprašalnik o zadovoljstvu porodnic in otročnic – vprašanje 13

13. Ali je bilo zdravstveno osebje do vas ustrežljivo, spodbudno prijazno?



V letu 2008 je kar 87,3 % otročnic odgovorilo, da je bilo zdravstveno osebje do njih prijazno, v letu 2009 - 90 %, 2010 – 97,1 % otročnic, 2011 – 99,5 %, 2012 – 99,6 %, v letu 2013 99,4 %. Da osebje ni bilo prijazno, je leta 2008 odgovorilo 14 % otročnic, leta 2009 – 10 %, leta 2010 – 1,3 %, leta 2011 – 0,2 %, leta 2012 – 0 %, v letu 2013 pa 0,2 % otročnic.

Analiza anket je pokazala, da večina področij, ki so v njej obravnavana pokaže zadovoljstvo porodnic v porodni sobi in otročnic na oddelku. Na hrano ni večjih pripomb, nekatere so nezadovoljne z opremljenostjo bolniških sob, večina pa jih je zadovoljna s kakovostjo dela v porodnem bloku in na oddelku. Zadovoljne so tudi s profesionalnostjo in ustrežljivostjo babic in medicinskih sester.

4.3 BELEŽENJE ODKLONOV

Leta 2013 smo poročali in zabeležili 1 dogodek v računalniški program ART. Narava in vrsta odklona je prikazana v tabeli 6:

Na odklon je bil izrečen tudi ukrep, ki je bil rešen in zaključen.

Poročanje o odklonih na oddelku je zelo nizko, potrebno je aktivno pristopiti k spodbujanju zaposlenih, da bodo pričeli poročati.

Tabela 6: Število odklonov

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

4.4 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

V tabeli 7 je prikazano število varnostnih vizit in razgovorov v letu 2013 glede na nivo izvedbe. V število so vključene VV/VR na oddelku in v porodnem bloku.

Tabela 7: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

	Koordinatorica ZN	*Odgovorne MS odd.*	*Predstojnik/ca in koordinatorica ZN*
ŠTEVILO	7	41	1

V tabeli 8 pa je prikazano število izrečenih ukrepov in učinkovitost.

Tabela 8: Število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	*ŠTEVILO VV/VR*	*ŠTEVILO UKREPOV*	*UČINKOVITOST*
Koordinatorica ZN	7	12	94 %
Odgovorne MS odd.	41	50	95 %
Skupaj	48	62	94,5 %

5 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

5.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2013 je bilo izvedenih 70 % letnih razgovorov z zaposlenimi v zdravstveni negi. Pretežni jih je opravila prejšnja koordinatorica zdravstvene nege, zato jih sedaj težko analiziramo in ovrednotimo.

5.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt izobraževanja je bil izdelan na začetku leta 2013. Izpolnjen je bil v celoti, tako interna, bilo jih je 22, kot eksterna izobraževanja, ki jih je bilo 10.

Tabela 9: Interno in eksterno izobraževanje gin.–por. odd. in porodni blok - število

Izobraževanje/udeležba	*Pasivna*	*Aktivna*
Interno	81	/
Eksterno	14	/

V letu 2013 na oddelku ni bilo aktivnih izvajalcev izobraževanj, izvedli pa smo skupno izobraževanje zaposlenih v babiški negi v porodnem bloku in zdravnikov na oddelku.

6 PORODNI BLOK

Porodni blok smo v poletnih mesecih delno prenovili. Po prenovi je tudi delo v porodnem bloku za vse zaposlene v babiški negi nekoliko drugače organizirano. Vsaka porodna soba je ločena kot bolniška soba, zato je potreben drugačen in večji nadzor nad porodnicami. Kljub prenovi, prostorskim in manjšim organizacijskim težavam, s katerimi smo se v tem času soočali vsi zaposleni, se je število porodov v letu 2013 zvišalo.

Tabela 10: Število porodov v letu 2013

Skupno število	*722*
Dopoldne	253
Popoldne	236
Ponoči	233

Glede na število porodov in drugačno obremenitev zaposlenih kot tudi na naraščanje števila fizioloških porodov in porodnic iz drugih regij države, ki je z minimalnim odstopanjem enako porazdeljeno preko celega dneva, bo v prihodnosti potrebno razmišljati o drugačni organizaciji dela babiške nege v porodnem bloku.

ZAKLJUČEK

Oddelek sem prevzela v zadnji četrtini leta. Organizacija oddelka, načrtovanje izobraževanja zaposlenih, internega in eksternega, priprava novih standardov kakovosti za področje ginekologije in porodništva, oblikovanje novih kliničnih poti so bile aktivnosti, ki jih je že prejšnja koordinatorica zdravstvene nege na oddelku dobro in uspešno pripravila in vodila. Njeno delo sem v tem kratkem času poskušala uspešno nadaljevati in na nekaterih delih, kot je izobraževanje znotraj samega oddelka, vodenje delovnih sestankov, mikroorganizacija oddelka po segmentih itd. s pomočjo vseh zaposlenih na oddelku tudi nadgraditi. Prav je, da se jim za njihovo pomoč in sodelovanje v tem poročilu tudi zahvalim.

Konec leta 2013 smo začeli tudi z urejanjem številne dokumentacije na oddelku in jo delno uredili na intranetni strani, predvsem se to nanaša na dokumentacijo zdravstvene nege, začeli pa smo tudi z urejanjem internetne strani. Le to nameravamo dokončno oblikovati in urediti v letu 2014.

STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2013

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

UVOD

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

- Operacijski blok,
- EITOS - Enota za intenzivno terapijo kirurških strok,
- Dnevni oddelek,
- Porodna soba,
- Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečin in paliativno oskrbo,
- Anestezиološka ambulanta,
- Urgenca,
- Transplantacijska dejavnost.

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, otopedski operacijski dvorani in na dnevnem oddelku. V enoti intenzivne terapije v rednem delovnem času dela eden iz skupine zdravnikov, ki imajo za svoje ožje področje intenzivno medicino. V centru za zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo se je v letu 2013 začelo redno sprejemati naročene bolnike in skrbeti za urgentne primere v smislu paliativne oskrbe.

1 REALIZACIJA CILJEV

V letu 2013 je ponovno začel delovati Center za paliativno oskrbo in zdravljenje bolečine. Na porodnem oddelku smo spremljali števila punkcij trde možganske opne pri vstavljanju epiduralnega katetra in število postpunkcijskega glavobola pri porodnicah. Zabeležili smo le en primer postpunkcijskega glavobola.

Hemodinamski nadzor pacienta med operacijo izvajamo na več načinov, večinoma uporabljamo dopplersko metodo s sondo v požiralniku, mnogo manj uporabljamo dražjo metodo na osnovi arterijskega pulznega vala

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 letu 2013 smo pričeli z novim načinom beleženja anestezijskih posegov, ki ga zahteva leta 2011 sprejeta Odredba o določitvi enotnega šifranta vrst zdravstvene dejavnosti (Ur. l., RS št. 68/211), vpeljana z namenom zagotoviti primerljivost podatkov o zdravstveni dejavnosti. Gre za mednarodno klasifikacijo bolezni in posegov, avstralske modifikacije MKB-10-AM /KTDP verzija 6. (KTDP pomeni: klinični terapevtski in diagnostični postopki)

Nova, posodobljena klasifikacija za statistične namene, obstoječo klasifikacijo diagnoz razširja s petmestno kodo, v določenih primerih pa za določene diagnoze in nove terapevtske in diagnostične postopke uvaja nove kode. Nova klasifikacija na področju beleženja anestezije uvaja oznako po ASA za težo bolnikovega stanja (od 1 do 6) in določa nujnost posega: s številom 9 – nenujen poseg in s številom 0 - nujen poseg.

Statistični podatki povzeti iz šifriranja naše dejavnosti po novi klasifikaciji oziroma po obrazcu KTDP, ki ga od aprila 2013 uporabljamo za evidentiranje posegov v anesteziologiji, so žal pomanjkljivi in le deloma odražajo resnično opravljeno delo. Razlogov za to je več, od netočnega in pomanjkljivega beleženja, nejasnosti v klasifikaciji do nepravilnega prevoda klasifikacije iz angleščine v slovenščino, ki zaradi direktnega prevajanja rezultira v vsebinskih nesmislih.

Opravljeno delo v smislu števila anestezij najbolj odraža število predoperativnih anesterioloških ocen in število splošnih in področnih anestezij. Slednje dobimo iz ocene vsakega pacienta po klasifikaciji ASA in po oceni nujnosti posega.

Tako je v operacijskem bloku, v ortopedski operacijski sobi, na dnevnem oddelku in v septični op. sobi anesteziološko oskrbo dobilo 5.121 pacientov.

Tabela 1: Število bolnikov po ASA klasifikaciji ter primerjava števila in deležev nenujnih in nujnih posegov

Klasifikacija bolnika	Število vseh bolnikov	Število nenujnih operativnih posegov, oznaka »9«	Število nujnih operativnih posegov, oznaka »0«
ASA 1	1 877 (36,6 %)	1.506 (29,4 %)	371 (7,2 %)
ASA 2	2 536 (49,5 %)	2.106 (41,1 %)	430 (8,3 %)
ASA 3	640 (12,5 %)	423 (8,2 %)	217 (4,2 %)
ASA 4	34 (6,6 %)	7 (0,14 %)	27 (0,5%)
ASA 5	2(0,04 %)		2 (0,04%)
Neop. ASA	32	32	
∑	*5.121*	*4.074 (79,5%)*	*1.047 (20,4%)*

Iz podatkov je razvidno, da je 80 % operacij nenujnih in 20 % operacij nujnih. Po klasifikaciji ASA je zdravih pacientov in takih, ki imajo manjše težave z zdravjem oziroma je pri njih tveganje za zaplete med anestezijo zelo majhno, večina operiranih pacientov, to je 4.413 (86,2 %). Pri teh je nujen poseg v 801 primeru, to je pri 15,5 % vseh operiranih pacientov.

Veliko tveganje za zaplete med anestezijo (ASA 03) je pri 640 pacientih (12,5 %). Med njimi je nujen poseg v 217 primerih (34 %, oziroma 4,2 % vseh operiranih v SBJ).

Izredno ogroženih pacientov (ASA 04 in 05) je zelo malo, le 36, kar je 0,7 % vseh operiranih; med temi sta le dva pacienta najtežje stopnje, torej moribundna.

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 2013 zabeleženo naslednje število posegov:

- splošna anestezija - 3 913 (76,4 %)
- osrednji živčni blok (subarahnoidni, epiduralni, kavdalni) – 471 (9,1 %)
- področne anestezije (glave, trupa in okončin) - 276 (5,3%)
- lokalna anestezija – 290 (5,5 %)
- sedacija ob ohranjeni zavesti - 139 (2,7 %)

- oskrba področne anestezije - 32 (0,6 %)

1.2 OCENA STROŠKOV

Iz finančno računovodske službe SBJ smo dobili podatke, da se je indeks porabe za leto 2012/2013 zmanjšal na stroškovnem mestu za anestezijo v operacijskem bloku in v ortopedski operacijski sobi in znaša 91,57. Prav tako je nižji indeks za posamezno anestezijo v omenjenih operacijskih prostorih in znaša 97,84.

Na Dnevnem oddelku je indeks porabe večji, tako za skupno porabo – 106,23, kakor za posamezno operacijo – 113.41.

Največji porast indeksa je pri sklopih »farmacevtske kemikalije; embalaža; laboratorijski testi, igle, brizge laboratorijski material. Majhno povečanje indeksa za zdravila (106,87) in narkotike (111,69) je na Dnevnem oddelku.

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 2013 zabeleženo naslednje število posegov:

- splošna anestezija - 3 913 (76,4 %)
- osrednji živčni blok (subarahnoidni, epiduralni, kavdalni) – 471 (9,1 %)
- področne anestezije (glave, trupa in okončin) - 276 (5,3%)
- lokalna anestezija – 290 (5,5 %)
- sedacija ob ohranjeni zavesti - 139 (2,7 %)
- oskrba področne anestezije - 32 (0,6 %)

1.1.2 Dnevni oddelek

Program na Dnevnem oddelku poteka kakor doslej. Po kliničnih poteh so operirani pacienti ASA 01 in ASA 02. V letu 2013 smo na Dnevnem oddelku operirali 1.037 pacientov. Splošno anestezijo je dobilo 721 (69,5 %) pacientov, področno anestezijo (največkrat subarahnoidni blok) 206 (19,9) pacientov in lokalno anestezijo 110 (10,6) pacientov.

Največ operacij na Dnevnem oddelku je artroskopij kolena 412 (39,7 %), dimeljskih kil 228 (22 %), operacij DuPuytren-ove kontrakture 44 (4,2 %), sledijo operacije, ki jih je narejenih manj kot trideset: umbilikalna kila, odstranitev eksostoze in lipoma, fimoza, vazektomija, sprostitev živca in korekcija stopala.

Premestitev: Skupno število na oddelek glavne stavbe premeščenih bolnikov ob koncu dnevne obravnave je bilo 23 (2,2 %). Od teh je bil en bolnik premeščen na Urološko kliniko UKC Ljubljana.

Zgodi se, da kirurška triaža ne more biti vedno popolnoma dosledna, tako da je zaradi velikosti posega bolnik primoran ostati v bolnišnici in mora biti premeščen na oddelek glavne bolnišnične stavbe. Takih bolnikov je bilo 5, kar je le 0,5 %.

Najpogostejši vzrok za premestitev na oddelek bolnišnice je poleg večjega obsega operacije še: slabost in vrtoglavica, v 9 primerih; po dvakrat je razlog socialni, podaljšan področni blok, enkrat opazovanje zaradi zmanjšane ledvične funkcije, enkrat zaradi udarca v glavo pri padcu s postelje in dvakrat obsežnejša pooperativna krvavitev.
Ponovni sprejem v dneh po operaciji na Dnevnem oddelku je bil v petih primerih, to je 0,5 %: Dvakrat je bila vzrok pljučna trombembolija, enkrat otrdel vrat, enkrat huda bolečina in enkrat izpuščaj na koži

1.1.3 Porodna soba

Ob novih načinih lajšanja poroda na porodnem oddelku, anesteziologi še vedno omogočamo porodnicam, da se odločijo za epiduralni kateter. Na informacijski pogovor o lajšanju porodne bolečine z epiduralnim katetrom je v letu 2013 prišlo 217 bodočih mamic. Pogovor je pogoj za to, da ob porodu vstavimo epiduralni kateter.

Za epiduralno ali subarahnoidno analgezijo pri porodu se je odločilo 113 porodnic, kar je le 15,6 %. To je doslej najnižji odstotek od leta 2003, ko smo začeli s to tehniko lajšanja porodne bolečine. Večina epiduralnih keterov je bilo vstavljenih v rednem delovnem času (70), skoraj polovico manj v času dežurne službe. Za ponovni porod z EDK bi se odločilo 95 porodnic, kar je 84 %. Povprečna ocena zadovoljstva z epiduralnim načinom lajšanja porodne bolečine, ki se ocenjuje od 1 do 5, je bila 4,4. Najmanjša povprečna stopnja bolečine po VAS lestvici je bila 1,7; največja povprečna ocena bolečine pa je bila 5,8. Do punkcije dure mater je prišlo v enem primeru in prav tako enkrat do postpunkcijskega glavobola.

Porod z epiduralno ali subarahnoidno analgezijo (2 x) se je končal s carskim rezom pri 8 porodnicah (to je v 7 %, porodnic z EDK oziroma pri 1 % vseh porodnic); v šestih primerih je bila pri carskem rezu splošna anestezija, v dveh primerih pa epiduralna.

Splošnih anestezij za operativne posege v porodni sobi (iztipanje, šivanje, porodi z medenično vstavo, urgentni carski rez) je bilo 24 kar je od 3,3 %, glede na število porodov.

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 %)
2013	722	113	15,6 %	95 (85 %) ponovno za	ni podatka	8 (7 %)	16 (14 %)	24 (3,3 %) spl. an. v

1.1.4 Anesteziološka ambulanta

V anesteziološki ambulanti je bilo leta 2013 pregledanih skoraj popolnoma enako število bolnikov kakor v letu 2012 (854), to je, 16,7 % vseh, ki so dobili anestezijo. To je dokaz, da ob obstoječem številu anesteziologov ne moremo pregledati več bolnikov. Problem je tudi prostor, ki nam je na voljo le prve tri dni v tednu po 4 ure in ob četrtkih eno uro.

Glavnina pregledanih pacientov je ortopedskih, ki so praviloma zelo rizični zaradi pridruženih bolezni in imajo nemalokrat prekomerno telesno težo.

Tabela 3: Obravnave v anesteziološki ambulanti po diagnozah v letu 2013

Diagnoza	št. obravnav
C00-D48 Neoplazme	71
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	3
G00-G99 Bolezni živčevja	1
I00-I99 Bolezni obtočil	13
K00-K93 Bolezni prebavil	202
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	5
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	432
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	26
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje	3
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledica zunanjih vzrokov	72
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	26
Skupaj	**854**

1.1.5 Ambulantne anestezije

V letu 2013 je bilo v prostorih za ambulantno anestezijo narejenih samo 538 posegov v splošni anesteziji, kar je manj kot leto prej. Od teh je bilo 172 hospitaliziranih bolnikov in večina od teh (152) je imela nujen poseg.

Po diagnozah so to pri hospitaliziranih pacientih večinoma revizije kirurške rane in nekrektomije, pri ambulantnih pacientih pa repozicije zlomov podlahtnice in zapestja in drenažne incizije ognojkov.

Po posegu so ambulantni operirani pacienti opazovani v prebujevalnici**.**

1.1.6 Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo

V letu 2013 smo v Centru obravnavali in vodili 1.347pacientov. Pomembno je poudariti, da ima center mobilno telefonsko številko 24 ur dnevno, vsak dan, za nujne posege pri bolnikih z napredovalo boleznijo raka.

1.1.7 Transplantacijska dejavnost

Obsega sodelovanje v organzacijah Slovenija transplant in Euro - transplant.

2 KADROVSKA ZASEDBA

V letu 2013 je bilo v Anesteziološko-reanimacijski službi zaposlenih 10 specialistov s polnim delovnim časom in ena specialistka s polovičnim delovnim časom. Specializantka, ki je v decembru 2012 opravila specialistični izpit je zaradi ZUJF-a zaposlena za določen čas. Specializantke, ki je opravila specialistični izpit v maju 2013, nismo mogli zaposliti zaradi ZUJF-a, hkrati pa je želela zaposlitev v drugi ustanovi.

Na oddelku smo imeli tri specializante, ki imajo opravljenega večino specializantskega kroženja. V septembru smo dobili še novo četrto specializantko anesteziologije z reanimatologijo in perioperativno intenzivno medicino.

Pogodbeno delo za dežurno službo je bilo potrebno samo za petnajst dežurnih dni, kar je približno 4 %.

Dodatnega kirurškega programa v letu 2013 ni bilo.

2.1 UDEJSTVOVANJE ANESTEZIOLOGOV IZVEN BOLNIŠNICE

Nataša Rutar, dr. med.; spec. anest., koordinatorica SBJ za transplantacijsko dejavnost in področje tipizacije tkiv:
- ETC tečaj 3. - 15. 12. 2013
- TPO tečaji, ki jih je SBJ organizirala za DMS
- CIT-ov IZOBRAŽEVALNI DAN, maj 2013

Jelena Vilman, dr. med.; spec. anest.:
- Simpozij urgence - Portorož 2013 - vabljeno predavanje
- ALS, ATLS, ETC aktivno kot inštruktor

Eva Pogačar, dr. med.; spec. anest. :
- Naš oddelek je 14. 9. 2013 aktivno sodeloval pri izvedbi izobraževalnega dne iz prve pomoči za vzgojiteljice gorenjskih vrtcev (preko 400 udeleženk) s predavanjem, pripravo gradiva in praktičnimi delavnicami.
- Tečaji TPO v SBJ

Jasna Rapnik,dr. med.:
- Izobraževalni dan iz prve pomoči za vzgojiteljice gorenjskih vrtcev (preko 400 udeleženk) s predavanjem, pripravo gradiva in praktičnimi delavnicami

Andraž Nastran,dr. med.:
- Izobraževalni dan iz prve pomoči za vzgojiteljice gorenjskih vrtcev (preko 400 udeleženk) s predavanjem, pripravo gradiva in praktičnimi delavnicami

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.:
- Aktivno predavanje na Mednarodnem simpoziju intenzivne medicine na Bledu, maj 2013.

Asist. mag .Aleksandra Kern, dr. med.; spec.anest.:
- Aktivno predavanje na Slovenskem anesteziološkem kongresu, maj 2013

Eva Černe, dr. med.; spec. anest.:
- Priprava srčnega bolnika za nesrčne operacije, predavanje za zdravnike SBJ, marec 2013

- Izobraževalni dan EITOS, maj 2013

Asist. mag. Mateja Lopuh. dr. med.;spec. anest.:
- Etična načela v paliativni oskrbi - Posvet o paliativni oskrbi, Brdo 26. – 27. 9. 2013
- Simpozij o nevromodulaciji - Nevromodulacija rakave bolečine, Maribor 03,10.2013
- Kronična bolečina v mali medenici - Visceralna bolečina in funkcijski bolečinski sindromi, 25. in 26. 10. 2013, Ljubljana
- Jesenski posvet o paliativni oskrbi, Koper, 20. 11. 2013:
  1. vizija razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji
  2. okrogla miza: demenca –model PO3
  3. kriteriji za uvstitev v paliativno oskrbo
- Starostnik - Posebnosti zdravljenja bolečine pri starostniku, Brdo, 23.11.2013
- podiplomska šola iz paliativne oskrbe – Ljubljana, 17. - 18. 10., 14. - 15. 11., 12. - 13. 12. 2013
  1. uvod v PO
  2. kriteriji za uvrstitev v PO
  3. obvladovanje simptomov s strani dihal
  4. praktično delo
  5. načrtovanje
- Paliativna oskrba v DSO -Posebnosti PO v domovih za starejše občane, Idrija 27.11.2013
- Posvet o raku - Razvoj PO v Sloveniji – vidik državne koordinacije, 07.03.2013

2.2 MENTORSTVO

V letu 2013 je bilo na izobraževanju o anesteziji in intenzivni medicini 14 zdravnikov pripravnikov, ki se izobražujejo 14 dni, na več mesečnem kroženju sta bila 2 specializanta urgence, 1 specializantka ginekologije in 2 specializanta kirurgije.

3 ZAKLJUČEK

Opravili smo načrtovan kirurški program, v Enoti intenzivne terapije zdravili najtežje bolnike in v Centru za paliativno oskrbo in zdravljenje bolečine pomagali več kot tisoč bolnikom z neozdravljivo boleznijo

4 CILJI

- Doslednejše in natančnejše šifriranje posameznih postopkov našega dela in s tem boljšo evidenco opravljenih storitev.
- Sistemsko in organizacijsko uvesti predoperativni in pooperativni anesteziološki pregled pacientov.
- Nadaljevati s pooperativnim vodenjem oziroma zdravljenjem akutne bolečine.
- Nadaljevati z modernimi načini medoperativnega hemodinamskega nadzora bolnikov.
- Začeti z ultrazvočno vodeno regionalno anestezijo bolnikov.
- Sodelovati pri ustanovitvi urgentnega bloka.

STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK ZA LETO 2013

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

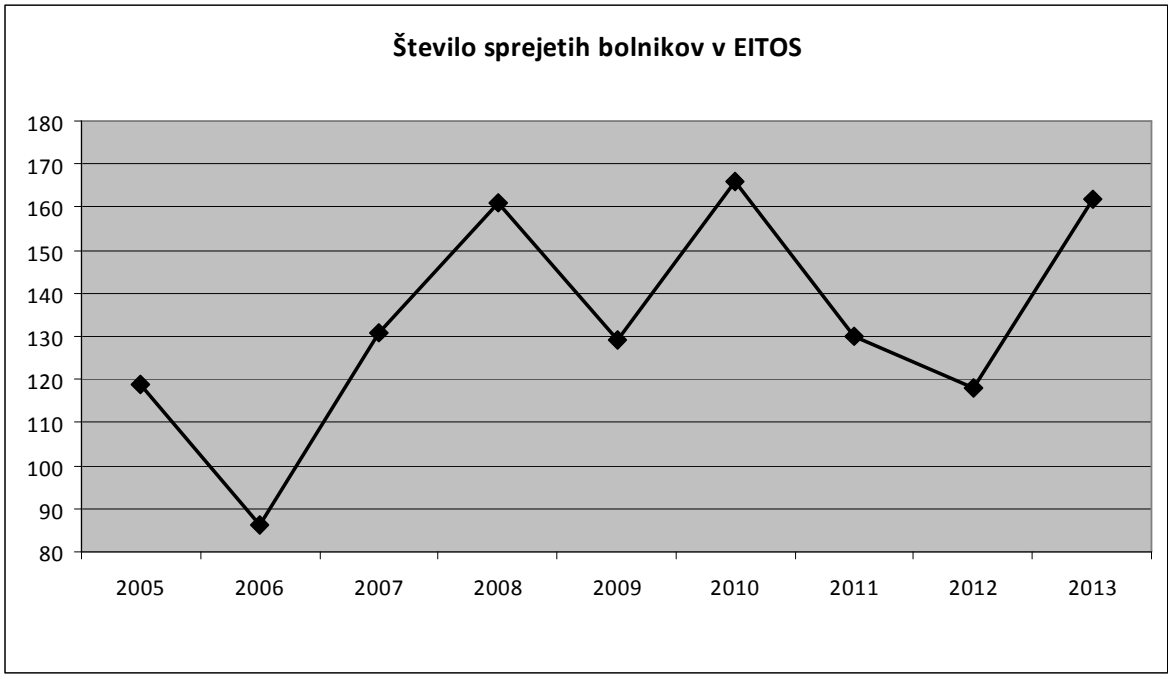
Tabela 1:Število pacientov, BOD, ure mehanske ventilacije in odstotek umrljivosti pacientov sprejetih v EITOS primerjalno po letih od 2004 do 2013

Podatki za EITOS po letih

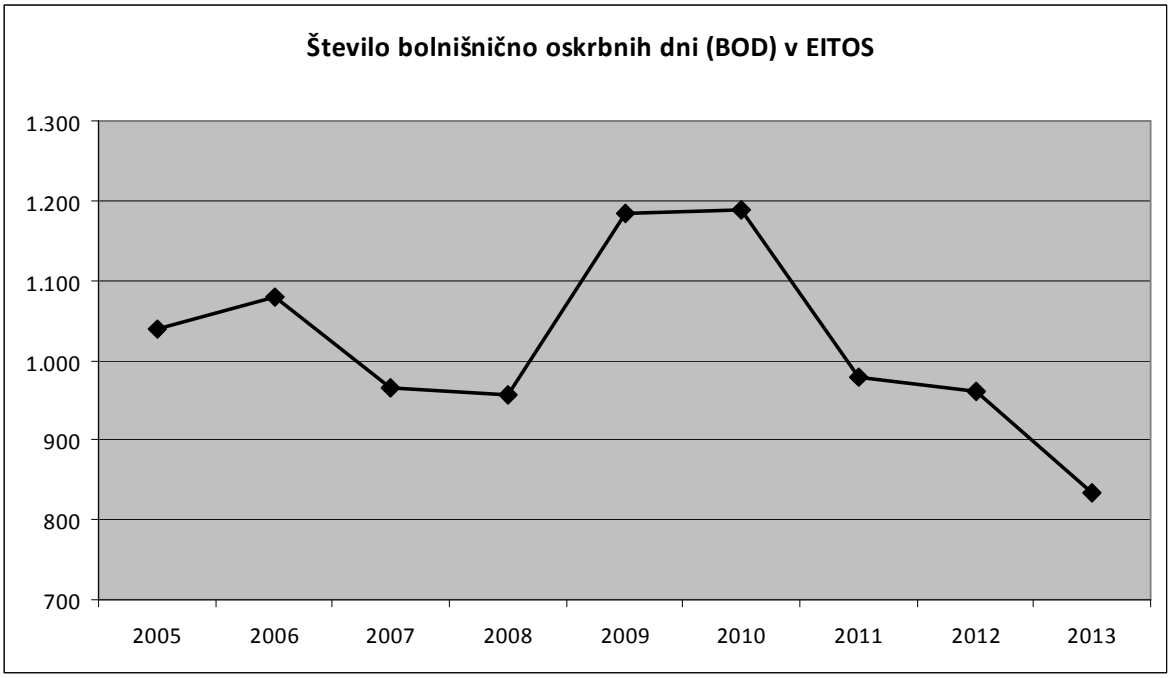
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
št. bolnikov	112	119	86	131	161	129	166	130	118	162
BOD	869	1.039	1.079	965	956	1.185	1.188	978	960	834
ure meh. ventilacije	11.853	16.529	17.219	11.626	9.672	14.855	11.157	9.695	9.196	5.271
umrljivost	27	27	25	20	19	22	28	23	17	15

BOD - bolnišnično oskrbni dan
UMV - ure mehanske ventilacije
umrljivost - vsi umrli/vsi sprejeti v EITOS

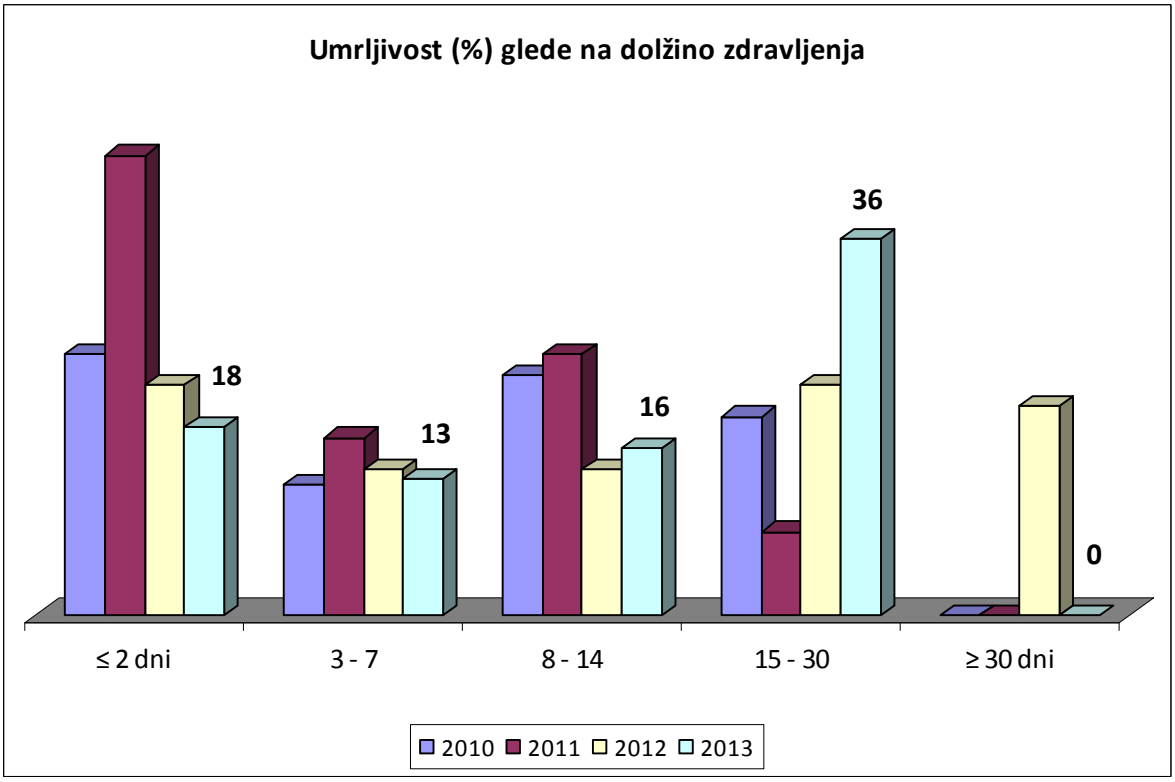
Graf 1: Število sprejetih bolnikov v EITOS, primerjalno po letih (2005- 2013)



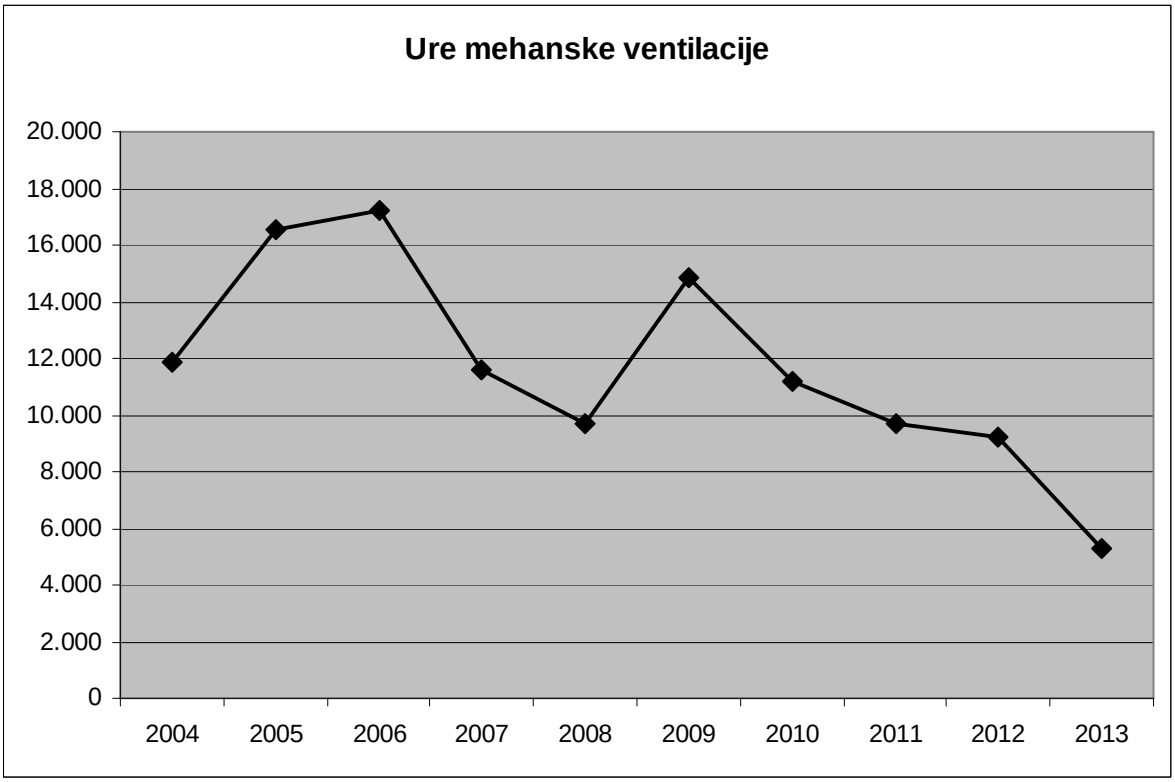
Graf 2: Število bolnišnično oskrbnih dni v EITOS, primerjava po letih (2005-2013)



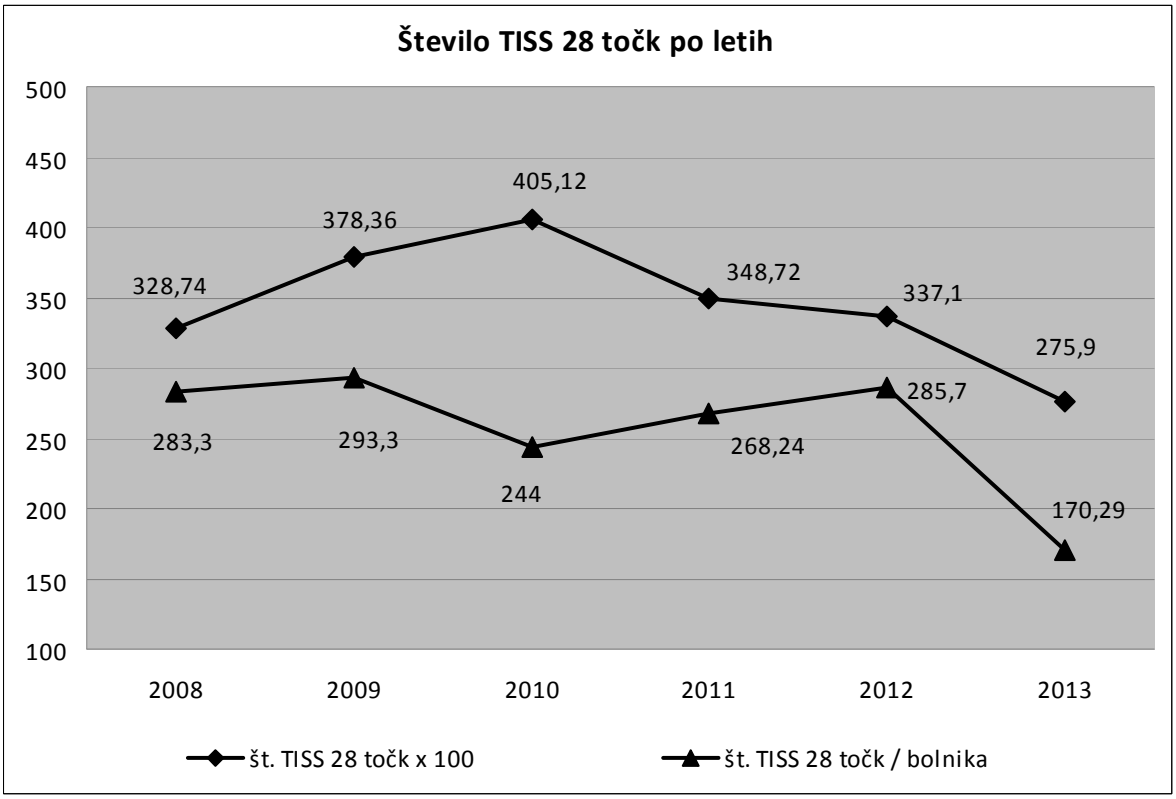
Graf 3: Celokupna umrljivost pacientov v EITOS, glede na dolžino zdravljenja (2010-2013)



Graf 4: Ure mehanske ventilacije pacientov v EITOS, primerjava po letih (2005-2013)



Graf 5: Število TISS 28 točk v EITOS, primerjava po letih (2008-2013)



Graf 6: Število TISS 28 točk na bolnišnično oskrbni dan, primerjava po letih (2008-2013)

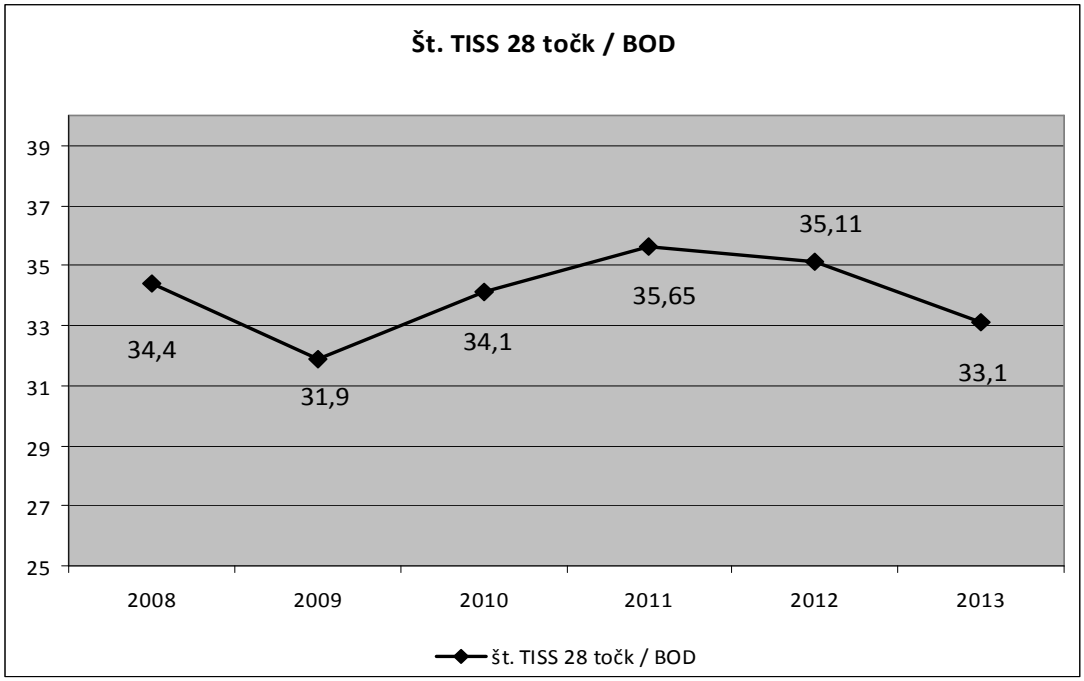
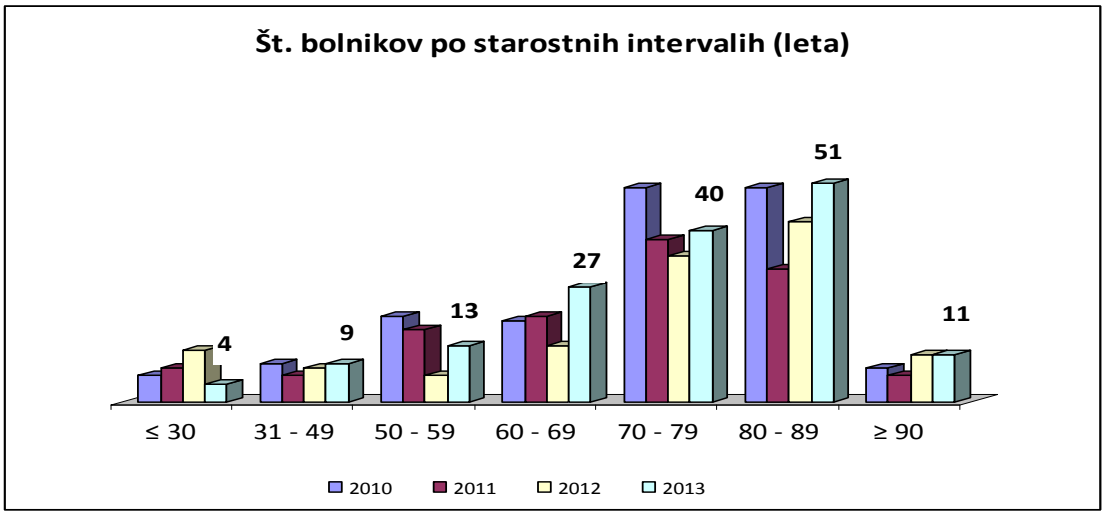


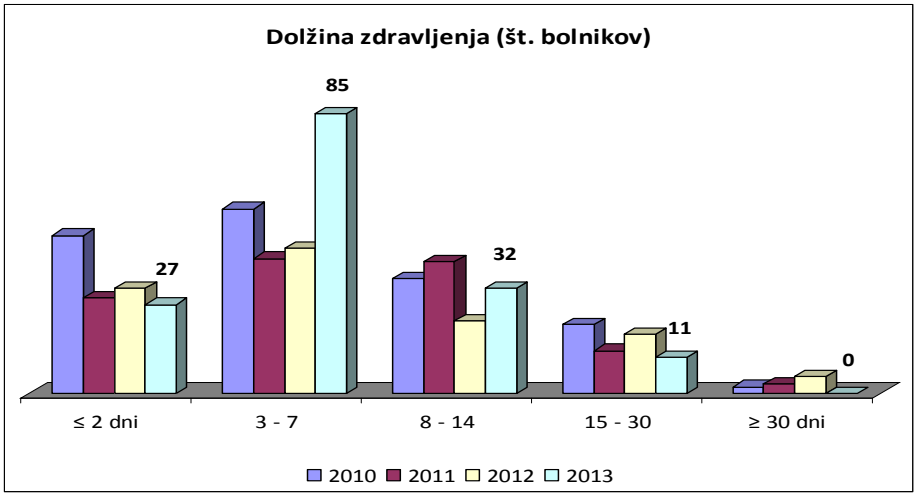
Tabela 2: Število TISS 28 točk, število TISS 28 točk na BOD in na pacienta ter vrednost TISS 28 točke izražene v EUR, primerjava po letih (2008-2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
št. TISS 28 točk	32.874	37.836	40.512	34.872	33.712	27.587
št TISS 28 točk/BOD	34,4	31,9	34,1	35,65	35,11	33,1
št TISS 28 točk/pacienta	283,3	293,3	244	268,24	285,7	170,3
vrednost TISS 28 točke (EUR)*	7,64	8,73	7,86	8,31	8,44	7,64
* izražena glede na vrednost porabe zdravil in zdravstvenega materiala v EITOS						

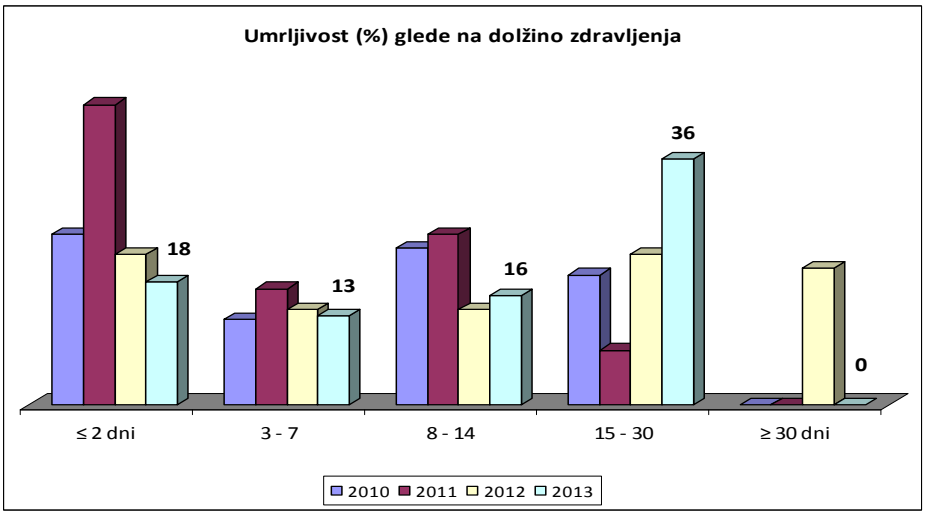
Graf 7: Starostne kategorije bolnikov v EITOS (2010-2013)



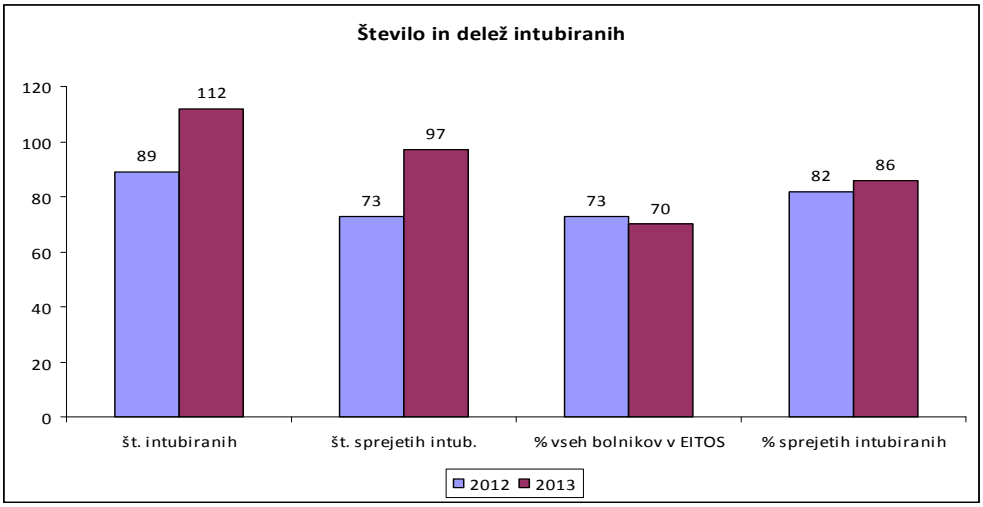
Graf 8: Dolžina zdravljenja v EITOS v dnevih, primerjava po letih (2010-2013)



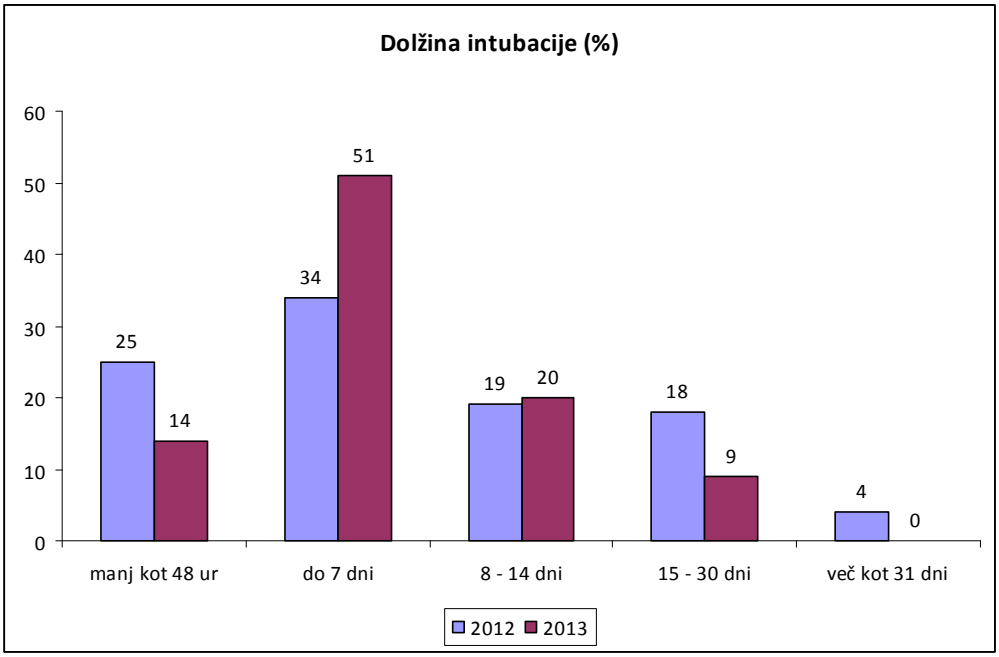
Graf 9: Umrljivost pacientov v EITOS glede na dolžino zdravljenja, primerjava po letih (2010-2013)



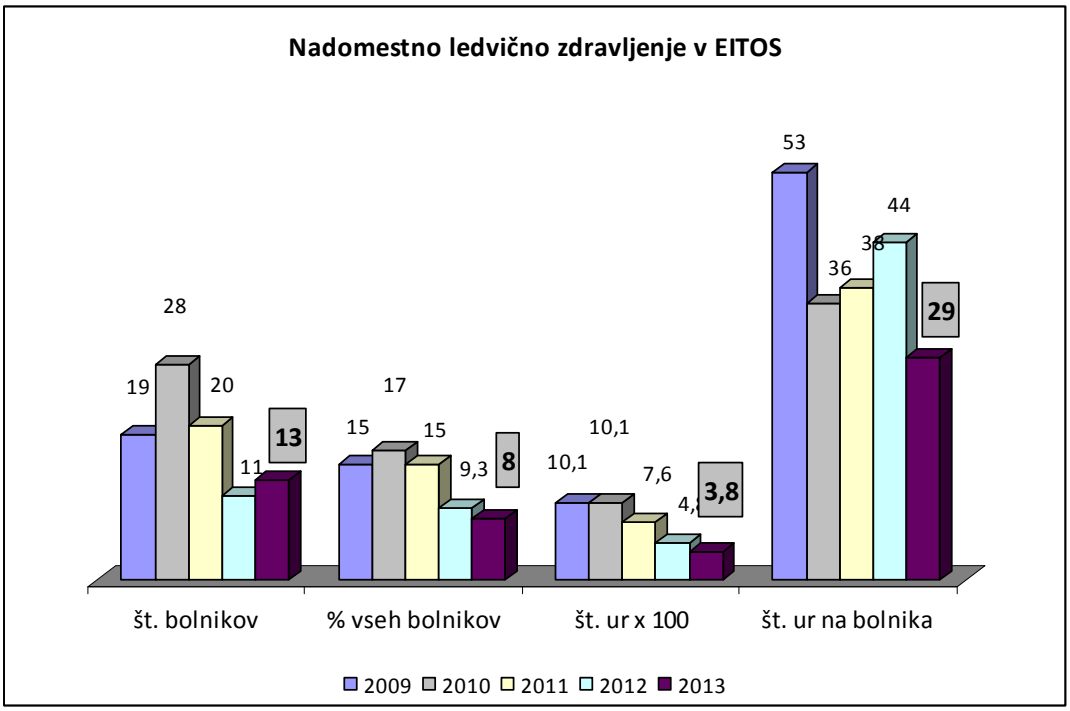
Graf 10: Število in delež intubiranih pacientov v EITOS, primerjava po letih. 2012, 2013



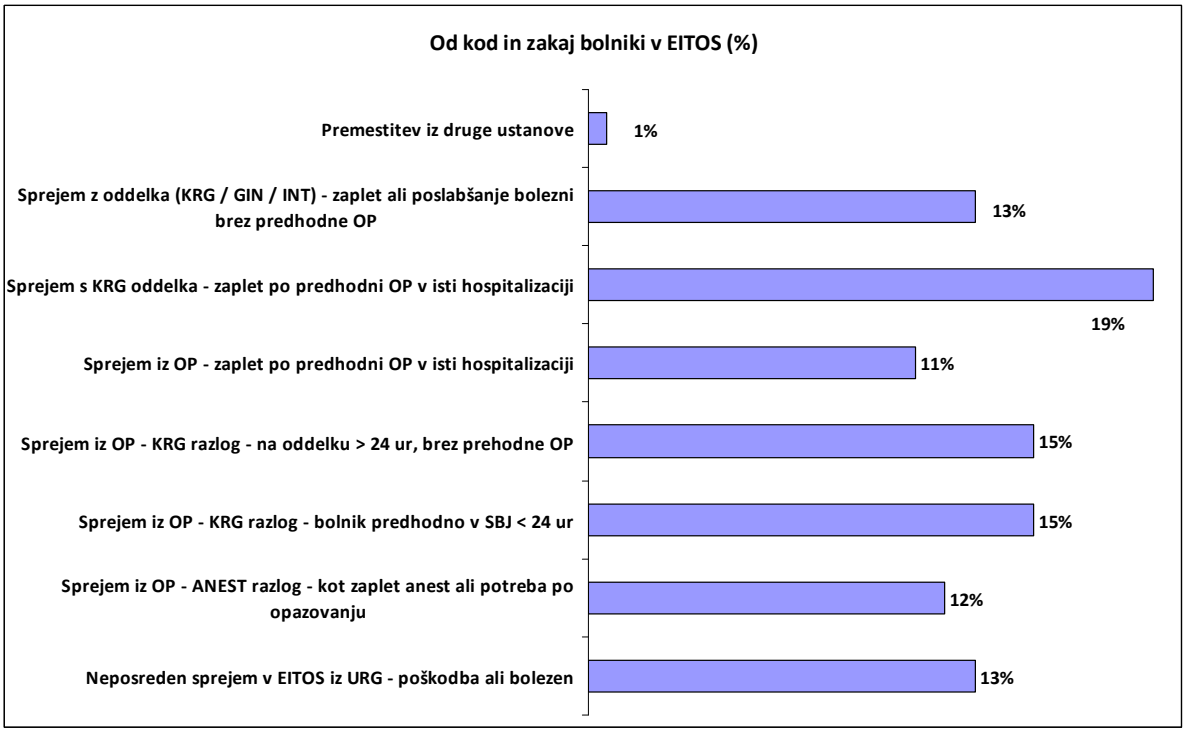
Graf 11: Dolžina intubacije pacientov v EITOS, primerjava po letih. 2012, 2013



Graf 12: Število in deležev pacientov z nadomestno-ledvičnim zdravljenjem v EITOS, primerjava po letih (2009-2013)



Graf 13: Vzrok sprejema pacientov v EITOS, napotna ustanova/oddelek, (2013)



POVZETEK

V minulem letu smo zdravili, v primerjavi z dolgoletnim povprečjem (2004 - 2012) pomembno več bolnikov (26 %), ki so »ustvarili« komaj 81 % povprečnega števila BOD in bili zdravljeni krajši čas (5 BOD/bolnika vs. 8 BOD/bolnika).

Število ur mehanične ventilacije je bilo pomembno manjše od povprečja – komaj 42 % povprečja.

Enako velja za skupno število TISS 28 točk, kot tudi št. točk na BOD (TISS 28/BOD). Nižja je bila tudi umrljivost: 15 % vs. 23 %.

»Intuitivna« interpretacija takšnih podatkov je naslednja: v primerjavi z dolgoletnim povprečjem smo v letu 2013 zdravili večje število manj bolnih bolnikov, ki so bili v enoti zdravljeni krajši čas. Razlogi za takšen »izid« niso jasni. Najbolje bi bilo, ko bi razlogi odsevali boljšo oddelčno (»predcitovsko«) obravnavo skozi vsa leta sicer enako bolnih bolnikov.

Smo enota intenzivne terapije, ki zdravi predvsem starejše bolnike. Komaj 17 % vseh bolnikov je bilo mlajših od 60 let in kar 40 % starejših od 80. Takšen trend je globalen.

Analiza doseženih TISS točk in porabe denarja (glej poročilo) pokaže, da smo v minulih letih delali enako.

Večina bolnikov (90 %) je bila zdravljena v (arbitrarno določenem) »razumnem« trajanju dveh tednov in kar 72 % manj kot osem dni.

Število in umrljivost bolnikov, ki so bili zdravljeni manj kot 3 dni, sta nižja kot 2011 in 2012, kar je najverjetneje odsev racionalnejše »alokacije« intenzivnega zdravljenja.

Sprejemi in razlogi za sprejem:
- 53 % bolnikov je sprejetih neposredno iz operacijske, 32 % z oddelkov in 13 % neposredno iz urgence
- 13 % bolnikov je sprejetih z oddelka, ne da bi bili predhodno operirani.
- 30 % sprejetih bolnikov je zaplet po predhodni operaciji, kar je nekoliko manj kot v 2012.

Sprejemi podrobneje:
- 6 pacientov sprejetih z internega oddelka
- 4 pacienti iz IIT
- 4 pacientke z ginekološkega oddelka
- 1 pacientka s porodnega oddelka
- 147 s kirurškega oddelka (4 pacientov z ortopedskega odseka, 96 pacientov z abdominalnega odseka in 47 pacientov s travmatološkega odseka)

V drugo ustanovo je bilo iz EITOS premeščenih 14 bolnikov: 12 bolnikov v UKC Ljubljana, 1 bolnik v PB Begunje in 1 bolnik v dom Viharnik

Umrljivost v letu 2013:
- celokupna smrtnost v EITOS 15 % - umrlo je 24 bolnikov od 162 sprejetih v EITOS
- če odštejemo umrle v prvih 48 urah (5 bolnikov), je bila umrljivost 12 %
- dodatnih 10 bolnikov je umrlo na oddelku po odpustu iz EITOS, kar je 7 % vseh odpuščenih iz EITOS na oddelke SBJ (izidi 14 premestitev v drugo ustanovo niso všteti)
- od vseh bolnikov zdravljenih v EITOS jih je v času hospitalizacije v SB Jesenice umrlo 33 (21 %) bolnikov

Izpostavljamo:
- Leta 2012 smo v enoti zabeležili izbruh MRSA kolonizacije, vir je bila neustrezna klimatska naprava. V letu 2013 problem klimatizacije ni bil saniran.
- Nenabava nove opreme in menjava iztrošene *(npr: ultrazvočni aparat za enoto intenzivne terapije s kardialno in abdominalno sondo ter opcijo za TEE, transpulmonarna termodilucija - monitor (nadomestilo iztrošenega) ter analizator telesne sestave (vse nerealiziran plan še iz leta 2010))* je zaskrbljujoča in nerazumljiva, zlasti ob dejstvu, da gre za enoto, kjer zdravimo večino sprejetih kritično bolnih in poškodovanih (vsaj) na kirurški oddelek SB Jesenice in kjer ima vsaj 1/3 bolnikov zaplet po predhodni operaciji.
- Še vedno so nerealizirane naše pobude na področju organizacije in »informatizacije« dela (predaja službe, redne tedenske vizite vodje dejavnosti, beleženje aktivnosti v informacijskem sistemu, elektronski temp. list, sistematično in računalniško podprto spremljanje kazalcev kakovosti, izpis (oblika) odpustnice itd.)
- Dobro sodelovanje s kolegi kirurškega oddelka.
- Nadaljevanje odličnega sodelovanja s Centrom za hemodializo.
- Nadaljevanje rednega sodelovanja z bolnišničnim dietetikom in uporaba lastnega računalniškega programa za spremljanje prehrane kritično bolnih.
- 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, vse preko meja »obveznega«

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

STROKOVNO POROČILO PALIATIVNIH DEJAVNOSTI IN DELO CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO VODENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO (marec – december 2013)

asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med., spec. anest.
Vodja dejavnosti

UVOD

Paliativne dejavnosti v SB Jesenice zajemajo ambulantno paliativno dejavnost, konziliarno dejavnost, delo mobilnega tima in timske sestanke v ZD Radovljica.

V Centru za interdisciplinarno vodenje bolečine in paliativno oskrbo poleg paliativnih bolnikov vodimo še bolnike s kronično bolečino. Vseh zabeleženih obiskov bolnikov v opazovanem obdobju je bilo 1347. Paliativnih bolnikov je bilo 150, njihovih obiskov 577.

Opravili smo 308 konziliarnih pregledov in 8 sestankov v ZD Radovljica. Povprečno število na teh sestankih obravnavanih bolnikov je bilo 7.

V okviru delovanja mobilnega tima smo od septembra do decembra opravili 30 obiskov bolnikov na domu.

1 STROKOVNE NOVOSTI

V letu 2013 smo na pobudo našega Centra dosegli uradno objavo za DMSO mazilo v Receptu in tudi odobritev plačevanja s strani ZZZS, tako da se mazilo lahko predpisuje na zelen recept. Mazilo je uvrščeno med zdravila prvega izbora pri zdravljenju t.i. 'vročega' KRBS in je tudi v mednarodnih smernicah. Indikacijska področja so še zagon revmatoidnega artitrisa in drugih sklepnih vnetjih.

Ponovno smo ob dolgotrajnih pogajanjih dosegli, da je na trgu in na pozitivni listi dolgodelujoči morfinijev sulfat.

2 ORGANIZACIJSKE NOVOSTI

Ob podpori vodstva bolnišnice in oddelka za anesteziologijo je iz našega Centra začel aktivno delovati prvi mobilni tim za paliativno oskrbo bolnikov na domu. Storitev je plačana s strani ZZZS, omogoča pa obiske zdravnika specialista na domu. Zdravnik lahko svetuje osebnemu zdravniku, patronažni med. sestri ali bolniku in njegovim svojcem. Izvajanje posegov ni omejeno. Dejavnost mobilnega tima ima pravno podlago v Državnem programu za razvoj paliativne oskrbe v Sloveniji.

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

V letošnjem letu smo kot kazalnik kakovosti merili število bolnišničnih smrti paliativno opredeljenih bolnikov. Od umrlih bolnikov do decembra 2013 jih je 75 % umrlo doma.

Za naslednje leto načrtujemo spremljanje učinkovitosti konziliarne službe: vpliv paliativnega načrtovanja na ležalno dobo bolnikov.

4 IZOBRAŽEVANJA

Sodelovali smo pri pripravi in izvedbi večine izobraževanj s področja paliativne oskrbe v Sloveniji in v tujini. Teme, ki jih pokrivamo so z vseh področij, praktično pa organiziramo delavnice predpisovanja in uvajanja podkožnih črpalk.
V bolnišnici smo izvedli 15 urno izobraževanje za medicinske sestre Osnove paliativne oskrbe, in več predavanj s področja zdravljenja bolečine.

V letu 2014 bomo začeli z projektom Ovire, ki onemogočajo umiranje na domu. Rezultati tega projekta bodo osnova za načrtovanje socialne mreže za Zgornjo Gorenjsko.

5 NAČRTI ZA NAPREJ

Radi bi vpeljali program QUIPPS za neprekinjeno spremljanje kakovosti našega dela na področju kronične bolečine.

POROČILO O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

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

UVOD

Letošnje leto je bilo v naši enoti v znamenju kadrovskih menjav. Dva sodelavca sta se redno upokojila in dobili smo dve novi sodelavki. Za enoto z devetimi zaposlenimi predstavlja to 22-odstotno menjavo kadra, kar je glede na specifiko dela, razpršenost in raznolikost delovišč ter dolgo uvajalno obdobje kar velik organizacijski podvig.

V februarju smo začeli z uporabo novih listov za obračunavanje naših storitev, marca smo v kirurškem operacijskem bloku dobili nove anestezijske vozičke, aprila pa tri nove anestezijske aparate. Popravili smo stroškovnike za vse kirurške operacije.

Izpostavili smo problem pogostega podaljševanja delovnega časa zaradi trajanja operativnega programa na dislociranih deloviščih in stanje se je delno popravilo.

V sklopu varčevanja so se nam spremenili delovni urniki, ki nam povzročajo nevšečnosti v času med 7.30 in 9. uro, ko nimamo nikogar za nenačrtovane in urgentne posege.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

CILJ	**Pravočasna in uspešna uvedba novih sodelavcev v delokroge**
AKTIVNOSTI	o Določitev neposrednih mentorjev novozaposlenim o Izdelava programa uvajanja novozaposlenih v naši enoti
EVALVACIJA	o Izdelan Protokol uvajanja novozaposlenih v delo na anesteziji. Uvajanje obeh novih sodelavk potekalo po njem. – **100 %**

	o Ena sodelavka je že povsem samostojna, ena je tik pred koncem uvajalnega obdobja. – **80 %**
CILJ	**Izdelava protokolov priprave delovišča**
AKTIVNOSTI	• Napisati vse, kar se v praksi že nekaj časa izvaja
EVALVACIJA	• Izdelani protokoli za vsa naša delovišča. – **100 %**
CILJ	**Poprava in dopolnitev plana čiščenja**
AKTIVNOSTI	• Razdelitev zadolžitev vsakemu zaposlenemu • Tedenski plan skupnih zadolžitev
EVALVACIJA	• Izvajanje del po planu – **100 %**
CILJ	**Interna timska izobraževanja s specifično tematiko našega strokovnega področja**
AKTIVNOSTI	• Vsak član pripravi letno vsaj eno temo • Občasno izobraževanja zunanjih sodelavcev
EVALVACIJA	• Skupno imeli 3 od načrtovanih 9 internih izobraževanj - **33 %**
CILJ	**Zagotavljanje optimalne reanimacije v celotni bolnišnici**
AKTIVNOSTI	• Izdelava zgodnje opozorilne skale • Standard opremljenosti reanimacijskega vozička v štaciji in porodni sobi • Izobraževanja zaposlenih o vsebini in uporabi materiala na reanimacijskih vozičkih
EVALVACIJA	• Pri izdelavi zgodnje opozorilne skale in standardov je potrebno sodelovanje zdravnikov pediatrov in anesteziologov (potreba po tem z naše strani že večkrat izpostavljena) – **0 %** • Izvedena 3 od načrtovanih 7 internih izobraževanj - **42 %** letos bo za lažjo izvedbo in omogočanje večje udeležbe spremenjena organizacija izvedbe tega izobraževanja.
CILJ	**Vodenje evidence operativnih posegov v lokalni anesteziji**
AKTIVNOSTI	• Podatki razvidni iz novega lista obračuna storitev
EVALVACIJA	• Dodatno vodenje evidence ni potrebno

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

KAZALNIK	**Optimalno izpolnjena perioperativna dokumentacija**
AKTIVNOSTI	• Mesečni nadzor 10 naključno izbranih operativno obravnavanih pacientov (11 kontrol letno)
EVALVACIJA	• Izvedba kontrol **100 %,** uspešnost **74 %** • V letu 2014 načrtujemo spremembo navodil za nadzor, ki bodo bolj objektivna in natančnejša(trenutni kriteriji so prestrogi).
KAZALNIK	**Časovna izkoriščenost prostorov**
AKTIVNOSTI	• Sprotno, redno beleženje vseh zahtevanih časov
EVALVACIJA	• **100 %**
KAZALNIK	**Popolna opremljenost anestezijskega vozička**
AKTIVNOSTI	• Mesečne kontrole vseh anestezijskih vozičkov
EVALVACIJA	• Izvedba kontrol **100 %**

	• Uspešnost cca **90 %** • V letu 2014 bomo kazalnik preimenovali v Popolno opremljenost anestezijskega delovišča (po izdelanih protokolih). Za bolj objektivne rezultate bi bilo potrebno spremeniti tudi navodila za izvajanje kontrole. Zaradi novih vozičkov bo potrebna tudi sprememba oz. prilagoditev standarda.
KAZALNIK	**Optimalna reanimacija v sklopu celotne bolnišnice**
AKTIVNOSTI	• Kontrola vozičkov 4-krat letno • Izobraževanje zaposlenih o vsebini in uporabi materiala na vozičku
EVALVACIJA	• Izvedba dveh rednih kontrol in dveh kontrol izvedbe dodeljenih ukrepov – skupno 4 kontrole. – **100 %** • Uspešnost kontrol je težko številčno ovrednotiti, vendar se na splošno stanje izboljšuje, večjih neskladij je vedno manj, se pa pojavljajo bolj drobni problemi, ki kažejo na željo po dvigu kvalitete. • Izvedena 3 od načrtovanih 7 internih izobraževanj cca **42 %** V letu 2014 bo za lažjo izvedbo in omogočanje večje udeležbe spremenjena organizacija izvedbe tega izobraževanja.
KAZALNIK	**Izvajanje del v skladu s sprejetimi standardi in protokoli**
AKTIVNOSTI	• Mesečno ponovitev enega dokumenta, poznavanje katerega je potrebno pri našem delu
EVALVACIJA	• Ponovitev 11 od planiranih12 dokumentov - **92 %**
KAZALNIK	**Varno in kakovostno delo ter obravnava pacientov**
AKTIVNOSTI	• Vsaj dve varnostni viziti mesečno • Mesečni timski sestanki • Sporočanje zaznanih odklonov in reševanje dodeljenih
EVALVACIJA	• 25 izvedenih varnostnih vizit - **104 %**; 14 preventivnih vsebin in 11 vsebin po dogodku; • 8 mesečnih timskih sestankov - **66 %** • Sporočili 1 tehnični odklon,1 strokovni odklon (predstojnica oddelka).

3 KADRI IN IZOBRAŽEVANJE

Aktivno smo sodelovali tako pri pripravi opomnikov za delo ob množičnih nesrečah kot tudi pri sami vaji.
Izven svoje enote se je vsak izmed nas udeležil vsaj enega od internih izobraževanj (6 vsebin), trije so obiskali izobraževanja izven SBJ, aktivno pa smo sodelovali pri izobraževanju zaposlenih iz vsebin temeljnih postopkov oživljanja.

Izdelali smo precej obsežen standard o posegih v zvezi z implantirano podkožno vensko valvulo in revidirali 12 svojih SOP-jev.

Do konca leta je bilo izvedenih 33 % rednih letnih razgovorov.

4 CILJI ZA LETO 2014

- Nadaljevanje in izboljšanje prakse in timskih izobraževanj s tematiko strokovnega področja in ponavljanja aktualnih vsebin standardov kakovosti in SOP-ov.
- Izdelava zgodnje opozorilne skale in standarda opremljenosti reanimacijskega vozička v štaciji in porodni sob.i
- Ustanovitev projektne skupine za reanimacijo.

- Poprava navodil oz. kriterijev za izvedbo kontrol perioperativne dokumentacije in urejenosti anestezijskega delovišča.
- Priprava in izvedba izobraževanja o obravnavi bolnika z CADD črpalko

POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK

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

UVOD

Za leto 2013 smo si v EITOS-u za cilj zadali varno in kakovostno obravnavo pacienta. Obenem smo veliko pozornosti posvečali svojcem pacientov. Naša skrb je bila priprava informacij za svojce za katero upamo, da bo svojcem pomagala pri razumevanju zdravljenja in jim pojasnila posebnosti okolja v enoti intenzivne terapije. Ravno tako pričakujemo, da bodo svojci lažje zastavljali vprašanja članom tima v intenzivni terapiji.

Naloga vseh zaposlenih je racionalna raba materiala in skrb za izvedbo vseh ukrepov na področju varčevanja.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Leto 2013 je bilo zaznamovano s številnimi kadrovskimi zamenjavami, tako smo leto zaključili s sedmimi (7) diplomiranimi medicinskimi sestrami in tremi (3) tehniki zdravstvene nege. V enoti delo opravljata še dve (2) diplomirani medicinski sestri, ki se uvajata za delo v enoti in nimata opravljenega strokovnega izpita za samostojno delo. Na porodniškem dopustu in daljši bolniški odsotnosti so štiri (4) diplomirane medicinske sestre in en(1) tehnik zdravstvene nege, ena (1) diplomirana medicinska sestra pa je zamenjala delovno mesto.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVEN NEGE PACIENTA, TISS TOČKE ZA OBDOBJE OD 1. 1. 2013 DO 31. 12. 2013

V EITOS beležimo IV. kategorijo potreb pacientov po zdravstveni negi v 61,0 %, III. kategorijo v 37,0 % in II. kategorijo v 2,0 %. S pomočjo TISS 28 točkovnega sistema smo zaradi zahtevnosti pacientov in obremenjenosti medicinskih sester, v letu 2013 opravile 27.587 TISS točk, kar znaša 292.488 minut dela medicinskih sester. V primerjavi z letom 2012 beležimo upad IV. kategorije (- 26 %) in porast III. kategorije (+24 %), vendar smo v letu 2013 v enoto sprejeli 44 pacientov več kot v istem obdobju leta 2012. Iz navedenega izhaja, da je bila enota v letu 2013 bolj obremenjena kot leto pred tem vendar so bili pacienti gleda na kategorije potreb po zdravstveni negi lažji.

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Zastavljeni cilji v letu 2013 in realizacija je razvidna iz spodnje tabele.

CILJ:	**Znižanje incidenčne stopnje katetrske sepse »0«,** **Znižanje incidenčne stopnje kolonizacije OVK na 0,05 %**

AKTIVNOSTI	• Izobraževanje in usposabljanje kadra za pridobivanje znanja o oskrbi pacienta o oskrba OVK • Izvajanje negovalnih, varnostnih vizit po potrebi glede na postavljen cilj • Vzpostavitev kateter MS
EVALVACIJA	• Izvedeno je bilo eno izobraževanje oziroma delavnica • Glede na zastavljen cilj ni bilo potrebno izvesti VV/VR • Izvajanje dnevnih pregledov OVK oz. opazovanje stanja pri pacientih z vstavljenim OVK - kateter MS **Učinkovitost - 100 %**
CILJ:	**Izobraževanje**
AKTIVNOSTI	• Organizacija VII. izobraževalnega dne – OKUŽBE V EIT • Izvedba učnih delavnic v enoti • Priprava predavanj za zaposlene v SBJ • 3 aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih • 8 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih • Motivirati in seznanjati zaposlene z možnostmi vključitve v proj. time.
EVALVACIJA	• Izvedli smo VII. izobraževalni dan • Izvedli smo 8 učnih delavnic, ena učna delavnica je bila pripravljena s strani oddelka za laboratorijsko diagnostiko – MOTNJE HEMOSTAZE, KRVAVITEV, MULTIPLATE, ROTEM • V sklopu predavanj za zaposlene v SBJ je enota pripravila 3 predavanja, vodja ZN v EITOS-u sodeluje pri izvedbi tečaja TPO in uporabe avtomatskega defibrilatorja • opravili smo 3 aktivne udeležbe na strokovnem srečanju • opravili smo 15 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih izven SBJ • 2/3 zaposlenih je včlanjenih v vsaj en projektnega tima **Učinkovitost – 100 %**
CILJ:	**Varnost in kakovost**
AKTIVNOSTI	• izvajanje varnostnih vizit oziroma pogovorov o varnosti • beleženje odklonov s predlogi izboljšav, s tem preverjanje učinkovitosti • Izvajanje preventivnih ukrepov (RZP, PADEC, BO) • Sodelovanje s koordinatorji za področje BO, oskrbe ran in padci • Razvijanje standardov, protokolov za področje Intenzivne terapije • Izvajanje oddelčnih sestankov
EVALVACIJA:	• Izvedenih je bilo 26 varnostnih vizit • izvedena je bila 1 varnostna vizita z vodjo dejavnosti in pomočnico direktorja ZN za področje BO • Zabeležili smo 1 odklon v razhajanju pri merilih in kategorizaciji pacientov • Izdelan je bil protokol TRANSPORT ŽIVLJENJSKO OGROŽENEGA PACIENTA ZNOTRAJ BOLNIŠNICE • Izvedenih je bilo 10 oddelčnih sestankov – **100 %** Izrečenih je bilo 23 ukrepov, od tega jih je bilo uspešno zaključenih 21. Glede na določene ukrepe, so bile varnostne vizite/razgovori uspešno zaključene **– 91 %**
CILJ:	**Ohraniti uspešno vodenje skupnih kazalnikov kakovosti ZN**
AKTIVNOSTI	• izboljševanje kazalnikov kakovosti (znižati število pridobljenih RZP v enoti, ohraniti uspešen kazalnik MRSA, ohraniti uspešen kazalnik padci • izvajanje študije primerov, korektivne ukrepe
EVALVACIJA:	• cilj dosegamo v vseh 3 kazalnikih (RZP- 7 novonastalih, MRSA -0,

	PADEC -0) • Ocenjevanje ogroženosti za padec in za nastanek RZP po protokolu • Redno mesečno poročanje posameznim koordinatorjem • izdelane so bile 7 študije primerov pri novo nastalih RZP **Učinkovitost – 100%**
CILJ:	**Dosledno izpolnjevanje dokumentacije ZN**
AKTIVNOSTI	• Redni mesečni nadzor nad izpolnjevanjem dokumentacije • Izvedba učne delavnice z naslovom Dokumentiranje v ZN v sodelovanju z namestnico pomočnice direktorja za področje ZN
EVALVACIJA:	• Mesečno poročanje pomočnici direktorja za področje ZN • Ugotovljena manjša neskladja pri izpolnjevanju negovalne dokumentacije **Učinkovitost** – **95 %** (manjša odstopanja pri nadzoru dokumentacije) **Učinkovitost 0 % -** Izvedba učne delavnice (Dokumentiranje v ZN)

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE V EITOS- U

V letu 2013 smo nadaljevali z ocenjevanjem zavesti pri vseh pacientih, ki so bili hospitalizirani v enoti in dokončno smo izdelali protokol Transporta življenjsko ogroženega pacienta. Pričeli smo z ukrepi in postopki za preprečevanje ventilatorske pljučnice, ki bodo izvajani tudi v letu 2014.

Dve zaposleni sta se udeležili petintrideset (35) urnega programa izobraževanja za medicinske sestre - asistente pri bronhoskopiji. V okviru izvedenega programa smo izboljšali in spremenili tehniko čiščenja in dezinfekcije bronhoskopa. Pri tem smo v enoti izdelali učno gradivo za navedeno področje.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3.1 POROČILA VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORA – 1. 1. - 31. 12. 2013

V enoti intenzivne terapije operativnih strok je bilo izvedenih šestindvajset (26) varnostnih vizit / razgovorov (vodja ZN je opravila osem (8) VV/VR in osemnajst (18) VV/VR je opravila odgovorna MS) in šestindvajset (26) negovalnih vizit s strani odgovornih MS. Na podlagi opravljenih varnostnih vizit je bilo izrečenih triindvajset (23) ukrepov, od katerih je bil enaindvajset (21) uspešno izvedenih.

Varnostna vizita/ razgovor so se opravi predvidoma vsak teden, do odstopanja v realizaciji zastavljenih ciljev v letu 2013 je prišlo zaradi povečanega obsega dela oziroma neodložljivih del v zdravstveni negi, ki so povezani s poslabšanji zdravstvenega stanja pacientov.
V letu 2013 nismo beležili odklonov.

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu leta 2013 so se zaposleni v EITOS-u udeležili 18 različnih internih izobraževanj in sicer je bilo 79 udeležb. Na eksternih izobraževanjih je bilo petnajst (15) udeležb, prav tako pa smo imeli tri (3) aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih. V okviru zastavljenega cilja smo znotraj same enote izvedli več internih izobraževanj. Izobraževalne učne delavnice so bile organizirane in usmerjene ciljno, glede na področje dela oziroma novosti v enoti.

Organizirali in izvedli smo VII izobraževalni dan z osrednjo temo OKUŽBE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE. Na izobraženem dnevu je sodeloval priznani strokovnjak za področje infekcijske bolezni in epidemiologije doc. dr. Matjaž Jereb.

Zaposleni v EITOS smo sodelovali in pripravili naslednja predavanja za zaposlene v Splošni bolnišnici Jesenice:

- osrednji venski kateter in vloga medicinske sestre pri oskrbi osrednjega venskega katetra
- priprava in aplikacija intravenoznih zdravil
- VII. Izobraževalni dnevi EITOS (Okužbe v enoti intenzivne terapije)
- opazovanje pacienta in motnje ritma (v sodelovanju z IIT)

Letni razgovori v enoti se izvajajo, saj je to priložnost za izmenjavo mnenj med vodjem in zaposlenim, priložnost skupnega odkrivanja napak, prednosti, njegovih ambicij in želja, na drugi strani pa predstavitev pričakovanj delovnega mesta in organizacije. V letnih razgovorih z zaposlenimi je viden pozitiven vpliv na njegov razvoj, na razvoj samega delovnega mesta in na motivacijo za delo. Sami letni razgovori veliko doprinesejo h komunikaciji in razvoju posameznika ter postavitvi njihovih ciljev za prihodnost.

5 POMEMBNE INFORMACIJE ENOTE

Enota dobro sodeluje z vsemi oddelki v SB Jesenice. Izdelali smo navodila oziroma informacije za svojce in obiskovalce pacientov v enoti intenzivne terapije. Zaposleni v enoti (7 zaposlenih) so že v letu 2011/12 sodelovali pri nastajanju visokošolskega učbenika za študijski program Zdravstvena nega: Izbrane intervencije zdravstvene nege – Teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege. Učbenik je izšel v letu 2013. Učbenik predstavlja pomemben vir znanja, udeležba zaposlenih pa je pripomogla tudi k dvigu strokovnosti v enoti.

Kljub nekoliko večji fluktuaciji kadra v preteklem letu in pomladitvi enote, je delo potekalo nemoteno in v skladu s pravili stroke tako, da delo v letu 2013 ocenjujemo kot zelo dobro opravljeno.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

- Znižanje incidenčne stopnje katetreske sepse »0«, znižanje incidenčne stopnje
- kolonizacije OVK na 0,06 %.
- Izobraževanje
- Varnost in kakovost
- Ohraniti uspešno vodenje skupnih kazalnikov kakovosti ZN
- Dosledno izpolnjevanje dokumentacije ZN

Poleg ciljev in kazalnikov kakovosti bomo v EITOS izvajali :

- Spremljanje in vodenje TISS točkovnega sistema
- Spremljanje in vodene t.i. » lista dragega bolnika«
- Sodelovanje v projektnih skupinah
- 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 2013

Peter Najdenov, dr. med.
Predstojnik službe

UVOD

Delo v letu 2013 je potekalo po načrtih, 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.

Organizirali smo razna interna in zunanja strokovna srečanja, strokovno smo se izobraževali največ v domačem okolju, manj v tujini. Večjih pridobitev v l 2013 ni bilo, delno smo vzdrževali opremo.

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.)
3. 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 se vključuje zdravnik specializant pediatrije Rok Muller-ja, ki redno dežura 3 do 4-krat mesečno.

1.1.1 Protokol dela zdravnikov

Delovni dan zdravnika je opredeljen s pisnim razporedom, ki se ga pripravi sproti vsak teden. Večje odsotnosti se načrtujejo 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 poteka 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.

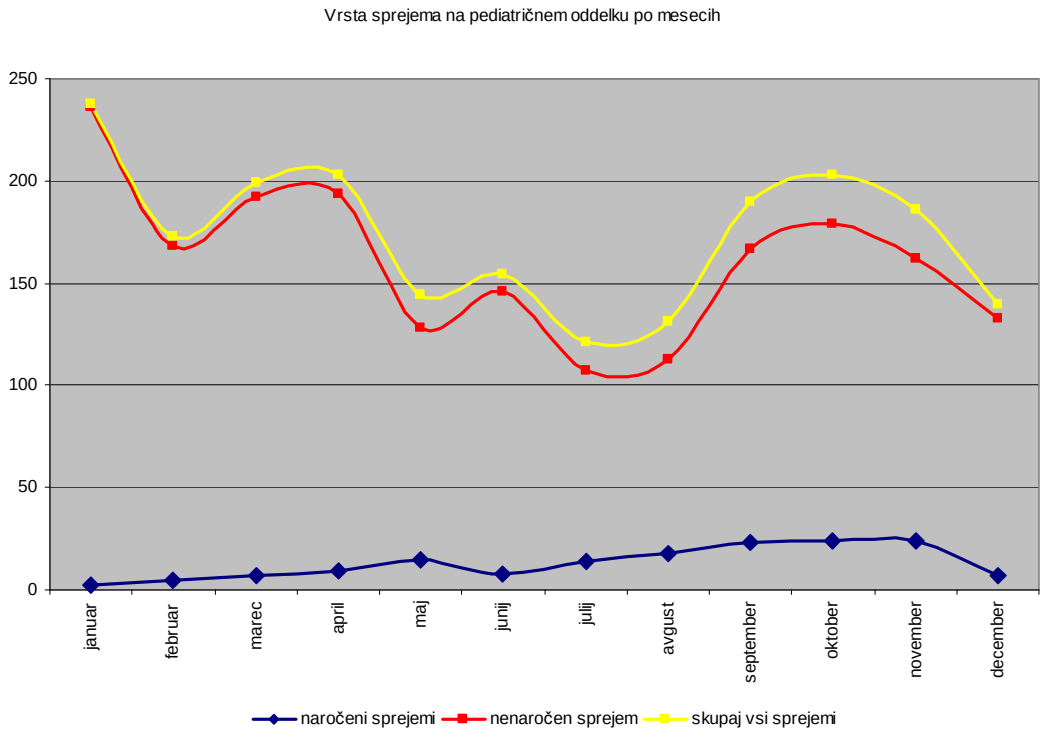
Ob torkih je čas namenjen predstavitvam novosti, sreda je dan glavne vizite, strokovna izobraževanja (poročila, seminarji) se prilagajajo količini dela in številu prisotnih.

2 OPRAVLJENO DELO V LETU 2013

2.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

V letu 2013 je bilo na otroškem oddelku obravnavano 2.060 otrok, kar pomeni 103,78-% realizacijo načrta. Povprečna ležalna doba je bila 2,84 dni, povprečni SPP 0,701.

Graf 1:*Vrsta sprejemov na pediatričnem oddelku po mesecih*.



Največje število sprejemov je v zimsko-spomladansko-jesenskem obdobju, kar sovpada s splošno epidemiološko situacijo v regiji in v državi glede na porast števila nalezljivih respiratornih in gastrointestinalnih obolenj. V času nižjega števila urgentnih (nenapovedanih oz nepredvidljivih) sprejemov, je bilo opravljeno več načrtovane, predvsem alergološke diagnostike in obravnave (obremenitvena testiranja). Zaradi izrazito sezonskega nihanja števila sprejemov in s tem zasedenosti oddelka, je bilo potrebno prilagajanje dela na otroški kirurgiji.

Več kot 70 % otrok je bilo mlajših od 6 let. Skupaj ob otroku je bilo na oddelku hospitaliziranih tudi 1.821 staršev. (doječe matere - 291; sobivanje do 6. leta starosti in/ali spremstvo otroka - 1.530).

V letu 2013 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.

V letu 2013 se je ležalna doba nekoliko zvišala, predvsem na račun obravnave otrok s težkimi dihalnimi stiskami, ki so potrebovali daljšo hospitalizacijo. Podaljšanje ležalne dobe,

se odraža tudi v višjem SPPju.

Graf 2: *Povprečna ležalna doba*

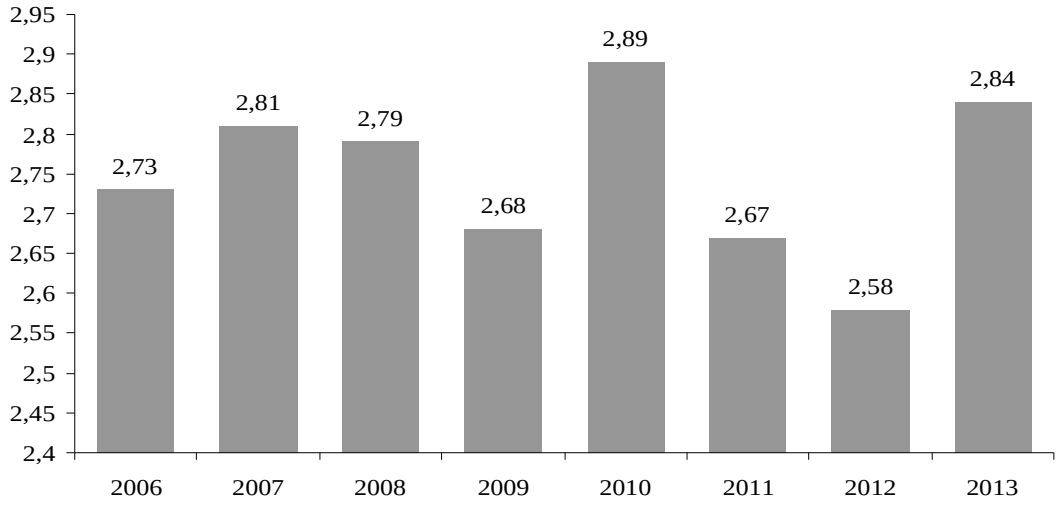
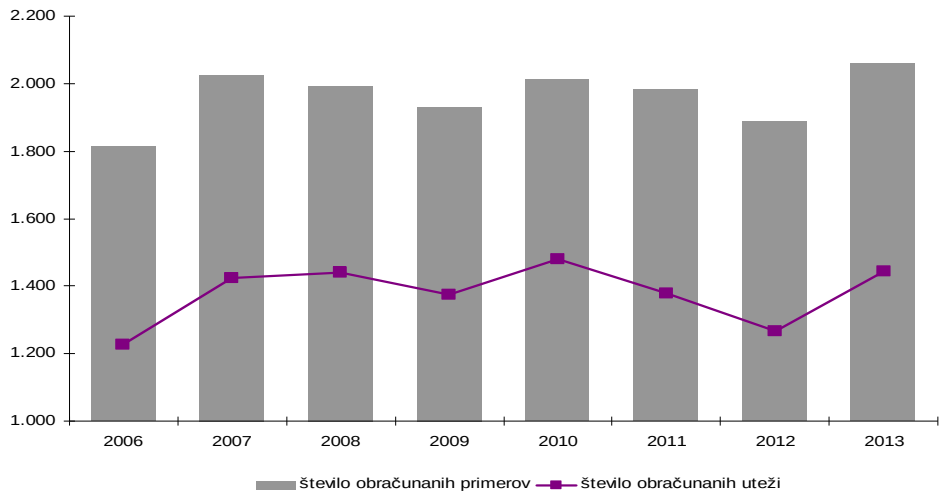


Tabela 1: *Število obračunanih primerov na pediatričnem oddelku – za vse plačnike*

	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
število obračunanih primerov	1.932	2.013	1.982	1.887	2.060
število obračunanih uteži	1.373,61	1.479,98	1.378,48	1.266,68	1.444,40
povprečna utež	0,711	0,735	0,695	0,671	0,701
povprečna ležalna doba	2,68	2,89	2,67	2,58	2,84

Graf 3: *Prikaz obračunanih primerov in uteži*.



Vrednost SPP je narasla na 0,701. Utež se je dvignila na račun bolnikov s težkimi respiratornimi stanji, ki so potrebovali zahtevno obravnavo. Kljub vsemu je utež za pediatrično delo v primerjavi z drugimi vejami medicine še vedno sramotno nizka in se

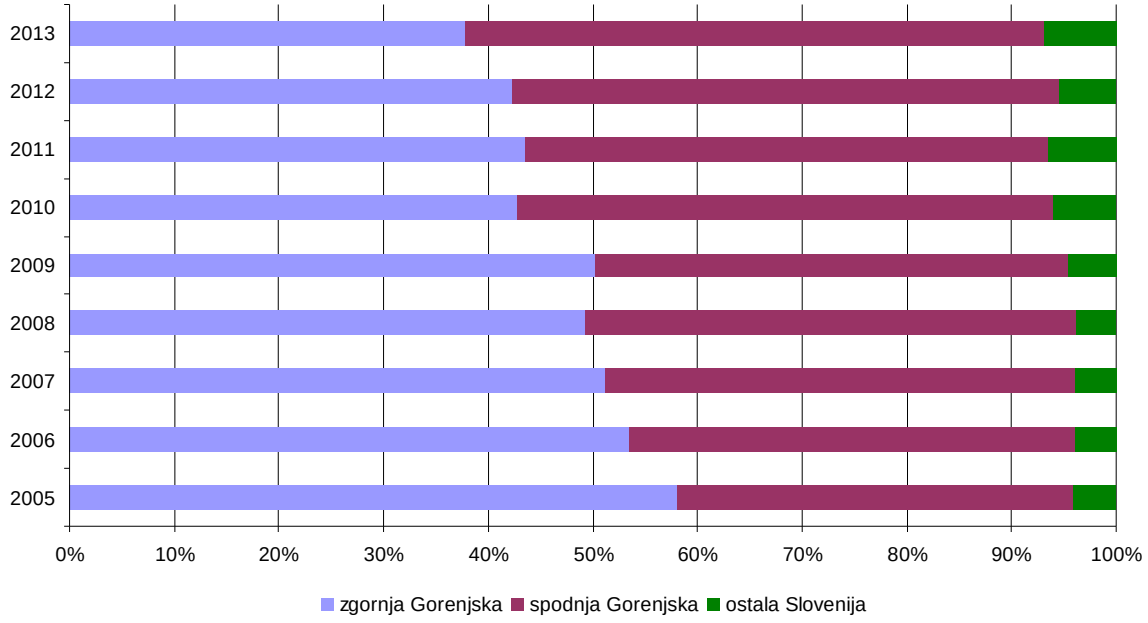
dejansko v času ne spreminja. Oddelek je po opravljenem delu povsem primerljiv z drugimi otroškimi oddelki regionalnih bolnišnic.

Tabela 2: *Prikaz obravnav v obdobju od leta 2005 do 2013*

	število obravnav									INDEKS
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014/2005
zgornja Gorenjska	1.466	1.477	1.581	1.529	1.666	1.541	1.535	1.612	1.475	100,61
spodnja Gorenjska	955	1.175	1.390	1.459	1.495	1.854	1.757	1.987	2.155	225,65
ostala Slovenija	102	108	120	117	154	213	228	208	268	262,75
SKUPAJ SLOVENIJA	2.523	2.760	3.091	3.105	3.315	3.608	3.520	3.807	3.898	154,50

Število obravnav s spodnje Gorenjske v zadnjem obdobju še vedno narašča. Otroški oddelek prevzema vlogo hospitalne dejavnosti za otroke iz celotne gorenjske regije.

Graf 4: *Delež obravnav po regijah*



V letu 2013 je prisoten upad obravnav z zgornje Gorenjske (8,5 %) in več kot 8,5 % porast obravnav s spodnje Gorenjske. Veča se tudi priliv z ostalih delov Slovenije.

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 76,95-% delež vseh diagnoz pri malem otroku in dojenčkih.

Največ obravnav pri bolnikih starih od 2 do19 let je zaradi težav s prebavili. Pomemben delež imajo infekti spodnjih dihal in sečil. V tej starostni skupini je bilo opravljeno tudi veliko alergološke diagnostike.

Tabela 3: *Najpogostejše diagnoze na oddelku za dojenčke in male otroke (do 1,99 let) v letu 2013*

Glavna diagnoza	**Št. obravnav**
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	143
J219 Akutni bronhiolitis, neopredeljen	133
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	71
A080 Rotavirusni enteritis	64
J210 Akutni bronhiolitis, ki ga povzroča respiratorni sincicijski virus	57
J040 Akutni laringitis	52
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	35
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutljivosti	30
N390 Infekcija sečil, mesto ni opredeljeno	27
R509 Vročina, neopredeljena	26
R560 Febrilne konvulzije	21
N10 Akutni tubulointersticijski nefritis	19
L209 Atopijski dermatitis, neopredeljen	18
R11 Navzea in bruhanje	15
A082 Adenovirusni enteritis	14
J069 Akutna infekcija zgornjih dihal, neopredeljen	13
K522 Alergijski in dietetični gastroenteritis in kolitis	13
L509 Koprivnica, neopredeljena	11
J189 Pljučnica, neopredeljena	10
Ostale diagnoze	237
SKUPAJ	**1.028**

Tabela 4: *Najpogostejše diagnoze na oddelku za šolske in predšolske otroke (od 2 let naprej) v letu 2013*

Glavna diagnoza	Št.obravnav
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	152
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	104
A080 Rotavirusni enteritis	70
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutljivosti	52
J040 Akutni laringitis	50
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	49
R11 Navzea in bruhanje	35
K297 Gastritis, neopredeljen	22
K291 Druge vrste akutni gastritis	21
L509 Koprivnica, neopredeljena	20
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	20
R509 Vročina, neopredeljena	20
J030 Streptokokni tonzilitis	19
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	17
J450 Pretežno alergijska astma	15
J459 Astma, neopredeljena	13

K295 Kronični gastritis, neopredeljen	11
L500 Preobčutljivostna koprivnica (alergijska urtikarija)	11
B279 Infekcijska mononukleoza, neopredeljena	10
N390 Infekcija sečil, mesto ni opredeljeno	10
A045 Enteritis, ki ga povzroča kampilobakter	9
Ostale diagnoze	324
SKUPAJ	**1.054**

V letu 2013 je bilo v terciarne centre premeščenih 19 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.

2.2 AMBULANTNA DEJAVNOST

Delo ambulant se v letu 2013 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 meseci. Težave z dolgo čakalno dobo se rešujejo z organizacijo dodatnih ambulant in v tesnem sodelovanju s hospitalno obravnavo.

Tabela 5: *Pregledi po pediatričnih ambulantah v letu 2013 - za vse plačnike*

Ambulante		*št. pregledov*	*delež*
P1	urgentna ped. amb.	3.159	54,06
P2	kardiološka ped. amb.	430	7,36
P3	alergološko-pulmološka ped. amb.	1.528	26,15
P4	nefrološka ped. amb.	121	2,07
P5	nevrološka ped. amb.	82	1,40
P6	neonatološka ped. amb.	72	1,23
P7	gastroenterološka ped. amb.	218	3,73
P8	pedopsihiatrična ped. amb.	189	3,23
P9	ped. amb. za TBC	44	0,75
SKUPAJ PEDIATRIČNE AMBULANTE		**5.843**	**100,00**

Graf 5: R*azmerje pregledov v Pediatrični ambulanti*.

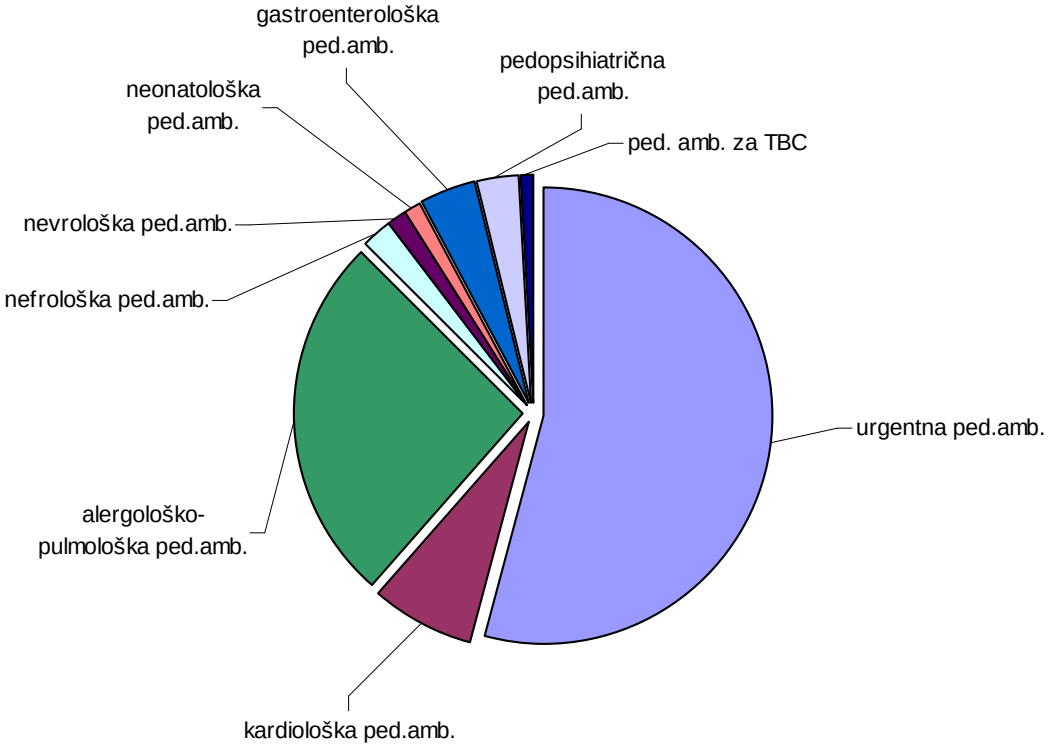


Tabela 6: *Število obravnav v pediatrični ambulanti po občinah primerjalno 2005-2013*

	število obravnav									INDEKS
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2005
zgornja Gorenjska	2.435	2.432	2.689	2.678	2.877	2.675	2.688	2.706	2.527	103,78
spodnja Gorenjska	1.591	1.864	2.173	2.325	2.368	2.612	2.476	2.724	3.001	188,62
ostala Slovenija	135	145	178	184	209	205	265	241	315	233,33
SKUPAJ SLOVENIJA	4.161	4.441	5.040	5.187	5.454	5.492	5.429	5.671	5.843	140,42

Tabela 7: *Delež obravnav v pediatrični ambulanti po občinah primerjalno 2005-2013*

	delež obravnav								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
zgornja Gorenjska	58,52	54,76	53,35	51,63	52,75	48,71	49,51	47,72	43,25
spodnja Gorenjska	38,24	41,97	43,12	44,82	43,42	47,56	45,61	48,03	51,36
ostala Slovenija	3,24	3,27	3,53	3,55	3,83	3,73	4,88	4,25	5,39
SKUPAJ SLOVENIJA	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Število ambulantnih obiskov narašča, vedno večji je delež v urgentni ambulanti (ki ni finančno ovrednotena), vedno večji je delež obravnav s spodnje Gorenjske in drugih delov Slovenije.

Struktura trenda je zelo podobna hospitalnim obravnavam na otroškem oddelku.

2.3 AKTIVNOSTI IZVEN PEDIATRIČNEGA ODDELKA

Na otroškem oddelku je bilo obravnavanih 463 otrok s kirurškim obolenjem, v sklopu dnevne otroške kirurgije pa še 99 bolnikov.

Pregledali smo 729 novorojenčkov, 68-krat smo bili prisotni pri porodu s carskim rezom. Iz porodnišnice smo skupaj premestili 6 otrok, od tega 4 v enoto intenzivne terapije na terciarni nivo. Trije otroci bili mrtvorojeni.

Kolegica (Tina Požek Tina, dr. med.) redno sodeluje v gastro-endoskopski ambulanti. Na oddelku vodimo centralno cepljenje zaposlenih in skrbimo za organizacijo imunizacije v SBJ (Peter Najdenov, dr. med.).

3. KAZALNIKI KAKOVOSTI V 2013

- *Spremljanje prenosa okužb*: v letu 2013 nismo opažali pomembnih prenosov gastrointestinalnih in respiratornih okužb, posamezne primere smo obravnavali individualno. Največkrat je vzrok prenosa neupoštevanje navodil o gibanju na oddelku in v prostorski omejenosti: centralna avla ne omogoča ločitve infektivnega od neinfektivnega dela.
- *Spremljanje kolonizacije uritestov*: v letu 2013 je gojišča urina odčitaval in vrednotil zdravnik; število kontaminacij je pod 5 %, nekoliko višje je pri kužninah novorojenčkov; izvedeno je bilo notranje izobraževanje.
- *Vrednotenje znanja staršev o poznavanju znakov dihalne ogroženosti otroka*: Osnova je vprašalnik, ki so ga starši izpolnjevali ob koncu leta 2010 in začetku 2011; analiza je pokazala dobro poznavanje neposrednih pokazateljev dihalne stiske pri otroku. Po notranjem izobraževanju za celoten oddelek (Šola astme), se je znanje o prepoznavi in obravnavi dihalne stiske pri starših precej popravilo. Objektivnih kazalcev nimamo.

4. STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA V LETU 2013

- Udeleževali smo se izobraževanj in strokovnih srečanj pediatrične sekcije in posameznih specialnih sekcij pri zdravniškem društvu (otroška nevrologija, sekcija za pulmologijo, alergologijo).
- dodatno izobraževanje iz pulmologije, Peditrična klinika UKC Ljubljana (Ahačič)
- AAF Salzburg Quality and safety in medicine (Ahačič)
- AAF Salzburg Pediatric emergency medicine (Najdenov)
- SEPEG, Beograd (Požek)
- HP kongres v Ljubljani (Požek)
- Derčevi dnevi, junij, Ljubljana (Jakopič, Urbanc)
- Perioperativna anafilaksija, marec, Ljubljana (Jakopič, Urbanc)
- International Heart failure symposium, september, Portorož (Jakopič)
- Alpe Adria meeting of perinatal medicine, september, Bled (Jakopič, Požek, Najdenov, Urbanc)
- Cepljenje otrok in opustitev cepljenja, oktober, Nova Gorica (Jakopič, Urbanc)

Aktivno:

- Tečaju APLS v Sloveniji in UK (Najdenov)
- Mednarodni simpozij urgentne medicine Portorož - okrogla miza o sekundarnem transportu otroka (Najdenov)

- redno prednovoletno srečanje pediatrije Gorenjske, december 2013
    - hipertenzivna kriza (Jakopič)
    - arterijska hipertenzija pri otroku (Najdenov)
- Simpozij intenzivne medicine Hrvatske. Brijoni: High nasal flow oxygen delivery in child with respiratory distress (Najdenov)
- Pediatrična sekcija Ljubljana, december 2013: Otrok z okužbo sečil (Najdenov)
- Neonatalna sekcija Jesenice 2013:
    - Naraven porod v očeh pediatra (Jakopič, Požek)
    - Preventivni ukrepi pri novorojencu (Najdenov)
- Kritično bolan otrok, Ljubljana (Najdenov)
    - inštruktor na delavnicah
- Srečanje pediatrov Gorenjske, Kranj, december
    - Akutne driske pri otrocih (Požek)
    - Vročina, simptom in obravnava (Najdenov)
- Atopijski dermatitis - priprava in predavanje za ZT in DMS zaposlene v SBJ (Jakopič)
- projekt ASTMA ŠOLA, april 2013, (Jakopič, Urbanc)
- dodatno izobraževanje na KOOKIT UKC LJ (Požek)

5. NAČRTI

V 2014 smo si zadali več ciljev:

- spremljanje strokovne upravičenosti pisanja 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 na KOOKIT-u za enega kolega
- prenova »PIN« lista za dokumentacijo hudo bolnega otroka
- vzpostavitev skupnih gorenjskih sestankov z zdravniki pediatri (skupne vizite)
- priprava klinične poti »pediatrični sprejem«
- priprava navodil za starše ob pogostejših težavah
- izobraževanje TPO otroka za zaposlene
- izobraževanje o anafilaksiji za zaposlene
- ponovna izvedba astma šole

ZAKLJUČEK

Delo v letu 2013 je potekalo brez večjih strokovnih težav. Večjih organizacijskih težav ni bilo. Zasluge za dobro delo v 2013 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

Zaposleni v zdravstveni negi na pediatričnem oddelku smo v letu 2013 sledili zastavljenim ciljem z načrtovanimi aktivnostmi. Naše bistveno prizadevanje pa je bilo ustvarjanje varnega in kakovostnega okolja tako za male paciente kot tudi za zaposlene. Trudili smo se ustvarjati pozitivno organizacijsko klimo, ta je pogoj za motivacijo zaposlenih, ki se pri svojem delu srečujejo s tako občutljivo in specifično populacijo.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Z opolnomočenjem zaposlenih v zdravstveni negi smo pričeli že v letu 2012 in nadaljevali v letu 2013. Oblikovali smo delokroge za posamezna področja delovanja zdravstvene nege na našem oddelku, opredelili smo nekatere ključne naloge in odgovornosti zaposlenih.

Večje fluktuacije zaposlenih na oddelku nismo beležili, ostajale so nadomeščene odsotnosti zaradi porodniških dopustov. Daljših bolniških odsotnosti nismo beležili, v letu 2013 ni bilo tudi nobene upokojitve v zdravstveni negi na našem oddelku.

Leto 2013 smo zaključili z naslednjim številom kadra v zdravstveni negi:

Tabela 1: Kadrovska struktura ZN Pediatrične službe na dan 31. 12. 2013

	ODDELEK	PEDIATRIČNA AMBULANTA	DOLOČEN ČAS/PRIPRAVNIKI	PORODNIŠKA/ BOLNIŠKA/OSTALO
TZN	18	1	/	2
DMS	4	1	/	1

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Spremembe v kategorizaciji potreb po zdravstveni negi hospitaliziranih pacientov iz leta 2011 niso več nejasne. Izdelane so natančno Tudi za področje pediatrične zdravstvene nege so natančno izdelane in izvajalke tem aktivnostim sledijo pri vsakodnevnem kategoriziranju ter pri načrtovanju aktivnosti zdravstvene nege.

Tabela 2: Primerjava kategorij na ped. odd. od leta 2009 do 2013 izraženo v odstotkih

KATEGORIJA	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
I. kategorija	11,0	7,4	2,0	**0**	**0**
II. kategorija	23,0	34,7	53,0	**54,0**	**54,0**
III. kategorija	66,0	58,0	45,0	**46,0**	**46,0**

Iz tabele 2 je razvidno, kako so spremembe vplivale na kategorizacijo na pediatričnem oddelku, najbolj vidno je to v letih 2009 in 2010. V letih 2012 in 2013 pa je skupno število enako, kar vsekakor kaže, da je izvajanje kategorizacije potreb po zdravstveni negi na oddelku aktivnost diplomiranih medicinskih sester, pri kateri ni več večjih dvomov in

nejasnosti. Poleg tega so rezultati v zadnjih dveh letih tudi pokazatelj tega, da je spremenjena vloga medicinske sestre, ki ni samo izvajalka medicinsko tehničnih posegov, temveč tudi svetovalka in promotorica zdravja in nenazadnje tudi izvajalka zdravstvene vzgoje staršev, otrok in mladostnikov.

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 2013 so bili realizirani tako, kot je prikazano v spodnji tabeli:

CILJ: Izobraževanje	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija strokovnega srečanja gorenjske pediatrije 2. Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku 3. 5 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 4. 4 aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih	Realizirano
EVALVACIJA: 1. Srečanje je bilo organizirano – november 2013 2. Organizirano je bilo 13 izobraževanj 3. 15 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 4. 4 aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih	
CILJ: Izdelava protokolov in dokumentacije	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Izdelava protokola za izvajanje sublingvalne specifične imunoterapije (SLIT) v ped. amb. 2. Izdelava protokola za zdravljenje z visokim pretokom - Optiflow 3. Izdelava zgibanke Astma šola 4. Izdelava klinične poti sprejema otroka na ped. odd. 5. Ureditev sledljivosti štirih kliničnih poti	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Protokol je v pripravi 2. Protokol je izdelan 3. Zgibanka ni izdelana v celoti 4. Klinična pot je izdelana, ni še v uporabi 5. Končano	
CILJ: Varnost in kakovost	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Število varnostnih vizit 2. Število varnostnih vizit koordinatorice ZN in predstojnika 3. Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti 4. Razvijanje novih standardov kakovosti za področje pediatrične ZN	Realizirano
EVALVACIJA: 1. Izvedenih je bilo 54 varnostnih vizit 2. Izvedene so bile 3 varnostne vizite koordinatorice ZN in predstojnika	

3. Zabeleženo je bilo 5 odklonov 4. Izdelana sta bila 2 popravka standardov kakovosti, novih standardov nismo izdelali	
CILJ: Zdravstveno vzgojno delo	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Uspešnost izvedenih astma šol ob ponovnem pregledu v ambulanti 2. Število ZV intervencij v pediatrični ambulanti 3. Število ZV intervencij na pediatričnem oddelku	Realizirano
EVALVACIJA: 1. Uspešnost je bila 98-% 2. ZV intervencij v pediatrični ambulanti je bilo 126 3. ZV intervencij na pediatričnem oddelku je bilo 135	
CILJ: Razvoj kadrov	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Število izvedenih letnih razgovorov na število zaposlenih 2. Spremembe matrike znanj glede na letne razgovore	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Izvedenih je bilo 70 % letnih razgovorov 2. Matrika znanja se je spremenila pri 50 % opravljenih letnih razgovorih	

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE

Že v letu 2012 smo si postavili cilj, da na oddelku pregledamo vse klinične poti ter jih po potrebi preoblikujemo in spremenimo ter oblikujemo in izdelamo nove. Spremenili smo tudi organizacijo in vodenje delovnih sestankov. Poudarili smo predvsem vlogo manjših, krajših, tematskih timskih sestankov ali problemskih, ki so usmerjeni zgolj k rešitvi težav. Izkazali so se za dober pristop k timskemu reševanju problemov, vendar bo za njihov pravilen potek in ukrepe ter preverjanje učinkovitosti treba izdelati še formo, ki bo vodilo k njihovi pravilni izvedbi.

2.1 KLINIČNE POTI

V letu 2013 smo na oddelku revidirali klinične poti, ki so že bile v uporabi in jim dodali nove vsebine, ki so bile potrebne tudi zaradi zahtev akreditacij ter izdelali nove.

Tabela 3: Klinične poti na pediatričnem.oddelku v letu 2013

Št.	KLINIČNA POT
1.	KP za obremenilno testiranje z jajcem – z nizkim tveganjem za alergično sistemsko reakcijo
2.	KP za obremenilno testiranje s kravjim mlekom – z nizkim tveganjem za alergično sistemsko reakcijo
3.	KP za obremenilno testiranje s kravjim mlekom – z visokim tveganjem za alergično sistemsko reakcijo
4.	KP za obremenilno testiranje s Paracetamolom (Lekadol)
5.	KP za obremenilno testiranje s Cefuroksimom (Zinnat)
6.	KP za obremenilno testiranje s penicilinom (Fenoksimetilpenicilin)
7.	KP za programsko otroško operacijo (prenovljena)
8.	KP za programsko otroško operacijo – odstranitev žrelnice (prenovljena)

2.2 DELOVNI SESTANKI

Število delovnih sestankov je prikazano v spodnji tabeli:

Tabela 4: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah - število

Redni delovni sestanki	Izredni/problemski delovni sestanki	Timski delovni sestanki
4	7	8

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Tudi v letu 2013 smo se na oddelku trudili na področju kakovosti in varnosti. Veliko časa namenimo varnemu izvajanju našega dela tako za paciente kot tudi zaposlene. Izboljšali smo rezultate pri nadzorih v zdravstveni negi, tudi pri nadzoru dokumentiranja so rezultati boljši kot v letu 2012.

3.1 ANKETA O IZOBRAŽEVANJU ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI NA PEDIATRIČNEM ODDELKU

Na oddelku smo v drugi polovici leta izvedli anketo med zaposlenimi v zdravstveni negi. Z anketo smo želeli izvedeti o čem, koliko in na kakšen način se zaposleni v zdravstveni negi želijo izobraževati znotraj oddelka.

Razdeljenih je bilo 24 anket, vrnjenih je bilo 20, kar predstavlja 84 % zaposlenih. Postavljenih je bilo sedem vprašanj zaprtega tipa in zadnje, ki je bilo odprto (želje o temah izobraževanja). V spodnji tabeli so prikazani odgovori na vprašanja, ki predstavljajo najvišji odstotek.

Tabela 5 : Rezultati ankete o izobraževanju prikazani glede na najvišji odstotek

Zap.št.	Vprašanje	Najvišji odstotek odgovorov
1.	Ali se strinjate z organizacijo oddelčnih izobraževanj	Da – 100 %
2.	Ali z organizacijo izobraževanj po vašem mnenju pridobivamo potrebna nova znanja	Da – 100 %
3.	Koliko časa naj potekajo izobraževanja	30 minut – 70 %
4.	Kakšen naj bo terminski razmik med izobraževanji	1/mesec – 65 %
5.	Kdo naj izobraževanja pripravi/predava	MS in zdravnik – 90 % zaposlenih
6.	Kakšna oblika izobraževanja vam je najbolj všeč	Praktične delavnice – 100 % (možnih več odgovorov)
7.	Ali želite sodelovati pri pripravi izobraževanj	Da – 70 %

Na podlagi ankete smo v letu 2013 pripravili 3 izobraževanja, ki so bila v njej predalagana.

3.2 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2013 je bilo zabeleženih pet odklonov, ki so bili vneseni v računalniški program ART. Število je večje kot v letu 2012. Narava in vrsta odklonov je prikazana v tabeli 6:

Tabela 6: Število odklonov

Oddelek/ enota	**Skupno število odklonov**	**Sporočili sami/dodelili drugi**	**Odkloni sporočeni anonimno**	**Strokovni odklon**	**Pritožba pacienta/ svojca**	**Poškodba osebja**
PED	5	5/0	0	3	0	0
Oddelek/ enota	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Varnostni incident informacij**	**Kaznivo dejanje**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
PED	0	1	0	0	1	6

Na odklone je bilo izrečenih 6 ukrepov, vsi so bili uspešno rešeni in zaključeni.

3.3 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

V tabeli 7 je prikazano število varnostnih vizit in razgovorov v letu 2013 glede na nivo izvedbe.

Tabela 7: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

	Koordinatorica ZN	Odgovorne MS odd.	Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN
ŠTEVILO	11	40	3

V tabeli 8 pa je prikazano število izrečenih ukrepov in njihova učinkovitost.

Tabela 8: Število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN	11	16	96%
Odgovorne MS odd.	40	63	97%
Skupaj	51	79	96,5%

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedenih je bilo 70 % letnih razgovorov, kar je 10 % manj kot v v letu 2012. Pri izvedbi letnih razgovorov je opaziti napredek, zaposleni se dobro pripravijo nanj. V preteklem letu je bil velik del razgovora namenjen ne samo izobraževanju kot načrtovani aktivnosti, temveč tudi izobraževanju na podlagi matrike znanj. Zaposleni so z izvedbo letnih razgovorov zadovoljni; največ mnenj je še vedno izraženih v zvezi z izobraževanjem, odnosi v širšem in ožjem zdravstvenem in negovalnem timu in glede individualnih ciljev. S samo organizacijo in vodenjem so zadovoljni, v večini nimajo pripomb.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt izobraževanja je bil postavljen na začetku leta 2013. Izpolnjen je bil v celoti, tako interna, ki jih je bilo 19, kot eksterna izobrževanja, ki jih je bilo 15.

Tabela 9: Interno in eksterno izobraževanje - število

Izobraževanje/udeležba	Pasivna	Aktivna
Interno	89	6
Eksterno	31	4

V letu 2013 smo organizirali tudi delavnico astma šole za vse zaposlene v zdravstveni negi na oddelku, vključene pa so bile tudi diplomirane medicinske sestre, ki opravljajo dežurno službo na našem oddelku. V mesecu novembru smo organizirali tradicionalno srečanje gorenjske pediatrije. Zopet je bila udeležba visoka, kar nam vsako leto znova potrjuje, da je to dobra praksa in je z njo potrebno nadaljevati.

5 PEDIATRIČNA SPECIALISTIČNA AMBULANTA

Tudi v letošnjem letu je naročanje potekalo preko centralnega naročanja, večjih odstopanj na tem segmentu v letu 2013 ne beležimo. Prav tako naročanje za različne provokacije še vedno poteka preko same pediatrične ambulante, ta način se je izkazal za uspešnega in teče skozi vse leto. Obravnava teh pacientov poteka po kliničnih poteh, pacienti ali/in njihovi spremljevalci pa na koncu hospitalizacije izpolnijo anketo o zadovoljstvu z obravnavo na našem oddelku.

Tabela 10: Zadovoljstvo obravnave po KP – provokacije

ŠTEVILO KLINIČNIH POTI - PROVOKACIJE	ŠTEVILO ODDANIH ANKETNIH VPRAŠALNIKOV	ŠTEVILO ODDANIH ANKETNIH VPRAŠALNIKOV V ODSTOTKIH	ZADOVOLJSTVO OBRAVNAVE PO KP
89	81	91 %	98 %

Ankete se pregledujejo mesečno, morebitno izraženo nezadovoljstvo se obravnava sproti.

Tudi letošnje pripombe se nanašajo največkrat na:
- kvaliteto sobivanja po mnenju spremljevalcev (klima) in njihovo prehrano,
- slabo razumevanje navodil pred sprejemom.

Zaradi pripomb in predlogov na podlagi anket smo v letu 2013 spremenili klinične poti. Na ta način smo spremenili informiranost staršev pred sprejemom na provokacije oziroma med samo obravnavo po klinični poti. Pripombe in pričakovanja pa zopet – kot vsa leta doslej – presegajo zmožnosti in tudi omejene kapacitete oddelka in jih tudi kljub vsemu trudu ne moremo v celoti sprejeti in upoštevati.

Pozitivne pripombe pa se nanašajo na:
- zadovoljstvo s prijaznostjo zaposlenih,
- strokovno obravnavo v času hospitalizacije in
- zadovoljstvo s prehrano in čistočo.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

1. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izobraževanje	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku
Kazalnik - Organizacija strokovnega srečanja	Kontinuirano, celo leto	

gorenjske pediatrije - Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku - 7 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih - 4 aktivne udeležbe na zunanjih strokovnih srečanjih		
2. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izdelava protokolov in dokumentacije	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Odgovorne MS Odgovorna MS v ped.amb.
Kazalnik - Izdelava protokola za izvajanje sublingvalne specifične imunoterapije (SLIT) v ped. amb. - Izdelava zgibanke Astma šola - Izdelava klinične poti sprejema otroka na pediatrični oddelek	Kontinuirano, celo leto	
3. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Varnost in kakovost	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Odgovorne MS
Kazalnik - Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97 % - Število varnostnih vizit koordinatorice ZN in predstojnika - Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti - Priprava 3 novih standardov kakovosti za področje pediatrične ZN	Kontinuirano, celo leto	
4. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Odgovorne MS Odgovorna MS v ped.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**
Razkuževanje rok	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Promotorji projektne skupine za BO na odd.
Kazalnik - Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih 1x/četrtletje - Uspešnost razkuževanja rok 97-%	Kontinuirano, celo leto	

ZAKLJUČEK

Z letom 2013 smo zaposleni v zdravstveni negi na pediatričnem oddelku lahko zadovoljni. Uspeli smo realizirati projekte, ki smo si jih zastavili že v preteklosti, vključujoč prenovitev kliničnih poti, izdelavo novih in organizacijo izobraževanj, predvsem Astma šole.

Nadzori, ki so potekali v zdravstveni negi so bili za oddelek uspešni, na podlagi njih so se pokazale tudi spremembe, ki jih je bilo potrebno izvesti. V to so vključene predvsem spremembe standardov kakovosti, le-te smo prilagodili tudi za pediatrično področje. Akreditacijske presoje niso na oddelku pokazale nikakršnih odstopanj, ugotovljene so bile dobre prakse in predlagana priporočila, ki pa jih je treba urediti sistemsko.
V letu 2014 nas čakajo novi izzivi, potrebno bo oblikovati dokumentacijo zdravstvene nege, da bo sistematična, pregledna in prilagojena otrokom in mladostnikom. Oblikovati jo bo treba na način, da bo izziv vsem zaposlenim v zdravstveni negi na oddelku. To je tudi del ohranjanja pozitivne motivacije zaposlenih ter pogoj za etičen, profesionalen in strokoven pristop k obravnavi pacientov na oddelku.

STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO V LETU 2013

Marjetka Berdajs Avsenek, dr. med., spec. radiol.
V.d. predstojnice

UVOD

Leto 2013 je bilo leto velikih kadrovskih sprememb in predvsem pomanjkanja radiologov na oddelku. Zaradi tega je bilo delo težko organizirati, še posebej težko je bilo realizirati letni načrt dela, kar pa nam je vendarle uspelo.

Tudi finančna kriza pomembno vpliva na naše delo, saj predvsem na UZ diagnostiki ne moremo biti zadovoljni s tehnično opremo.

1 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA

Delo radiologov poteka na naslednjih diagnostikah:

1. rentgenska ambulanta
2. diaskopija
3. UZ diagnostika
4. CT diagnostika
5. MRI diagnostika
6. mamografija

Delo na oddelku je organizirano tako, da radiologi enakomerno krožimo po diagnostikah. Tako je zagotovljen primerljiv nivo poznavanja posameznih področij radiologije in približno enake obremenitve.

Razdeljeno je le področje MRI, kjer je za delo potrebno subspecialistično znanje. V letu 2013 smo s tem poDročjem šele začeli in je še v fazi razvoja.

Radiologi zagotavljamo 24-urno pripravljenost in tudi to je razlog, zakaj mora radiolog poznati vse diagnostične modalitete.

V novembru smo začeli CT preiskave v pripravljenosti izvajati na daljavo preko prenosnega računalnika.

2 KADRI

Leto 2013 je začel kolektiv šestih radiologov (Igor Dražić, Marija Jekovec, Larisa Vengar, Jana F. Rejc, Jasmina Koteska in Marjetka Berdajs Avsenek) in en specializant (Bojan Prosenik), ki je bil na kroženju na Kliničnem inštitutu za radiologijo v UKC Ljubljana. V času od aprila do septembra so nas zapustili trije radiologi (Igor Dražić, Marija Jekovec in Larisa Vengar). V drugi polovici septembra se nam je pridružil četrti radiolog (Aleš Agatonović) in v decembru še peti (Bojan Prosenik), ki je končal specializacijo.

Ob tem smo imeli pet zunanjih pogodbenih radiologov, ki so pokrivali področje MRI (skelet in glava) ter UZ dojk in mamografije.

Ob koncu leta je Aleš Agatonović začel s pisanjem izvidov s področja MRI skeleta, Bojan Prosenik pa izvide MRI lumbosakralne hrbtenice.

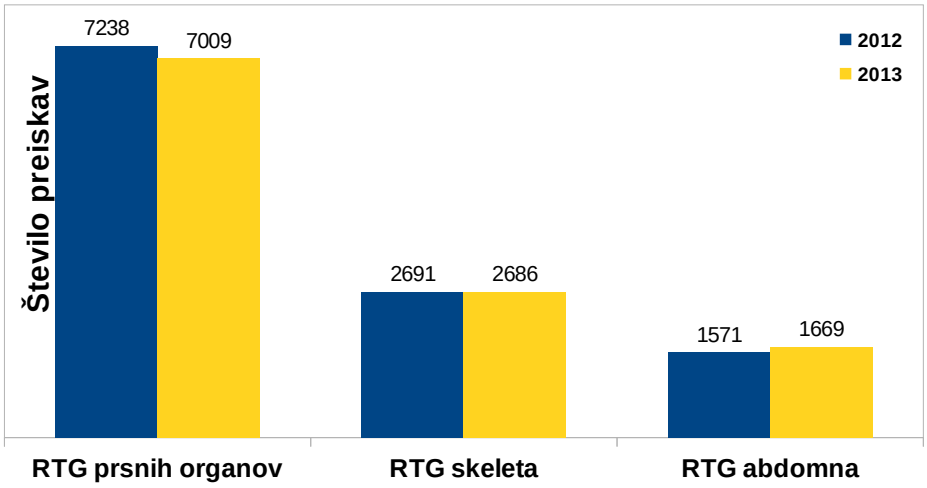
3 OPRAVLJENO DELO

V letu 2013 je bil indeks realizacije letnega načrta obsega dela preko 100 na vseh diagnostičnih enotah razen na mamografiji, kjer smo vezani na ambulanto za bolezni dojk.

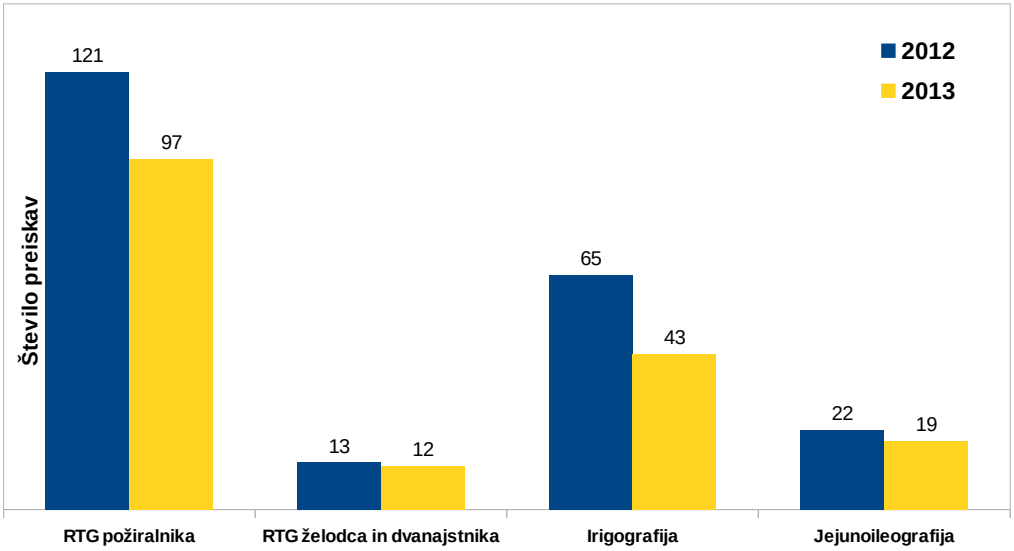
S področja **klasične radiologije** je bilo največ izvidov napisanih iz rentgenogramov prsnih organov, sledijo izvidi rentgenogramov skeleta in abdomna. Večina rtg prsnih organov in rtg abdomna je napravljenih v urgenci.

Rentgenogrami skeleta, za katere je bilo napisano mnenje radiologa, so večinoma ambulantne preiskave. Med temi je večina rentgenogramov hrbtenice, ki pomembno zvišujejo sevalno obremenitev preiskovancev.

Graf 1: Primerjava števila rentgenogramov, kjer je bilo napisano mnenje radiologa, med letoma 2012 in 2013

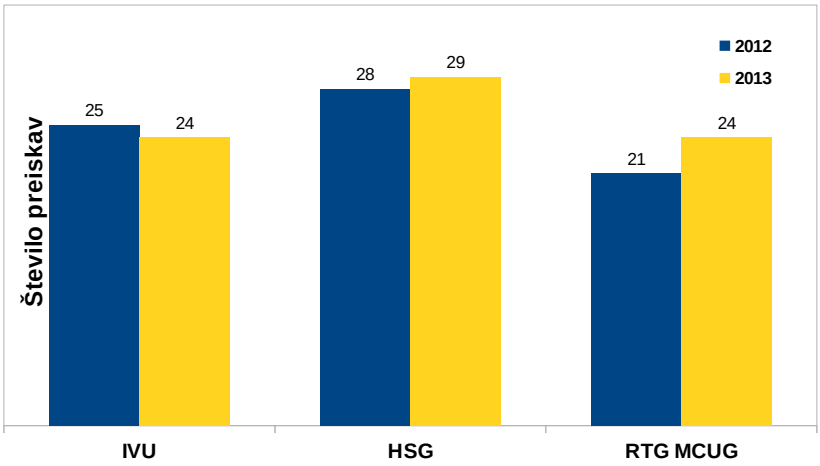


Graf 2: Primerjava števila diaskopskih preiskav med letoma 2012 in 2013

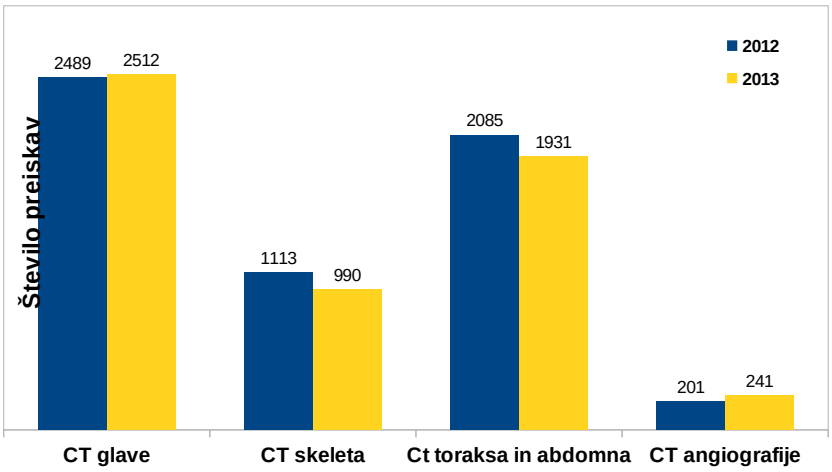


Število **diaskopskih preiskav** prebavil je v primerjavi s preteklimi leti nizko, ker je glede na dostopnost endoskopskih preiskav indikacij razmeroma malo. Tudi v letu 2013 se je njihovo število znižalo.

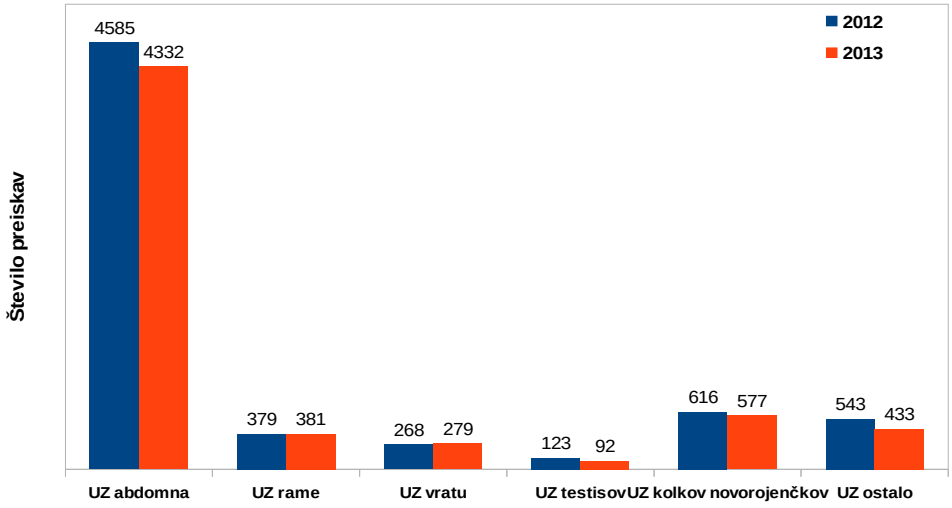
Graf 3: Število kontrastnih preiskav v letih 2012 in 2013



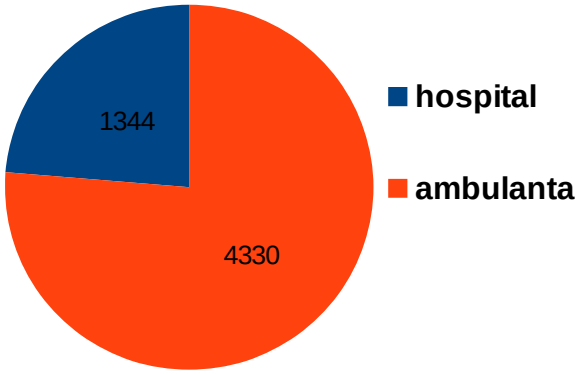
Graf 4: Število CT preiskav v letih 2012 in 2013



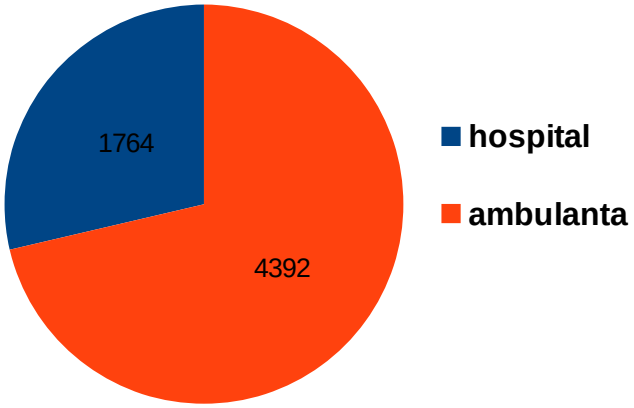
Graf 5: Število UZ preiskav v letih 2012 in 2013



Graf 6: Delež hospitalnih in ambulantnih CT preiskav v letu 2013



Graf 7: Delež hospitalnih in ambulantnih UZ preiskav v letu 2013



4 KAZALNIKI KAKOVOSTI

4.1 ČAS ČAKANJA HOSPITALNIH PACIENTOV NA CT PREISKAVO

Leta 2013 je bilo pri hospitaliziranih pacientih le 6 preiskav opravljenih kasneje, kot v 24 urah. V vseh 6 primerih je šlo za neurgentna stanja. Štiri od teh preiskav so bile poravljene v 25 urah, to je naslednje dopoldne. Dve preiskavi sta bili opravljeni po treh dneh, po dogovoru s klinikom, čas se je podaljšal zaradi prekomerne obremenjenosti radiologov ob kadrovski podhranjenosti v poletnih mesecih.

Menim, da so CT preiskave za hospitalizirane paciente izvedene v optimalnem času.

4.2 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PACIENTOV Z RADIOLOŠKO AMBULANTNO DEJAVNOSTJO

Izvedena je bila anketa , v kateri je sodelovalo 90 pacientov. Razen treh neopredeljenih, so vsi zadovoljni z delovnim časom ambulante.

Izrazili so tudi veliko zadovoljstvo, kar se tiče zaščite pred nezaželjnimi pogledi.

Pri ocenjevanju spoštljivosti in prijaznosti radiologov, kar 18 % anketiranih ni odgovorilo na zastavljeno vprašanje.

Z odnosom radiologov je bilo zadovoljnih 76,7 % vprašanih in s tem rezultatom nikakor nismo zadovoljni, ker se vsi trudimo za profesionalno korekten in spoštljiv odnos do pacienta. Menim, da bi bilo bolje to vprašanje formulirati drugače in ga omejiti na UZ diagnostiko, ker na ostalih diagnostikah radiolog redko neposredno komunicira s pacientom. S tem bi se število neopredeljenih verjetno zmanjšalo.

Na vprašanje, ali so od zdravnika dobili njim razumljive odgovore, 9 % pacientov ni navedlo odgovora, ostali so bili zadovoljni. Tudi pri tem vprašanju je lahko šlo za paciente, ki pri diagnostičnem slikanju niso prišli v stik z radiologom.

V bodoče želimo komunikaciji s pacientom posvetiti še več pozornosti. V prihodnji anketi bomo s tem vprašanjem anketirali le paciente na UZ diagnostiki.

5 STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE

Evropski kongres radiologov, Dunaj, 7. - 10. 3. 2013 (Jana F. Rejc)

CT, MR in PET CT šola, Beograd, 27. - 29. 3. 2013 (Jasmina Koteska, Larisa Vengar)

CT from Head to Toe,13.-14.6.2013 (Jasmina Koteska)

ERASMUS Course MRI of Musculo-Sceletal System, Ljubljana, 21. - 25. 1. 2013, (Aleš Agatonović)

Akutna ishemična možganska kap, Ljubljana,3. 12. 2013 (Aleš Agatonović, Marjetka Berdajs Avsenek)

Meeting of Radiologists of Alpe-Adria Region, Ljubljana, 3. 12. 2013 (Jasmina Koteska, Marjetka Berdajs Avsenek)

6 ČAKALNE DOBE

Za redne UZ preiskave je bila čakalna doba skozi celo leto 4 do 4,5 mesece. Čakalna doba za CT preiskave je znašala 3 mesece, prav toliko za preiskave z magnetno resonanco. Za RTG prsnih organov ni čakalne dobe, za RTG skeleta je čakalna doba en teden.
Artrografije rame se izvajajo dvakrat na mesec in je čakalna doba en mesec.

7 TEHNIČNA OPREMA

V aprilu 2013 je bila izpeljana menjava CT naprave, saj je bila stara dotrajana in zaradi visoke sevalne obremenitve na pacienta Zavod za varstvo pri delu ni mogel podaljšati obratovalnega dovoljenja. Nova naprava je 64-rezinska, kar nam zagotavlja boljše slike, sevalne doze pa so polovico manjše, kot na starem CT aparatu.

Vedno večji problem predstavlja UZ aparat, ki je prepogosto v okvari in tudi s sliko nismo zadovoljni. Manjka tudi intestinalni program, ki bi ga nujno rabili.

Dotrajana sta tudi stacionarna RTG aparata za slikanje prsnih organov in sleleta, tako na oddelku kot tudi v urgenci.

V poletnih mesecih predstavlja veliko obremenitev tudi izredno visoka tempertura zraka v diagnostičnih prostorih, ki še niso opremljeni s klimatsko napravo. Najbolj vroče je na UZ diagnostiki, kjer prostor močno ogreva tudi sama aparatura. Podoben problem je tudi na diagnostični postaji DS3.

8 CILJI

V prihodnje želimo realizirati naslednje cilje:

- pridobiti še enega radiologa
- razširiti diagnostiko na MRI glave in abdomna
- izboljšati tehnično opremo (UZ aparat, klimatska naprava na UZ diagnostiki in na DS3)

uvesti strokovne sestanke, ki bi bili namenjeni predstavitvi zanimivih primerov

- udeležba na kvalitetnih strokovnih srečanjih

ZAKLJUČEK

V letu 2013 smo radiologi s težavo in z velikimi napori realizirali letni plan dela zaradi kadrovske stiske, tudi na račun zelo omejenega koriščenja letnega dopusta. Zato je prva prioriteta oddelka vzdrževanje primernega števila radiologov. Naše želje po strokovnem razvoju so velike, a bi za realizacijo nujno potrebovali še enega radiologa. Le tako bi MRI diagnostika lahko postala del našega vsakdana.

POROČILO O DEJAVNOSTI RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

Renata Rabič, dipl. rad. inž.
Vodja radioloških inženirjev

UVOD

V letu 2013 je na radiološkem oddelku potekala menjava starega 16-rezinskega CT aparata z novo, 64-rezinsko napravo. Večino časa smo radiološki inženirji namenili izobraževanju na novem aparatu, najprej ob pomoči aplikatorja, odšli smo tudi na izobraževanje v drugo ustanovo, pišejo se tudi protokoli za preiskave.

Sledili smo realizaciji zastavljenih ciljev. Objavili smo 3 nove obrazce, 4 navodila in 1 protokol v SOP.

Uredili smo hodnik v čakalnici, barvno smo ločili diagnostike, kar je bolj prijazno in razumljivo za paciente.

1 MANAGEMENT V RADIOLOGIJI

2.1. REALIZACIJA ZASTAVLJENIH CILJEV ZA LETO 2013

1.CILJ: Izvajanje varnostnih vizit	enkrat mesečno
AKTIVNOSTI: poročanje v polletnih in letnih poročilih	
EVALVACIJA: število opravljenih vizit	Opravili smo 13 varnostnih vizit, cilj smo 100 % realizirali

2.CILJ: Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku	Anketo smo opravili v mesecu novembru
AKTIVNOSTI: izvedba ankete, vključitev vseh zaposlenih na rad. odd.	V anketo smo vključili vse zaposlene na rad. odd.
EVALVACIJA:anketiranje pacientov	Anketirali smo 100 pacientov in dobili 90 pravilno izpolnjenih anket.
3.CILJ: Izdelava protokolov za novo CT aparaturo	
AKTIVNOSTI: - kreiranje tima za usmerjeno delo na CT - izdelava protokolov - izobraževanje v drugi ustanovi	Realizirano, določili smo 2 rad. inž. Protokoli še niso izdelani v celoti, končani bodo v letu 2014. 4 rad. inž. smo bile na izobraževanju, ki je potekalo tudi na naši aparaturi.
EVALVACIJA: delo opravljeno po protokolu, pisni protokoli	Bili smo učinkoviti, vsi rad. inženirji samostojno delajo na novem aparatu, protokole smo na oddelčnem sestanku uskladili z radiologi.
4.CILJ: izboljšati kazalnik kakovost	
AKTIVNOSTI: uvedba dveh novih kazalnikov	Uvedli smo nov kazalnik, ki nam bo pokazal v kolikšnem času so kirurški ambulantni pacienti radiološko obdelani.
EVALVACIJA: meritve kazalnikov čas od napotitve do obračuna preiskave za ambulantne kirurške paciente. Število ponavljajočih preiskav	Kazalnik statistično obdelan za leto 2013. Tega kazalnika se ne da izmeriti, zato ga ne bomo uvedli.
5.CILJ: delo radioloških inženirjev v operacijskem bloku	
AKTIVNOSTI: ureditev napotitev slikanja med operacijskim posegom - protokoli za slikanje v operacijski dvorani	Aktivnost je realizirana. Navodila za napotitve slikanja med operativnimi posegi so napisani, potrebno je napisati še protokole za posamezna slikanja med operativnimi posegi (2014).
EVALVACIJA: delo opravljeno po protokolu	

2.2 ODDELČNI SESTANKI

Sklepe, ki smo jih določili na oddelčnih sestankih smo večinoma realizirali. Najpomembnejši sklepi so:

- reanimacijski voziček – pregleduje se enkrat tedensko, natančno beleženje zdravil (dormikum in fentanil).
- po preiskavi z i.v. kontrastnim sredstvom pacient še pol ure počaka v zato namenjenem prostoru pod nadzorom sestre
- na rentgensko slikanje ne kličemo več kot dva oddelčna pacienta naenkrat
- dosledna uporaba nalepk z oznako "dodan medikament" na kozarce za oddelčne paciente, ki pijejo kontrastno sredstvo pred CT preiskavo
- poenotenje priprave pacientov za CT preiskavo(pitje KS), ter uskladitev novih protokolov z vsemi radiologi
- način dela v pripravljenosti za nujne radiološke preiskave

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3.1 KAZALNIK KAKOVOSTI

Čas od napotitve rentgenskega slikanja do obračuna preiskave za ambulantne kirurške paciente: kazalnik merimo vsake tri mesece, povprečen čas od napotitve do konca preiskave je 13 minut.

3.2 ANKETA

Nekoliko slabši rezultat je pri čakalnih dobah na preiskave, kar je posledica različnih diagnostik, ki so zajete pri anketiranju pacientov, predvsem magnetne resonance in računalniške tomografije. Pacienti so zadovoljni z delovnim časom ambulante, saj je kar 96,7 % pacientov to potrdilo. Vsi zaposleni na radiološkem oddelku smo v več kot 90 % paciente obravnavali prijazno in spoštljivo. V anketi smo letos opredelili, da pacienti ocenijo samo tiste zaposlene, s katerimi so pri preiskavi sodelovali. Zato imajo radiologi nekoliko slabši rezultat, saj pri večini preiskav niso v stiku s pacientom. Pri zasebnosti pacientov, kot kažejo odgovori na vprašanje ali smo radiološki inženirji vedno zaščitili paciente pred nezaželenimi pogledi, imamo za 6 % slabši rezultat kot prejšnje leto, zato bomo morali na tem področju ukrepati. Da bi ugotovili na kateri diagnostiki imamo slabši rezultat, bomo naslednjič ankete označili z diagnostikami na katerih bodo pacienti anketirani.

3.3 ODKLONI

Prejeli smo eno poročilo o odklonu, ki je bil posledica napačne strani slikanja. Naredili smo varnostno vizito in določili ukrep, v skladu s katerim mora radiološki inženir vedno preveriti neskladje med napotitvijo in mestom poškodbe pri napotnem zdravniku oziroma preveriti napake, ki se nanašajo na radiološki proces. Prav tako vodimo število nepravilnih napotitev, ki se bodo v letu 2014 statistično obdelale.

3.4 IZVAJANJE VARNOSTNIH VIZIT

Na radiološkem oddelku smo 100-odstotno realizirali izvedbo varnostnih vizit.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	Izvedli smo 13 varnostnih vizit od januarja do decembra 2013.
Število izrečenih ukrepov	Izrekli smo 24 ukrepov.
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	Uspešno smo izvedli 22 ukrepov.
Skupna učinkovitost VV/VR	Večino ukrepov smo realizirali, še vedno pa ne pokličemo na oddelek pred slikanjem trebuha na boku, vendar smo se domenili, da v takem primeru pacient leži na našem oddelku pod nadzorom rad. inž. Prav tako nismo v celoti izpolnili ukrepa o zasebnosti pacienta.

Izpostavila bi eno varnostno vizito.

Varnostni problem/zaplet	Korektivni ukrepi	Rezultat
Nemiren pacient je med ekspozicijo padel s preiskovalne mize.	1. napisati protokol za slikanje nemirnih pacientov in otrok 2. dogovor rad. inž, da nemirnih pacientov ne slikamo brez spremstva	Protokol objavljen v SOP 20. 11. 2013 Zaščitni ukrepi v diagnostični radiologiji

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 LETNI RAZGOVORI

Letni razgovori so bili v letu 2013 opravljeni v 95 %. Na njih smo si zadali veliko nalog, ki jih bomo opravili leta 2014. Razgovori so bili pozitivni, skupna pomanjkljivost, ki se opaža v timu, pa je premalo notranje komunikacije vseh zaposlenih na radiološkem oddelku.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Internega izobraževanja se je udeležilo 10 rad. inženirjev in medicinska sestra. V lanskem letu je bilo zunanjih izobraževanj za radiološke inženirje malo, udeležile so se jih 4 inženirke. Predvsem je bilo izobraževanje v lanskem letu namenjeno novemu CT aparatu, ki je potekalo v naši ustanovi, prav tako so štiri rad. inženirke odšle na usposabljanje v SB Izola.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

Cilj 1: Izvajanje varnostnih vizit enkrat mesečno. Aktivnosti: poročanje v polletnih in letnih poročilih
Cilj 2: Protokoli za rentgensko slikanje med operativnimi posegi. Aktivnosti: izdelava protokolov za rentgnska slikanja med kirurškimi in ortopedskimi operativnimi posegi
Cilj 3: MR artrografija rame. Aktivnosti: izdelava protokola, izvedba preiskave
Cilj 4: Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku. Aktivnosti: izvedba ankete na posameznih diagnostikah
Cilj 5: Urejanje in vodenje napotnic za MR preiskave. Aktivnosti: hranjenje in razvrščanje napotnic za MR

ZAKLJUČEK

Leto 2013 je radiološki oddelek najbolj zaznamovala menjava CT aparata, ki je zmogljivejši, hitrejši in nam dopušča več možnosti obdelave slik.

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO ZA LETO 2013

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

UVOD

V letu 2013 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. Širitev in dopolnitev obstoječe dejavnosti je finančno onemogočena.

1 ORGANIZACIJA ODDELKA

Organizacijska struktura ostaja enaka tisti v preteklem letu. Strokovno delo na oddelku za patologijo je 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, laboratorijska tehnica ter administratorka. V letu 2012 je za področje gorenjske regije pričela specializacijo iz patologije mlada zdravnica, ki je zaposlena v naši bolnišnici. V zadnjem letu smo jo vključili v prosekturno dejavnost.

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

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 2013 so bili na oddelku za patologijo tako redno zaposleni 4 uslužbenci in 2 pogodbeno.

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2013

Od lanskoletnih ciljev smo uspeli zadostiti bolnišničnim potrebam, predvsem s področja patologije prebavil in kože.

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 preko 80 % biopsij zaključenih v enem tednu.

Informacijska podpora našemu delu ostaja na enaki ravni kot poprej.

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 2013 smo tako sprejeli vzorce odvzete ob 2.320 (2.372 – 2012) obravnavah bolnikov – število biopsij. Delež preiskav ob ambulantnih obravnavah je malenkost nižji - 1.729 obravnav (1.777 v 2012), skoraj enak pa ob hospitalnih - 591 obravnav (595 v 2012). Skupno je bilo za pregled poslanih 2.736 (2.866 -2012) različnih tkivnih vzorcev (tabela 2). V naši obdelavi je bilo pripravljenih 8.257 (8.739 – 2012) 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 - 4.000. 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	**2013**
endoskopije	1182	1075
ambulante	1132	1117
operacijski blok z dnevno kirurgijo	552	544
Skupaj	**2866**	**2736**

V prosekturi smo opravili 21 obdukcij (38 v letu 2012), od tega 2 fetalni obdukciji, iz vzorčenih tkiv pa v histopatološkem laboratoriju dodatnih 476 tkivnih blokov (tabela 3)

Tabela 3: Število naročenih obdukcij po oddelkih

Enota/oddelek	**Število obdukcij**	
	2012	**2013**
Interni oddelek	17	10
IIT	10	1
Urgentna internistična ambulanta	4	1
Kirurški oddelek	5	3
EITOS	1	4
Pediatrični oddelek	0	1
Ginekološko-porodniški oddelek	1	2
Skupaj	**38**	**22**

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, sveži in nujni bioptični vzorci pa na Onkološki inštitut. Vzorci s področja ginekologije se v celoti pregledujejo na Oddelku za patologijo Ginekološke klinike UKC.

V primeru smrti po poškodbah, zastrupitvi ali smrti povezanih 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 naše 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 letih 2012 in 2013 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 2013 smo imeli eno objavo

1. JERIČEVIĆ, Anja, SIMČIČ, Saša, VOLAVŠEK, Metka. Usefulness of immunohistochemical detection of Treponema pallidum in tissue specimens. A case report and review of literature = Uporabnost imunohistokemičnega odkrivanja Treponeme pallium v tkivnih vzorcih. Prikaz primera in pregled literature. V: VOLAVŠEK, Metka (ur.), et al. Novosti

v urološki patologiji = Update in uropathology. V Ljubljani: Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta, 2013, str. 219-222, ilustr. [COBISS.SI-ID 31040985]

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 2013. Skupno smo v tem času prejeli naročilo za pregled tkiv ob 2.320 obravnavah bolnikov. Podatke smo razdelili v tri velike skupine naročnikov naših preiskav, to so E - endoskopske ambulante N=708 (N=846), O - operacijski blok z dnevno kirurgijo N=591 (N=484) in A - ostale ambulante N=1021 (N=1043). 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	***2013***	*2012*	***2011***	*2012*	***2011***
isti dan	92,8	**96,2**	99,9	**100**	99,9	**98,8**
naslednji dan	4,3	**2,6**	0	**0**	0,1	**0,5**
do 1 teden	2,4	**0,9**	0,1	**0**	0	**0,5**
več	0,5	**0,4**	0	**0**	0	**0,2**

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 čimprej po vnosu naročila odnesejo v laboratorij, najmanj pa enkrat dnevno, ne glede na količino vzorcev. Večdnevno zbiranje vzorcev na mestih nastanka 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

Deleži prejetih vzorcev, ki jih prevzamemo znotraj enega dneva, so ostali približno na isti ravni. Kot pri prejšnjem kazalniku, lahko primerjalno ugotovimo, da je stanje podobno. V vseh enotah je delež naročenih preiskav, ki so bile sprejete kasneje kot v 5 dneh, v porastu. 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	***2013***	*2012*	***2013***	*2012*	***2013***
18 ur	18,9	**21,6**	50,2	**45,3**	57,5	**51,1**
1 dan	66,8	**59,6**	40,1	**38,3**	24,5	**25,4**
do 5 dni	11,7	**15,0**	8,9	**14,8**	17,9	**20,1**
več	2,6	**3,8**	0,8	**1,6**	2,1	**3,4**

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 15 naročilih (2012 pri 12 oz. 0,5 %), kar ponovno predstavlja le 0,6 % 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 2012. Znotraj 10 delovnih dni je bilo zaključenih 94 % biopsij (2012 – 94 %). 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	***2013***	*2012*	***2013***	*2012*	***2013***
1 dan	9,2	**30,9**	2,7	**21,0**	3,6	**20,6**
1 teden	79,9	**55,4**	81,8	**61,4**	84,2	**62,1**
2 tedna	9,8	**9,3**	7,3	**10,1**	6,3	**10,6**
1 mesec	3,7	**4,1**	5,2	**4,8**	4,0	**5,9**
več	0	**0,3**	2,9	**2,7**	1,3	**0,8**

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 43 839 (2012 – 47 957) storitev. V tem obdobju smo odkrili in zabeležili 107 (2012 – 115) 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 4 takšne primere (2012 – 3 primere). V dveh primerih je šlo za pomanjkljivost ali napako v histopatološkem izvidu v smislu opredelitve stadija bolezni. V dveh zaporednih primerih je prišlo do napake v smislu zamenjave zaporednih biopsijskih številk in napačno zavedbo izvidov.

V letu 2013 smo prejeli 8 revizijskih zahtevkov. V prejetih revizijskih izvidih bistvenih odstopanj od prvotih nismo zaznali.

6 CILJI V LETU 2014 IN ZAKLJUČEK

Med primarnimi cilji za leto 2014 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.

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.

V dosedanji praksi smo imeli posamezne primere, ki bi bili primerni za objavo v medicinskih publikacijah ali predstavitev na strokovnih srečanjih, ena od študij bo predstavljena na Pannonia Congress of Pathology, Bled 2014.

LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2013

doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik
Vodja laboratorija

1 ORGANIZACIJA LABORATORIJA

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 po algoritmu, ki je opredeljen v SOP DGN LAB1. Opredeljeni so kvantitativni in kvalitativni cilji 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.

Vodja laboratorija je skupaj s člani Komisije za POCT odgovorna tudi za področje hitrih testov, ki se izvajajo ob pacientu na posameznih oddelkih in enotah. Nadzor nad testiranjem ob pacientu je namreč po Pravilniku (Uradni list RS, št. 64/2004) v domeni specialista medicinske biokemije.

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:

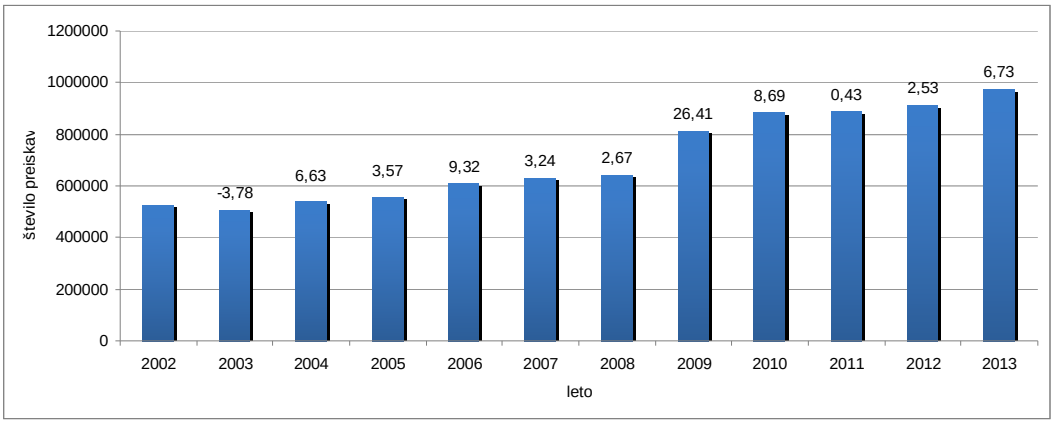
- spremljanje trendov v vrstah in številu laboratorijskih naročil,
- priprava priporočil za selektivno naročanje preiskav,
- nadzor nad uvajanjem novih preiskav.

V letu 2013 smo za ambulantni in hospitalni segment opravili 973.142 preiskav, kar je za 6,73 % več kot v letu 2012 (Graf 1). Porast preiskav je posledica težje patologije, ki spremlja hospitalizirane in ambulantne paciente.

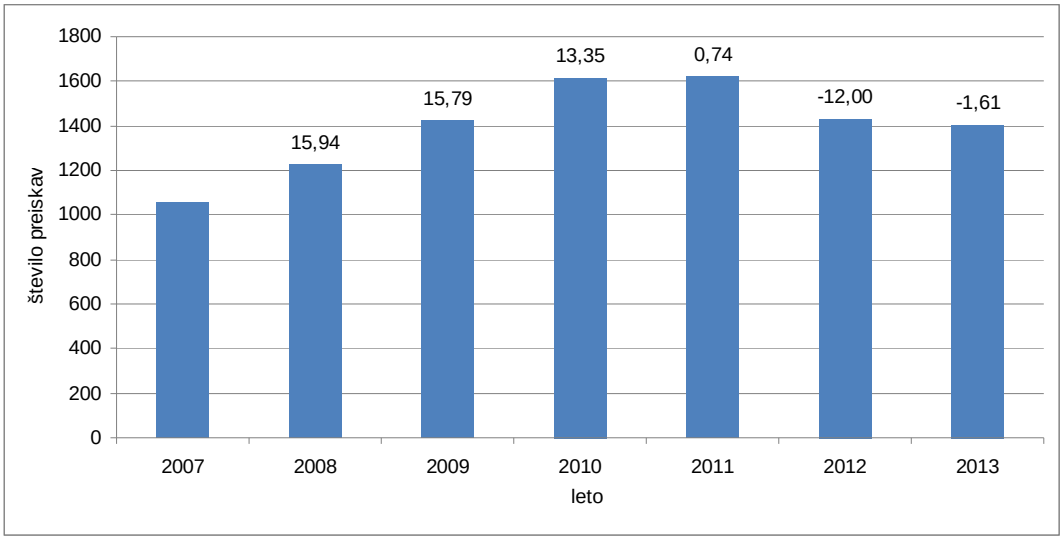
Na področju števila odvzetih hemokultur je bilo skladno s strategijo Komisije za laboratorijske preiskave doseženo za 1,61 % nižje število odvzetih hemokultur v primerjavi z letom 2012 (Graf 2).

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 glede na leto 2012 povečal za 5,41 %. Te laboratorijske storitve so plačljive s strani naročnikov po veljavnem ceniku za laboratorijske preiskave in predstavljajo vir prihodka za našo bolnišnico.

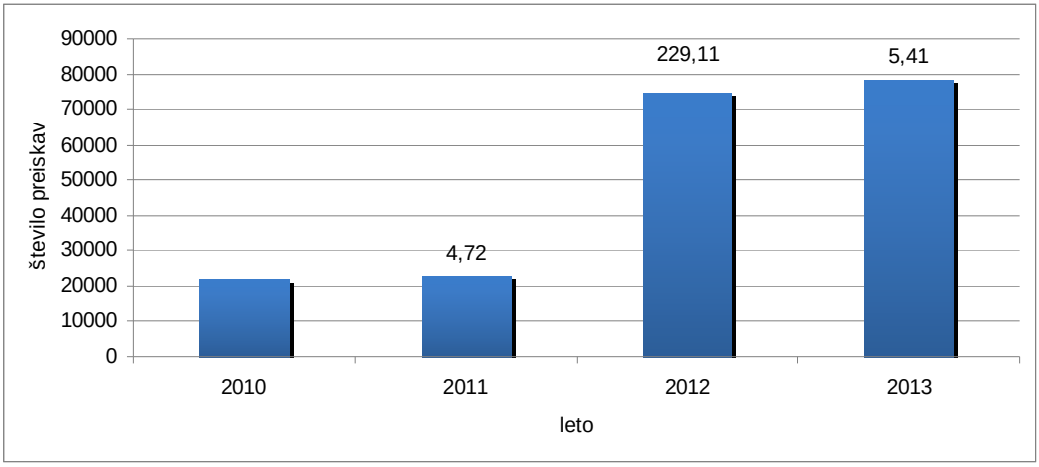
Graf 1. Laboratorijske preiskave v obdobju od 2002 do 2013: prikaz števila preiskav in sprememba v odstotkih po letih



Graf 2.Odvzete hemokulture v obdobju od 2007 do 2013:. prikaz števila in sprememba v odstotkih po letih

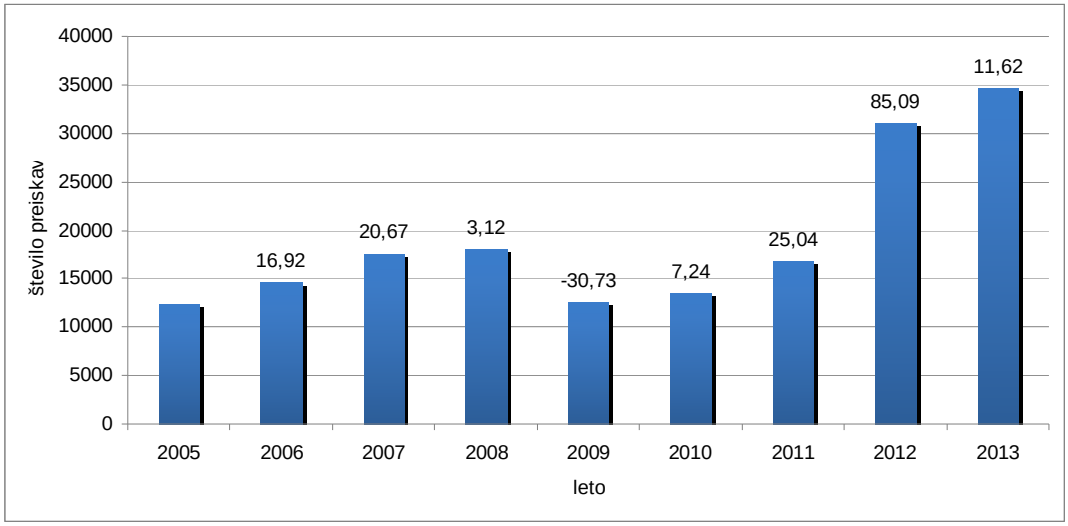


Graf 3. Opravljene preiskave za druge laboratorije v obdobju od 2010 do 2013: prikaz števila preiskav in sprememba v odstotkih po letih



Potrebno je izpostaviti dejstvo, da smo v letu 2013 v zunanje laboratorije (ZZV – Kranj, Mikrobiološki inštitut Ljubljana, Mikrobiološki laboratorij Golnik, Inštitut za klinično kemijo Ljubljana) odposlali večje število vzorcev kot v letu 2012. Področje naročanja laboratorijskih preiskav (predvsem mikrobioloških, imunoloških) ni bilo obvladovano (Graf 4).

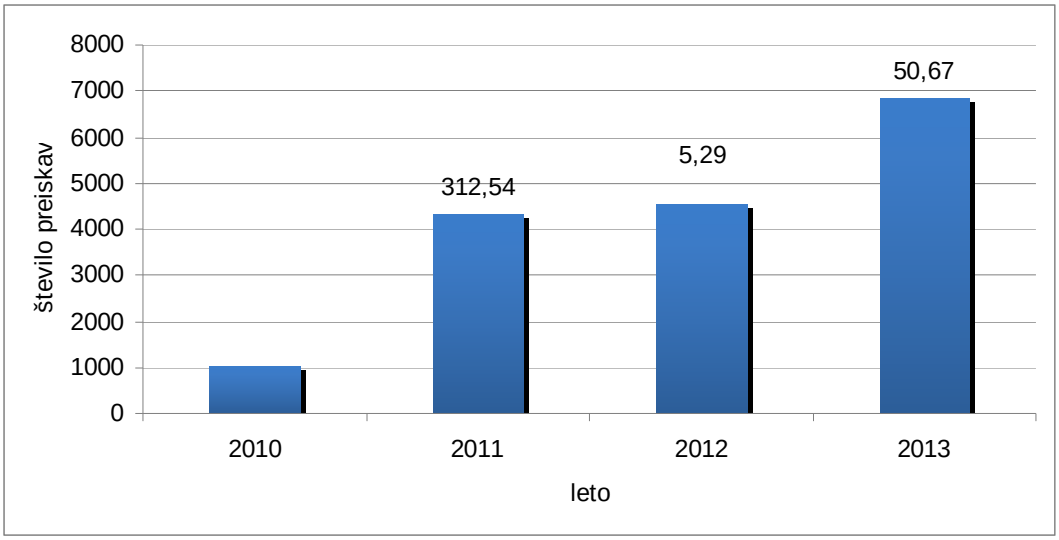
Graf 4. Trendi v številu poslanih vzorcev v mikrobiološke in zunanje biokemične laboratorije od leta 2005 do 2013: prikaz števila preiskav in sprememba v odstotkih po letih



3 SAMOPLAČNIŠKE LABORATORIJSKE STORITVE

Med tržnimi dejavnostmi našega laboratorija so tudi samoplačniške laboratorijske storitve, 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.

Graf 5. Število opravljenih preiskav za samoplačnike od 2008 do 2013: prikaz števila preiskav in sprememba v odstotkih po letih



Samoplačniške storitve našega laboratorija so na voljo tudi vsem bolnikom, ki želijo laboratorijske preiskave 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, v letu 2013 pa 6.839 samoplačniških storitev.

4 TRENDI KAZALNIKOV LABORATORIJSKEGA PROCESA

V letu 2013 je laboratorijsko osebje izvajalo laboratorijski proces skladno z SOP – ji za obvladovanje predanalitične, analitične in poanalitične faze. Skladno z zastavljenimi cilji smo spremljali trende naslednjih Kazalnikov:
KK1: Število odstopov v kakovosti vzorcev v predanalitični fazi.
KK2: Število odstopov v kakovosti vzorcev za mikrobiološke preiskave.
K3: Število preiskav na pacienta, katerega obravnava se vrši na ambulantni ravni.
K4: Povprečen čas izvedbe URG naročenih preiskav in število urgentnih preiskav.
K5: Anketiranje zadovoljstva naročnikov in zaposlenih.
K6: Sporočanje kritičnih vrednosti.

Ob koncu leta 2013 je analiza trendov posameznih Kazalnikov pokazala:

1. KK1: Število odstopov (napak) v kakovosti prejetih vzorcev za laboratorijske preiskave je leta 2012 znašalo 1.261, v letu 2013 pa 1.227 (Tabela 1). V letu 2012 (v mesecu oktobru) je začela delovati Projektna skupina za obvladovanje predanalitičnih napak. V projektni skupini sta inženirja laboratorijske medicine, ki članom sproti poročata o odstopih. Za izboljšanje kakovosti odvzetih bioloških vzorcev je laboratorij oblikoval pet Navodil: SOP NALAB PF 1, 2, 3, 4, 5 in SOP NA78.
2. KK2: Število odstopov na področju odvzema mikrobioloških vzorcev se je v primerjavi z letom 2012 zmanjšalo. Trend zmanjševanja teh napak je ugoden.
3. K3: Število preiskav na pacienta, katerega obravnava se vrši na ambulantni ravni. Število laboratorijskih preiskav v ambulantah se od leta 2010 povečuje (Tabeli 1 in 2). Število ambulantnih pacientov, ki so imeli naročene preiskave, se je v primerjavi z letom 2012 zmanjšalo za 2.332 (-3,22 %), število preiskav pa povečalo za 24.822 (5,89 %), kar vpliva na večanje stroškov laboratorija. Trend je z vidika ekonomske učinkovitosti neugoden.
4. K4: Povprečen čas izvedbe URG naročenih preiskav in spremljanje trendov v številu preiskav, ki niso bile pravočasno izvedene (*↑ TAT),* je pokazal, da se število URG naročenih preiskav od leta 2011 veča, da pa se delež preiskav s preseženim časom izvedbe manjša.
5. K5: Anketiranje o zadovoljstvu naročnikov laboratorijskih preiskav je v letu 2013 pokazalo slabši rezultat kot v letu 2012, zato so bili na Strokovnem kolegiju laboratorija v januarju 2014 že sprejeti ukrepi.
6. K6: Sporočanje kritičnih vrednosti. Analiza trendov v številu sporočenih kritičnih vrednosti (Tabela 3) kaže na značilno naraščanje. Na strokovnem svetu (oktober 2013) je bil sprejet nabor preiskav, za katere se kritične vrednosti sporočajo zdravnikom ali DMS na posameznem oddelku.

Na obvladovanje števila preiskav vpliva delovanje Komisije za laboratorijske preiskave, ki se bo morala zaradi doseganja ekonomske učinkovitosti laboratorija, intenzivno posvetiti analizam vrste in števila preiskav na posameznih oddelkih.

Uvajanje diagnostično uporabnih preiskav. V letu 2013 smo uvedli sledeče nove preiskave: ROTEM, MULTIPLATE, L Estradiol, Progesteron, Retikulocitni indeksi, Dabigatran test, Rivaroksaban test, Topni transferinski receptorji, ECP, kalprotektin. Navedene preiskave večajo varnost obravnave pacientov. Novi testi za motnje hemostaze pa manjšajo porabo krvi in krvnih derivatov, kar je z vidika ekonomske učinkovitosti laboratorijskega testiranja zelo pozitivno.

Tabela 1: Analiza trendov za kazalnike laboratorijskega procesa.

PARAMETER/LETO	2009	2010	2011	2012	2013
Število predanalitičnih napak – biokemija	1039	962	1177	1261	1227
Štev. predanal. napak - mikrobiologija	169	286	315	61	53
Število ambulantnih paciento	/	69.605	71.089	78.628	76.096
Štev. ambulantnih preiskav	/	389.631	409.576	420.791	445.613
Število urgentnih preiskav	/	79.664	64.181	74.538	78.894
Število urgentnih s ↑ TAT	/	2.275	1.384	632	194
Delež URG preiskav s preseženim TAT		2,85 %	2,17 %	0,84 %	0,24 %

Tabela 2: Trendi v številu ambulantno obravnavanih pacientov in preiskav od leta 2010 do 2013.

PARAMETER / LETO	2010	2011	2012	2013	Indeks 2013/2012
Število pacientov	69.605	71.089	78.628	76.096	-3,22 %
Število obravnav	79.909	80.804	84.865	86.940	2,44 %
Število preiskav	389.631	409.576	420.791	445.613	5,89 %

Tabela 3: Število sporočenih kritičnih vrednosti v posameznem letu.

	2010	2011	2012	2013	Indeks 2013/2012
Število sporočenih kritičnih vrednosti	264	232	217	299	37,7%

5 CILJI ZA LETO 2014

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 ohranjanju ekonomske učinkovitosti teh storitev. Na navedena dejstva so vezani cilji laboratorija za leto 2014. To so:

1. Spremljanje Kazalnikov laboratorijskega procesa in ukrepanje ob odstopih.
2. Oblikovanje novega cenika laboratorijskih preiskav.
3. Ponudba biomarkerjev osteoporoze za samoplačnice.
4. Oblikovanje ponudb za primarno zdravstvo.
5. Sprememba strategije na področju izvajanja presejalnih mikrobioloških testov.
6. Dosledno obvladovanje predanalitične faze.

6 STROKOVNO DELO IN ZAKLJUČEK STROKOVNEGA POROČILA

Na raziskovalnem in strokovnem področju smo uspeli doseči deset bibliografskih enot, ki so dostopne v podatkovni bazi SICRIS.

1.01 Izvirni znanstveni članek
1. MAVSAR-NAJDENOV, Brigita, RUS, Igor, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Pomen ocene albuminurije in proteinurije pri novoodkritih bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 *Farmacevtski vestnik*, [COBISS.SI-ID 27316007]

1.08 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci
2. STARIČ, Jože, JEŽEK, Jožica, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, KLINKON, Martina, KRHIN, Blaž, ZADNIK, Tomaž. Effect of estradiol on biochemical bone metabolism markers in dairy cows. [COBISS.SI-ID 3673722] .

1.12 Objavljeni povzetek znanstvenega prispevka na konferenci
3. MAVSAR-NAJDENOV, Brigita, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, MRHAR, Aleš. The assessment of albuminuria and proteinuria in diabetic patients. [COBISS.SI-ID 30684889]

4. STARIČ, Jože, JEŽEK, Jožica, NEMEC, Marija, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, KLINKON, Martina, ZADNIK, Tomaž. Timing of blood sampling during the last ten days before parturition influences values of some biochemical markers of bone metabolism in dairy cows. [COBISS.SI-ID 3697018]

Mentor pri magistrskih delih
5. SVETIC, Branka*. Proučevanje vpliva izbranih polimorfizmov v genih za ADH ion HTR1B na tveganje za nastanek sindroma odvisnosti od alkohola ter povezanost polimorfizmov ADH z obstoječimi biokemičnimi kazalci alkoholizma*. [COBISS.SI-ID 3537777]

Somentor

6. OCEPEK, Anja*. Presoja ustreznosti modela financiranja laboratorijskih preiskav na primarni ravni zdravstvenega varstva : magistrsko delo*. Ljubljana: [A. Ocepek], 2013. III, 90, 39 str., tabele. http://www.cek.ef.uni-lj.si/magister/brez_objave.htm. [COBISS.SI-ID 30686425]

7. MIHEVC, Jožica*. Vloga medicinske sestre na področju kakovosti odvzema bioloških vzorcev za laboratorijske preiskave : diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje "zdravstvena nega* [COBISS.SI-ID 74778113]

Recenzent
8. NEMEC SVETE, Alenka, FRANGEŽ, Robert*. Klinična biokemija v veterinarski medicini : učbenik za študente veterinarske medicine*. Ljubljana: Veterinarska fakulteta, 2013. [COBISS.SI-ID 268900608]
9. GRMEK-KOŠNIK, Irena (urednik, recenzent), HVALIČ TOUZERY, Simona (urednik), SKELA-SAVIČ, Brigita (urednik)*. Okužbe, povezane z zdravstvom : zbornik prispevkov z recenzijo*. VŠZNJ Jesenice: [COBISS.SI-ID 75423233]
10. 6. mednarodna znanstvena konferenca Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče probleme po zdravstveni obravnavi, 6. - 7. junij 2013, Ljubljana, [COBISS.SI-ID74462977] .

Zaposleni v laboratoriju smo ponosni na obseg opravljenega analitičnega in strokovnega dela ter na rezultate uspešno opravljenih zunanjih (DNV, TEMOS) in notranjih presoj v letu 2013.

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 2013 zaposlenih 7 strokovnih delavcev:
- 1 magister farmacije specialist
- 1 magister farmacije (1 porodniški dopust; nadomeščanje 6 mesecev)
- 5 farmacevtskih tehnikov (1 porodniški dopust; nadomeščanje 9 mesecev)

2.1 STRATEŠKI CILJI ZAPOSLENIH

Cilj	***Aktivnosti***	***Predviden čas izvajanja***	***Nosilci aktivnosti***
Dobra informiranost, racionalna izraba delovnega časa, korektni odnosi	Strokovni sestanki, poročila, razgovori	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 evrov. Zaradi zamenjave dezinfekcijskega sredstva za roke in kožo smo bili primorani odkupiti celotno zalogo ustreznega artikla, kar nam je čez vse leto višalo vrednosti mesečnih zalog.

Zmanjševali smo tudi nekurantne 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, kar pomeni dnevno povečan obseg dela.

Večkrat se srečujemo z deficitarnostjo in dolgimi dobavnimi roki za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke. V začetku leta je bila bolnišnica v manjših finančnih težavah, zato so dobavitelji ustavili redne dobave zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov. Takrat smo se dogovorili za nakup cenejših paralel in za dodatne popuste z dobavitelji.

V sodelovanju s klinično farmacevtko smo na intranetni strani objavili listo medsebojno zamenjljivih zdravil ter listo za pripravo in aplikacijo zdravil, ki se redno posodablja.

Še vedno opažamo napačno zaračunavanje cen s strani dobavitelje, izvajamo redno kontrolo ujemanja cen.

Postopek javnega naročila medicinsko tehničnih pripomočkov se izvaja neposredno 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, pripravljamo se tudi na prevzem in izdajo artiklov preko barkode.

Posodabljali smo SOP-e.

3.1 NABOR MATERIALA

Število kartic se je povečalo predvsem na račun novega osteosintetskega materiala ter artiklov, ki so bili izbrani na javnih naročilih. Leta 2013 smo beležili zdravila in ostali material na 16.254 karticah (2012: 15.711). Promet je potekal na 8.028 karticah (2012: 7.848).

Na oddelke in enote smo poslali naročeno blago na 15.456 izdajnicah (2012: 15.982). V letu 2012 smo od dobaviteljev prejeli blago na podlagi 8.758 prevzemnic (2012: 9.149).

Na področju analitike smo skladno s predpisi Ph. Euro. 7th Ed. izvedli 196 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 2013 izdelali 5.742 kom magistralnih pripravkov in reagentov (2012: 6.298 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 2014

- Doseganje največje kvalitete dela v skladu s SOP in spremljanje kazalnikov kakovosti.
- Posodobitev proizvodnih listov
- Posodobitev opreme za izdelavo magistralnih pripravkov.

- Zadovoljstvo zaposlenih v kolektivu lekarne in ohranjanje dobrih odnosov z vsemi vključenimi v naš proces dela.
- Vzpostavitev alarmnega sistema 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.
- Prevzem in izdaja blaga preko barkode.

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 2013

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 izvaja 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. Optimalno izvajanje vseh aktivnosti klinične farmacije v bolnišnici zahteva stalno prisotnost kliničnega farmacevta v zdravstvenem timu na oddelkih.

1 KLINIČNA FARMACIJA V SBJ

Začetki klinične farmacije v SBJ segajo v leto 1997. Leta 2003 smo bili med prvimi bolnišnicami v Sloveniji, ko smo pričeli z delom na oddelkih.

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 bolnišnici na kliničnih oddelkih in enotah, kakor

tudi z zunanjimi sodelavci mikrobiološkega laboratorija NIJZ OE Kranj, Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana ter Fakultete za farmacijo Univerze v Ljubljani. Rezultati našega skupnega dela so vzpodbudni, 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 raziskav za diplomska dela študentov Fakultete za farmacijo.

Klinični farmacevt je v aktivno vključen v vodenje Komisije za zdravila in Komisije za antibiotike, kakor tudi v članstvo ožjega sestava Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb in Raziskovalne enote SBJ.

2 OPRAVLJENO DELO V LETU 2013

2.1 FARMAKOTERAPEVTSKI PREGLEDI PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA S SODELOVANJEM NA ODDELČNIH RAPORTIH IN GLAVNIH VIZITAH

Po načelih racionalne farmakoterapije okužb smo skupaj pregledali 1.910 primerov bolnikov, ki so imeli predpisano eno ali več PMZ, od tega 1.402 primera na internem, 479 primerov na kirurškem oddelku in 29 primerov na OZZN/KKR. Klinični farmacevt je sodeloval na 40 raportih internega oddelka in 41 raportih kirurškega oddelka in na 24 glavnih vizitah, ki so bile opravljene na vseh odsekih internega oddelka.

Preglednica 1: Število farmakoterapevtskih pregledov protimikrobnega zdravljenja ter prisotnosti na oddelčnih raportih in glavnih vizitah v letu 2013

ODDELEK		**Št. bolnikov s PMZ**	**Prisotnost na oddelčnih jutranjih sestankih**	**Prisotnost na glavnih vizitah**
INTERNI ODDELEK	IIT	27	40	7
	Kardiološki odsek	392		
	Endokrinološki odsek	473		11
	Gastroenterološki odsek	510		8
Skupaj interni oddelek		**1.402**	**40**	**24**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abdominalno in splošno kirurgijo	296	41	-
	Odsek za travmatologijo	132		-
	Odsek za ortopedijo	51		-
Skupaj kirurški oddelek		**479**	**41**	**-**
KKR+OZZN		29	-	-
SKUPAJ ODDELKI		**1.910**	**81**	**24**

2.2 POSVETOVANJA NA PODROČJU UPRAVLJANJA Z ZDRAVILI:

Skupaj je bilo opravljenih 118 posvetovanj z zdravniki, 25 z osebjem zdravstvene nege in po eno z dietetičarko ter fizioterapevtko. Pri reševanju problemov je bilo potrebno vključiti v 12 primerih kliničnega mikrobiologa, v 5 primerih infektologa in v 3 primerih proizvajalce zdravil.

Z zdravniki smo najpogosteje reševali probleme v povezavi s protimikrobnim zdravljenjem bolnikov ob sprejemu, na oddelkih in v ambulantah, glede:

Preglednica 2: Število posvetovanj kliničnega farmacevta po oddelkih in poklicnem področju udeležencev v letu 2013

ODDELEK		Zdravniki	Medicinske sestre	Dodatno posvetovanje s klin. mikrobiolog.	Dodatno posvetovanje z infektologom	Dodatne inf. s strani proizvajalcev zdravil
INTERNI ODDELEK	IIT	1	0	0	0	0
	Kardiološki odsek	15	0	0	0	0
	Endokrinološki odsek	34	0	3	1	0
	Gastroenterol. odsek	17	0	2	2	0
	Int. ambulante	1	0	0	0	0
Skupaj interni oddelek		**68**	**0**	**5**	**3**	**0**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abd. in splošno kirurgijo	20	3	2	2	0
	Odsek za travmatologijo	10	0	1	0	0
	Odsek za ortopedijo	6	3	0	0	0
	Kir. ambulanta	3	0	0	0	0
Skupaj kirurški oddelek		**39**	**6**	**3**	**2**	**0**
URGENCA/SPREJEM		2	1	1	0	0
EITOS		2	2	0	0	0
AN.-RE. ODDELEK		0	4	0	0	1
OTROŠKI ODDELEK		2	2	0	0	2
GIN.-POR. ODDELEK		0	3	0	0	0
KKR		5	0	3	0	0
OZZN		0	6	0	0	0
DH		0	1	0	0	0
FIZIOTERAPIJA		0	1	0	0	0
DIETETIK		0	1	0	0	0
Skupaj posvetovanj		**118**	**27**	**12**	**5**	**3**

- izbire PMZ: empirično na začetku zdravljenja ali usmerjeno glede na mikrobiološki izvid ter pri prehodu na peroralno zdravljenje ter alternativnih možnosti izbire v primeru preobčutljivosti za določena PMZ
- odmerjanja PMZ: običajno – glede na mesto okužbe in prilagojeno - glede na (pato)fiziološke značilnosti bolnikov ter glede na plazemske nivoje PMZ (vankomicin, gentamicin)
- načina spremljanja plazemskih koncentracij PMZ (vankomicin, gentamicin)
- trajanja zdravljenja s PMZ
- protimikrobnega spektra delovanja
- osnovnih podatkov o PMZ, ki so potrebni pri predpisovanju na recept za nadaljevanje zdravljenja po odpustu iz bolnišnice: dovoljenje za promet v RS (zdravila na Rp), lastniško ime, jakost zdravilne oblike, pakiranje
- podatkov o porabi PMZ v DDD/100 BOD

V manjšem obsegu pa tudi glede:

- protimikrobne zaščite pred op. posegi (MRSA, preobčutljivost)
- izvedbe imunoprofilakse oz. kemoprofilakse pri pacientu po odstranitvi vranice
- medsebojnega delovanja predpisanih zdravil
- vpliva hrane na delovanje zdravil
- združljivosti določenih zdravil s patološkimi stanji
- vpliva predpisanih zdravil na določena patološka stanja (hipernatriemija, hipokaliemija, metabolna alkaloza, preobčutljivost)
- možnosti preskrbe zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet v RS
- načina evidentiranja porabe zdravil s prepovedanimi drogami
- stranskih učinkov zdravi 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 (zdravila na Rp), lastniško ime, jakost zdravilne oblike, pakiranje
- načina pridobitve identa novega zdravila za uporabo v SBJ (redne in izredne odobritve)

Najpogostejša vprašanja medicinskih sester:

- farmakodinamska skupina in delovanje zdravil
- osnovni podatki o zdravilu (priprava, dajanje, previdnostni ukrepi)
- združljivost parenteralnih zdravil z nosilnimi raztopinami
- stabilnost zdravil za parenteralno uporabo po raztapljanju oz. redčenju
- shranjevanje zdravil, hladna veriga
- dostopnost zdravila v SBJ (formularij zdravil SBJ – identi zdravil v podatkovni bazi GoSoft)
- dostopnost zdravila v RS (dovoljenje za promet)
- način pridobitve identa novega zdravila za uporabo v SBJ (redne in izredne odobritve)
- način evidentiranja porabe zdravil s prepovedanimi drogami
- preverjanje navodil v tujem jeziku pri zdravilih, ki se uporabljajo v SBJ kot neregistrirana zdravila in so brez navodil v slovenskem jeziku
- priprava seznama zdravil z beta adrenergičnimi zaviralci po zaščitenih imenih, ki imajo dovoljenje za promet v RS

2.3 NAČRTOVANJE INDIVIDUALNEGA ODMERJANJA VANKOMICINA NA OSNOVI FARMAKOKINETIČNE SIMULACIJE S PHARMACALC ORODJEM

Desetim bolnikom s tveganjem za nastanek ledvične okvare ali z že okvarjenim delovanjem ledvic smo prilagodili odmerjanje vankomicina s pomočjo računalniške farmakokinetične simulacije. Pri osmih bolnikih smo morali odmerjanje bistveno znižati od običajno priporočenega.

Preglednica 3: Število opravljenih načrtovanj individualnega odmerjanja vankomicina na osnovi farmakokinetične simulacije s PharmaCalc orodjem v letu 2013

ODDELEK		Število pregledanih terapij bolnikov
INTERNI ODDELEK	IIT	0
	Kardiološki odsek	3
	Endokrinološki odsek	2
	Gastroenterološki odsek	2
Skupaj interni oddelek		**7**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abdominalno in splošno krg.	1
	Odsek za travmatologijo	1
	Odsek za ortopedijo	1
Skupaj kirurški oddelek		**3**
SKUPAJ OPRAVLJENIH ODMERJANJ VANKOMICINA		**10**

2.4 FARMAKOTERAPEVTSKI PREGLEDI GLEDE MOŽNIH INTERAKCIJ MED SOČASNO PREDPISANIMI ZDRAVILI IN HRANO Z MEDSCAPE MULTIDRUG INTERACTION CHECKER IN Z DRUGS.COM INTERACTION CHECKER

Farmakoterapevtski pregled predpisanih zdravil smo opravili pri šestih posebej izpostavljenih bolnikih, s težavami preobčutljivostne reakcije, nepojasnjene hipokalijemije in respiratorne alkaloze, hiponatrijemije, hipernatrijemije in polipragmazije. Bolniki so imeli predpisanih od 11 do 29 zdravil. Pojav preobčutljivostne reakcije in stanja s hiponatrijemijo ter hipokalijemijo smo lahko potrdili kot posledico medsebojnega vpliva predpisanih zdravil. Skupaj smo pri vseh šestih bolnikih ugotovili 12 interakcij hude stopnje - ko je potrebno natančnejše spremljanje bolnikovega stanja in ukinitev zdravila ob ugotovljenem negativnem razmerju med koristjo ter tveganjem in 101 interakcijo zmerne stopnje - ko je pri zdravljenju potrebna previdnost s spremljanjem bolnikovega stanja.

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).*

Preglednica 4: Število opravljenih farmakoterapevtskih pregledov glede možnih interakcij med sočasno predpisanimi zdravili in hrano z Medscape Multidrug Interaction Checker in z Drugs.com Interaction Checker

	Število pregledanih terapij bolnikov	Število predpisanih zdravil	Število ugotovljenih interakcij		Interakcije po stopnji nevarnosti		
			med zdravili	s hrano	lažja	zmerna	huda
INTERNI ODDELEK	2	13	26	3	0	27	2
KIRURŠKI ODDELEK	2	29	45	6	2	41	8
OTROŠKI	1	11	11	1	2	10	0
OZZN / KKR	1	21	24	7	6	23	2
SKUPAJ	**6**	**74**	**106**	**17**	**10**	**101**	**12**

2.5 DELO V KOMISIJAH

	aktivnost	**opravljeno delo**
Komisija za zdravila	predsednica	izveden 1 izredni in 2 redna sestanka ter 1 korespondenčna seja, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
Komisija za antibiotike	predsednica	izveden 1 sestanek, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
KOBO	članica ožjega sestava	udeležba na 4 od 4 sestankov

2.6 SODELOVANJE V PROJEKTIH IN NADZORIH

- Sodelovanje v državni in evropski mreži spremljanja ambulantne in bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil (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 in Komisija za antibiotike SBJ)

- Spremljanje težav povezanih z zdravili (DRP) v SBJ (strokovna direktorica SBJ, pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege SBJ in klinični farmacevt)
- Pregled oddelčnih depojev zdravil s seznama prepovedanih drog (klinični farmacevt)
- Javna naročila zdravil (Lekarna SBJ, Nabavna služba SBJ, Komisija za zdravila)

2.7 SODELOVANJE S FAKULTETO ZA FARMACIJO UL

V letu 2013 smo v sodelovanju z vodjem travmatološkega odseka kirurgije SBJ, prim. Matejem Andoljškom dr.med. uspešno zaključili raziskavo za diplomsko delo absolventke Tjaše Varl, z naslovom: *Protimikrobna zaščita pred okužbami pri operativnih posegih zaradi zloma kolka v Splošni bolnišnici.*

3 IZOBRAŽEVANJA

Udeležba na strokovnih srečanjih in izobraževanjih, ki so jih organizirali:

- SFD, Sekcija za klinično farmacijo – 3. simpozij
- SZD, Sekcija za protimikrobno zdravljenje – 19. infektološki simpozij
- SZD, Sekcija za klinično toksikologijo – 1. slovensko srečanje o klinični farmakologiji, Toksikologija 2013
- Klinika Golnik in Fakulteta za farmacijo UL: 11. golniški simpozij: klinična farmacija

4 OBJAVLJENI PRISPEVKI

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita, RUS, Igor, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Pomen ocene albuminurije in proteinurije pri novoodkritih bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 = The role of albuminuria and proteinuria assessment in newly diagnosed type 2 diabetes patients. *Farmacevtski vestnik*, ISSN 0014-8229, 2013, letn. 64, št. 5, str. 385-391. [COBISS.SI-ID 27316007]

OBJAVLJENI POVZETEK ZNANSTVENEGA PRISPEVKA NA KONFERENCI

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, MRHAR, Aleš. The assessment of albuminuria and proteinuria in diabetic patients. V: *20 th IFCC - EFLM European Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, 45 th Congress of the Italian Society of Clinical Biochemistry and Clinical Molecular Biology (SIBioC), Milan, Italy, 19-23 May 2013 : Abstracts of Scientific Sessions*, (Biochimica clinica, ISSN 0393-0564, Vol. 37, spec. suppl.). Milano: Biomedia, 2013, str. S211. [COBISS.SI-ID 30684889]

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). Optimalno bi bilo razširiti aktivnosti klinične farmacije še na ostale oddelke SBJ in na področja upravljanja drugih skupin zdravil.

<u>Individualno načrtovanje zdravljenja z zdravili</u> 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.

<u>Področje ugotavljanja interakcij zdravil</u> izvajamo nesistematično in v zelo omejenem obsegu. Optimalno bi bilo preverjati interakcije zdravil pri vseh bolnikih, ki imajo predpisanih pet ali

več zdravil hkrati. Za kvalitetnejše delo na področju interakcij bi se morali opremiti s pripomočkom za preverjanje interakcij, ki je primeren za uporabo v bolnišnicah.

Za izboljšanje varnosti in kakovosti oskrbe bolnikov bi bilo nujno potrebno razširiti dejavnost še na področje usklajevanja in svetovanja zdravljenja z zdravili ob sprejemu in ob odpustu bolnikov iz bolnišnice, kar se je izkazalo tudi kot pomembno področje za izboljšanje kakovosti oskrbe bolnikov v procesu akreditacije SBJ po mednarodnih standardih ISO 9001 in NIAHO DNV.

Dejavnost klinične farmacije v SBJ je vzpostavljena in prepoznana. Priložnosti za izboljšave dela na področju klinične farmacije ter 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.

Klinična farmacija v SBJ se je v zadnjih letih uveljavila predvsem na področju upravljanja s protimikrobnimi zdravili 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 klinične farmacije v SBJ.

DERMATOVENEROLOŠKA AMBULANTA

Lina Virnik Kovač, dr. med., spec. derm.

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2013

V letu 2013 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. V sprejemni pisarni je potekal administrativni sprejem pacientov in dostava kartotek iz arhiva.

2 PLAN IN REALIZACIJA

V letu 2013 je bilo v obeh ambulantah pregledano 9.262 pacientov. Opravljeno je 44.263,20 točk, indeks realizacije je bil 105,85. Najbolj pogost razlog obravnav so bile virusne bradavice; nato pregled zaradi nevusov po koži, sledijo luskavica, seboroične keratoze, aktinične keratoze, varice ven spodnjih udov, navadna mozoljavost, numularni dermatitis, sledijo ostale dermatološke bolezni in stanja.

Novembra 2013 smo dobili nov aparat za fototerapijo, obsevalno luč SUP iz leta 1973 je nadomestila modernejša UVB 311, ki ima tudi širši spekter indikacij.

3 IZOBRAŽEVANJE

Specialistka Lina Virnik Kovač se je udeležila naslednjih izobraževanj:
- strokovno srečanje ZSD - april 2013
- delavnica o alergijskih boleznih kože - april 2013,
- X. mariborski dermatološki dnevi - november 2013
- delavnica o sklerozaciji s peno v Melku, Avstrija - november 2013.

Vse udeležbe so bile pasivne.
V začetku leta je sodelovala pri ciklu internih izobraževanj o preventivni in terapevtski kompresijski terapiji za področje zdravstvene nege.

Obe zdravnici specialistki dermatovenerologije sta maja lani izvedli predavanje za zaposlene v SBJ na temo melanoma v sklopu aktivnosti ob Dnevu boja proti melanomu.

Specialistka Tamara Heraković je bila julija 2013 pasivna udeleženka na 4. kongresu o luskavici v Parizu (Francija). Novembra 2013 je imela aktivno predavanje za bolnike na bioloških zdravilih

4 VIZIJA

Še naprej imamo možnost dodatne mikološke diagnostike in sva zelo zadovoljni z nadgradnjo. Kirurške biopsije, ekscizije atipičnih nevusov in manjših karcinomov kože samostojno izvaja specialistka Lina Virnik Kovač, sicer jih izvajajo kirurgi SBJ. Sodelovanje s patologom Gregom Kalanom je zgledno. Virnik Kovačeva izvaja UZ ven spodnjih okončin, ki ga želimo nadgraditi z uvajanjem sklerozacije varic s peno. Problematičen je UZ aparat, saj so obstoječi prezasedeni in je s tem čakalna doba za preglede dolga. Izvajamo tudi merjenje gleženjskega indeksa z aparatom.

STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI V LETU 2013

Janja Borič, dr. med., spec. nevrol.

UVOD

Po utečenem urniku je tudi v letu 2013 nevrološka dejavnost potekala:
- z ambulantnimi nevrološkimi pregledi,
- EMG; elektromiografskimi meritvami,
- konziliarnimi pregledi

in tudi z nekaj sprejemov za diagnostično obravnavo v okviru Internistične službe.

Na Internističnem oddelku je tudi sicer obravnavanih največ pacientov z nevrološkimi boleznimi in je opravljenih največ konziliarnih pregledov.

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2013

1.1 ZAPOSLENI

K timskemu delu prispeva diplomirana med. sestra Tadeja Petrović in administratorke po razporedu. V veliko pomoč je Luka Notar, dr. med., specializant nevrologije.

1.2 PROGRAM

Tekom leta 2013 se je na račun zmanjšanja sredstev za akutno bolnišnično obravnavo povečal program v specialistični ambulantni dejavnosti. Za nevrološko ambulanto smo prešli z 8.338 točk na 34.537 točk, kar predstavlja 0.8 nosilca in pomeni kombinacijo nevroloških pregledov in EMG-jev.

Velik delež nevrološkega dela opravijo zdravniki v sodelovanju z ostalim osebjem v sklopu Internistične službe. Največji obseg nevrološkega dela v Internistični službi predstavljajo vaskularne bolezni – cerebrovaskularni inzulti. Pripravljen je povzetek »beležk« lanskoletnih tromboliz pri pacientih z Akutno možgansko kapjo, kar je predstavljeno pri predstavitvi Internistične službe.

1.3 REALIZACIJA OPRAVLJENEGA DELA

Tabela 1: Obseg opravljenega dela v letu 2013 in primerjava z letom 2012:

	2012	*2013*		*konziliarni pregledi*		*EMG*	
	realizacija	načrt	realizacija	2012	2013	2012	2013
Skupaj število pregledov	2.207	1.989	2.210; razmerje prvi/ponovni 3,38	322	359	613	582
Točke	38.412,07	34.537	36.307				

V letu 2013 je bilo pripravljenih tudi 146 dodatnih izvidov.

V tabeli 2 so prikazane najpogostejše diagnoze obravnavanih pacientov leta 2013. Na drugem mestu uvrščena diagnoza R69 Neznani in neopredeljeni vzroki bolezni predstavlja obravnavane paciente, pri katerih z meritvami ni bilo možno potrditi okvare perifernih živcev.

Tabela 2: Najpogostejše diagnoze v izvidih ambulantnih in EMG obravnav:

Glavna diagnoza	št.obravnav
G560 Sindrom karpalnega kanala	172
R69 Neznani in neopredeljeni vzroki bolezni	138
G544 Okvare lumbosakralnih korenin, ki niso uvrščene drugje	120
G542 Okvare cervikalnih korenin, ki niso uvrščene drugje	29
G562 Okvara ulnarnega živca	16
G629 Polinevropatija, neopredeljena	9
S641 Poškodba medianega živca v predelu zapestja in roke	5
G122 Bolezen motoričnega nevrona	3

Tabela 3: Najpogostejše glavne diagnoze za nevrološke preglede v ambulanti v letu 2013

Glavna diagnoza	št.obravnav
R51 Glavobol	129
Z033 Opazovanje zaradi suma na motnjo živčnega sistema	119
G20 Parkinsonova bolezen	102
R42 Vrtoglavica in omotičnost	88
G430 Migrena brez avre [navadna migrena]	83
R55 Sinkopa in kolaps	82
G442 Glavobol tenzijskega tipa	69
F03 Neopredeljena demenca	61
R202 Parestezija kože	48
G431 Migrena z avro [klasična migrena]	38
I693 Posledice možganskega infarkta	34
G35 Multipla skleroza	31
I633 Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih arterij	31
F067 Blaga kognitivna motnja	30
G560 Sindrom karpalnega kanala	30
G301 Alzheimerjeva bolezen s kasnim začetkom	26
G500 Nevralgija trigeminusa	25
M531 Cervikobrahialni sindrom	23
M480 Spinalna stenoza	21
G544 Okvare lumbosakralnih korenin, ki niso uvrščene drugje	19
G454 Prehodna (tranzitorna) globalna amnezija (TGA)	17
G510 Bellova paraliza	16
M544 Bolečina v križu (lumbago) z išiasom	16
R201 Hipestezija kože	16
R69 Neznani in neopredeljeni vzroki bolezni	16
I634 Možganski infarkt zaradi embolije cerebralnih arterij	14
R251 Tremor, neopredeljen	14
R56 Konvulzije, ki niso uvrščene drugje	14
G258 Druge opredeljene ekstrapiramidne motnje in motnje gibanja	13
G403 Generalizirana idiopatska epilepsija in epileptični sindromi	13

Komentar: Na drugem mestu uvrščena diagnoza Z03.3 Ocenjevanje zaradi suma na nevrološko bolezen predstavlja tiste obravnave, kjer ni bilo možno potrditi nevrološke bolezni ali pa so bile težave tako neznačilne, da so sledile še diagnostične preiskave za izključevanje nevrološke bolezni.

1.4 ČAKALNE DOBE

Nevrološka ambulanta:
- prvi pregled 5 mesecev z napotitvijo »redno«
- napotitve pod »hitro« so tedensko triažirane in so pacienti obravnavani v obdobju treh mesecev.
- napotitve pod »nujno« so v času delovanja nevrološke ambulante obravnavane istega dne, nekatere po triaži tudi kasneje.

EMG:
- do 6 mesecev z napotitvijo »redno«
- do 3 mesece z napotitvijo »hitro«
- napotitev »nujno« ni vzeta kot možna, ampak je taka napotitev triažirana in pacientu ali napotnemu zdravniku obrazložena.

1.5 IZOBRAŽEVANJE IN RAZVOJ DEJAVNOSTI

Pasivna udeležba na:
- simpoziju Akutna možganska kap VIII
- 3. kongresu medicinskih izvedencev v Mariboru
- Intenzivnem tečaju s področja pridobivanja in presaditve organov TPM

in na nekaterih krajših nevroloških strokovnih srečanjih.

Predavanje na spomladanskem srečanju Gorenjske podružnice Združenja za multiplo sklerozo v zvezi z novostmi v zdravljenju.

2 CILJI ZA LETO 2014

- ohranitev dosedanjega ambulantnega dela in sodelovanja na posameznih oddelkih
- pridobitev samostojnih prostorov za ambulanto dejavnost. S tem bi delovni čas postal bolj prilagodljiv potrebam v bolnišnico sprejetih pacientov
- s pridobitvijo samostojnih prostorov bi lahko pri delu ambulantne dejavnosti pomagal kateri od dveh specializantov naše regije.
- sodelovanje v projektu TELEKAP in pri vzpostavljanju Enote za možgansko kap v sklopu Internistične dejavnosti.

STROKOVNO POROČILO O OKULISTIČNI DEJAVNOSTI V LETU 2013

Majda Volčini Krumpestar, dr. med., spec. oftalmolgije

UVOD

Po utečenem urniku so se tudi v letu 2013 v okviru okulistične dejavnosti izvajali:

- ambulantni okulistični pregledi,
- preiskave vidnega polja
- konziliarni pregledi

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2013

1.1 ZAPOSLENI

K timskemu delu prispevata medicinski sestri Stanislava Struna in Damijana Langus, ter administratorke po razporedu.

1.2 PROGRAM

V letu 2013 smo realizirali 0.33 tima v ambulanti, ki deluje enkrat tedensko. Planirano realizacijo smo dosegli 100%, prav tako je bila realizacija 2013 glede na 2012 100%.

1.3 REALIZACIJA OPRAVLJENEGA DELA

Tabela 1: Najpogostejše glavne diagnoze za okulistične preglede v ambulanti v letu 2013

H521 Kratkovidnost (miopija)	98
H522 Astigmatizem	88
Z961 Prisotnost očesne leče	75
H409 Glavkom, neopredeljen	73
H250 Starostna začetna siva mrena	62
I10 Esencialna (primarna) arterijska hipertenzija	61
E119 Sladkorna bolezen tipa 2 brez zapletov	54
E11 Sladkorna bolezen tipa 2	52
H524 Starostna slabovidnost (presbiopija)	52
H520 Daljnovidnost (hipermetropija)	34
H041 Druge okvare solzne žleze	31
R51 Glavobol	26
H25 Starostna siva mrena (katarakta)	25
H102 Druge vrste akutni konjunktivitis	19
H169 Keratitis, neopredeljen	15
H571 Očesna bolečina	14
Z010 Pregled oči in vida	14
H264 Sekundarna siva mrena	13
H53 Motnje vida	13
H40 Glavkom (zelena mrena)	12
E1131 Sladkorna bolezen tipa 2 z neproliferativno	11
H353 Degeneracija makule in zadajšnega pola	11
E113 Sladkorna bolezen tipa 2 z očesnim zapletom	10

Tabela 2: Obseg opravljenega dela v letu 2013 in primerjava z letom 2012:

				konziliarni pregledi	
	realizacija 2012	*načrt 2013*	*realizacija 2013*	*2012*	*2013*
skupaj št. obiskov	1.123	1.179	1.005	15	13
točke	16.149	16.189	16.269		

1.4 ČAKALNE DOBE

Okulistična ambulanta:
- prvi pregled 3 mesece z napotitvijo »redno«
- napotitve pod »hitro« so tedensko triažirane in so pacienti obravnavani v obdobju šest tednov.
- napotitve pod »nujno« so v času delovanja okulistične ambulante obravnavane istega dne.

1.5 IZOBRAŽEVANJE IN RAZVOJ DEJAVNOSTI

Pasivna udeležba:
- Slovensko Hrvaški kongres oftalmologov v Umagu (maj 2013)
- Simpozij o refraktivni kirurgiji ; Krk,september 2013

Aktivna udeležba:
- strokovna srečanja glavkomske skupine oftalmologov
- predavanje na Fajdigovih dnevih

2 CILJI ZA LETO 2014:

- ohranitev dosedanjega ambulantnega dela
- realizacija načrtovanega obsega dela za 2014
- sodelovanje z diabetološko ambulanto SBJ za direktno naročanje diabetikov v našo ambulanto
- izobraževanje medicinskih sester na strokovnem srečanju Združenja oftalmoloških sester Slovenije; april 2014
- aktivna udeležba na srečanjih oftalmologov Slovenije

POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI V LETU 2013

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 pa v dislocirani ambulanti v ZD Kranj.

V lanskem letu nismo nabavili nove opreme.

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. (upokojena)
medicinska sestra	Sabina Telalović, s. m. s.	Janja Bavdaž, s. m. s.
administratorka	Zdenka Ažman	Katja Vidovič

2 PLAN IN REALIZACIJA

Plan storitev za en otorinolaringološki tim je skoraj 38.000 točk (ena koncesija). Za celotno dejavnost ima bolnišnica s strani ZZZS priznana in plačana 2,77 tima.

Narašča število opravljenih ambulantnih točk, predvsem pa je večji pritisk za nujne in hitre preglede. Konziliarnih pregledov in operacij je bilo v lanskem letu nekoliko manj, več pa malih kirurških posegov.

Tabela 1: Opravljene ambulantne točke za ZZZS januar - december 2013

	Realizacija				**Načrt**		
ORL amb	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2013*	*Indeks real/načrt*	*Indeks 12/11*
Kranj	66.538,15	62.672,45	64.477,25	65.526,91	65.813,00	99,80	101,63
Jesenice	65.002,91	59.203,95	57.234,99	57.911,48	58.645,00	98,75	101,18
SKUPAJ	**131.541,06**	**121.876,40**	**121.712,24**	**123.438,39**	**124.458,00**	**99,30**	**101,42**

Tabela 2: Opravljene storitve (pregledi in operacije) v letu 2013

Leto 2013	*ORL Kranj*	*ORL Jesenice*	*SKUPAJ*
št. storitev (točke za ZZZS)	63.297,26	61.717,60	125.014,86
št. pregledov (za ZZZS)	5.143	4.874	10.017
- prvi pregledi	2.460	1.890	4.350
- ponovni pregledi	2.683	2.984	5.667
konziliarni pregledi	0	297	297
mali kirurški posegi	227	243	445
- ambulantni	226	219	405
- hospitalni	1	24	25
kirurške operacije	94	36	130

Tabela 3: Obseg opravljenega dela po letih od 2009 do 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Amb.preg. Kranj	5.366	4.950	5.116	5.518	5.143
- prvi pregled	3.496	3.363	2.578	2.555	2.460
- ponovni pregled	1.870	1.587	2.538	2.963	2.683
Amb. preg. Jesenice	5.279	4.774	4.634	4.922	4.874
- prvi pregled	2.687	2.629	1.729	1.899	1.890
- ponovni pregled	2.592	2.145	2.905	3.023	2.984
Konziliarni preg.	353	370	393	419	297
- Kranj	6	5	4	2	0
- Jesenice	347	365	389	417	297
Mali KRG posegi	533	395	447	429	496
- Kranj amb	316	212	207	237	227
- Kranj hospit	0	0	0	0	1
- Jesenice amb	203	162	221	168	243
- Jesenice hospit	14	21	19	24	25
KRG operacije	93	129	143	188	130
- Kranj	62	99	107	156	94
- Jesenice	31	30	36	32	36

Tabela 4: Klinični postopki pri hospitaliziranih pacientih od leta 2010 do 2013

Koda	Opis	2009	2010	2011	2012	2013
41653-00	Pregled nosne votline in zgornjega žrela	290	282	329	369	261
41846-00	Laringoskopija brez splošne anestezije	123	125	137	141	0
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	32	52	53	56	41
41671-03	Septoplastika s submukozno resekcijo nosnega pretina	49	50	62	65	51
92046-00	Zamenjava kanile pri traheostomi	27	37	18	4	5
41704-00	Aspiracija in lavaža obnosnih votlin skozi usta	30	28	33	52	49
41677-00	Zaust. Krvavitve v spr. Delu nosu s tamponado in/ali kavteri	19	21	11	12	11
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	15	17	31	27	13
47726-00	Pridobitev kosti za presadek skozi drugo incizijo	8	16	5	7	5
92047-00	Odstranitev kanile pri traheostomi	2	11	3	4	4
30278-00	Frenulotomija (plikotomija) jezika	3	10	12	17	12
48242-00	Kostni presadek z osteosintezo, ki ni uvrščena drugje	3	9	6	5	1
41662-00	Odstranitev nosnih polipov brez splošne anestezije	1	5	8	10	7
30052-00	Oskrba rane zunanjega ušesa	1	0	8	0	2
47738-00	Zaprta naravnava zloma nosne kosti	2	1	3	13	8
Skupaj		605	664	719	782	470

Oktobra 2013 je ZZZS spremenil seznam kliničnih postopkov, ki se uvrščajo med prospektivne primere, z veljavnostjo od 1. 1. 2013.

Tabela 5: Povzetek po postopkih, ki se uvrščajo med prospektivne primere

Koda	*Opis*	*2012*	*2013*
30278-02	Frenulotomija (plikotomija) jezika	17	12
30283-00	Ekstirpacija ciste v ustih		1
31230-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva nosu	1	1
31230-02	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva uhlja		3
31230-03	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva ustnice		1
31235-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva vratu	9	7
41668-00	Odstranitev nosnega polipa		2
41671-00	Submukozna resekcija nosnega pretina	4	1
41671-03	Septoplastika s submukozno resekcijo nosnega pretina	61	50
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	27	13
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	56	41
48242-00	Kostni presadek z osteosintezo, ki ni uvrščena drugje	5	1
število pacientov, pri katerih so bili opravljeni zgornji klinični postopki:		155	123

3 IZOBRAŽEVANJE

Obe zdravnici sva se udeleževali izobraževanj s področja otorinolaringologije in sorodnih izobraževanj tako doma kot v tujini.

Z lanskim letom se je upokojila avdiometristka na Jesenicah. Izobraževanje na področju avdiometrije je na ORL oddelku v UKC Maribor je že opravila nova dipl. med. sestra, ki mora še opraviti izobraževanje na področju vestibulometrije. Zaradi otežkočenega pridobivanja specialnih znanj zaenkrat tudi nimamo možnosti nadomeščanja sestre v primeru odsotnosti.

4 VIZIJA

Že iz preteklosti ostaja nerešena neurejenost prostorov (ORL ambulanta Kranj) in dostopa do ambulant (ORL ambulanta Jesenice) zaradi težje mobilnih ambulantnih in konziliarnih bolnikov.

Nabave opreme (endoskopi, mikroskop, dokup osnovnih instrumentov, aparature za objektivno avdiometrijo…) ostajajo nerealizirane že vrsto let. Po šestnajstih letih nam je poslušnost odpovedal še timpanometer.

Čakalna doba na prvi pregled se ne skrajšuje, občasno se podaljša na 5 do 6 mesecev.

POROČILO O DOSEGANJU CILJEV SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE

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

UVOD

V letu 2013 smo nadaljevali z aktivnostmi in nalogami, ki smo si jih načrtovali v ciljih in strategiji. Področja s katerim poskušamo zagotavljati varnost in kakovost je izvajanje korektivnih ukrepov, ki jih izvajamo s pomočjo varnostnih vizit in razgovorov o varnosti, konferenca o izidih in zapletih v zdravstveni negi, v okviru projektnih timov, s pomočjo analize vzrokov in posledic, različnih nadzorov in presoj. Pričeli smo s sistematičnimi aktivnostmi na področje predaje pacienta med posameznimi izmenami, med timi in enotami. Uvedli smo strukturiran način predaje pacienta. Poleg tega smo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi (ZNO) aktivno sodelovali pri notranjih in zunanjih presojah ISO in DIAS,TEMOS, družini prijazno podjetje, novorojenčku prijazna porodnišnica.

1 MENEDŽMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE IN OSKRBE

V letu 2013 je bil izdelan in sprejet Pravilnik o organiziranosti Službe zdravstvene nege in oskrbe (ZNO). Prav z dobro organiziranostjo v ZNO lahko lažje nenehno izboljšujemo kakovost in varnost zdravstvene nege ter oskrbe. Ob tem zvišujemo učinkovitosti dela, povečujemo zaupanje zaposlenih, z različnimi orodji npr. z letnimi razgovori povečujemo osebni in profesionalni razvoj, pospešujemo razvoj novega in utrjevanje znanja ter spretnosti in povečujemo odgovornost zaposlenih za sprejemanje odločitev pri neposrednem delu s pacienti.

1.1 UČINKOVITOST CILJEV KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZNO V LETU 2013

Na osnovi sprejetih ciljev bolnišnice, smo tudi v ZNO načrtovali cilje že na začetku leta 2013. Sledili smo ciljem bolnišnice in realizirali cilje v okviru stroke ZNO.

GLAVNI STRATEŠKI CILJI V ZNO ZA LETO 2013 SB Jesenice:
POSTATI VISOKO ZANESLJIVA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA

PODROČJE:	**KAKOVOSTNA IN VARNA CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA**
1.1. Cilj	**Vzpostaviti sistem, ki zmanjšuje tveganje in nezgodne dogodke pri predpisu, aplikaciji in shranjevanju zdravil**
Aktivnosti	• pregled procesa razdeljevanja zdravil • poročanje o napakah in odklonih v program ART • vključitev kliničnega farmacevta pri reševanju odklonov in napak • redni strokovni nadzori nad predpisom, aplikacijo in shranjevanjem zdravil (dvakrat letno) • analiza rezultatov in definiranje preventivnih in korektivnih 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	• število odklonov in napak • rezultati nadzorov

kakovosti	• poročila o izpolnjevanju dokumentacije ZNO
Učinkovitost	• izvedli smo vse načrtovane aktivnosti (100%) dosegli 85% skladnost s kriteriji SOP razdeljevanje zdravil
1. 2. Cilj	**Zagotavljanje kulture varnosti pacientov 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
Učinkovitost	• izvedli smo vse aktivnosti (100%), izvedli delavnice o zaznavanju kulture varnosti pacientov (98% zaposlenih v ZNO), sledili kazalnikom kakovosti (kazalniki v posebnem poročilu)
1. 3. Cilj	**Povečanje enotne prakse ZNO za SBJ**
Aktivnosti	• izdelati in vpeljati klinične poti za posamezne dejavnosti • SOP, protokoli, politike delovanja • 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
Učinkovitost	• 100% izvedli več kot načrtovali (sledi poročilo)
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
Učinkovitost	• 50%, del aktivnosti se prenese v leto 2014
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 in zdravstvene nege • pregled in dopolnitev zloženke o pacientovih pravicah • delovanje koordinatorja zdravstvene oskrbe 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

Učinkovitost	• dosegli 80% učinkovitost (protokol družinske konference)
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
Učinkovitost	• del aktivnosti se prenese v leto 2014
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)
Učinkovitost	• cilj je bil dosežen v 80 % (opredeliti pisno predajo, izobraževanje)
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)
Učinkovitost	• Aktivnosti se prenesejo v leto 2014
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
Učinkovitost	• UK je v izdelavi, področje OVK je cilj dosežen
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
Učinkovitost	• cilj je dosežen
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)
Učinkovitost	• cilj je dosežen.
1. 12. Cilj	**Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta z različnimi obolenji**
Aktivnost	**Kardiološki laboratorij:** • ZV pacienta z ASTMO • 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.
Vrednotenje/ Kazalniki kakovosti	število ZV vsebin in izvedenih učnih ur število vključenih pacientov
Učinkovitost	Presegli zastavljeni cilj - posebno poročilo celotne dejavnosti zdravstveno vzgojnega dela
1. 13. Cilj	**Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta in njegovih svojcev s kronično rano**
Aktivnosti	ZV preko kontrolnih seznamov 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
Učinkovitost	Cilj je bil dosežen – poročilo koordinatorice za oskrbo kroničnih ran

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 85 % 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 100%
Učinkovitost	• cilj je bil presežen –147 predavanj, 1105 udeležencev
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.- se prenese v leto 2014
Učinkovitost	• Delno doseganje cilja – posebno poročilo • Delavnice se prenesejo v leto 2014
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 (90%) • število dopolnjenih matrik znanj glede na izvedene letne razgovore 100%
Učinkovitost	• cilj je bil dosežen
2. 4. Cilj	**Opredeliti pristojnosti in delokroge zaposlenih**
Aktivnosti	• Priprava delokrogov za vse zaposlene v ZNO (100%) • Sistemizacija delovnih mest – v okviru SBJ
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	• število delokrogov in opredelitev delovnih mest
Učinkovitost	• vsi delokrogi so bili opredeljeni
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
Učinkovitost	• cilj ni bil realiziran in se prenese v leto 2014

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 – ni bilo realizirano • Izvedba srečanja regijske koordinacije – ni bilo izvedeno

1.2 DELO STROKOVNEGA SVETA ZDRAVSTVENE NEGE IN KOLEGIJA SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

V letu 2013 smo imeli 9 rednih in eno izredno sejo Strokovnega sveta zdravstvene nege in oskrbe ter 15 sej Kolegija službe zdravstvene nege in en strateško razvojni kolegij. Tudi v preteklem letu smo oblikovali cilje in kazalnike kakovosti in varnosti v ZNO, ki so skladni s cilji bolnišnice.

Najpogostejše teme in sklepi SSZN so bile:
- Kadrovska problematika in organizacija dela na oddelkih/enotah
- Priprava in izvedba internih rednih strokovnih nadzorov
- Delokrogi v zdravstveni negi in oskrbi
- Delo projektnih timov
- Sledenje kazalnikom kakovosti in varnosti
- Sklep glede korektivnih ukrepih na področju kazalnikov kakovosti
- Mentorstvo in vodenje klinične prakse
- Opredelitev strategije varnosti
- Klinične poti
- Posredovanje informacij direktorja bolnišnice
- Priprava spremenjene dokumentacije v ZN z uporabo negovalnih diagnoz
- Priprava in izvedba dneva odprtih vrat
- Boškinovi dnevi
- Spremembe v delovanju Strokovnega sveta ZN

Najpogostejše teme in sklepi Kolegija zdravstvene nege in oskrbe:
- Poročila o delu na oddelkih in enotah
- Vodenje kazalnikov kakovosti in varnosti ter korektivnih ukrepov
- Racionalizacija stroškov
- Letni cilji in poročila iz preteklega leta
- Proces vodenja ZNO
- Priprava na presoje ISO; DIAS; TEMOS
- Sodelovanje z zunanjem izvajalcem čiščenja, pranja perila
- Plan in izvedba strokovnih izobraževanj tudi v drugih ustanovah
- Kontaktna izolacija in preprečevanje MRSA
- Uvajanje varnega sistem pri intravenozni kanili
- Urejanje področja rokovanja z zdravili
- Aktivnosti za spremembe pri predaji pacienta
- Priprava in potrditev Pravilnika o organizaciji ZNO
- Predlogi za podelitev srebrnega znaka Gorenjskega društva medicinskih sester
- Poročanje o nesrečnih dogodkih
- Zaznavanje kulture varnosti
- Sodelovanje z nabavno službo

Realizacija sklepov sprejetih na Strokovnem svetu ZN in Kolegiju službe zdravstvene nege je bila 100%.

2 UVAJANJE IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

Zagotoviti kulturo varnosti in vzpostavitev varnega dela kot vrednoto zaposlenih

Zagotavljanje in nenehno uvajanje kakovosti in varnosti v okviru celostne oskrbe pacientov smo že v veliki meri vgradili v naše neposredno delo, vendar so še področja, kjer so potrebne izboljšave. Vzpostavitev in nenehno izboljševanje kulture varnosti pacientov je osnova za varno oskrbo pacientov. Zagotavljanje varnosti pacientov tako pomeni izogibanje, preprečevanje in omilitev neugodnih izidov ali poškodb za pacientov, ki izhajajo iz procesa

celostne oskrbe pacientov v bolnišnici. V preteklem letu smo se v bolnišnici ponovno odločili, da izvedemo anketo med zaposlenimi o njihovem zaznavanju kulture varnosti pacientov v bolnišnici.

Proces stalnega izboljševanje kakovosti in varnosti smo izvajali z različnimi aktivnostmi, ki vplivajo na kakovostno in varno oskrbo pacientov v bolnišnici. Beležimo boljše rezultate na področju pravilnega dokumentiranja v zdravstveni dokumentaciji pacientov. Izboljšali smo klinične kazalnike kakovosti na področju neposredne zdravstvene nege ob pacientovi postelji. Nekoliko slabši so rezultati kazalnikov pri pojavljanju RZP, padcev in MRSA in to kljub vsem ukrepom, ki smo jih izvedli. Zato nas v prihodnjem letu čaka težko obdobje, kjer bomo morali najti bolj učinkovite poti za doseganje vseh ukrepov in izboljšanje na teh področjih.

Namen strategije varnosti je učinkovito razvijati sistematično delovanje na področju vzpostavljanja nenehnega izboljševanja na področju varnosti in kakovosti pacienta. Zastavljen cilj smo delno dosegli, ker strategije še nismo dokončno oblikovali. Smo pa oblikovali naslednje cilje:

- postati visoko zanesljiva zdravstvena organizacija,
- zagotavljati strokovno, kakovostno in varno obravnava pacientov,
- ustvariti varno okolje za paciente in zaposlene ter druge, ki vstopajo v bolnišnico.

Določili smo tudi podporne cilje:

- osredotočenje na pacienta,
- ozavestiti in izobraziti zaposlene o pomenu kulture varnosti,
- razvijati politiko nekaznovanja in učenja iz odklonov in varnostnih zapletov ter dobrih praks,
- vzpostaviti sistem za večjo varnost,
- nadzorovati izvajanje ukrepov za varnost.

Aktivnosti za dosego ciljev:
Za doseganje zastavljenih ciljev smo izvedli anketo o zaznavanju kulture varnosti pacientov in izvedli izobraževanje v obliki delavnic, katerih se je udeležilo 240 zaposlenih. Prav tako smo določili 6 medicinskih sester, ki so promotorji za varnost pacientov na oddelkih. Vzpostavili smo zanesljiv način poročanja na področju padcev pacientov, poročanje o nastanku razjede zaradi pritiska, prenosu več odpornih mikroorganizmov in drugih dogodkov, ki lahko povzročijo škodo za pacienta.

Načrtovali smo vzpostavitev sistema varnosti na področju rokovanja z zdravili, ki vključuje predvsem aktivnosti za preprečitev napak pri predpisu in razdeljevanju zdravil. Poleg tega smo na vseh področjih spremenili terapevtske liste, ki omogočajo lažji in bolj pregleden predpis terapije z možnostjo vpisa časa in parafe zdravnika, ki zdravilo predpisuje, kot tudi medicinskih sester, ki zdravilo aplicira. Dopolnili smo protokol, ki natančno opredeljuje predpis in aplikacije, dokumentiranja ter hrambe zdravil. Poleg tega opredeljuje nadzor dokumentiranja, ki ga mesečno izvajata predstojnik in koordinatorica zdravstvene nege. Sistem poročanja farmacevtu o zlorabah/izgubah kontroliranih substanc poteka zelo dobro in ni posebnih odstopanj. Ukrepi so bili usmerjeni predvsem v preprečitev nepravilne uporabe zdravil in škodo za pacienta.
Povečali smo aktivnosti za zbiranje točnih in pravočasnih informacij o napakah ali skorajšnjih napakah v procesu rokovanja z zdravili. V letu 2014 bomo še povečali aktivnosti za vzpostavitev sistema poročanja o vseh napakah, povezanih z zdravili, vsi podatki se bodo zbirali pri kliničnem farmacevtu. Izvedli smo korektivne ukrepe predpisa terapije in aplikacije zdravil glede na nadzor v letu 2012. V letu 2013 smo glede na načrt izvedli ponovne nadzore razdeljevanja in rokovanja z zdravili in opredelili korektivne ukrepe.

2.1 NADZOR IZVAJANJA ROKOVANJA Z ZDRAVILI

Izvedli smo 13 nadzorov in pri tem beležili 79,8 % skladnost glede na določene kriterije. Določili smo 20 korektivnih ukrepov, pri katerih smo opredelili odgovorno osebo in časovnico izvedbe.

Ukrepi se nanašajo na izobraževanje medicinskih sester o stranskih učinkih zdravil, ki ga izvaja klinični farmacevt, priprava tabele za pravilno aplikacijo zdravila na tešče, s hrano ter po jedi. Med opazovanjem smo ugotovili, da so zdravstveni tehniki (ZT) med razdeljevanjem, zdravil v povprečju prekinjeni do 30x. Prav zaradi motenja osebja med razdeljevanjem zdravil smo se odločili, da bodo ZT med razdeljevanjem zdravil imeli posebno oznako, ki bo drugo osebje opozorilo, da se ga pri delu ne sme motiti.

Tabela 1: Delež skladnosti kriterijev razdeljevanje in aplikacija zdravil v letu 2013 in 2012 in frekvenca motenja MS med razdeljevanjem zdravil.

Oddelek	**2013**	**2012**	**2013**
Razdeljevanje zdravil	**Delež skladnosti**	**Delež skladnosti**	**Motenje MS**
Interni oddelek skupaj	71,6	87	18x
IIT	97,6	97	0x
Kirurški oddelek skupaj	72,06	76	10x
Pediatrični oddelek	97,06	0	0
Gin.-porodniški odd.	85,3	100	0
OZZN	79,5	91,1	0
EITOS	94,12	100	2x
Vsi oddelki skupaj	**79,80**	**89,7**	**30x**

Tabela 2: Delež vzrokov za moten potek dela medicinskih sester pri razdeljevanju zdravil.

Prekinitev dela medicinske sestre	***2013 v %***	***2012 v %***
delavka čistilnega servisa	3	5
zaposleni v zdravstveni negi	5	38
dopolnitev zalog zdravil	15	44
zdravnik	5	8
potreba po neposredni zdravstveni negi	2	5
Skupaj	***30***	***100***

2.2 REDNI NADZOR DEPOJEV ZDRAVIL

V letu 2013 smo dvakrat izvedli pregled oddelčnih depojev za shranjevanje zdravil. Rezultati skladnosti so bili pri obeh pregledih med 98 in 100 %. Zato dodatnih ukrepov nismo opredelili. Dobri rezultati so posledica delovanja depojskih medicinskih sester, ki skrbijo za pravilno rokovanje in shranjevanje zdravil in drugega zdravstvenega materiala.

2.3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Zagotavljanje kakovosti in varnosti smo na nekaterih področjih že vgradili v naše delo, na nekaterih področjih so še vedno možne izboljšave. To je predvsem področje dokumentiranja v ZNO in rokovanje z zdravili. V letu 2013 beležimo slabše rezultate na področju preprečevanja RZP in padcev. V primerjavi z letom 2012 smo izboljšali kazalnik prenosa MRSA, katetrskih seps in kolonizacije osrednjih venskih katetrov (OVK).
V letu 2014 bomo morali poiskati vzroke ter opredeliti korektivne ter preventivne ukrepe, ki bodo izboljšali kazalnike kakovosti.

Tabela 3: Prikaz incidence MRSA, RZP, vseh padcev pacientov, katetrske sepse in kolonizacije OVK

Kazalnik	2012	Cilj 2013	31.12. 2013
MRSA	0,15	0	0,13
RZP	2,8	0,47%	0,78 %.
Padci s postelje	0,27	0,3	0,4
Vsi padci	1,1	1,0	1,7
Katetrska sepsa	2	0	0
Kolonizacija OVK	0,9	0	0,8

Kolonizacija osrednjih venskih katetrov
Tudi v letu 2013 smo spremljali število vstavljenih OVK in kvaliteto dela posameznih oddelkov/enot v SB Jesenice. V letu 2013 je bilo uvedenih 233 OVK, kar je 35 OVK več kot v letu 2012 in je posledica povečanega števila sprejetih pacientov v enotah intenzivne terapije. Pomembno je poudariti, da se je kljub povečanemu številu vstavljenih OVK, za 58 zmanjšalo število katetrskih dni in da v letu 2013 nismo beležili katetrske sepse. S tem je bil cilj iz let 2013 dosežen. Splošni prikaz vstavljenih OVK v primerjavi z letom 2012 je razviden iz spodnje tabele.

Tabela 4: Prikaz primerjave podatkov OVK v SBJ (hemodializni center izključen)

Osrednji venski kateter	2013	2012
Število BOD	57.587	60.939
Število vstavljenih OVK	233	198
Število katetrskih dni	1.551	1.609
Število koloniziranih OVK	13	14
Incidenca kolonizacij/ št. kat. dni	0,8 %	0,9 %
Katetrska sepsa	0	2
Povprečno število kateterskih dni	6,7	8,1

Incidenca kolonizacije OVK se je v letu 2013 zmanjšala na vseh oddelkih. Kljub temu pa nismo dosegli zastavljenega cilja 0,6 %. Stopnje kolonzacije OVK v letu 2103 znaša 0,8 %. Pri pregledu deleža števila koloniziranih konic OVK beležimo povečano število kolonizacij na internem in kirurškem oddelku, v EITOS in na dializnem oddelku pa je viden njihov upad.

2.4 NADZOR SKLADNOSTI IZVAJANJA STANDARDOV KAKOVOSTI (SOP)

Interni strokovni nadzor v zdravstveni negi je v mesecu novembru 2013 potekal na internem oddelku, na pediatričnem oddelku, v enoti intenzivne terapije operativnih strok, na kirurškem oddelku, na ginekološko porodniškem oddelku, na oddelku za zdravstveno nego, v

internistični intenzivni terapiji,urgenci, dnevnem oddelku, hemodializi, anesteziji, fizioterapiji. Za nadzor so bile imenovani dve skupini medicinskih sester, ki so tudi notranji presojevalci za sistem kakovosti. Pred začetkom nadzora je bilo izveden sestanek na katerem smo izvajalkam nadzora predstavili potek in vsebino nadzora.

Rezultati prikazujejo kazalnike učinkovitosti in kakovosti pri izvajanju zdravstvene nege.

Nadzor zdravstvene nege je bil izveden na naslednjih aktivnostih in posegih:

- jutranje umivanje
- ustna nega
- odvzem venske krvi
- uvedba venske kanile
- oskrba iv kanile
- oskrba OVK
- menjava infuzijske steklenice
- preventiva RZP
- oskrba kronične rane
- oskrba pooperativne rane
- timska predaja pacienta
- razdeljevanje zdravil
- izvedba kontaktne izolacije
- razvrščanje odpadkov
- razdeljevanje hrane pacientom
- rokovanjem in shranjevanjem sterilnega materiala na oddelkih/enotah

Nadzor je potekal tako, da smo na vsakem odseku/enoti izvedli 5 opazovanj za vsako aktivnost. V primerjavi z letom 2012 smo v letu 2013 beležili boljše izide kot leto poprej. Izvedli smo korektivne in preventivne ukrepe in merimo njihovo učinkovitost.

Tabela 5: Prikaz kazalnikov na področju izvajanja neposredne zdravstvene nege

KAZALNIKI	**2013 v %**	**2012 v %**	**2011%**
Jutranje umivanje	91,20	82,2	81
Ustna nega	87,83	91,4	84
Odvzem venske krvi	97,64	93,7	0
Uvedba i.v. kanile	93,7	92,7	94
Oskrba i.v. kanile	96,0	92,8	90
Oskrba vbodnega mesta OVK	98,36	0	0
menjava infuzijske steklenice	96,34	90,7	92
Preventiva RZP	93,0	90,0	88
Oskrba pooperativne rane	93,3	0	90,6
Oskrba kronične rane	93,0	96,4	91
Timska predaja pacienta	92,,0	92,0	92,3
Posebni varovalni ukrep	93,5	76,61	0
Kontaktan izolacija	87,0	79,0	91
Ločevanje odpadkov	97,0	92,0	92
Vsi oddelki skupaj	**93,5**	**89,2**	**90,3**

2.5 IZBOLJŠANJE TIMSKE PREDAJE PACIENTA MED VSEMI SLUŽBAMI

Učinkovitost timske predaje pacientov v zdravstveni negi se je v letu 2013 izboljšala. Dopolnili smo protokol timske predaje pacienta, tako na področju poteka, kot na vsebini

posredovanja podatkov. Pripravili smo in pričeli uporabljati strukturiran obrazec v obliki opomnika, katerega zaposleni uporabljajo pri vsakodnevni predaji pacienta, na vseh nivojih, kjer se pacienta predaja drugemu strokovnjaku. Izvedli smo pregled skladnosti glede na kriterije, ki so opredeljeni v protokolu timske predaje pacienta. Z rezultati smo bili zadovoljni, smo pa kljub temu opredelili korektivne ukrepe in načrtovali ponovno presojo v letu 2014.

Tabela 6: Prikaz rezultatov skladnosti kriterijev protokola timske predaje pacienta

Oddelek	**2013**	**2012**
Interni oddelek skupaj	89,2	86
IIT	94,4	100
Kirurški oddelek skupaj	91,85	90,0
Pediatrija	97,78	97
Ginekološko porodniški odd.	88,89	98
OZZN	91,11	87
EITOS	97,78	95
Dnevni oddelek	98,89	0
Vsi oddelki skupaj	92,22	92

2.6 REDNI PREGLEDI ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE GLEDE PRAVILNEGA DOKUMENTIRANJA

Tudi v letu 2013 smo nadaljevali z rednimi pregledi zdravstvene dokumentacije na področju zdravstvene nege. Pregled so izvajale koordinatorice ZN oddelkov in enot.

Koordinatorice zdravstvene nege so pregled izvedle na enajstih oddelkih in enotah, skupaj je bilo pregledanih 550 dokumentacij pacientov. Doslednost pri pravilnem izpolnjevanju in dokumentiranju je bila 88 %. V primerjavi z letom 2012 smo izboljšali rezultat za 9 odstotnih točk. Na osnovi rezultatov smo izvedli korektivne ukrepe.

2.7 POROČILO O IZVEDENEM UGOTAVLJANJU SKLADNOSTI KATEGORIZIRANJA ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

V mesecu decembru 2013 smo izvedli drugo interno preverjanje skladnosti kategoriziranja zdravstvene nege pacienta na vseh oddelkih, ki dnevno kategorizirajo paciente.

Metodologija:

1. Nadzor smo izvedli med 13. in 15. uro.
2. Pregled smo izvedli za neposredne izvajalce nenapovedano. To je v interesu pridobitve realnih rezultatov.
3. Vse izbrane paciente najprej sami kategoriziramo na Obr. 6 po kriterijih Protokola kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege, ki velja v slovenskem prostoru. Rezultate smo beležili v levi stolpec priloženega Obrazca 6, nato pa za izbrane paciente prepisali še kriterije, ki so jih zabeležile medicinske sestre ob redni kategorizaciji v desni stolpec. Za vir podatkov smo uporabili zapis v računalniškem programu.
4. Skladnost vsebinskih kazalcev smo vpisali v Obr. 5.

Ujemanje pri posameznih merilih kategorizacije se skoraj ne razlikuje od rezultatov za leto 2012. Pri ujemanju kategorij je rezultat slabši kot v letu 2012.
V primerjavi s preverjanjem skladnosti kategorizacije v mesecu maju 2013 smo izboljšanje rezultatov zabeležili na pediatričnem oddelku in EITOS-u, slabše rezultate smo opazili pri

ujemanju meril na ginekološko porodniškem oddelku in ujemanju meril ter kategorizacij na kirurškem oddelku.

Tabela 7: Skladnost kriterijev kategorizacije potreb po zdravstveni negi

	% 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
2013	92,3	7,7	87,7	12,3

Obenem s preverjanjem skladnosti kriterijev in kategorij, je bil izveden še **organizacijski nadzor**. Ugotavljala se je 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 **98,7 %,** v letu 2012 **85,2 %.**

2.8 VARNOSTNE VIZITE/VARNOSTNI RAZGOVORI

V okviru izboljšanja varnosti in kakovosti smo v preteklem letu izvedli 532 varnostnih vizit in razgovorov ter pri tem izvedli 1126 ukrepov, od teh jih je bilo uspešno izvedenih. Učinkovitost izvedenih ukrepov je bila 96,5 %. Vse to kaže na veliko ozaveščenost zaposlenih na področju kakovostne in varne obravnave pacientov.

Tabela 8: Število izvedenih varnostnih vizit/razgovorov, glede na nivo izvedbe, ter število in učinkovitost ukrepov

Koordinatorica ZN/PDZNO	Odgovorne MS	Predstojnik in koordinatorica	Število ukrepov/ uspešno izvedenih	Učinkovitost ukrepov
244	280	8	1126/1100	97,7 %

Tabela 9 : Delež izvedenih varnostnih vizit in ukrepov.

	2010	***2011***	***2012***	***2013***
Število VV/VR	518	602	675	532
Število izrečenih ukrepov	656	876	900	1126
Št./delež realiziranih ukrepov	618/94,2 %	838/95,6 %	1469/98 %	1100/97,7

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, OVK,
- ukrepi v zvezi z bolnišničnimi okužbami,
- sistemska ureditev pri uporabi identifikacijske zapestnice,
- ukrepi, ki se nanašajo na predpisovanje in razdeljevaje zdravil, prehrane pacientom,
- nepravilno sestavljeni operacijski seti, uporaba kirurških inštrumentov,
- 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.

2.9 SPOROČANJE NESREČNIH DOGODKOV

V letu 2013 smo odklone in varnostne zaplete spremljali tako kot v letu 2012 v računalniški aplikaciji ART. Zaposleni so sporočili 116 odklonov, kar je glede na leto 2012 nekoliko manj saj smo jih takrat zabeležili 133. V okviru določenem roku je bilo uspešno realizirano 115 odklonov (99,1 %), kar je zelo pohvalno. Zaposleni so sporočili 72 strokovnih odklonov, 18 tehničnih odklonov, 5 zaradi neprimernega odnosa pacient/zaposleni, ter 18 odklonov, ni bilo definiranih, ampak so bili označeni kot »drugo«. 17 odklonov je bilo sporočenih na temo upravljanja z zdravili. Za vsak odklon so odgovorne osebe definirale ukrepe in jih tudi v večini primerov v dogovorjenem času izvedli. Skupaj je bilo izrečenih 134 ukrepov.

2.10 KONFERENCE O IZIDIH IN ZAPLETIH

V letu 2013 smo izvedli dve konferenci o izidih in zapletih. Obravnavali smo možne napake pri uvajanju intravenozne kanile in opazovanje pacientov. Določili smo korektivne ukrepe, ki smo jih izvedli ter pri tem dosegli visoko učinkovitost.

2.11 POSEBNI VAROVALNI UKREP

Posebni varovalni ukrep (PVU) posega v pacientovo osebno svobodo, njegovo integriteto in dostojanstvo. Pred uporabo posebnega varovalnega ukrepa je potrebno uporabiti alternativne metode, aplikacijo zdravil, aktivnosti za umirjanje pacienta. Velik pomen ima izobraževanje članov tima ZN o preventivi padca, o pravilni izbiri in uporabi sredstva za fizično omejitev pacienta. S prikazovanjem kazalnika PVU smo pričeli 1. 2. 2013.

Incidenca PVU v bolnišnici za leto 2013:

Števec	Število vseh pacientov s PVU	**237**
Imenovalec	Število vseh sprejetih pacientov	**6.963**
Incidenca		**0,03**

V mesecu juniju in novembru 2013 smo izvedli dva nadzor nad pravilno izvedenimi posebnimi varovalnimi ukrepi. Skladnost s kriteriji smo dosegli v 90 %. V nadzor niso bili vključeni vsi oddelki, ker v času nadzora niso imeli pacientov s posebnimi varovalnimi ukrepi.

Tabela 10: Delež skladnosti kriterijev pri pacientih s posebnim varovalnim ukrepom

Oddelek	Delež glede na vse PVU v %	Delež glede na vse PVU v %
	2013	2012
OZZN	82	0
Kirurški oddelek skupaj	93	54
Interni oddelek skupaj	94	66
EITOS		94
Vsi oddelki skupaj	**90**	**71,3**

Pri nadzorih PVU smo ugotovili, da predpis in izbira pripomočkov za izvedbo PVU ni vedno optimalna, še vedno se premalo uporablja trebušni pas, ki predstavlja bolj prijazno fizično omejitev in pacientu dopušča obračanje v postelji.
V letu 2013 smo prenovili list varovalnega ukrepa in s tem dosegli boljši rezultat izpolnjevanja dokumentacije.
Nadaljevali bomo z izobraževanjem zaposlenih v ZN o pravilni izbiri in uporabi PVU. Želimo, da se v projektno skupino za preprečevanje padcev vključi zdravnik in osnovali bomo promotorje PVU.
Za še boljše izvajanje posebnih varovalnih ukrepov smo izvedli več korektivnih ukrepov in bili pri realizaciji zelo uspešni.

24. in 29. 12. 2013 smo izvedli nadzor nad določenim številom naključno izbrane dokumentacije pacientov pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep (PVU).
Število pacientov z uporabo PVU, v času od 1. 2. 2013 do 30. 11. 2013, je bilo 207.

Tabela 11: Delež skladnosti kriterijev za nadzor dokumentiranja predpisa in nadzora posebnih varovalnih ukrepov

Predpis in nadzor PVU	**2013**	**2012**
Kirurški odd.	84	77
Interni odd.	92	82
OZZN	87	82
EITOS	90	94
IIT	93	77
Skupaj	**89**	**82**

Izpolnjenost dokumentacije za uporabo PVU je boljša pri predpisu in nadzoru pacienta v primerjavi z letom 2012. Vzrok za boljši rezultat je izobraževanje zaposlenih in prenova lista varovalnega ukrepa.

2.12 KIRURŠKI VARNOSTNI KONTROLNI SEZNAM

Na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice smo po testnem začetku pričeli z redno uporabo kirurškega varnostnega seznama (KVS). Potek uporabe stalno spremlja koordinatorica zdravstvene nege v operacijskem bloku. Po dveletni uporabi smo izvedli anketo med zaposlenimi v operacijskem bloku o sestavi in uporabi kontrolnika. Anketa je bila tudi podlaga za prilagajanje in spreminjanja kontrolnika. Glede na vse aktivnosti, ki smo jih izvedli, se kirurški varnostni seznam uporablja pri vseh operativnih posegih. V letu 2014 bomo poskušali informacijsko podpreti izvedbo KVS.

3 VZPOSTAVITI ENOTNE KLINIČNE PRAKSE ZA SBJ

Klinična pot (KP) je v bolnišnici plan celostne oskrbe pacienta z določeno boleznijo in za določen operativni poseg. Cilji**,** ki bi jih radi dosegli so predvsem kakovostno opravljene storitve, skladne s smernicami stroke, načrtovanje obravnave pacienta, najmanjše možno tveganje, zadovoljen pacient in njegovi svojci, zadovoljni zdravstveni delavci in racionalizacija stroškov dela.

V letu 2013 smo pripravili 12 novih klinične poti.

KP za operacijo zdrsa medvretenčne ploščice (Hernije diska); kirurški oddelek/odsek za ortopedijo je še v pripravi.

Tabela 12: Novo opredeljene klinične poti

Zap. št.	Naslov
1.	KP za LLETZ – enodnevna obravnava
2.	KP za histeroskopsko operacijo – enodnevna obravnava
3.	KP za operativno zdravljenje stresne urinske inkontinence z mrežico – enodnevna obravnava
4.	KP za HSG
5.	KP za elektrokonverzijo
6.	KP za obremenilno testiranje z jajcem - z nizkim tveganjem za alergično sistemsko reakcijo
7.	KP za obremenilno testiranje kravjim mlekom - z nizkim tveganjem za alergično sistemsko reakcijo
8.	KP za obremenilno testiranje s kravjim mlekom - z visokim tveganjem za alergično sistemsko reakcijo
9.	KP za obremenilno testiranje z Paracetamolom (Lekadol),
10.	KP šola lulanja
11.	KP za obremenitveno testiranje z Cefuroksimom (Zinnat),
12.	KP za obremenilno testiranje s penicilinom (Fenoksimetilpenicilin);

V letu 2013 smo prenovili 6 kliničnih poti.

Tabela 13: Prenovljene klinične poti

Zap. št.	Naslov
1.	KP za abrazijo – enodnevna obravnava
2.	KP za punkcijo
3.	KP za perkutano endoskopsko gastrostomo
4.	KP za operacijo krčnih žil
5.	KP za programsko otroško operacijo
6.	KP za programsko otroško operacijo – odstranitev žrelnice

V bolnišnici deluje stalna delovna skupina, ki skrbi za pripravo vseh dokumentov, protokolov, standardov kakovosti, navodil in drugih obrazcev. V preteklem letu je skupina pripravila skupaj 198 novih dokumentov, 157 jih je pa prenovila.

Tabela 14: Novo oblikovani in opredeljeni dokumenti, protokoli, navodila, obrazci in klinične poti

	Standardi kakovosti	Splošni SOP	Navodila	Obrazci	Klinične poti	Skupaj
novi	5	21	59	101	12	198
dopolnjena verzija	31	25	28	65	8	157

4 ZAGOTAVLJANJE OSEBNE INTEGRITETE PACIENTOM

V Splošni bolnišnici Jesenice v okviru nenehnega zagotavljanja kakovosti in varnosti deluje tudi projektni tim, ki načrtuje in izvaja aktivnosti na področju zagotavljanja osebne integritete pacientov. V letu 2013 smo si postavili dva cilja:

- zagotavljanje osebne integritete pacientov neposredno ob pacientovi postelji,

- doseči čim višji nivo upoštevanja etičnih načel z upoštevanjem osebne integritete pacientov in pacientovih pravic.

Tabela 15: Rezultati ankete o zadovoljstvu pacientov na področju zagotavljanja osebne integritete za štiri leta

	2010	***2011***	***2012***	***2013***
Medicinske sestre/zdravstveni tehniki	91,9 %	90 %	95 %	92,9
zdravniki	85,1 %	82,7 %	90,2 %	83,4

V preteklem letu smo dosegli nekoliko slabše rezultate na področju zagotavljanja osebne integritete in bomo morali v okviru zdravstvene ga tima ponovno pričeti z aktivnostmi, ki bodo privedli do izboljšanja stanja na tem področju.

Večji poudarek na zasebnosti pacientov pri izvajanju osebne higiene in preprečitve neželenih pogledov (zapiranje vrat bolniških sob, uporaba paravanov, namestitev zaves po sobah med posteljami). Tudi v letu 2014 bomo morali načrtovati enake ukrepe, saj nekaterih aktivnosti v letu 2013 nismo izvedli v celoti.

Projektni tim sestavlja 26 članov. V skupino so vključene diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki z vseh oddelkov in enot bolnišnice, fizioterapevtka in radiološki inženir, predstavnica za kakovost in pedagoška medicinska sestra.

5 IZBOLJŠANJE INFORMIRANOST PACIENTOV IN NJIHOVIH SVOJCEV O ZDRAVSTVENEM STANJU IN POTEKU ZDRAVLJENJA

Za večjo informiranost pacientov smo v letu 2013 izdelali 160 različnih zloženk in navodil z vsemi potrebnimi informacijami, ki olajšajo pacientovo vrnitev v domače okolje in mu dajejo koristne informacijo za oskrbo doma

5.1 KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Pomemben cilj pri delu koordinatoric zdravstvene obravnave je pravočasni odpust, ko je pacient odpuščen domov ali premeščen v drugo zdravstveno ali socialno ustanovo takoj, ko je klinično stanje pacienta stabilno in je primeren za odpust. Takšen odpust je možen samo s skrbno načrtovanimi aktivnostmi od sprejema dalje in aktivnim vključevanjem ter sodelovanjem pacienta, njegovih svojcev in vseh članov multidisciplinarnega tima.

Z delom koordinatorja zdravstvene oskrbe smo nadaljevali tudi v letu 2013. Spremenili smo organizacijo dela na kirurškem oddelku. Tako je sedaj na vsakem odseku ena koordinatorica, ki skrbi za celoten proces od priprave pacienta pred sprejemom, vodenje in koordiniranje med bivanjem v bolnišnici, pravočasni odpust. Kriterije določa glede na pacientove potrebe za tekoč prehod iz enega nivoja oskrbe na drugega (od doma v bolnišnico, v bolnišnici iz oddelka na oddelek, iz bolnišnice v domačo oskrbo oz. v institucionalno varstvo). S takim načinom dela smo v preteklem letu obravnavali 910 pacientov, pri tem je bilo odpuščeno v domače okolje 661 pacientov, 181 v socialnovarstvene ustanove. Kar 266 pacientov je bilo vključenih v zdravstveno vzgojno delo. Učinkovitost dela koordinatoric zdravstvene oskrbe vpliva na zmanjšano število ponovnih sprejemov. S tem smo povečali tudi večjo informiranost pacientov in njegovih svojcev o zdravstveni oskrbi.

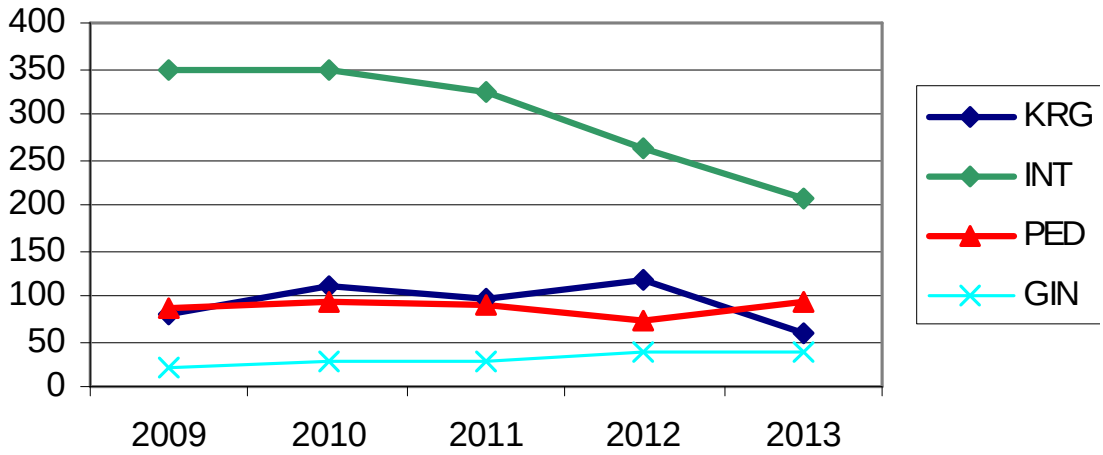
Delež ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu se je v letu 2013 znižal na vseh oddelkih. Na dober rezultat je pomembno vplivalo delo koordinatorjev zdravstvene oskrbe. Rezultati so prikazani grafično, po oddelkih, za zadnjih 5 let. Izračunali smo tudi delež ponovnih

sprejemov glede na število vseh odpuščenih pacientov (izračun deleža = število ponovnih sprejemov x 100/ število vseh odpuščenih pacientov) in je prikazan v spodnji tabeli.

Tabela 16: Delež ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu

Leto	2009	2010	2011	2012	2013
Delež ponovnih sprejemov v %	4,2	4,5	4,2	3,6	3,1

Graf 1: Število ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu po letih in po oddelkih



5.2 DRUŽINSKE KONFERENCE

Na oddelku za zdravstveno nego smo imeli v letu 2013 66 družinskih sestankov.

Vsebina sestankov je bila: premestitev pacientov v institucionalno varstvo, dogovor datuma za odpust v domače okolje in ureditev pomoči na domu, predstavitev svojcem o napredovanju pacienta in ureditev medicinsko tehničnih pripomočkov, ki jih pacient potrebuje ob odpustu in svetovanje o oskrbi pacienta v domačem okolju.

S takim načinom dela smo zabeležili visoko zadovoljstvo pacientov in svojcev

6. KADRI V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI, FIZIOTERAPIJI IN NA PODROČJU DELA RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

Leto 2013 je močno zaznamoval Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF). Za vsako novo zaposlitev, zaradi upokojitev ali drugih odhodov iz bolnišnice, smo morali dobiti soglasje Ministrstva za zdravje in Sveta zavoda. Zato smo nekoliko težje načrtovali nove zaposlitve. Prav tako smo morali v bolnišnici znižati število vseh zaposlenih za 1%. Tako tudi v zdravstveni negi nismo nadomestili vseh upokojitev, predvsem tistih, kjer so bili zaposleni že pol delovnega časa invalidsko upokojeni.

Izvajanje rednih letnih razgovorov z neposrednim vodjem poteka že tretje leto, zaposleni so jih sprejeli kot izredno pozitivne in dobrodošle. Zato bomo s tem nadaljevali tudi v prihodnjem letu. V preteklem letu smo ponovno opredelili delokroge zaposlenih v ZNO in jih dopolnili z matrikami znanj.

6.1 PRIKAZ TRENDA ZAPOSLOVANJA V ZNO ZA OBDOBJE 2012 IN 2013

V zadnjem letu smo morali zmanjšati število zaposlenih, tako v zdravstveni negi, na fizioterapiji, kot tudi 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. Izobraževanje na visokošolskem programu zdravstvene nege je zaključilo 12 ZT, ki so se izobraževali s pomočjo bolnišnice in so že bili v večini razporejeni na delavna mesta, kjer se zahteva visokošolska strokovna izobrazba.

Tabela 17: Prikaz števila dejansko zaposlenih in zaposlenih iz ur v ZNO leta 2012 in 2013

	št. zaposlenih		**zaposleni iz ur**	
Profil	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**
Dipl. m. s.	126	114	123	121
Dipl. bab.	10	9	9	9
SMS/ZT	202/2*	213/4*	183/2*	191/1*
Skupaj ZN	***338/2****	***336/4****	***317***	***321/1****
Dipl. fiziot.	11/1*	10	10	10.8
Delavni terapevt	1	1	1	1
Dipl. rad. inž.	13	12	12,5	12,8
Skupaj vsi	***363/3****	***359/4****	***338,5/2****	***345,6/ 1****
Skupaj s pripravniki	***366***	***363***	***340***	***346,6***
Opombe: * pripravnik				

(Vir: podatki kadrovske službe)

6.2 ODSOTNOST ZAPOSLENIH ZARADI PORODNIŠKEGA DOPUSTA

V lanskem letu je bilo na dan 31. 12. 2013 28 zaposlenih v ZNO, fizioterapiji in na radiološkem oddelku na porodniškem dopustu (PD), kar je za 6 zaposlenih več kot v letu 2012.

Tabela 18: Število zaposlenih v ZNO na porodniškem dopustu leta 2011, 2012 in 2013

Zaposleni na PD	**2011**	**2012**	**2013**
SMS/ZT	13	17	13
dipl. m. s.	6	4	13
Dipl.fiziot.	2	0	1
Dipl.radio.inž.		1	1
Skupaj	**21**	**22**	**28**

6.3 ODHODI V OBDOBJU 2009 – 2011

V preteklem letu smo zabeležili manjše število odhodov vseh zaposlenih v ZNO. Vzrok je vsekakor ZUJF, ki onemogoča zaposlovanje v celotnem javnem sektorju.

Tabela 19: Število odhodov zaposlenih v ZNO leta 2012 in 2013

Leto	***2013***		***2012***	
Razlog prekinitve	***Odpoved***	***Upokojitev***	***Odpoved***	***Upokojitev***
SMS – SBJ	13		6	
SMS pripravniki	0		10	

SMS - zaposleni	2	2	1	6
Dipl. m. s – SBJ	4		3	
Dipl. m. s – zaposleni	4	3	3	3
Fiziot. - SBJ	0		2	
Rad. inž. - SBJ	0		1	
Skupaj	**23**	**5**	**26**	**9**

7. PREGLED KATEGORIZACIJE PACIENTOV GLEDE NA POTREBE PO ZDRAVSTVENI NEGI

Kategorizacijo potreb po zdravstveni negi uporabljamo predvsem kot orodje za izračun potreb po kadrih v ZN. V bolnišnici na osnovi kategorizacije razporejamo kader in ga dodatno ovrednotimo. Še vedno s kadrom ne dosegamo število zaposlenih glede na kategorizacijo potreb po zdravstveni negi. Smo pa v zadnjem letu nekoliko dopolnili število dipl. m. s.

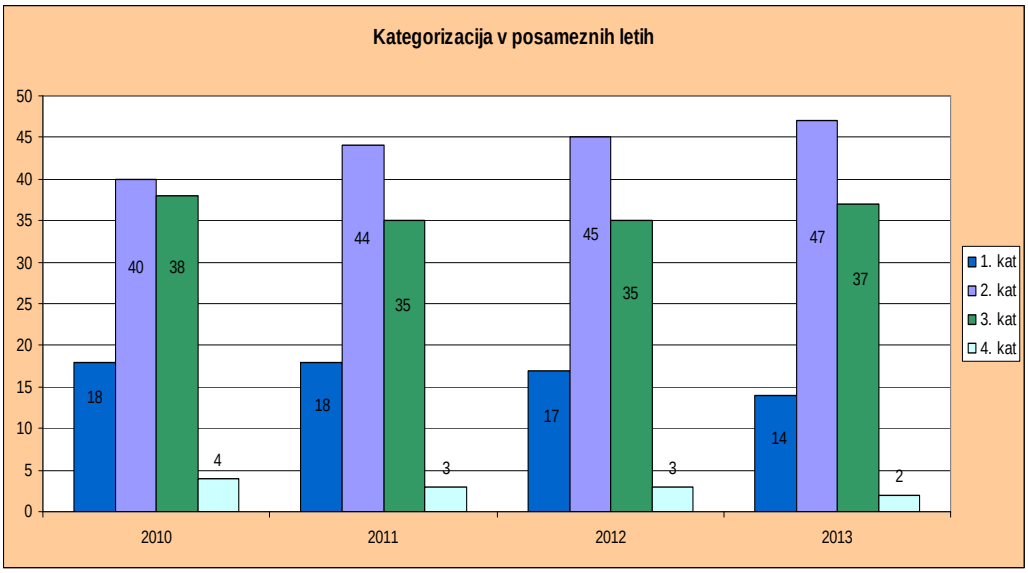
Iz tabele in grafa je razvidno, da se je število pacientov glede na posamezne kategorije stabiliziralo, nekoliko se je zmanjšalo število pacientov I. kategorije v korist števila pacientov II. kategorije. Število pacientov III: in IV. kategorije ostaja enako.

Glede na izračun kategorizacije potreb po zdravtsveni negi na področju delovanja ZT beležimo zadostno število zaposlenih na področju dipl. m. s pa nam še vedno primanjkuje okvirno 20 % zaposlenih glede na potrebe pacientov.

Tabela 20:. Povprečni delež kategorij v letih od 2010 do 2013

	1. kat	2. kat	3. kat	4. kat
2010	18	40	38	4
2011	18	44	35	3
2012	17	45	35	3
2013	14	47	37	2

Graf 2: Delež pacientov glede na kategorije od 20010 do 2013



8. UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

Tudi v letu 2013 smo izvedli veliko aktivnosti na področju usposabljanja in izobraževanja zaposlenih v ZNO. Na začetku leta smo opredelili področja, kjer je bilo potrebno znanje dopolniti. S pomočjo letnih razgovorov smo dopolnili zemljevid znanj in za posamezne zaposlene načrtovali usposabljanje in izobraževanje. Načrtovali smo tudi usposabljanje v drugih zdravstvenih ustanovah.

8.1 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

Izobraževanje poteka skozi vsa obdobja človekovega življenja in se ne konča z zaključkom formalnega izobraževanja. Vodstvo ZNO v SBJ, glede na razpoložljiva finančna sredstva, pripravi načrt izobraževanj za tekoče leto. Strokovne vsebine izobraževanj so izbrane na predlog zaposlenih v zdravstveni negi in razvoj stroke. Vsako leto so v program izobraževanja vključene tudi vsebine, ki so obvezne za podaljšanje licence.

Tabela 21: Prikaz števila izobraževanj, števila udeležencev, števila ur izobraževanj in srednja ocena posameznega predavanja

Naslov predavanja,delavnice	Število ur na udeleženca	Število udeležencev	Licenčne točke	Ocena
1. Dokumentacija v ZN 14.1.2013 – interni oddelek	2 (2x45min)		NE	---
2. Dokumentacija v ZN 15.1.2013 – interni oddelek	2 (2x45min)		NE	---
3. Dokumentacija v ZN 16.1.2013 – interni oddelek	2 (2x45min)	skupaj 32	NE	---
4. Kirurško zdravljenje krčnih žil predoperativna diagnostika in navodila pacientu po odpustu	2 (2x45min)	39	NE	---
5. Opazovanje pacienta in motnje ritma srca	2 (2x45min)	43	NE	4,8
6. Priprava, shranjevanje, distribucija in transfuzija krvnih komponent	2 (2x45min)	23	NE	4,8
7. Osrednji venski kateter in vloga MS pri oskrbi osrednjega venskega katera 12.2.2013	3 (3x45min)		DA	
8. Osrednji venski kateter in vloga MS pri oskrbi osrednjega venskega katera 11.3.2013	3 (3x45min)	skupaj 68	DA	skupaj 4,7
9. Dokumentacija v ZN 18.2.2013 – kirurški oddelek	2 (2x45min)		NE	---
10. Dokumentacija v ZN 20.2.2013 – kirurški oddelek	2 (2x45min)		NE	---
11. Dokumentacija v ZN 21.2.2013 – kirurški oddelek	2 (2x45min)	skupaj 40	NE	---
12. Preprečevanje in obvladovanje BO 8.3.2013	2 (2x45min)		DA	
13. Preprečevanje in obvladovanje BO 19.9.2013	2 (2x45min)	skupaj 64	DA	skupaj 4,6

14. Dokumentacija v ZN 13.3.2013 – OZZN	2 (2x45min)	6	NE	---
15. Prehrana pacienta s celiakijo	(60 min)	7	NE	4,8
16. Higiena rok 28.3.2013	(60 min)	44	NE	4,8
17. Delavnice o tehniki povijanja nog z dolgoelastičnimi povoji	2 (2x45min)	25	NE	4,7
18. Nega kože pri inkontinenci ter zaščita kože pred vlažnostjo	1 (1x45min)	21	NE	4,9
19. Uporaba PVU 18.4.2013	3 (3x45min)		NE	---
20. Uporaba PVU 16.5.2013	3 (3x45min)		NE	---
21. Uporaba PVU 12.12.2013	3 (3x45min)	skupaj 71	NE	---
22. Obravnava otroka z atopijskim dermatitisom	2 (2x45min)	24	NE	4,9
23. Astma šola	4 (4x45min)	19	NE	5,0
24. VII. Izobraževalni dnevi EITOS (Okužbe v enoti intenzivne terapije)	8 (8x45min)	27	DA	4,8
25. Vodenje bolečine	2 (2x45min)	61	NE	4,6
26. 6. Dnevi Angele Boškin	10(10x45min)	33	DA	4,7
27. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 11.10.2013	2 (2x45min)		DA	
28. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 18.10.2013	2 (2x45min)		DA	
29. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 25.10.2013	2 (2x45min)		DA	
30. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 5.11.2013	2 (2x45min)		DA	
31. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 8.11.2013,	2 (2x45min)		DA	
32. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 6.12.2013,	2 (2x45min)		DA	
33. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 13.12.2013	2 (2x45min)		DA	
34. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 20.12.2013	2 (2x45min)	skupaj 217	DA	skupaj 4,6
35. Oskrba podkožne venske valvule 4.11.2013	2 (2x45min)		NE	
36. Oskrba podkožne venske valvule 7.11.2013	2 (2x45min)	skupaj 41	NE	skupaj 4,8
37. Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja				

za ZT in fizioterapevte 19.11.2013	4 (4x45 min)		NE	
38. Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja za ZT in fizioterapevte 3.12.2013	4 (4x45 min)	skupaj 35	NE	skupaj 4,9
39. Gorenjska pediatrija »Hipertenzija pri otroku«	3 (3x45min)	skupaj 29	DA	---
40. Paliativna oskrba 11.11.2013	3 (3x45min)		DA	
41. Paliativna oskrba 18.11.2013	3 (3x45min)		DA	
42. Paliativna oskrba 25.11.2013	3 (3x45min)		DA	
43. Paliativna oskrba 2.12.2013	3 (3x45min)		DA	
44. Paliativna oskrba 9.12.2013	3 (3x45min)	23	DA	4,9
45. STOP razjedi zaradi pritiska	5 (3x45min)	29	DA	4,6
46. Izobraževanje koordinatorjev POCT	2 (2 x45min)	16	NE	---
	123	**1037**		**4,8**
Obvezne vsebine za podaljšanje licence				
1. Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja 21.1.2013	6 (6x45min)		DA	
2. Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja 14.3.2013	6 (6x45min)		DA	
3. Temeljni postopki oživljanja in uporabaavtomatskega defibrilatorja 21.5.2013	6 (6x45min)		DA	
4. Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja 21.10.2013	6 (6x45min)	skupaj 68	DA	4,8
	24	**68**		**4,8**
Temeljni postopki oživljanja za zaposlene v ISS 14.5.2013	4 (4x45min)	9	NE	5,0

Tabela 22: Prikaz doseženega cilja na področju izobraževanja v ZNO

Cilj	Izvedba planiranih internih strokovnih izobraževanj
Izvedene aktivnosti	- Razporeditev izobraževanja 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 1105 zaposlenih v zdravstveni negi; - Izvedenih je bilo 25 izobraževanj ovrednotenih z licenčnimi točkami; - Izvedenih je bilo še 25 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; - Skupno je bilo 147 ur izobraževanj; - Izvedena je bila obvezna licenčna vsebina Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja. - Ankete o zadovoljstvu so bile posredovane v 74 % izobraževanj; - Srednja ocena zadovoljstva je bila 4,8 od 5,0 točk.

Tabela 23: Primerjava ur internega strokovnega izobraževanja v letih 2010 do 2013

Leto	Število ur izobraževanj	Število udeležencev
2010	59	985
2011	68	951
2012	108	813
2013	147	1105

V letu 2013 smo izvedli rekordno število internih usposabljanj in izobraževanj v zadnjih petih letih. Vsak zaposleni v ZNO se je udeležil vsaj enega izobraževanja. Prav tako so bili udeleženci zelo zadovoljni s kakovostjo izobraževanj, saj so bile povprečne ocene izvedenega izobraževanja med 4,8 in 5. Udeleženci si bolj želijo usposabljanj v obliki delavnic, kjer lahko tudi aktivno sodelujejo. Zato bomo v letu 2014 načrtovali več usposabljanj prav v takšni obliki.

6. Dnevi Angele Boškin

Na področju kakovosti in varnosti smo septembra 2013 organizirali 6. Dneve Angele Boškin, v sodelovanju z Visoko šolo za zdravstveno nego Jesenice in pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

8.2 PRIPRAVNIŠTVO V ZDRAVSTVENI NEGI

Pripravništvo predstavlja pomemben del praktičnega in teoretičnega usposabljanja po zaključku formalnega izobraževanja za poklic zdravstveni tehnik (ZT). Program poteka pripravništva opredeljuje Odredba o programu pripravništva in strokovnega izpita za poklic tehnik zdravstvene nege/tehtnica zdravstvene nege Uradni list RS/2012. Poleg pripravnikov ZT iz SBJ, del kroženja v okviru pripravništva opravljajo tudi ZT iz drugih zdravstvenih zavodov.

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.

Tabela 24: Prikaz števila pripravnikov vseh izobrazbenih stopenj v ZNO v letu 2013

Pripravniki	*ZT*	*Dipl. rad. inž.*	*Dipl. fiziot.*	*Dipl. m. s. (bolon.)*	*Dipl. del. ter.*	**Skupaj**
SBJ	1		1	13		**15**
Drugi	61	1	2		1	**65**
Skupaj	62	1	3	13	1	**80**

V lanskem letu smo za neposredno delo usposobili tudi 13 dipl. m. s., ki so na koncu usposabljanja uspešno zaključile interni izpit.

8.2.1 Realizacija ciljev

Tabela 25: Prikaz realizacije ciljev na področju pripravništva zdravstvenih tehnikov in uvajanja v delo diplomiranih medicinskih sester.

Cilj	Kakovosten potek pripravništva zdravstvenih tehnikov in uvajanja v delo diplomiranih medicinskih sester.
Izvedene aktivnosti	- Spodbujanje mentorjev h kakovostnemu prenosu znanja na mlade sodelavce; - Preverjanja teoretičnega in praktičnega znanja po opravljenih obveznostih pripravništva; - Preverjanja teoretičnega in praktičnega znanja po dodatnem usposabljanju dipl. m. s./dipl. zn., ki so zaključili dodiplomski študijski program prve stopnje Zdravstvena nega po bolonjski - Ocenjevanje pripravnikov s strani mentorjev in ocenjevanje pripravnikov o poteku pripravništva; - Sodelovanje z zdravstvenimi ustanovami, ki pošiljajo pripravnike na opravljanje dela pripravništva v SBJ; - Posredovanje mnenja o zunanjem pripravniku v matično ustanovo.
Učinkovitost	- Izvedenih predavanj za pripravnike ni bilo. Pripravnici TZN je bila posredovana strokovna literatura in opravljene individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoretičnega znanja ZN. - Pripravnica TZN in vse/vsi dipl. m. s./dipl. zn. so preverjanje teoretičnega in praktičnega znanja uspešno opravili v prvem roku. - Poročilo pripravnika o poteku pripravništva in kroženja je oddalo 70 pripravnikov od 80, kar je 89 %; - 43% jih je stalno delalo z mentorjem, 57% občasno; - 59% mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 39% prav dobro, 1% povprečno in 1% zadovoljivo; - 83% pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah, 17% občasno; - Vsi pripravniki – 100% so nadgradili svoje znanje; - 51% pripravnikov se čuti sposobnega za samostojno delo, 49% pa bolj kot na začetku pripravništva.

8.3 DODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO

V letu 2013 ni bilo novih vpisov na visokošolsko izobraževanje na področju ZNO, saj ZUJF to prepoveduje. V poteku izobraževanja je še 17 študentov na dodiplomskem študiju in 5 na magistrskem izobraževanju.

Tabela 26. Prikaz števila zaposlenih v ZNO, ki se izobražujejo ob delu

letnik	I.	II.	III.	absolventi	Skupaj
dipl. m. s.	0	1	8	8	17
mag. ZN	0	5			5

8.4 DOBITNICA SREBRNEGA ZNAKA GORENJSKEGA DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV

Tudi v letu 2013 smo imeli v bolnišnici dobitnico znaka Gorenjskega društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Srebrni znak je prejela naša sodelavka Mojca Strgar, koordinatorica zdravstvene nege na pediatričnem in ginekološko porodniškem oddelku.

Mojca Strgar delo na področju zdravstvene nege ves čas opravlja s predanostjo in zavzetostjo in predvsem s humanostjo tako do otrok, njihovih staršev in seveda pacientk na ginekološko porodniškem oddelku. S svojim neizmernim optimizmom, predanostjo poklicu, profesionalnostjo in dobrimi medsebojnimi odnosi si je pridobila zaupanje med pacienti, tudi najmlajšimi, njihovimi starši, svojci, sodelavci in ostalimi. Velja za osebo, ki je pripravljena sodelovati pri reševanju problemov pa naj bodo še tako majhni in nepomembni. Njen etični odnos, znanje in profesionalnost se odražajo na vseh področjih njenega delovanja.

Mojco Strgar pri delu vodi težnja k napredku, kakovostni prepoznavnosti zdravstvene nege na pediatričnem področju, kot tudi na ostalih področjih zdravstvene nege, kjer deluje. Njene osebne kvalitete kot so vedrost, optimizem in organizacijske sposobnosti, ter vrednote kot so poštenje, zaupanje, pravičnost jo vodijo na njeni strokovni in delovni poti. Zaradi vsega napisanega in še veliko nenapisanega smo prepričani, da je letošnji srebrni znak šel v prave roke.

V preteklem letu smo zaposleni v ZNO v velikem deležu uresničili vse zastavljene cilje v okviru celostne oskrbe pacientov in še veliko drugega dela. Kljub težkim razmeram, nam je to uspelo, predvsem zaradi vseh nas, vsakega zaposlenega posebej, ki se dan za dnem trudimo za kakovostno in varno zdravstveno nego. Še enkrat vsa pohvala vsem.

8.5 AKTIVNE UDELEŽBE POMOČNICE DIREKTORJA ZA PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

1. KRAMAR, Zdenka. Zemljevid znanja kot učinkovita pot k razvoju posameznika v Splošnii bolnišnici Jesenice = Map of knowledge as effective way to the development of the individual in the General hospital Jesenice. V: KLEMENC, Darinka (ur.), MAJCEN DVORŽAK, Suzana (ur.), ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (ur.). *Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema : zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, 2013, str. 135-140.
2. Kakovost, vodenje in varnost v zdravstveni negi: kaj lahko pokažemo v klinični praksi Zdenka Kramar, dipl.m.s.
3. KRAMAR, Zdenka. Management zdravstvene nege z vidika akreditacijskih zahtev = Management of health care in terms of accreditation requirements. V: BAHUN, Mateja (ur.), KRAMAR, Zdenka (ur.). *Kako organizacijska kultura izboljšuje klinično kakovost? : zbornik prispevkov*. Jesenice: SplošĄna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013, str. [30]-39
4. KRAMAR, Zdenka, JEREBIC, Sandra. Management celovite kakovosti v bolonišnici in vpliv na proces zdravstvene nege = Comprehensive quality management in a hospital and its impact on the healthcare process. V: KLEMENC, Darinka (ur.), MAJCEN DVORŽAK, Suzana (ur.), ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (ur.). *Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema : zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,

Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, 2013, str. 63-71,

5. Šesti 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

Soavtorica:

1. AHEC, Lidija, KRAMAR, Zdenka, PRISTAVEC, Tanja, RIBIČ, Helena. Priložnosti za izboljšave na področju higiene rok. V: ŽAGAR, Andreja (ur.), ISTENIČ, Irena (ur.). *Izzivi, priložnosti, možnosti : zbornik predavanj, Dolenjske Toplice, 21. in 22. marec 2013*. 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, 2013, str. 28-31.

2. RIBIČ, Helena, AHEC, Lidija, KRAMAR, Zdenka. Uspešnost dekolonizacije nosilcev MRSA med zaposlenimi v regionalni bolnišnici = Successful decolonization of MRSA carriers among staff members in the regional hospital. V: GRMEK-KOŠNIK, Irena (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom : zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013, str. 142-148.

3. RIBIČ, Helena, AHEC, Lidija, KRAMAR, Zdenka. Izbruh proti meticilinu odpornega Staphylococcus aureus v Splošni bolnišnici Jesenice = Methicillin-resistant Staphylococcus aureus outbreak at the General Hospital Jesenice. V: PETROVEC, Miroslav (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom : [zbornik srečanja]*, (Medicinski razgledi, ISSN 0353-3484, Supplement, letn. 52, 6). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2013, str. 233-239

4. AHEC, Lidija, KRAMAR, Zdenka. Vpliv uvajanja sprememb pri postopkih higiene rok na prenos MRSA v bolnišnici = Impact of improved hand hygiene practice on hospital MRSA rates. V: KLEMENC, Darinka (ur.), MAJCEN DVORŽAK, Suzana (ur.), ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (ur.). *Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema : zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, 2013, str. 438-442, graf. prikazi.

5. HORVAT, Martina, ZALETEL, Marija, KRAMAR, Zdenka, SKELA-SAVIČ, Brigita. Posvet o specializaciji 2010: kje smo danes? = Consultation about specializations 2010: where are we today?. V: Posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, 6. SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIÄ TOUZERY, Simona (ur.). *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji?*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013, str. 48-56.
6. KADIVEC, Saša, SKELA-SAVIÄ, Brigita, KRAMAR, Zdenka, ZAVRL DŽANANOVIĆ, Darinka, BREGAR, Branko. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020 : povzetek = Nursing and health care development strategy within the health care system of the Republic of Slovenia (2011-2020) : summary. *Obzornik zdravstvene nege*, ISSN 1318-2951, 2013, letn. 47

7. BAHUN, Mateja (urednik), KRAMAR, Zdenka (urednik). *Kako organizacijska kultura izboljšuje klinično kakovost? : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013. 66 str.,

Interna izobraževanja - predavateljica:

1. Uvajanje kulture varnosti pacientov za zaposlene v ZNO (11 delavnic)
2. Uvajanje kulture varnosti v bolnišnici za novo zaposlene v SBJ; 2012 (3-krat)

Sodelovanje v forumih in skupinah na republiškem nivoju:

1. Drugi mandat predsednica Razširjenega kolegija za zdravstveno nego
2. Članica skupine za pripravo podlag za enotno metodologijo dela v urgentnih centrih

9 GLAVNI STRATEŠKI CILJI V ZNO V LETU 2014: POSTATI VISOKO ZANESLJIVA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA

PODROČJE: 1. KAKOVOSTNA IN VARNA CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA S POUDARKOM NA ZDRAVSTVENI NEGI	
1.1. Cilj	**Nenehno izboljševanje na področju ravnanja z zdravili**
Aktivnosti	- Motiviranje zaposlenih o poročanju napak v zvezi z ravnanjem - zdravili - poročanje o napakah pri uporabi zdravil in o neželenih učinkih zdravil - izvajanje aktivnosti in ukrepov in ugotavljanje učinkovitosti glede na poročilo zadnjega nadzora in ponovni nadzor po izvedenih ukrepih v mesecu maju in septembru - letni načrt spremljanja kazalnikov na področju ravnanja z zdravili - redni mesečni nadzor nad izpolnjevanjem zdravstvene dokumentacije (OBR 120a) - izvajanje VV/VR o ev. na področju rokovanja z zdravili - posebnosti pri zagotavljanju zdravil hospitaliziranim pacientom in pacientom ob odpustu iz bolnišnice - izobraževanje zaposlenih v ZN o pravilnem ravnanju z zdravili
Vrednotenje/ kazalniki kakovosti	- število odklonov in napak - rezultati nadzorov – kazalniki - učinkovitost ukrepov - poročila o izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije
1. 2. Cilj	**Nenehno izboljševanje kulture varnosti in kakovosti pri vsakdanjem delu**
Aktivnosti	- sodelovanje pri oblikovanju strategije in ciljev na področju varnosti in kakovosti na celotnem bolnišničnem področju - kontinuirano izobraževanje zaposlenih o kulturi varnosti - akcijski načrt ukrepov glede na ugotovitve ankete o kulturi varnosti iz leta 2013 - aktivno sodelovanje v Projektnem timu za kakovost in varnost« - Odprta nekaznovalna komunikacija pri poročanju napak - konference o izidih in zapletih, izvajanje VV/VR – preventivne in po odklonu - vzpostaviti uporabo kirurškega kontrolnega seznama v ambulantno operacijsko dejavnost - vzpostaviti vsaj tri varnostne kontrolne sezname v okviru

	celostne oskrbe pacientov - izobraževanje zaposlenih in vključitev znanja o varnosti v fleksibilno matriko znanj - izvajanje strokovnih nadzorov v okviru celostne oskrbe pacientov - aktivnosti za realizacijo ukrepov glede na nadzore - vzpostaviti proces ničelne tolerance za RZP, padce, MRSA, kolonizacije OVK) - izvajanje preventivnih ukrepov (padci, RZP, bolnišnične okužbe, posebni varovalni ukrep, rokovanje z zdravili, kazalniki pri nadzoru svežnja ukrepov za preprečevanje ventilatorske pljučnice, osrednjega venskega katetra, urinskega katetra)
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- izboljšanje rezultatov ankete o zaznavanju kulture varnosti pacientov v SBJ glede na leto 2010 in izvedba ukrepov - trend izboljšanja glede na rezultate nadzorov celostne oskrbe pacientov in vodenja kazalnikov kakovosti - rezultati analiz vzrokov in posledic - število izvedenih konferenc glede na letni načrt - število sodelujočih zaposlenih na delavnici - število dokumentiranih odklonov
1.3 Cilj	**Vzpostavitev vodenja bolečine in enotno ocenjevanje pacientov z bolečino**
Aktivnosti	- protokolirati in poenotiti proces vodenja bolečine v SBJ - izobraževanje zaposlenih v ZNO o ocenjevanju in vodenju bolečine pacientov - vzpostavitev sistematičnega vodenja bolečine pri pacientih na internem in ginekološko porodniškem oddelku
Kazalnik	- opredelitev kazalnikov (imenovalec, števec) - delež pacientov brez bolečine - delež ocene bolečine pred in po aplikaciji analgetika
1. 4 Cilj	**Vzpostaviti sistem spremljanja kliničnih kazalnikov**
Aktivnosti	- opredeliti 5 novih kazalnikov na področju ZNO, fizioterapije, delavne terapije in na področju delovanja radioloških inžinirjev. - vzpostaviti sistem za spremljanje kazalnikov in aktivnosti za ustrezno ukrepanje
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- definiranje vseh 5 kazalnikov in opredelitev ciljnih vrednosti na področju ZNO. - Izboljšanje trendov glede na rezultate že znanih kazalnikov - poročila o izpolnjevanju kliničnih kazalnikov
1. 5 Cilj	**Zagotavljanje osebne integritete pacientom**
Aktivnosti	- aktivnejše delo projektnega tima, redni sestanki, vključitev zdravnika - opredelitev ciljev na področju osebne integritete pacientov - zagotovitev pogojev za zasebnost pacientov v bolniških sobah - izobraževanje o vsebini osebne integriteti, etika

	- aktivnosti na področju zagotavljanje zasebnosti pri neposrednem delu pri pacientu - anketa o zadovoljstvu pacientov - varstvo osebnih podatkov in varstvo poklicne skrivnosti - izobraževanje o pacientovih pravicah - na oddelkih zagotovitev prostora za komunikacijo s pacientom - uvedba sistema upravljanja in varovanja informacij
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- sledenje trendov rezultatov ankete o zadovoljstvu pacientov - število zaposlenih pri izobraževanju o pacientovih pravicah, etiki v zdravstveni negi in komunikacija s pacientom - število zaposlenih vključenih v izobraževanja o informacijski varnosti
1. 6 Cilj	**Izboljšati informiranost pacientov in njihovih svojcev o zdravstveni oskrbi in poteku priprave na odpust, zdravstveni negi ter zdravstveno vzgojnem delu.**
Aktivnosti	- ozaveščanje zaposlenih o pomembnosti pravice pacientov in njihovih svojcev do ustrezne informiranosti glede zdravstvene oskrbe, poteku priprave na odpust in zdravstvene nege - določitev kazalnikov koordinatorja zdravstvene oskrbe na kirurškem in internem oddelku - sledenje zdravstveno vzgojnemu delu na različnih področjih oskrbe pacientov (srčno popuščanje, sladkorna bolezen, dojenje, na področju dializnega zdravljenja, na področju enterostomalne terapije,varnosti pacientov, preprečevanju razjede zaradi pritiska,…) - priprava splošne informativne zloženke za paciente v domačem okolju - dopolnitev internetne strani na področju ZV dela in informiranja pacienta - protokolirati delovanje družinskih konferenc pri pacientih, pri katerih je bil zaznan težaven odpust
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- dvig zadovoljstva pacientov glede na anketo o zadovoljstvu pacientov v predhodnem letu - delež izvedenega ZV dela - delež družinskih konferenc - kazalniki koordinatorja zdravstvene oskrbe
1. 7 Cilj	**Zmanjšati možnosti napačne identifikacije pacienta**
Aktivnosti	- izdelati in vpeljati SOP o identifikaciji pacienta - izvedba nadzora nad izvajanjem SOP 2x letno - izobraževanje o pomembnosti natančne identifikacije pacienta - opredeliti pomen celovitosti informacij - kako ta pojem razumemo na različnih deloviščih
Vrednotenje/ Kazalniki kakovosti	- doseči 100 % pravilno identifikacijo pacientov - število zaposlenih, ki so se udeležili izobraževanja o identifikaciji pacientov - število popisanih procesov - tok in vsebina izmenjanih informacij

1. 8 Cilj	**Izboljšati predajo pacienta med vsemi službami**
Aktivnosti	- ponoven pregled in dopolnitev SOP predaje pacienta, določiti obvezne vsebine predaje pacienta - SIOP **(minimalni nabor podatkov za dokumentirano predajo)** - opredeliti možnost pisne predaje pacienta na ključnih področjih, **predaja med oddelki/enotami** - nadzor nad izvajanjem SOP predaje pacienta - izobraževanje o pomenu predaje pacienta na vseh nivojih
Vrednotenje/ Kazalniki kakovosti	- 90%skladnost s SOP pri izvedbi nadzora 2x letno
1. 9 Cilj	**Preprečiti možnost nastanka padcev pacientov**
Aktivnosti	- izvajanje preventivnih in načrtovanih ukrepov za preprečevanje padcev - organizacija delavnic za preprečevanje padcev – razširjanje dobre prakse - izvajanje nadzornih pregledov ocenjevanja, načrtovanja in izvajanja aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev, izvajanje VV/VR - pregledi skladnosti ocenjevanja, planiranja in izvajanja preventivnih aktivnosti ZN, VR,VV - pregled vzrokov za padce - izobraževanje negovalnega tima - seznanjanje zdravnikov o potrebi pregleda po padcu - poročanje na Strokovnem svetu zavoda - opozarjanje zdravnika, da vnese poročilo o padcu v B21
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Zmanjšati incidenco vseh padcev na vsaj 1,0/1000 bolnišnično oskrbnih dni; - Zmanjšati incidenco padcev s postelje na 0,3/1000 bolnišnično oskrbnih dni; - Obdržati število padcev v nočnem času na 30 %; - Število zdravnikovih pregledov pacienta povečati na 100 %.
1. 10 Cilj	**Evidentiranje in vodenje okužb povezanih z zdravstvom**
Aktivnosti	- epidemiološko spremljanje okužb kirurških ran (ESOKR) – vključitev v multidisciplinarni tim - spremljanje svežnja ukrepov pri pacientih z OVK - kolonizacije OVK in kateterskih seps, - spremljanje svežnja ukrepov pri pacientih na umetni ventilaciji - nadzor nad uvajanjem in rokovanjem z urinskimi katetri -
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Delež okužb kirurških ran, - delež kolonizacij OVK in kateterskih seps, - kazalniki na področju spremljanje posameznega svežnja ukrepov - 92% doseganje kriterijev SOP pri spremljanju svežnja ukrepov pri pacientih na umetni ventilaciji, OVK in pri uvajanju urinskih kateterov.
1. 11. Cilj	**Preprečiti število prenosa MRSA v času bivanja pacienta v bolnišnici; Povečati obseg znanja na področju obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb**

Aktivnosti	- Stalno izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA; - pregled vzrokov prenosa MRSA in analiza primerov; - preverjanje uspešnosti razkuževanja rok po posameznih oddelkih in enotah z detektorjem, izvedba tematskih dni Higiena rok po posameznih oddelkih in enotah - promotorji, - izvedba opazovanja higiene rok po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije - 5 trenutkov za higieno rok; - 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.
Vrednotenje/ Kazalniki kakovosti	- število pacientov s pridobljeno MRSA naj ne bi presegalo števila 10, - incidenca v bolnišnici pridobljene MRSA v letu 2014 – 0,12 - delež odvzetih kužnin za aktivno iskanje pacientov z MRSA – 16-18 % - 85% skladnost s kriteriji SOP izolacijski ukrepi, - za 10 % povečati delež udeležencev na izobraževanju na oddelkih/enotah, - 80% skladnost pri higieni rok glede na kriterije WHO
1. 13. Cilj	**Preprečiti možnost nastanka pljučne trombembolije**
Aktivnosti	- uvedba točkovanja po »Caprinijevi lestvici« - vpeljati vprašalnik za oceno tveganja za VTE na kirurškem oddelku pri naslednjih diagnozah: zlomi kolka, atroskopija v dnevni bolnišnici, holicistektomija, TEP kolena in kolka, operacije hrbtenice
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- delež izvedene ocene tveganja za omenjene sprejemne diagnoze - delež zapletov (VTE)
1. 14. Cilj	**Izboljšati rezultate kazalnikov kakovosti na področju preprečevanja razjede zaradi pritiska**
Aktivnost	- izvajanje preventivnih ukrepov za preprečevanje RZP - pregledi skladnosti ocenjevanja, planiranja in izvajanja preventivnih aktivnosti ZN, VR,VV - pregled vzrokov za nastanek RZP - uvedba nove lestvice za ocenjevanje pacientove ogroženosti za nastanek RZP (Bradenova lestvica) - nabava dodatnih blazin in pripomočkov za preprečevanje nastanka RZP - kontinuirano izobraževanje z delavnicami ob postelji pacienta - »Dan za pete« (Tedenski pregled pet pri ogroženih pacientih – vključitev članov skupine za preventivo in oskrbo RZP)

	- vključevanje članov projektnega tima v izobraževanja - izobraževalni dan z naslovom »Stop razjedi zaradi pritiska« - redni nadzori nad izvedenimi preventivnimi aktivnostmi s strani koordinatorjev, kot tudi odgovornih dipl.m.s. po odd/enotah - ocena pridobljenih RZP po končanem zdravljenju
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- število pacientov s pridobljeno RZP naj ne preseže števila 45 - incidenca pridobljenih RZP je 0, 57% - Incidenca vseh pacientov z RZP - Incidenca pacientov z RZP ob sprejemu - Incidenca pacientov s pridobljeno RZP
1. 15 Cilj	**Izboljšati rezultate o zadovoljstvu pacientov in notranjih uporabnikov**
Aktivnosti	- anketa o zadovoljstvu pacientov s specialistično ambulantno obravnavo, s storitvami na radiološkem oddelku, fizioterapiji, dnevnem oddelku, oddelku za zdravstveno nego, na hemodializi, v enotah intenzivne terapije, o zadovoljstvu porodnic in otročnic na porodniškem oddelku, - ankete notranjih uporabnikov z delom zunanjega izvajalca čiščenja in oskrbe s tekstilijam, - ankete o zadovoljstvu notranjih uporabnikov s storitvami Centralne sterilizacije.
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- izboljšanje trendov glede na rezultate preteklih anket

PODROČJE: 2. VODITELJSTVO IN ZAPOSLENI	
2. 1. Cilj	**Neprestani strokovni razvoj vseh zaposlenih in vodij, Interna izobraževanja, ki se jih udeleži vsaj 90 % vseh zaposlenih, zunanjih pa 60 % zaposlenih.** **Delavnice o vodenju – katerih se udeležijo vsi vodje v ZNO**
Aktivnosti	- načrt internih in eksternih izobraževanj kot podlaga za načrtno in usmerjeno izobraževanje glede na fleksibilno matriko znanj in na osnovi letnih razgovorov in strokovnih potreb - vodenje učinkovitosti in kakovosti izobraževanj po mnenju udeležencev
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- delež zaposlenih, ki se je udeležilo izključno internih in eksternih izobraževanj - merjenje učinkovitosti izobraževanj (spremljanje predajanje novega znanja, pozitivni učinki izobraževanj,…) - ponovitev delavnic o vodenju za vse nivoje vodenja - delavnice o opolnomočenju, motiviranju - ocena internih izobraževanj po mnenju udeležencev
2. 2. Cilj	**Letni razgovori narejeni z 91 % zaposlenih, pri ključnih kadrih 100%.** **Fleksibilna matrika znanj – 100 % za vse zaposlene v ZNO**
Aktivnosti	- spodbujanje k pravočasni izvedbi letnih razgovorov - poročila o izvedenih letnih razgovorih po posameznih poklicnih skupinah in službah (kadrovska služba)

	- izobraževanje vodji o izvajanju letnih razgovorov in o sestavljanju fleksibilne matrike znanj v okviru KSZNO - izvajanje dogovorov in merjenje učinkovitosti z zaposlenimi na letnih razgovorih – preglednico pripravi kadrovska služba
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- število opravljenih letnih razgovorov - izdelane fleksibilne matrike znanj za vse zaposlene - delež vodji, ki so se udeležili izobraževanja
2. 4. Cilj	**Ponovna opredelitev pristojnosti in delokrogov zaposlenih v ZNO**
Aktivnosti	- Sistemizacija delovnih mest - Pregled že pripravljenih delokrogov za zaposlene v ZNO
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Prenova sistemizacija za vse zaposlene v ZNO
2. 5. Cilj	**Področje: razvijanje raziskovalne dejavnosti v ZNO**
Aktivnosti	- izvesti izobraževanje o raziskovanju v ZNO - aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v SBJ - izdelava 3 aplikativnih raziskovalnih nalog iz področja ZNO - predstavitev rezultatov izvedenih raziskav v obliki zbornika - vključevanje zaposlenih v bibliografske baze
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- vrednotenje kakovosti izobraževanja o raziskovanju - spremljanje trendov števila aplikativnih raziskovanj v ZNO - spremljanje trendov števila habilitiranih sodelavcev v ZNO

PODROČJE: 3. PODPORNI PROCES	
4. 1. Cilj	**Prehranska služba: Zagotavljanje kakovostne in higiensko neoporečne prehrane pacientom in zaposlenim**
Aktivnost	- kontinuirano zagotavljanje kakovostne in higiensko neoporečne priprave hrane za paciente in zaposlene - izobraževanje zaposlenih v prehranski službi na področju zagotavljanja higienskih izhodišč, upoštevanje HACCP sistema in področja prehrane pacientov - prepoznati obstoječe možnosti za prilagajanje prehrane pacientovim terapevtskim potrebam in navadam brez večje dodatne obremenitve osebja v kuhinji. - povečanje zavedanja članov tima ZN o pomenu ustrezne prehranjenosti pacienta in njihove vloge pri zagotavljanju le-te - izobraževanje negovalnega tima s področja prehrane pacienta,
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- izboljšati kazalnike kakovosti na področju vodenja HACCP - zmanjšati delež neustreznih vzorcev hrane na preteklo leto - izboljšati znanje zaposlenih v prehranski službi na področju zagotavljanja higienskih izhodišč, upoštevanje HACCP sistema in področja prehrane pacientov - izboljšati znanje negovalnega tima s področja prehrane pacienta, - izboljšati rezultate ankete o zadovoljstvu pacientov na področju zagotavljanje prehrane pacientov

PODROČJE: 4. POSLOVANJE SBJ	
4. 1. Cilj	- vključitev in izvajanja vseh ukrepov zaposlenih v ZNO v realizacijo v okviru ciljev bolnišnice

PODROČJE: 5. ZUNANJE OKOLJE	
5. 1. Cilj	**Izboljšati sodelovanje z primarnim nivojem zdravstvenega varstva**
Aktivnost	- organizacija srečanja s sodelavci s primarnega nivoja Gorenjske - aktivnosti v okviru Gorenjske koordinacije - vključevanje zavodov s primarnega nivoja ob različnih dogodkih (dan pediatrije, Boškinovi dnevi)
Vrednotenje/ Kazalniki kakovosti	- število realiziranih nalog glede na ukrepe srečanja

POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

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

1 ANALIZA IZPOSTAVLJENIH PROBLEMOV V OKVIRU PRIJAVE KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

V letu 2013 so svojci 21-krat naslovili vprašanja ali pritožbo na pristojno osebo za prvo prijavo kršitve pacientovih pravic. Tudi v letu 2013 nismo imeli prve prijave kršitve pacientovih pravic. Glede na dogodke smo izvedli razgovore s pacienti ali njihovimi svojci ter glede na dogovore izvedli korektivne ukrepe. Pri izvajanju ukrepov smo bili do sedaj tudi uspešni.

Tabela 1: Izpostavljeni problemi v okviru prve prijave kršitve pacientovih pravic

Izpostavljeni problem	***2013***	***2012***
Domnevna neprimerna komunikacija s pacienti s strani osebja	8	3
Prijava zaradi domnevne nestrokovne obravnave	10	5
Domnevno oškodovanje pacientov (izguba lastnine, napačen obračun)	3	1
Domnevne nepravilnosti pri uvrstitvi v čakalne sezname	0	9
Skupaj	21	18

Tabela 2: Natančen opis izpostavljenih problemov v okviru prve prijave kršitve pacientovih pravic

Izpostavljeni problemi	**Št.**	**Poročilo in ukrepi**	**Rezultat**
Neprimerna komunikacija s strani osebja	8	Pogovor z zaposlenimi in ureditev ustrezne obravnave za pacienta, ter opravičilo, če je bilo to potrebno.	Zaposleni so izboljšali komunikacijo s pacienti. Pacienti so bili z obravnavo zadovoljni.
Pojav bolečina pri prevezi rane	1	Izvedba delavnice in pogovor s koordinatorjem za oskrbo kroničnih ran.	Seznanitev zaposlenih o nujnosti izvajanja protokola zmanjševanja pacientove bolečine
Prijava zaradi nestrokovne obravnave	3	Izvedeni so bili vsi ukrepi in razgovori, organizirani sestanki z zdravstvenim timom in pacientko (opravičilo).	Pacientka aktivno sodelovala pri vseh dogovorih in je bila zadovoljna z obravnavo.
Domnevna nepravilnost med operativnim posegom	1	Interni nadzor, 3 x pogovor s svojci, vključitev varuha pacientovih pravic, zunanji strokovni nadzor	Izveden je bil zunanji strokovni nadzor s strani Zdravniške zbornice, ki je potrdil pravilnost zdravljenje v SBJ.
Domnevno napačen predpis zdravila	1	Analiza vzroka je pokazala neenak predpis na odpustnici, kot na listu terapije, ki jo je pacient prejel po zdravljenju v drugi ustanovi.	Pogovor z lečečim zdravnikom v drugi ustanovi in pogovor s svojci in razložitev dogodka.

Padec pacienta v ambulantni obravnavi	2	Pogovor s svojci, pregled pacientov glede ev. poškodb. Zagotovitev nadzora pacientov v amb. oskrbi	Podoben dogodek se še ni ponovil
Pritožba staršev zaradi nepravilnega obračuna storitve	1	Pogovor s starši in ponovni obračun in izdaja računa za sobivanje staršev.	Pripravili smo navodila zaposlenim. Podoben dogodek se ni ponovil.
Pritožba zaradi plačila reševalnega prevoza – premestitev v drugo ustanovo	1	Pogovor in opravičilo, ter dopolnitev napotnice za prevoz.	Dogodek se ni ponovil.
Pacient po mesecu dni ni prejel dokumentacije	1	Pogovor in opravičilo, dokumentacijo mu pošljemo takoj	Dogodek se ni ponovil.
Pritožba zaradi nestrokovnega delovanja zaposlenih v ZN	1	Svojka je prepričana, da je njen oče pridobil RZP v bolnišnici in da je bilo osebje neprijazno. Na osnovi analize in pregleda dokumentacije je imel pacient že ob sprejemu RZP. Prav tako smo ugotovili, da osebje ni bilo neprijazno.	Svojka ni hotela sodelovati z nami in je bila neprijazna in žaljiva.
Izguba lastnine	1	Pogovori s svojcem, pomoč pri reševanju dogodka na zavarovalnici, večkratni pogovor, obisk varuha pacientovih pravic.	Primera nismo mogli zaključiti zaradi visoke odškodnine s strani svojcev, katero zavarovalnica ni hotela poravnati.
Skupaj prijav	21		

Tabela 3: Število prvih prijav od leta 2010 do 2013

Leto	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*
Število prvih prijav	11	*14*	*18*	*21*

2 ANALIZA VPISOV V KNJIGO POHVAL V LETU 2013

V letu 2013 je bilo v knjigo pohval vpisanih 143 vtisov, kar je 66 vpisov več kot leto 2012, to je za 54% več kot leto poprej. Za povečanje vpisov je vsekakor pomembna večja dostopnost do Knjig, ki so sedaj nameščene na vsakem nadstropju. Pohvale se nanašajo na prijaznost, strokovnost in profesionalnost celotnega multidisciplinarnega tima v SBJ.

V preteklem letu nismo zaznali pritožb na čakanje pred pregledi v spec. ambulantah, kot je bilo to v letu 2012.

Tabela 4: Število vpisov v Knjigi pohval in pritožb ter izrečenih ukrepov

Skupaj	**Število vpisov pohval in pritožb - 143**	**Poročilo in ukrepi**
Število pohval	136 pohval /95 %	Nanašajo se na prijaznost, strokovnost in profesionalnost zaposlenih v SBJ. Namenjene so bile celotnemu multidisciplinarnemu timu po celotni bolnišnici.
Število pritožb	5/3,4 %, 2 neprimeren odnos osebja, 2 nestrokovnost osebja, 1 odsotnost informatorke	Pogovor z osebjem, analiza vzrokov
Pobude	2/1,3 % pobude s strani pacientov in obiskovalcev	Kajenje pacientov in obiskovalcev pred bolnišnico, popravilo robnika pločnika;

Tabela 5: prikazuje število in delež pohval ter pritožb zabeleženih v Knjigi pohval in pritožb

Knjiga pohval in pritožb	**Število/delež pohval**	**Število/delež/pritožb**
2011	22/73%	8/27%
2012	65/84,2%	12/15,5%
2013	136/95%	5/3,4%

3 VLOGE ZA ODŠKODNINSKO TOŽBE

Tabela 6: prikazuje število vlog za odškodninske tožbe v zadnjih treh letih

Leto	2011	2012	2013
Število vlog	9	7	4

Z zadovoljstvom lahko ugotavljamo, da se število vlog za odškodninske tožbe manjša, povečuje se število vpisov pohval v knjigo pohval in pritožb. V preteklem letu se je povečalo število prvih prijav kršitve pacientovih pravic za 3 prijave. To lahko štejemo tudi k večjemu ozaveščanju pacientov in svojcev na področju pacientovih pravic.

Prav posebno smo lahko zadovoljni, da je vsako leto več pohval osebja ne glede na izobrazbeno strukturo. Tako pacienti prepoznavajo prijaznost, strokovnost in zavzeto delovanje pri vseh profilih, tako pri zdravnikih, medicinskih sestrah, kot tudi pri pomožnemu osebju.

POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI V LETU 2013

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

UVOD

V letu 2013 je aktivno delovalo 13 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		Ni deloval
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	Mateja Bahun
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
Tim za klinično prehrana pacientov v ZN	10	Pavla Lavrinec
Projektni tim za prehrano pacientov	10	Marija Mežik Veber
Tim za razvijanje standardov kakovosti	13	Mateja Bahun
Negovalne diagnoze	38	Mojca Strgar
Tim za vodenje in obravnavo pacientov z osrednjim venskim katetrom	20	Zorica Panić
Skupaj: 14 aktivnih timov	**275**	

1 PROJEKTNI TIM ZA RAZVOJ DOKUMENTACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Koordinatorica: Mateja Bahun, prof. zdr. vzg.

Konec februarja 2013 je skupino začela voditi nova koordinatorica skupine. Člani skupine za dokumentacijo so se v letu 2013 sestali trikrat, enkrat smo uporabili korespondenco preko e-pošte.

Člani skupine v letu 2013: Zorica Panić, Tanja Pristavec, Gordana Sivec, Nada Macura Višić, Jana Lavtižar, Mojca Strgar, Marija Mežik Veber, Tanja Bertoncelj, Maja Kaker, Barbara Čadež, Alenka Bijol.

V letu 2013 so bile izvedene naslednje aktivnosti:

- natančen dogovor kateri dokumenti se bodo tiskali v letu 2014
- pregled potreb in zalog dokumentacije po oddelkih/enotah in dogovor katere dokumente bo potrebno tiskati šele v letu 2015
- ob dokumentu objavljenem na intranetni strani nova oznaka - NAROCILO V SKLADISCU, SE TISKA, ti dokumenti so v pdf formatu še dodatno zavarovani proti tiskanju na tiskalnikih po ustanovi
- v NUK so bili poslani izvodi navodil, ki smo jih kot javna ustanova dolžni poslati
- vsebinske in oblikovne spremembe dokumentov, ki so bili nazadnje obvladovani v letu 2009 (v sodelovanju s predstavnico vodstva za kakovost, koordinatorji zdravstvene nege na oddelkih/vodji enot, predstojniki oddelkov ter posameznimi zdravniki).

V letu 2014 bodo organizirana štiri srečanja in sicer: v marcu, maju, septembru in novembru.

Cilj skupine za leto 2014:

CILJ: • oblikovanje enotnih navodil za paciente, ki bodo sprejeti na oddelke Splošne bolnišnice Jesenice (brošura) in racionalizacija tiska (sedaj obstajajo 3 delna navodila) • pregled dokumentacije oblikovane pred letom 2011 in dopolnitve po potrebi
AKTIVNOSTI: delo skupine za dokumentacijo in aktivnosti koordinatorice skupine M. Bahun
EVALVACIJA: • oblikovana enotna navodila • število dopolnjenih dokumentov

2 PROJEKTNI TIM ZA RAZISKOVANJE

Koordinatorica: Mojca Strgar, dipl. m. s.

Uvod

Projektna skupina za raziskovanje v zdravstveni negi se je v letu 2013 srečala dvakrat. 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 še vedno oblikovane 3 delovne skupine, ki pripravljajo različne raziskovalne projekte, njihova dokončna izvedba je cilj leta 2014.

Članstvo v skupini se je v začetku leta 2013 dokončno oblikovalo in je stalno. Zastopani so vsi večji oddelki in enote, pridružila se je še služba fizioterapije in radiologije.

1 Realizacija ciljev

CILJ: **Sestanki projektne skupine**	**Realizacija** **učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija 6 sestankov skupine 2. Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Organizirana sta bila 2 sestanka 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	Ni realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izobraževanje ni bilo izpeljano	
CILJ: **Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice**	**Realizacija** **učinkovitost**
AKTIVNOST: 1. Izdelava 2 raziskovalnih nalog s področja zdravstvene nege 2. Predstavitev raziskovalnih nalog	Realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Raziskovalni nalogi sta bili izdelani 2.1 Predstavitve so bile izvedene	

2 Cilji in aktivnosti za leto 2014

1. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 6 sestankov projektne skupine v letu 2014 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, dipl. m. s.

Skupina za preprečevanje padcev je tudi v letu 2013 nadaljevala s svojim delom. V projektni skupini sodeluje 23 članov in 18 njihovih namestnikov. V letošnjem letu se je skupini pridružila tudi radiološka inženirka zaradi preprečevanja padcev na radiološkem oddelku.

Organizirali smo 4 srečanja, obisk srečanj je bil slab in tudi aktivnost članov ni prav pohvalna. Na sestankih smo obravnavali prepoznavanje dejavnikov tveganja za padec, preventivo le-teh, vzroke za povečanje števila padcev v letu 2013 v primerjavi z letom 2012, pomembnost vnosa pacientov z uporabo posebnega varovalnega ukrepa (PVU) v računalniški sistem B21. Z letošnjim letom je uveden nov kazalnik kakovosti, ki spremlja paciente s PVU, zato je še posebno pomembno dosledno vnašanje pacientov s PVU.

Člani projektne skupine smo pripravili plakat o preprečevanju padcev.

V letu 2013 je bil prenovljen list varovalnega ukrepa, ki je po prenovi bolj pregleden.

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 program B21, pred tem smo izvedli izobraževanje.
Učinkovitost	- V skupini so zastopani vsi oddelki/enote, toda udeležba na srečanjih ni zadovoljiva. V povprečju se je sestanka udeležilo 8 - 10 članov od skupno 23. Udeležba se ni povečala kljub temu, da smo se dogovorili za namestnike članov. Skupini sta se v letu 2013 pridružili članica in namestnica članice z radiološkega oddelka. V letu 2013 so bila organizirana štiri srečanja. - Plakat za preprečevanje padcev za paciente in svojce je izdelan; - 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 upošteva navodil in dogovorov; - Članom skupine za preventivo padcev je bil posredovan predlog nove lestvice za oceno ogroženosti za padec. Na predlog s strani članstva ni bilo odziva, niti pozitivnega oz. negativnega odgovora. - Predlog dodatnih ukrepov za preprečevanje padcev so posredovali člani internega, kirurškega, ginekološko-porodniškega, pediatričnega in radiološkega oddelka - Izvedena so bila tri izobraževanja o pravilni izbiri in uporabi sredstev za PVU.

Cilji 2014:

- Ponoven pregled seznama članov skupine in tistega, ki ne želi aktivno sodelovati zamenjati z novim;
- Izvedba delavnic o pravilni izbiri in namestitvi sredstev za PVU v pomladanskem in jesenskem terminu 2014;
- 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;

- Dodatno označevanje pacientov, ki so ogroženi za padec (barva pižame, nogavic)
- Vključitev zdravnika v skupino za preventivo padcev:
- Predlog za nabavo posteljnih ograjic preko celotne dolžine postelje ter predlog za nabavo varovalnih ograjic za vse ležeče vozičke.

4 PROJEKTNI TIM ZA BOLNIŠNIČNO HIGIENO

Koordinatorica: Lidija Ahec, dipl. m. s.

Uvod

Delovna skupina za bolnišnično higieno deluje od leta 2010. V skupini deluje 25 predstavnic službe zdravstvene nege in oskrbe različnih oddelkov in enot v bolnišnici z namenom, da s svojim delom pripomorejo zagotavljati varnost in zadovoljstvo pacientov, obiskovalcev in zaposlenih.

Bolnišnična higiena
Za vzpostavitev in vzdrževanje bolnišnične higiene so potrebni različni postopki kot so: čiščenje oz. sanacija, razkuževanje, sterilizacija ali na kratko vse metode za odstranjevanje in uničenje mikroorganizmov na površinah in pripomočkih, izvajanje izolacijskih ukrepov, ločevanje odpadkov na mestu nastanka, ravnanje z odpadki, skrb za preskrbo z neoporečno pitno vodo, vzdrževanjem klimatskih naprav. 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. Najpomembnejši in hkrati najučinkovitejši ukrep preprečevanja širjenja okužb je higiena rok.

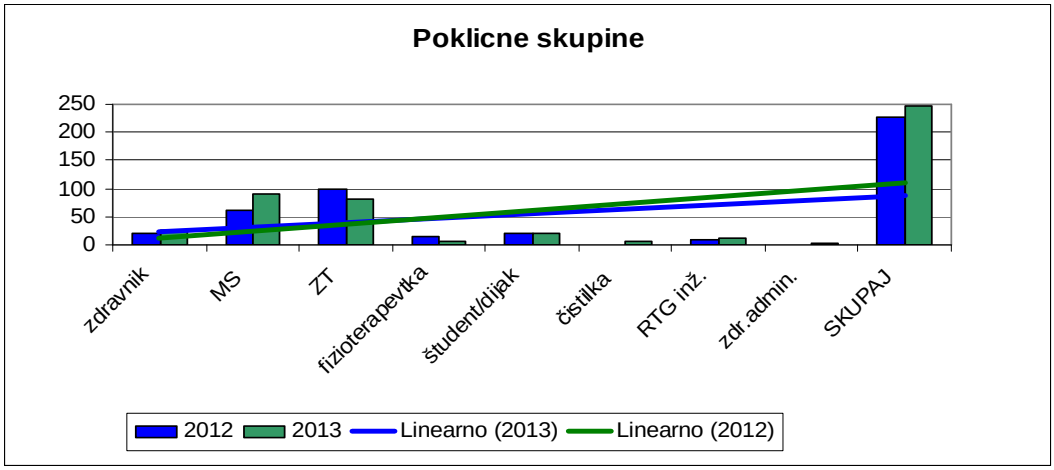
Cilji stalne delovne skupine za bolnišnično higieno :
- zaščita pacientov, obiskovalcev in zaposlenih,
- preprečevanje širjenja okužb v in izven bolnišnice,
- znižanje števila v bolnišnici pridobljene večkratno odpornih bakterij,
- zagotavljanje varnega okolja,
- izboljšanje uspešnosti razkuževanja oz. higiene rok kot priznano najuspešnešem načinu preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb.

Realizirane naloge v letu 2013:
Skupina za bolnišnično higieno se je v letu 2013 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 247 zaposlenih in je znašal 88 %.

Tabela 1:.Rezultati uspešnosti razkuževanja rok 2012 in 2013

leto	*2012*	*2013*
število udeležencev	217	247
skupaj	81 %	88 %

Slika 1: Sodelujoči pri preverjanju uspešnosti razkuževanja rok po poklicnih skupinah leta 2012 in 2013



- ob 5. maju je bila postavljena stojnica higiene rok v avli bolnišnice. Na stojnici sta člana skupine ponudila možnost preverjanja uspešnosti razkuževanja rok mimoidočim ter predstavila plakat higiene rok 2013.
- predstavitev dela skupine ob 12. maju mednarodnem dnevu medicinskih sester in babic
- člani skupine so pripravili plakat, ki poziva k higieni rok. Razstavljen je ob vhodu v bolnišnico.
- zloženka higiene rok je bila v letu 2013 prenovljena,
- za mesečne nadzore ločevanja odpadkov in preskrbe s pitno vodo smo določili zadolžene poimensko, nadzori so evidentirani na prenovljenih obrazcih in sicer OBR BO 2 in OBR BO 4
- promotorji so opravili preizkus tesnosti tesnosti FFP 3 mask, evidenco so zabeležili na OBR BO 1
- zapisniki so objavljeni na intranetni strani bolnišnice pod Projektni timi, Skupina za bolnišnično higieno

Cilji za leto 2014
- obnova plakatov za označevanje izolacijskih sob
- sodelovanje pri obeleženju 5. maja mednarodnega dneva higiene rok
- sodelovanje promotorjev pri oblikovanju dni samokontrole higiene

5 PROJEKTNI TIM ZA NEGOVALNE DIAGNOZE

Koordinatorica: Mojca Strgar, dipl. m. s.

Uvod

V letu 2013 se je skupina sestala dvakrat, kljub temu da so bili sestanki sklicani štirikrat. Do izpada je prišlo zaradi nenapovedanih dogodkov in je bilo sklic skupine potrebno prestaviti. Skupina je kljub temu delno dosegla cilje, ki si jih je postavila na začetku leta. V letu 2014 bo

skupina s svojim delom nadaljevala, tudi zaradi sprememb, ki se napovedujejo v dokumentiranju.

2 Realizacija ciljev

CILJ: **Sestanki projektne skupine**	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija 6 sestankov projektne skupine 2. Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Organizirana sta bila 2 sestanka projektne skupine 2.1 Sklepi so bili delno 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 so bili organizirani v organizaciji koordinatoric/vodij enot 2.1 Katalog je pregledan in objavljen 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	

3 Cilji in aktivnosti za leto 2014

1. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 6 sestankov projektne skupine v letu 2014 Število sestankov v letu 2014 Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	

2. 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 Sprememba PZN na oddelkih in enotah Uporaba NANDA klasifikacije v PZN v Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	
Izdelava pilotnega projekta - PZN in negovalne diagnoze v elektronski obliki	September 2014	Koordinatorica projektne skupine

6 POROČILO PROJEKTNEGA TIMA ZA RAZVIJANJE STROKOVNIH STANDARDOV KAKOVOSTI

Koordinatorica: Mateja Bahun, prof. zdr. vzg.

Člani skupine za razvijanje standardov kakovosti so se v letu 2013 sestali štirikrat. Za pregled vsebine nekaterih standardov kakovosti smo uporabili korespondenco preko e- pošte.

Člani skupine v letu 2013: Urška Drole (dobi obvestilo tudi Maja Kaker), Lidija Ahec, Urška Sedlar (dobi obvestilo tudi Jana Lavtižar), Manca Pogačnik, Sabina Mulalič, Marija Mežik Veber, Metka Lužnik, Mojca Strgar, Mateja Perko, Slavica Lavrič ali Aleksander Novak (dobi obvestilo tudi Ozrenka Nikolić Vranić), Zorica Panić
Koordinatorica skupine: Mateja Bahun

Realizacija ciljev

CILJ 1: **revizija 100 % standardov kakovosti, ki so bili sprejeti pred letom 2009**
AKTIVNOSTI: sestanki skupine za standarde, pregled in vsebinske ter oblikovne dopolnitve standardov kakovosti, ki so bili sprejeti pred letom 2009
EVALVACIJA: odstotek dopolnjenih in revidiranih standardov kakovosti
REALIZACIJA: 100%
CILJ 2: **sprejetje 5 novih standardov kakovosti**
AKTIVNOSTI: delo skupine za standarde kakovosti in aktivnosti koordinatorice skupine za standarde
EVALVACIJA: število novih standardov kakovosti
REALIZACIJA: 100%

Dopolnjeni standardi kakovosti sprejeti v 2013

	OZNAKA STANDARDA	IME STANDARDA KAKOVOSTI	DATUM SPREJETJA
1	A.1.6.	Dihalne vaje_V2	14. 5. 2013
2	A.1.7.	Aspiracija ustne in nosne votline_V2	10. 6. 2013
3	A.1.8.	Endotrahealna aspiracija_V2	10. 6. 2013
4	A.1.10.	Oskrba endotrahealnega tubusa__V2	10. 6. 2013
5	A.2.1.	Naročanje, transport in razdeljevanje hrane_V2	14. 5. 2013
6	A.2.4.	Hranjenje pacienta po žlici_V2	16. 5. 2013
7	B.1.1.2.	I.M. aplikacija zdravila_V2	16. 5. 2013
8	B.1.1.4.	Aplikacija kisika_V2	15. 1. 2013
9	B.1.1.7.	Peroralna aplikacija zdravil_V2	8. 4. 2013
10	B.1.1.17.	Prenos krvi in komponent krvi_V3	22. 3. 2013
11	B.1.1.18.	Aplikacija krvi in komponent krvi_V3	22. 3. 2013
12	B.1.1.19.	S.C. aplikacija inzulina_V3	14. 5. 2013
13	B.1.2.2.	Oskrba vbodnega mesta OVK_V4	10. 6. 2013
14	B.1.2.4.	Oskrba vbodnega mesta venske kanile_V3	14. 5. 2013
15	B.1.3.1.	Preveza čiste akutne rane_V3	15. 5. 2013
16	B.1.3.3.	Zdravljenje ran z uporabo negativnega površinskega pritiska_V2	14. 5. 2013
17	B.1.3.4.	Preveza percutane endoskopske gastrostome_V2	15. 5. 2013
18	B.2.2.	Fizični varovalni ukrep_V5	10. 4. 2013
19	B.3.1.4.	Odvzem venozne krvi_V4	4. 2. 2013
20	B.3.1.5.	Odstranitev in pošiljanje konice OVK na mikrobiološke preiskave_V5	10. 6. 2013
21	B.3.1.6.	Odvzem urina za preiskave_V3	13. 2. 2013
22	B.3.1.9.	Postopek dela s tkivnimi vzorci in organi_V2	14. 5. 2013
23	B.3.1.16.	Določanje glukoze v kapilarni krvi z merilnikom_V3	14. 5. 2013
24	B.3.2.1.	Merjenje arterijskega krvnega tlaka_V2	13. 2. 2013
25	B.3.2.2.	Merjenje intraabdominalnega tlaka_V2	16. 5. 2013
26	B.3.2.4.	Menjava sistema za invazivno merjenje krvnega in OV tlaka_V2	13. 2. 2013
27	B.4.1.12.	Higienske zahteve in pravila vedenja ob vstopu v op prostore_V2	14. 5. 2013
28	B.5.11.	Voziček s pripomočki za osebno higieno bolnikov_V2	16. 5. 2013
29	B.5.12.	Priprava in rokovanje z elektrokirurškim nožem_V2	14. 5. 2013
30	B.5.13.	Štetje in kontrola mehkega materiala_V2	14. 5. 2013
31	B.5.14.	Voziček za reanimacijo_V3	20. 2. 2013

Novi standardi kakovosti v letu 2013

1	B.1.1.8.	Intranazalna aplikacija zdravil_V1	2. 1. 2013
2	B.3.3.2.	Rentgensko slikanje dojk - Mamografija	12. 12. 2013
3	B.1.3.9.	Odstranitev šivov in sponk_V1	1. 8. 2013
4	A.3.4.	Praznjenje in menjava urinske vrečke_V1	16. 5. 2013
5	B.1.2.6.	Posegi v zvezi z implantirano podkožno vensko valvulo_V1	6. 2. 2013

7 DELO PROJEKTNEGA TIMA ZA PREVENTIVO IN OSKRBO RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Koordinatorica tima: Oti Mertelj, dipl. m. s.

Uvod

Projektni tim za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska je v letu 2013 imel 34 članov. Ob začetku leta je bilo na predloge koordinatoric in željo posameznikov v skupino vključenih precej večje število članov. Ker se sestanka skupine niso udeležili niti enkrat smo se na skupini odločili, da se te člane črta s seznama. Projektni tim je imel 17 sestankov. Sestankov se je povprečno udeleževalo po 8 članov. Poleg obravnave tekoče problematike v zvezi s preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska, ki so jo člani izpostavili na sestankih, se je skupina predstavila na dnevu odprtih vrat in mednarodnem dnevu razjede zaradi pritiska.

Dan odprtih vrat

Na dnevu odprtih vrat 8. 5. 2013 se je skupina predstavila s plakatom, kjer je bilo predstavljeno pravilno povijanje nog, in z merjenjem gleženjskega indeksa.

Mednarodni dan razjede zaradi pritiska

Z izobraževalnim dnem smo se 21 .11. 2013 že drugič pridružili mednarodnemu dnevu Razjede zaradi pritiska. V ta namen so člani skupine pripravili strokovno izobraževanje s praktičnimi delavnicami. Na srečanje smo povabili udeležence iz zdravstvenih ustanov Zgornje Gorenjske. S tem strokovnim izobraževanjem smo želeli tako svojim zaposlenim kot tudi zaposlenim v zdravstveni negi na primarni ravni omogočiti dodatna izobraževanja in obenem tudi opozoriti, da je preventiva RZP univerzalna pravica vseh ljudi.

1 Realizacija ciljev za leto 2013

1. CILJ: Organizacija izobraževalnega dne »Stop razjedi zaradi pritiska«	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Oblikovanje, priprava prispevkov izvedba programa	Da/100 %
EVALVACIJA: Izobraževalni dan izveden 21.11.2013. Aktivna udeležba šestih članov skupine	
2. CILJ: Nadgradnja zloženke "Stop razjedi zaradi pritiska"	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Vključitev dodatnih vsebin.	Delno/50 %
EVALVACIJA: Pripravljena je polovica vsebin	
3. CILJ: Sodelovanje članov skupine na dnevu odprtih vrat ob mednarodnem dnevu medicinskih sester	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izdelava plakata, povijanje nog, merjenje gleženjskega indeksa	Da/100 %
EVALVACIJA: Uspešna predstavitev	
4. CILJ: Izmenjava izkušenj o izvajanju preventivnih ukrepov po drugih ustanovah.	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Organizacija strokovne ekskurzije.	Ne /0 %
EVALVACIJA: V letu 2013 strokovna ekskurzija ni bila organizirana	
5. CILJ: Uporaba KP za oskrbo rane	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Dopolnitev in redna uporaba KP.	Delna/50 %
EVALVACIJA: Potrebni so še minimalni popravki	

6. CILJ: Predstavitev skupine na intranetu	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI: Posredovanje strokovnih vsebin in zapisnikov informatikom za objavo.	Da/100 %
EVALVACIJA: Objavljene vsebine, ki se nanašajo na delo skupine pod rubriko Projektni timi	
7. CILJ: Izdelava protokola in plakata o povijanju nog z dolgo elastičnimi povoji	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: priprava gradiva, fotografij	Delno/50 %
EVALVACIJA: Gradivo je zbrano, potrebna je le še postavitev in oblikovanje	

Treh ciljev v letu 2013 nismo realizirali, zato načrtujemo njihovo realizacijo v letu 2014. Prav tako moramo dokončati delno realizirane cilje.

2 Cilji za leto 2014

1. Izdelava protokola in plakata o povijanju nog z dolgo elastičnimi povoji
2. Organizacija strokovne ekskurzije
3. Testiranje pripomočkov za nego in zaščito kože
4. »Dan za pete« vključitev članov skupine v nadzore in pregled pet
5. Organizacija delavnic o povijanju krnov po amputaciji noge.
6. Priprava prispevkov za izobraževalni dan - mednarodni dan RZP v novembru
7. Sodelovanje na dnevu odprtih vrat
8. Uporaba klinične poti za oskrbo kronične rane/ razjede v praksi
9. Nadgradnja zloženke »Stop razjedi zaradi pritiska«
10. Pomoč članov pri vpeljavi nove ocenjevalne lestvice za oceno ogroženosti - Braden

Zaključek

Člani skupine so dodatni vezni člen v izvajanju preventivnih aktivnosti po oddelkih in enotah, zato si želimo, da bi na sestanke hodili bolj redno in v večjem številu.

8 PROJEKTNI TIM ZA VODENJE IN OBRAVNAVO PACIENTOV Z OSREDNJIM VENSKIM KATETEROM

Koordinatorica: Zorica Panić, dipl. m. s.

Člani skupine v letu 2014:

INTERNI ODDELEK	KIRURŠKI ODDELEK	EITOS	IIT	PEDIATRIČNI ODDELEK	DIALIZA
Bijol Alenka	Sedlar Urška	Panić zorica	Kaker Maja	Lužnik Metka	Jožica Murnik
Zalokar Nada	Torkar Alenka	Ličina Admira	Blaževič Sandra		Matic Ržen
Seršen Tina	Valjavec Petra	Sebešan Aneta	Ravnikar Tanja		Tanja Bertoncelj
Hadžić Aida	Pogačnik Manca	Šmid Ksenija			

V letu 2014 bodo organizirana tri srečanja in sicer v mesecu februarju, maju in oktobru.

Cilj skupine za leto 2014:

CILJ: • Znižanje incidenčne stopnje katetrskih seps »0« • Znižanje incidenčne stopnje kolonizacije OVK na 0,6 %
AKTIVNOSTI: • redni nadzori nad izvedenimi preventivnimi aktivnosti • izvajanje varnostnih vizit/razgovorov • izdelava mesečnih poročil • izobraževanje zaposlenih z delavnicami • izdelava plakata- metode dela po korakih • prenova standarda kakovosti OSKRBA VBODNEGA MESTA OVK, OSKRBA VBODNEGA HEMODIALIZNEGA OVK
EVALVACIJA: • doseganje zastavljenih ciljev

9 PROJEKTNA SKUPINA ZA OBLIKOVANJE KLINIČNIH POTI

Koordinatorica: Marija Mežik Veber, dipl. m. s.

Klinična pot (KP) je plan celostne oskrbe pacienta z določeno boleznijo, za določen operativni poseg. Klinična pot je delo multidisciplinarnega tima. CiljI, ki bi jih radi dosegli so predvsem kakovostno opravljene storitve, skladne s smernicami stroke, načrtovanje obravnave pacienta, najmanjše možno tveganje, zadovoljen pacient in njegovi svojci, zadovoljni zdravstveni delavci in racionalizacija stroškov dela.

Skupina za oblikovanje kliničnih poti nima stalnih članov, ampak se sestava skupine prilagodi vsebini klinične poti in zajame vse profile, ki so vključeni v obravnavo pacienta. V letu 2013 ni bilo organiziranih formalnih sestankov, srečanja so potekala glede na potrebe pri oblikovanju oziroma prenovi KP.

V letu 2013 smo pripravili 12 novih kliničnih poti in prenovili 6 kliničnih poti. KP za operacijo zdrsa medvretenčne ploščice (Hernije diska); kirurški oddelek/odsek za ortopedijo je še v pripravi.

Cilji za leto 2014:

V letu 2014 bomo pripravili tri nove klinične poti :

- KP poroda po predhodnem carskem rezu – ginekološko – porodniški oddelek,
- KP obravnava otročnice na oddelku – ginekološko – porodniški oddelek,
- KP obravnava zdravega novorojenca na oddelku – ginekološko – porodniški oddelek,
- KP za operacijo nosu – kirurški oddelek, zdravnik otolog
- KP za obravnavo novoodkritega pacienta s sladkorno boleznijo na bolniškem oddelku – interni oddelek, strokovna sodelavka za pedagoško področje, zdravnik diabetolog,
- KP za sprejem otroka v urgentno pediatrično ambulanto - pediatrični oddelek.

Prenova obstoječih kliničnih poti po potrebi, glede na spremembe v stroki:

- dnevni oddelek,
- kirurški oddelek,
- urgenca.

10 PROJEKTNI TIM ZA ZASEBNOST IN DOSTOJANSTVO PACIENTOV

Koordinatorica: Jana Lavtižar, dipl. m.s.

V letu 2013 se je skupina sestala štirikrat, dvakrat je sestanek odpadel, ker je bila udeležba zelo skromna. Sodelovanje članov je bilo aktivno. Skušali smo izboljšati zasebnost v bolniških sobah, ali nam je uspelo bomo videli v rezultatih ankete o zadovoljstvu pacientov, kjer je tudi vprašanje o zasebnosti.

Skupino je bolj ali manj redno obiskovalo 26 članov. V skupino so vključene dipl. med. sestre in zdravstveni tehniki z vseh oddelkov in enot bolnišnice, fizioterapevtka, Mateja Bahun, Sandra Jerebic.

REALIZACIJA CILJEV V LETU 2013

CILJ: Zagotavljanje osebne integritete pacientom	**Realizacija/učinkovitost**
AKTIVNOSTI: • Zapiranje vrat bolniških sob • Uporaba paravanov • Namestitev zaves po sobah med posteljami	Na vseh sestankih smo se pogovarjali o zapiranju vrat bolniških sob, zaposleni so poročali, da se je izboljšalo. Zaves nismo mogli kupiti zaradi finančnih razlogov. Napis "ne vstopaj" je bil prenovljen in se namešča na vrata sob kadar v sobi potekajo aktivnosti, ki zahtevajo zasebnost. Paravani se uporabljajo na vseh oddelkih in je uporabo potrebno spodbujati še naprej. Nacionalna anketa o zadovoljstvu je bila izvedena in čakamo na rezultate, da bomo videli kako so področje zasebnosti ocenili pacienti.
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 • Anketa za zaposlene • 6 srečanj skupine v letu 2013 • Aktivna skupina, z vsaj enim članom vsakega oddelka	Delavnice in izobraževanje o zasebnosti ni bilo izvedeno in prestavljamo na leto 2014. 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 smo jih dokončali v okviru skupine v letu 2013 vendar niso ustrezni in jih bomo v začetku leta 2014 izboljšali. Ankete M. 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 izvajanjem jutranje nege v letu 2013 in hkrati preverjanje integritete pacienta, ki se izvaja v 96,74 %. Na RTG so izvedli svojo anketo in so pri vprašanju o zasebnosti imeli za 6 % slabši rezultat.

CILJI ZA LETO 2014

Cilj	**Zagotavljanje osebne integritete pacientom**
Aktivnosti	• Motiviranje projektnega tima za delo • Redni sestanki • Zapiranje vrat bolniških sob • Uporaba paravanov • Namestitev zaves po sobah med posteljami • Obvestila za paciente o skrbi za lastnino • Pregledati možnosti za zasebnost ob dajanju kontrasta na RTG in dodati vprašanje v vprašalniku, da ugotovimo zakaj je slabša zasebnost v letu 2013 • Nazivanje pacientov ob klicanju v ambulanto • Namestiti obvestila za paciente o skrbi za lastnino
Cilj	**Doseči čim višji nivo upoštevanja etičnih načel z upoštevanjem osebne integritete pacientov in pacientovih pravic**
Aktivnosti	• Izvedba ankete za zaposlene o zagotavljanju zasebnosti (M. Bahun) • Delavnice in izobraževanje za zaposlene • Dokončna izdelava gradiva • Nadzor nad zagotavljanjem zasebnosti pacientov (1-2x letno na vseh oddelkih, enotah in ambulantah) • Izvesti anketiranje zaposlenih (M. Bahun)

11 PROJEKTNI TIM ZA OBVLADOVANJE PREDANALITIČNE FAZE

Koordinatorica: Marija Mežik Veber

Skupina šteje 13 članov, med njimi sta dva zaposlena v laboratoriju. V letu 2013 je bilo organiziranih pet sestankov, kjer smo obravnavali problematiko v predanalitični fazi vzorčenja.

V okviru skupine so bila pripravljena priporočila za odvzem hematoloških vzorcev, priporočila za odvzem hemokultur, priporočila za odvzem urina in seznam epruvet z različnimi antikoagulantnimi sredstvi ter zaporedjem odvzema krvi.

12 PROJEKTNI TIM ZA PREHRANO PACIENTOV

Koordinatorica: Marija Mežik Veber, dipl. m. s.

Projektnemu timu za izboljšanje prehrane pacientov se je v letu 2013 pridružila Lena Tanjšek, administrativni dietetik.

Cilj projektnega tima za izboljšanje prehrane pacientov je pacientu nuditi čim bolj kakovostno in higiensko neoporečno prehrano.

V letu 2013 smo imeli 16 sestankov, kjer smo obravnavali in reševali problematiko od prevzema živil, do higiensko neoporečne priprave hrane, razdeljevanja obrokov, primerne temperature po končanem razdeljevanju na oddelkih/enotah.

Člani skupine smo se aktivno vključili v aktivnosti za zmanjševanje stroškov na področju prehrane za paciente in zaposlene ter pripravili 21 predlogov, ki so bili v večini sprejeti in realizirani.

13 PROJEKTNI TIM ZA KLINIČNO PREHRANO V ZDRAVSTVENI NEGI

Koordinatorica: Pavla Lavrinec, dipl. m. s.

Uvod

Skrb za ustrezno prehranjenost pacienta je bistvenega pomena, saj z ustrezno prehransko obravnavo lahko bistveno izboljšamo izid zdravljenja in kvaliteto življenja pacientov. Ker imajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki pomembno vlogo v prehranski obravnavi pacienta, je v letu 2013 pričela delovati skupina za klinično prehrano v zdravstveni negi. Sestavlja jo 13 članov.

1 Cilji

Cilj projektnega tima je:

- povečanje zavedanja članov tima ZN o pomenu ustrezne prehranjenosti pacienta in njihove vloge pri zagotavljanju le-te,
- izboljšati znanje negovalnega tima s področja prehrane pacienta,
- prepoznati obstoječe možnosti za prilagajanje prehrane pacientovim terapevtskim potrebam in navadam brez večje dodatne obremenitve osebja v kuhinji.

2 Opis aktivnosti

V letu 2013 so bili organizirani 3 sestanki na katerih smo obravnavali možnosti prilagoditve osnovnega naročila prehrane s pomočjo šifranta dodatkov in šifranta posebnosti prehrane.
Za člane projektnega tima je bilo izvedeno informativno izobraževanje o presejanju prehranske ogroženosti pacienta.

3 Cilji za leto 2014

- izobraževanje članov projektne skupine
- s pomočjo članov projektne skupine ozaveščanje članov tima ZN o pomembnosti preprečevanja podhranjenosti pacientov
- sodelovanje pri uvajanju nove lestvice za oceno ogroženosti za nastanek RZP (ocena ustreznosti prehranskega vnosa)
- sodelovanje pri uvajanju prehranske podpore pacientom ogroženih za razvoj RZP in pacientom s prisotno RZP
- identifikacija vzrokov, ki pri pacientu poslabšajo prehranski vnos

Zaključek

Več znanja in večja občutljivost za prepoznavanje prehranskega tveganja pacientov in ustrezno ukrepanje lahko izboljšata izid zdravljenja. Člani tima ZN imajo kot del interdisciplinarnega tima pri prehranski obravnavi pacientov pomembno vlogo.

POROČILO NAMESTNICE POMOČNICE DIREKTORJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe

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

Padec pacienta v bolnišnici je kazalnik kakovosti. Spremljamo naslednje kazalnike kakovosti: incidenca vseh padcev v bolnišnici, incidenca vseh padcev s postelje v bolnišnici in od januarja 2013 padce pacientov s poškodbami. Z aktivnostmi za preprečevanje padca želimo zmanjšati število padcev in s tem posledično poškodbe pacientov.

V letu 2013 smo zabeležili tudi 10 padcev, ki jih ne beležimo z kazalnikom preprečevanja padcev (pediatrični in dnevni oddelku, v sprejemni ambulanti, na radiološkem oddelku in v operacijskem bloku).Zabeležili smo tudi pet težjih poškodb po padcih. Aktivnosti projektne skupine za preprečevanje padcev so potekale tudi v letu 2013. Več o vodenju kazalnika »padci« v bolnišnici je v posebnem poročilu

V letu 2013 smo zabeležili štiri padce na pediatričnem oddelku, en padec na dnevnem oddelku, en padec v sprejemni ambulanti, tri padce na radiološkem oddelku in en padec v operacijskem bloku, ki se ne štejejo v kazalnik kakovosti.

S februarjem 2013 smo pričeli tudi s prikazovanjem kazalnika o uporabi posebnih varovalnih ukrepov (PVU). V obdobju od 1.2. do 31.12.2013 so bili PVU uporabljeni pri 237 pacientih – incidenca 0,03.

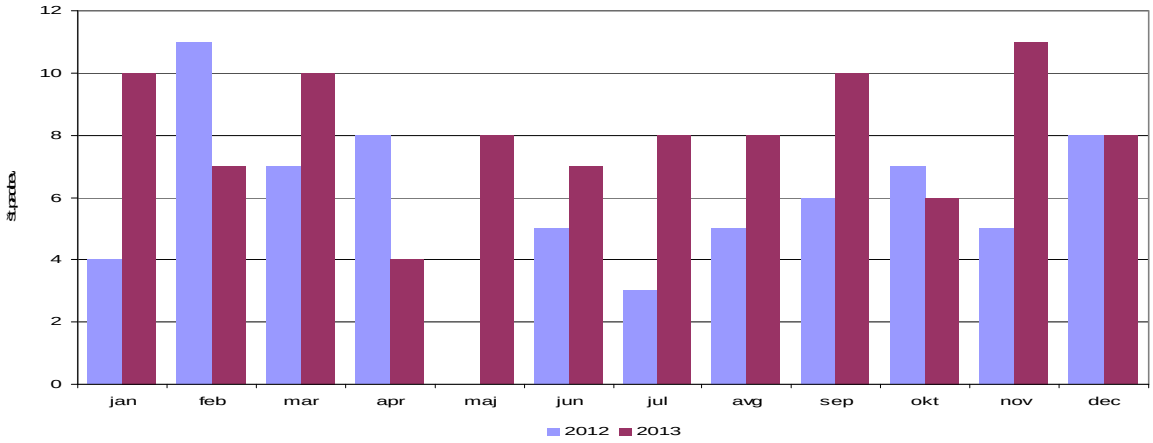
V letu 2013 smo, kot posledico padca, zabeležili pet zlomov kosti in sicer dvakrat zlom kolka, zlom rebra, zlom ključnice in zlom komolca.

Aktivnosti projektne skupine za preprečevanje padcev so potekale tudi v letu 2013. Člani skupine so slabo aktivni in tudi udeležba na srečanjih je bila skromna.

Tabela 1: Primerjava vseh padcev in padcev s postelje januar –december 2012 in 2013

		jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec
Št. padcev	2012	4	11	7	8	0	5	3	5	6	7	5	8
	2013	10	7	10	4	8	7	8	8	10	6	11	8
Incidenca vseh padcev	2012	07,	1,9	1,2	1,4	0	0,9	0,7	1	1,3	1,3	1	1,4
	2013	1,9	1,5	1,8	0,8	1,3	1,6	1,9	1,9	2,2	1,1	2,3	2
Št. padcev s postelje	2012	0	8	1	4	0	4	0	2	0	2	0	1
	2013	5	2	2	0	1	1	3	4	2	0	4	1
Incidenca padcev s postelje	2012	0	1,4	0,2	0,4	0	0,4	0	0,2	0	0,4	0	0,2
	2013	0,9	0,4	0,6	0	0,2	0,2	0,7	0,5	0,4	0	0,8	0,2
Padci s poškodbami	2012												
	2013	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1

Graf 1: Primerjava vseh padcev in padcev s postelje januar – junij 2012 in 2013



1.2 REALIZACIJA CILJEV KAZALNIKA PREPREČEVANJA PADCEV

Cilj št. 1	Zmanjšanje incidence vseh padcev pacientov	Dosežena realizacija	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Incidenca št. padcev / 1000 BOD	1,7/1000 BOD	1,0/1000 BOD	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Izvajanje preventivnih in načrtovanih ukrepov za preprečevanja padcev		V okviru VR po padcu pacienta na oddelku/enoti	Izvajanje ukrepov na vse oddelkih/enotah, kjer so se zgodili padci – veza zapisi VR
	Priprava nove lestvice za oceno ogroženosti pacientov in testiranje v praksi		31.12.2013	Pripravljen predlog in posredovan v pregled in dopolnitve članom skupine za preventivo padcev, cilj ni realiziran
			12	10
	Mesečno izvajanje nadzornih pregledov ocenjevanja, načrtovanja in izvajanja aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev, izvajanje VV/VR		Po vsakem padcu 2 delavnici	100 Glede na potrebe smo izvedli 3 delavnice

	Pregled vzrokov za padec, študija primera Izobraževanja tima ZN o pravilni izbiri in uporabi PVU Sodelovanje članov tima ZN v projektni skupini za preventivo padcev Označevanje pacientov na seznamu (tabli), ki so ogroženi za padec – barvni magneti, barvni papir Ozaveščanje pacientov in njihovih svojcev o dejavnikih tveganja za padec – priprava plakata	3 delavnice	6 sestankov letno, aktivno sodelovanje članov Vsi pacienti, ki so ogroženi za padec Plakat o preprečevanju padcev na hodnikih in oddelkih/enotah	4 sestanki, sodelovanje večine članov je pasivno Označevanje ogroženih pacientov se izvaja na seznamu (tabli), ne pa tudi po bolniških sobah Plakat je pripravljen za tiskanje.
Cilj št. 2	**Obdržati incidenco padcev s postelje na nivoju leta 2012**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**	**Evalvacija**
Kazalnik	Incidenca št. padcev iz postelje / 1000 BOD	0,4/1000 BOD	0,3/1000 BOD	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1		Enako kot pri cilju št. 1	Enako kot pri cilju št. 1
Cilj št. 3	**Zmanjšanje števila padcev v nočnem času**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**	**Evalvacija**
Kazalnik	Delež padcev v nočnem času	24%	30%	Cilj je dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1		Enako kot pri cilju št. 1	Enako kot pri cilju št. 1
Cilj št. 4	**Povečati delež zdravnikovih pregledov pacientov po padcu**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**	**Evalvacija**
Kazalnik	Delež zdravnikovih pregledov po padcu pacienta	95%	100%	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1		Enako kot pri cilju št. 1	Poročanje strokovnemu svetu

1.3 KOREKTIVNI UKREPI, KI SE NANAŠAJO NA PADEC PACIENTA

Korektivni ukrepi, ki se nanašajo na padec pacienta
• Pogovor o alternativnih metodah preprečevanja padcev na oddelčnem sestanku; • Izobraževanje o TŽA; • Dosledno vnašanje kriterijev ogroženosti za padec ob vsaki spremembi zdravstvenega stanja pacienta, reocena po protokolu, vnos aktivnosti za izvajanje preventive padca; • Upoštevanje protokola in navodil SOP 44, SOP 5, SOP NA 47; • Izobraževanje o pravilni izbiri in namestitvi PVU po oddelkih/enotah ter izpolnjevanju dokumentacije; • Individualno načrtovanje aktivnosti preventive padca, nadzor in opazovanje pacienta; • Vedno kontrola vitalnih funkcij po padcu; • Varnostni razgovori; • Nadzor nad izvajanjem preventive padca; • Označevanje pacientov na tabli, ki po oceni (točke) niso ogroženi pa so po izgledu prepoznani kot ogroženi oziroma imajo padec v anamnezi, vsako predajo službe in pacientov začeti s pogovorom o varnosti : koliko, kdo in zakaj je ogrožen; • V načrtu PZN dodatno načrtovanje opazovanja pacientov, ki so nemirni in ogroženi; • Svetovanje in nadziranje spremljevalca otrok pri izvajanju aktivnosti; • Aktivno spraševanje pacientov o potrebi po izločanju odvajanju; • Opomnik pacientom, da pokličejo, ko želijo vstati s postelje; • Prisotnost spremljevalca med radiološko obravnavo; uporaba PVU, kadar to dovoljuje radiološka obravnava; • Iz bolniških sob in toaletnih prostorov odstraniti vse pripomočke, ki se ne uporabljajo; • V nočnem času priprta vrata bolniške sobe z ogroženimi pacienti za padec, uporaba nočne lučke v bolniških sobah; • Obvezno izobraževanje o uporabi pripomočkov za PVU; • Večja pozornost pri nemirnih pacientih, zadostno število oseb pri prelaganju s transportnega vozička na bolniško posteljo v operacijskem bloku, zapis o padcu v list perioperativne ZN; • Preverjanje namestitve in uporabe pripomočkov za hojo; • Priprava programa ZV za paciente in svojce po amputaciji spodnje okončine (v sodelovanju z delovno terapijo in fizioterapijo); • Oddelčni sestanki s timom ZN.
• **Evalvacija** Izvajanje ukrepov je potrebno sproti nadzirati, na njih opozarjati in se pogovarjati na oddelčnih sestankih. • Zapisi o izvedenih aktivnostih se nahajajo pri koordinatoricah/vodjih ZN in NPDZN • Izrečenih je bilo 105 ukrepov.

1. 4 POSEBNI VAROVALNI UKREPI

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.

S februarjem 2013 smo pričeli tudi s prikazovanjem kazalnika o uporabi posebnih varovalnih ukrepov (PVU). V obdobju od 1. 2. 2013 do 31. 12. 2013 so bili PVU uporabljeni pri 237 pacientih – incidenca je 0,03

V protokolu SOP 44 Omejevanje pacienta je opredeljen kazalnik učinkovitosti in uspešnosti procesa. Nadzor nad pravilno izvedenim posebnim varovalnim ukrepom je bil izveden 11. 6. 2013 in od 30. 11. 2013 do 2. 12. 2013, delež skladnosti s kriteriji je bil 90%.. Nadzor nad pravilno izpolnjeno dokumentacijo je bil izveden 24.12.2013 in 29.12.2013, delež skladnosti s kriteriji je bil 89%
Tudi ta kazalnik je naveden v posebnem poročilu.

1.5 POROČILA VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORA – 1. 1. - 31. 12. 2013

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	11
Število izrečenih ukrepov	28
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	23

2 INTERNO STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

V bolnišnici poskušamo zagotoviti, da se vsako vlaganje v znanje obrestuje. V letu 2013 je izobraževanje potekalo po načrtu in glede na finančne možnosti. Načrt internega strokovnega izobraževanja je zasnovan na vsebinah, ki so obvezne in predpisane s strani Zbornice – Zveze za pridobivanje licenčnih točk in na vsebinah, ki so bile predlagane s strani zaposlenih v zdravstveni negi.

2.1 REALIZACIJA CILJEV KAZALNIKA IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

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. Izvedenih je bilo 50 izobraževanj, od tega 4 vsebine za pridobivanje in podaljšanje licence. kar znaša 147 ur, število udeležencev je bilo 1105. Srednja ocena zadovoljstva udeležencev je bila 4,8 od 5,0 točk.

Cilj	
Kazalnik	• Število izvedenih izobraževanj • Število izvedenih ur izobraževanja • Rezultati ankete o zadovoljstvu zaposlenih z internim strokovnim izobraževanjem
Dosežena realizacija	• Izvedenih je bilo 50 izobraževanj, od tega 4 vsebine za pridobivanje in podaljšanje licence
Predvidena realizacija	• 47 izobraževanj, od tega 7 za pridobivanje in podaljšanje licence
Izvedene aktivnosti	Razporeditev izobraževanj enakomerno po mesecih Privabiti čim večje število udeležencev Sprotno anketiranje udeležencev o zadovoljstvu z vsebinami in predavatelji Predstavitev rezultatov anket Sodelovanje z ZBORNICA - ZVEZA Izvedenih je bilo 7 izobraževanj za pridobivanje licenčnih točk in 4 vsebine za pridobivanje in podaljšanje licenc
Evalvacija	• Izvedenih je bilo 6 % več izobraževanj od načrtovanih in 43 % manj za pridobivanje in podaljšanje licence • 147 ur, število udeležencev 1105, Povprečno število udeležencev na izobraževanju je 23 • Povprečna ocena zadovoljstva je 4,8 poteka ob koncu vsakega izobraževanja

	• Udeležence na izobraževanjih se vnaša v sezname prisotnosti za zbiranje licenčnih točk, ki bodo podeljene, ko bo znan končni dogovor med Zb Zv in MZ.

3 PRIPRAVNIŠTVO

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/2012. Poleg pripravnikov TZN iz SBJ, del kroženja v okviru pripravništva opravljajo tudi TZN iz drugih zdravstvenih zavodov.

3.1 REALIZACIJA CILJEV KAZALNIKA IZOBRAŽEVANJE PRIPRAVNIKOV TZN IN UVAJANJE V DELO NOVO ZAPOSLENIH

V letu 2013 je bila v SBJ 1 pripravnica TZN, 1 diplomirana fizioterapevtka, 13 dipl. m. s./dipl. zn. po zaključku bolonjskega študija pa je opravilo kroženje v okviru uvajanja v delo ter uspešno opravilo preizkus znanja. Iz drugih zdravstvenih ustanov je bilo na kroženju 61 pripravnikov TZN, 2 dipl. fizioterapevta in 1 univ. dipl. delovna terapevtka in 2 dipl. inženir radiologije.

Ob zaključku pripravništva oz. kroženja izvajamo anketo o poteku pripravništva in uvajanju novo zaposlenih. Poročilo pripravnika o poteku pripravništva in kroženja je oddalo 70 pripravnikov od 80, kar je 89 %: 43% jih je stalno delalo z mentorjem, 57% občasno;59% mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 39% prav dobro, 1% povprečno in 1% zadovoljivo; 83% pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah, 17% pa le občasno; vsi pripravniki – 100% so nadgradili svoje znanje; 51% pripravnikov se čuti sposobnega za samostojno delo, 49% pa se jih čuti sposobne za delo bolj kot na začetku pripravništva

Cilj	Izobraževanje pripravnikov TZN in uvajanje v delo novo zaposlenih
Kazalnik	• Izobraževanje za pripravnike in novo zaposlene po bolonjskem programu • 1 – 2 x letno glede na število pripravnikov
Dosežena realizacija	• Izvedenih predavanj za pripravnike ni bilo zaradi manjšega števila pripravnikov. Pripravnici TZN je bila posredovana strokovna literatura in opravljene individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoretičnega znanja ZN. • Novo zaposleni, po končanem bolonjskem študiju, so se udeleževali interni in eksternih oblik izobraževanja.
Kazalnik	• Izvajanje anketiranja o poteku pripravništva in uvajanja – pridobiti 80% delež vrnjenih anket.
Realizacija	• Je bila 100%, realizirano je bilo v 86%
Kazalnik	• Anketiranje pripravnikov in novih zaposlenih o kakovosti izvedbe mentorstva in poteka pripravništva/uvajanja – pridobiti več kot 80% izpolnjenih anket
Realizacija	• 43 % jih je stalno delalo z mentorjem, 57 % občasno; • 59 % mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 39 % prav dobro, 1 % povprečno in 1 % zadovoljivo; 83 % pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in

	kompetencah, 17 % občasno; • Vsi pripravniki – 100 % so nadgradili svoje znanje; • 51% pripravnikov se čuti sposobnega za samostojno delo, 49 % pa bolj kot na začetku pripravništva.
Izvedene aktivnosti	• Individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoretičnega znanja ZN • Ocenjevanje pripravnikov/novo zaposlenih po bolonjskem programu s strani mentorjev • Stalna skrb za kakovostno izvedbo pripravništva • Osebna urejenost zunanjih pripravnikov
Evalvacija	• Opravljene konzultacije in posredovana strokovna literatura • Po zaključku kroženja na oddelku/enoti, v primeru povprečne ocene razgovor s pripravnikom/novo zaposlenim po bolonjskem programu, zapis pogovora hranjen v dokumentaciji. O zunanjih pripravnikih se posreduje mnenje v matično ustanovo. • Glede na rezultate anket razgovor s koordinatorico/vodjo ZN, VR z mentorji • Dopis zunanjim zavodom,kaj pričakujemo od pripravnika, dopis v primeru neupoštevanja standarda osebne urejenosti

4 OSTALE AKTIVNOSTI

4.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTA

Na področju kategorizacije potreb pacientov po zdravstveni negi (SKBZN) se pripravljajo mesečna in letna poročila. Prav tako smo vključeni v delovno skupino za poenotenje SKZBZN v okviru Razširjenega strokovnega kolegija.

V letu 2013 smo izvedli 2 nadzora nad kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Poročila o rezultatih nadzora so bila posredovana poslana koordinator redne delovne skupine za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Poročilo o kategorizaciji zahtevnosti bolnišnične ZN za leto 2013 je predstavljeno kot samostojno poročilo.

4.2 PREHRANA PACIENTOV

Cilj projektnega tima za izboljšanje prehrane pacientov je pacientu nuditi čim bolj kakovostno in higiensko neoporečno prehrano.

V letu 2013 smo imeli 16 sestankov, kjer smo obravnavali in reševali problematiko od prevzema živil, do higiensko neoporečne priprave hrane, razdeljevanja obrokov, primerne temperature po končanem razdeljevanju na oddelkih/enotah.

Člani skupine smo se aktivno vključili v aktivnosti za zmanjševanje stroškov na področju prehrane za paciente in zaposlene ter pripravili 21 predlogov, ki so bili v večini sprejeti in realizirani.

4.3 SKUPINA ZA OBVLADOVANJE PREDANALITIČNE FAZE

V letu 2013 je bilo organiziranih pet sestankov, kjer smo obravnavali problematiko v predanalitični fazi vzorčenja.

V okviru skupine so bila pripravljena priporočila za odvzem hematoloških vzorcev, priporočila za odvzem hemokultur, priporočila za odvzem urina in seznam epruvet z različnimi antikoagulantnimi sredstvi ter zaporedjem odvzema krvi.

4.4 SODELOVANJE S SREDNJO ŠOLO JESENICE – ZDRAVSTVENA USMERITEV IN VISOKO ŠOLO ZA ZDRAVSTVENO NEGO JESENICE

Sodelujemo s Srednjo šolo Jesenice – zdravstvena usmeritev, kjer je vloga namestnice pomočnice direktorja za ZNO pri pripravi izvedbe praktičnega pouka in Visoko šolo za ZN Jesenice pri organizaciji in koordinaciji izbirnega kliničnega usposabljanja, od decembra 2013 pa tudi pri celotni organizaciji kliničnega usposabljanja, pripravi razporedov za študente ter evalvaciji po zaključku kliničnega usposabljanja. Na Visoki šoli za ZN, v študijskem letu 2013/14, sem bila vključena tudi v izvedbo kabinetnih vaj ZN 1.

V letu 2013 smo se vključili v izvedbo praktičnega usposabljanja z delom (PUD) za Srednjo šolo Jesenice – zdravstvena usmeritev. PUD je uspešno opravilo 5 dijakov. Po zaključku PUD-a so dijaki izpolnjevali ankete. Rezultati so naslednji:

- prisotnost mentorja 80 % občasno, 20 % stalno,
- posredovanje znanja odlično 100 %,
- priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah 100 %,
- podpiranje pri pridobivanju znanja 80 % da, 20 % včasih,
- uspešna nadgradnja znanja 100 % da,
- izvajanje intervencij ZN po standardih kakovosti 80 % vedno, 20 % večinoma,
- tim ZN je dijaka sprejel 80 % prijazno, 20 % odvisno od tima,
- pričakovanja dijakov so se 100 % izpolnila.

V letu 2013 smo sodelovali pri predstavitvi poklicev v ZN na Srednji šoli Jesenice in pripravili ogled SBJ za Osnovno šolo Žirovnica ter 1. letnik Srednje šole Jesenice – zdravstvena usmeritev.

4.5 UDELEŽBA NA IZOBRAŽEVANJIH

Aktivna udeležba: 7. Šola za klinične mentorje z naslovom »Odgovornost za kakovostno visokošolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege«.
Soavtor prispevka: 9. Kongres zdravstvene in babiške nege z naslovom »Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema«.
Članica organizacijskega odbora: 6. Dnevi Angele Boškin »Kako organizacijska kultura izboljšuje klinično kakovost«?
Pasivna udeležba: Posvet o paliativni oskrbi z mednarodno udeležbo »izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje«, 5. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved »Pravice, vrednote, svoboda, solidarnost in varnost«, Gorenjska pediatrija »Hipertenzija pri otrocih«.

4.6 OSTALO

Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO je članica skupine za razvijanje standardov kakovosti, skupine za inkontinenco, skupine za obvladovanje bolnišničnih okužb, skupine za pripravo negovalnih diagnoz, skupine za raziskovanje v zdravstveni negi in skupine za dokumentacijo.

V letu 2013 je sodelovala tudi pri interni presoji.

PODROČJE OBVLADOVANJA BOLNIŠNIČNE HIGIENE IN OKUŽB

Lidija Ahec, dipl.m.s.
Namestnica PDZN za področje bolnišnične higiene

UVOD

S programom obvladovanja in preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom oz. zdravstveno oskrbo v bolnišnici se prizadevamo zaščititi paciente, obiskovalce, druge osebe, ki so prisotne v bolnišničnem okolju in zdravstvene delavce. Program posega na vsa področja, ki vplivajo na ustvarjanje takih pogojev bivanja, ki bodo zagotavljali varno bivanje in oskrbo pacientov, varno delo za zaposlene in varnost vseh drugih oseb: zagotavljanje varne oskrba in zdravstvene nege pacientov, objektna higiena, zdrava pitna voda, ravnanje z odpadki, ravnanje v primeru poškodb z možnostjo prenosa okužbe, higienski nadzor v okviru HACCAP v kuhinji, delovanje klim, spremljanje novosti, sodelovanje pri javnih naročilih, izobraževanje. Del širokega področje dela je bilo februarja 2013 prerazporejen. Vodja sterilizacije je sprejela dodatne obveznosti na področju bolnišnične higiene: delo sterilizacijskih enot v celotni bolnišnici, operacijska dejavnost, sodelovanje z zunanjim izvajalcem dezinsekcije in deratizacije ter skrb za neoporečno pitno vodo predvsem preprečevanje razmnoževanja legionel v vodovodnem sistemu.

1 REALIZACIJA CILJEV NA PODROČJU BOLNIŠNIČNE HIGIENE IN BOLNIŠNIČNIH OKUŽB ZA LETO 2013

cilj	aktivnost	kazalnik	rok	evalvacija
znižati število prenosov MRSA v času bivanja pacienta v bolnišnici	nadzor izvajanja izolacijskih ukrepov nadzor promotorjev uspešnost razkuževanja rok	število prenešenih MRSA - 9 odstotek uspešnosti 80 %	Dec. 2013	število prenešenih MRSA - 17 odstotek uspešnosti – 88 %
Povečati obseg znanja na področju obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb	izvedba izobraževanja z delavnicami	število udeležencev	Marec Oktober	Izvedeno, udeležencev 271.
Povečati število prijavljenih incidentov	evidentiranje in sledenje incidentov izobraževanje - dan varnosti	45	Dec. 2013 Okt. 2013	45 Prestavljeno v leto 2014.

2 POROČILO O IZVEDENIH AKTIVNOSTIH V LETU 2013

2.1 MRSA

V letu 2013 smo v bolnišnico sprejeli 111 pacientov z znano in v bolnišnico prinešeno MRSA in zabeležili 17 primerov v bolnišnici prenesene MRSA. V letu 2012 smo v bolnišnico sprejeli 78 pacientov z znano in v bolnišnico prinešeno MRSA, zabeležili smo 23 primerov v bolnišnici prenesene MRSA.

Slika 1: Prikaz števila primerov znanih, v bolnišnico prinešenih, v bolnišnici pridobljenih in skupno število MRSA v letu 2013

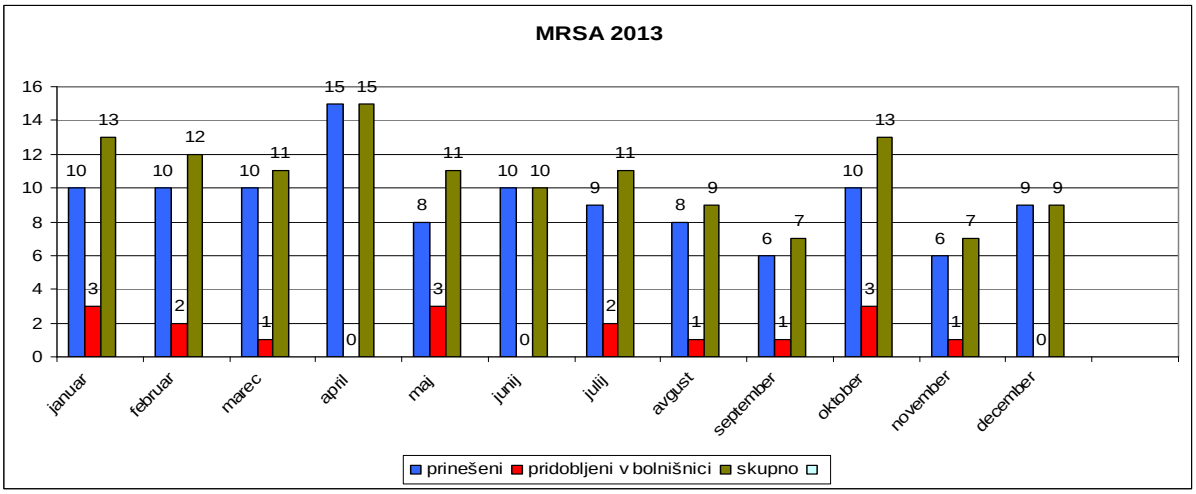
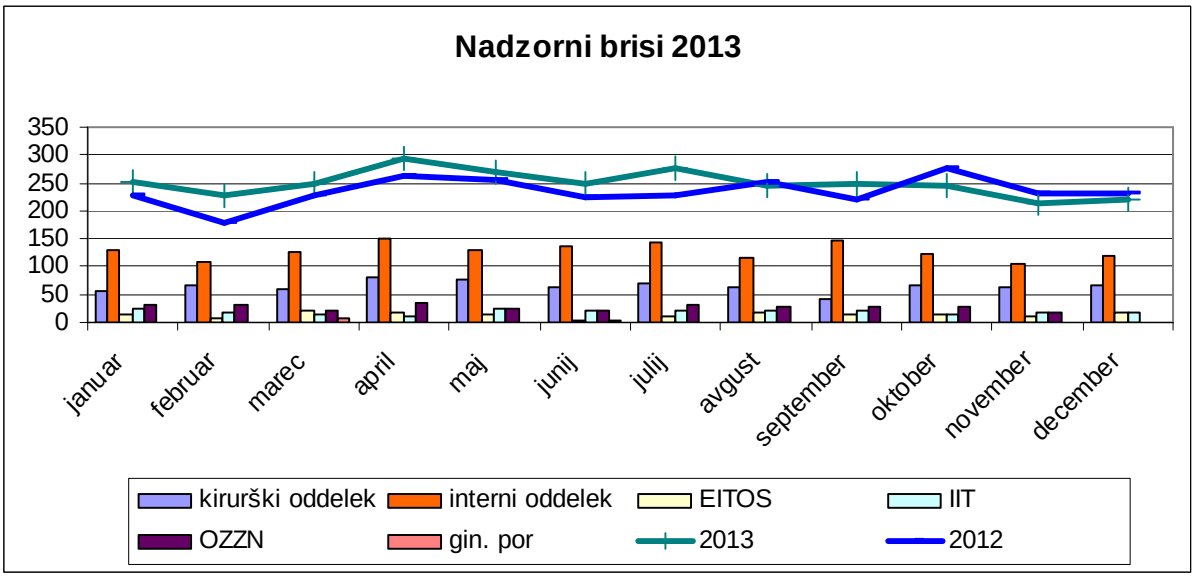


Tabela 1: Prikaz v bolnišnici pridobljene MRSA po posameznih oddelkih/ enotah v letu 2013.

MRSA	Jan.	Febr.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Skupno
Krg.odd.	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Int.odd.	0	0	1	0	3	0	2	1	1	0	1	0	9
EITOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IIT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
OZZN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4

Kriterije za odvzem nadzornih brisov smo v letu 2013 spreminjali. Delovna skupina za revizijo SOP NA 14 Dejavniki tveganja za odvzem nadzornih kužnin na MRSA, ESBL, VRE in kontaktno izolacijo, ki je bila imenovana na 70 seji KOBO je oblikovala prenovljen dokument, ki je bil korespondenčno sprejet 23.7.2013.

Slika 2: Prikaz števila odvzetih NB v letu 2013 in primerjava z letom 2012.



2.2 HIGIENA ROK

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je pripravila nove smernice za področje higiene rok in pozvala vse države članice k sodelovanju v svetovni kampaniji Clean Care is Safer Care. Higieno rok izvajamo v skladu s smernicami SZO (2009) imenovanih 5 trenutkov za higieno rok.

V Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) smo se odzvali pobudi Ministrstva za zdravje, da izvedemo pilotno raziskavo prvega koraka v okviru 5 trenutkov za higieno rok. Kazalnik higiene rok bo v letu 2014 eden izmed obveznih kazalnikov kakovosti v Republiki Sloveniji. V SBJ smo se odločili, da izvedemo nadzor nad vsemi 5 trenutki.

V okviru varnosti pacientov in osebja je higiena rok temeljni postopek preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom. Zahteve vseh standardov kakovosti so merljivi kazalniki, ki so izhodišče za vzpostavitev učinkovitega sistema za obvladovanje in preprečevanje okužb povezanih z zdravstvom oz. zdravstveno oskrbo.

Nadzor higiene rok v Splošni bolnišnici Jesenice je bil izveden dvakrat. Prvi v času od 6. 5. 2013 do 17. 5. 2013 in drugi od 26. 11. 2013 do 24. 12. 2013 na 17 oddelkih/enotah. Nadzor so izvedle 4 medicinske sestre z opravljenim tečajem bolnišničnih okužb in so bile na izobraževanju o nadzoru higiene rok, ki ga je organiziralo Ministrstvo za zdravje 11. 4. 2013.

Prvi nadzor – maj 2013
Izvedli smo 259 opazovanj, 603 priložnosti in dosegli 79% komplians pri 1 trenutku ter pri nadzoru 5 trenutkov 81%.

Drugi nadzor – november 2013
Izvedli smo 191 opazovanj, 600 priložnosti in dosegli 71% komplians pri 1 trenutku ter pri nadzoru 5 trenutkov 78%.

Tabela 2: Prikaz kompliansa za 1. trenutek in skupno po poklicnih skupinah maj, november 2013

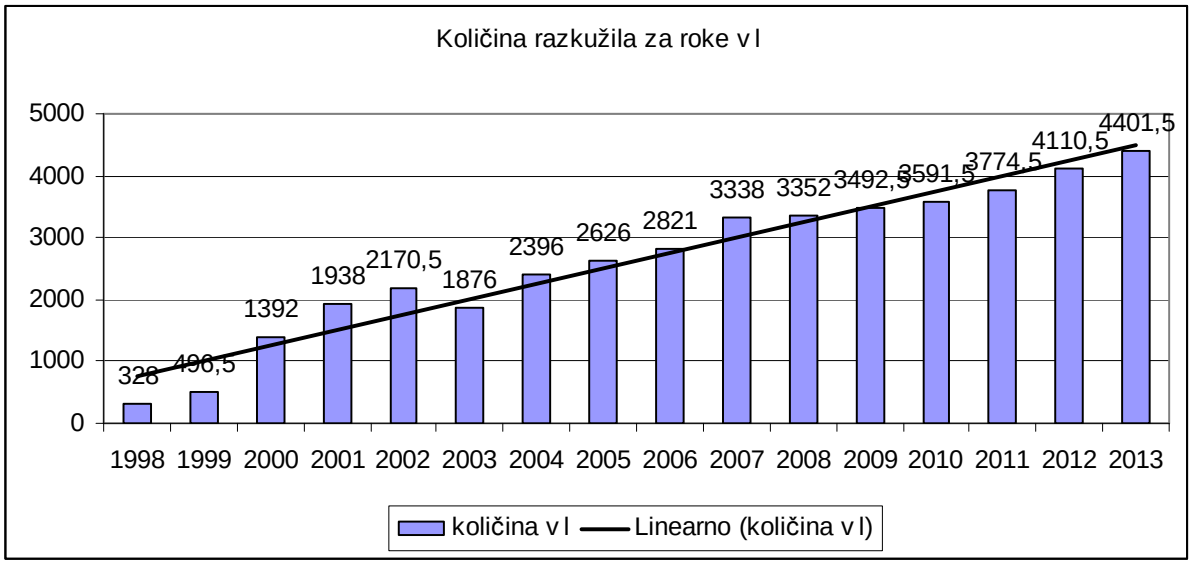
Poklicna skupina	1.korak % maj	Skupno % maj	1.korak % november	Skupno % november
zdravniki	70	73	62	71
MS	84	85	71	79
fizioterap.	60	63	100	93
lab.teh.	/	/	100	100
čistilke.	78	85	83	85

Skupni rezultati nadzorov dosegajo 85 %, vendar smo na osnovi pridobljenih podatkov iskali možnosti za izboljšave in s tem boljšo varnost obravnave pacientov. Z nadzori higiene rok po metodologiji 5. trenutkov bomo v letu 2014 nadaljevali. Ocenjevalke bodo po nadzoru na oddelkih in enotah udeležence seznanile z rezultati in pomembnimi ugotovitvami nadzora.

2.3 PORABA RAZKUŽIL ZA ROKE

V bolnišnici že od leta 1998 spremljamo porabo razkužil za roke. Tabela prikazuje celotno količino porabljenega razkužila za roke v tekočem letu. V grafu je razvidno, kako se je ta količina skozi leta povečevala.

Slika 3: Prikaz porabljenega razkužila za roke od leta 1998 do 2013.



Evidenca količine porabe razkužila za roke je ena od metod spremljanja izvajanja higiene rok. Zanimiva je predvsem z vidika določanja frekvence izvajanja higiene rok. Sklepamo lahko, da količina letno porabljenega razkužil za roke neposredno vpliva na dvig doslednosti izvajanja higiene rok.

2.4 DRUGE VEČKRATNO ODPORNE BAKTERIJE (VOB)

V bolnišnici poleg obveznega kazalnika kakovosti spremljanja pacientov z MRSA spremljamo pojavnost drugih odpornih mikrorganizmov. Pri pacientih s sumom oziroma s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odpornimi mikroorganizmi izvajamo ukrepe kontaktne izolacije.

Tabela 3: Prikaz števila pacientov z VOB: VRE, ESBL, Cl. Difficile, Noro virus, Acinetobacter spp., Pseudomonas aeruginosa v letu 2013 po posameznih mesecih.

Leto 2013													
VOB	*Jan*	*Feb*	*Mar*	*Apr*	*Maj*	*Jun*	*Jul*	*Avg*	*Sep*	*Okt*	*Nov*	*Dec*	***SKUPAJ****
VRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
ESBL	23	16	14	15	9	15	9	21	16	23	21	35	**149**
Cl. difficile	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	**4**
Noro v.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	**2**
Acinetobacter spp.	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1	**8**
Pseudomonas aeruginosa	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	**3**

*vsak pacient je štet v tekočem letu samo enkrat

Tabela 4: Prikaz števila pacientov z odvzetimi NB ESBL in število sprejetih pacientov v letu 2013 ter odstotek odvzetih NB na vse sprejete paciente

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec	skupaj	
													št.	%
št. NB	173	168	163	207	220	215	140	194	213	210	176	210	2289	**14,8**
Št. sprejet. pac.	1538	1239	1366	1309	1295	1238	1140	1105	1287	1404	1347	1169	15420	**100**

Slika 4: Prikaz števila pacientov z odvzetimi NB ESBL ob sprejemu v bolnišnico leta 2012 in 2013.

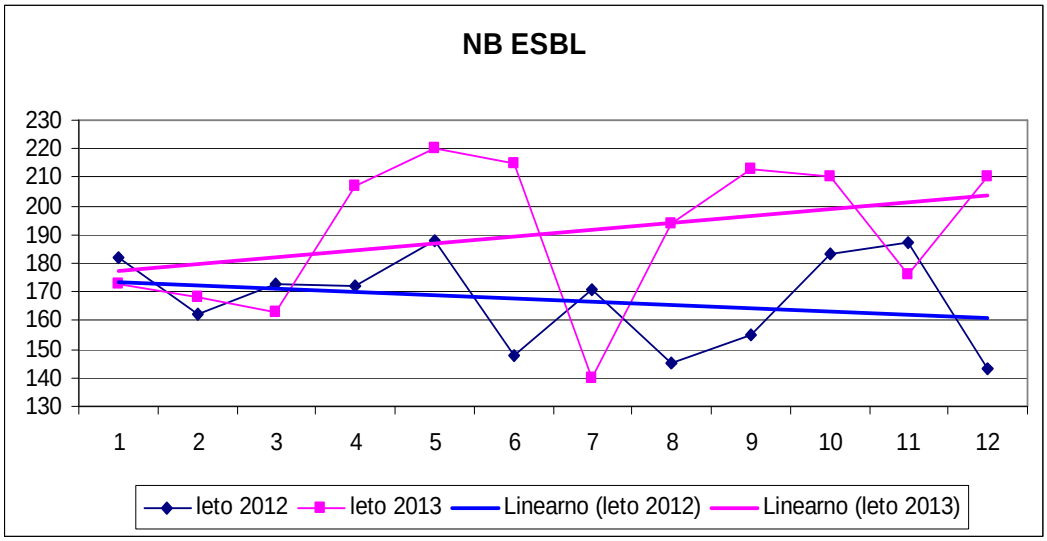


Tabela 4: Prikaz števila pacientov z odvzetimi NB VRE in število sprejetih pacientov v letu 2013 ter odstotek odvzetih NB na vse sprejete paciente.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec	skupaj	
													št.	%
št. NB	90	85	70	58	41	45	58	38	44	38	24	21	612	9,4
Št. sprejet. pac.	1538	1239	1366	1309	1295	1238	1140	1105	1287	1404	1347	1169	15420	100

Slika 5: Prikaz števila pacientov z odvzetimi NB VRE ob sprejemu v bolnišnico l. 2012, 2013.

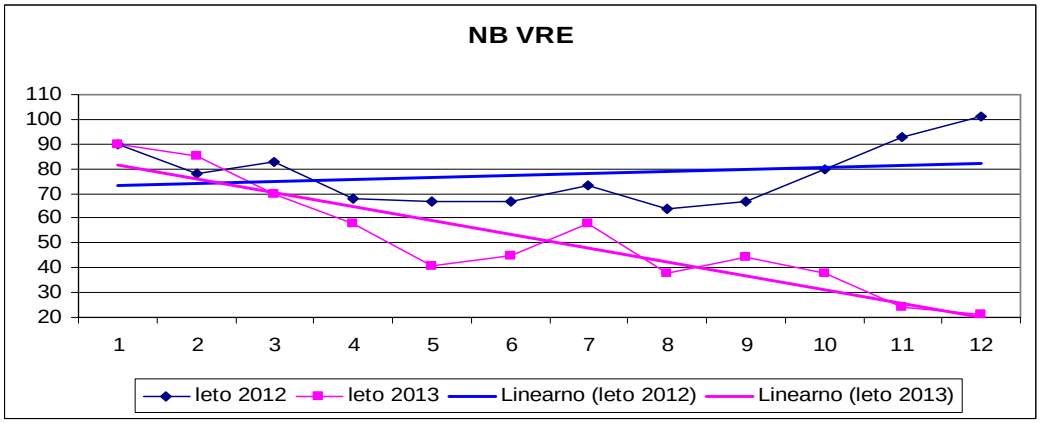


Tabela 5: Prikaz števila pacientov z ESBL po posameznih oddelkih/ enotah v letu 2013.

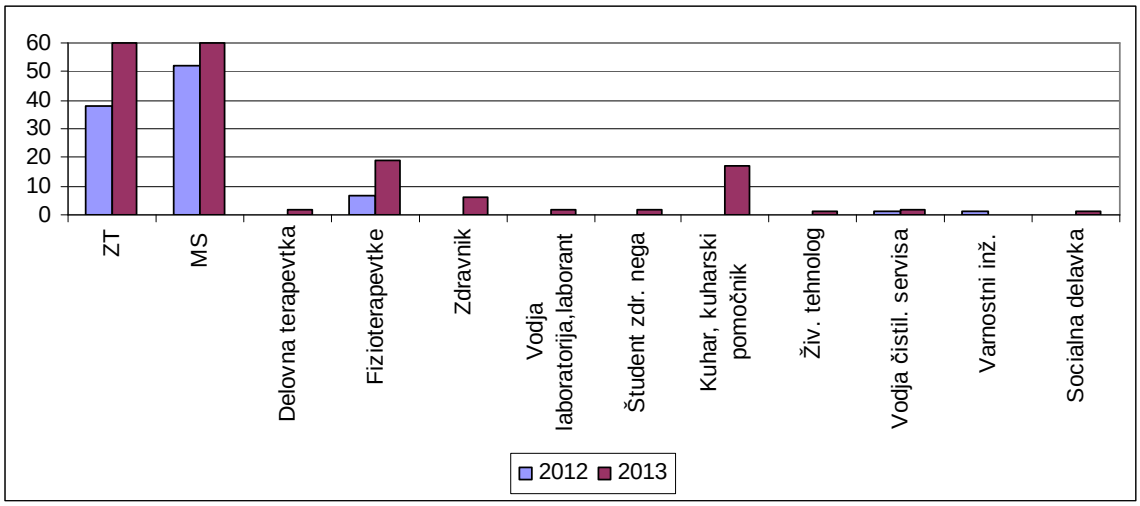
ESBL	kirurški odd.	interni odd.	EITOS	IIT	OZN
Januar	5	10	2	4	2
Februar	3	12	0	1	0
Marec	2	12	0	0	0
April	4	9	2	0	0
Maj	3	3	0	2	1
Junij	0	13	1	0	1
Julij	5	1	0	1	3
Avgust	8	10	0	0	1
September	1	14	0	1	1
Oktober	6	13	1	2	1
November	4	16	0	1	0
December	6	17	1	2	0

3 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH/ RAZGOVORIH O VARNOSTI 2013

Varnostne vizite in razgovori so pomemben element uvajanja kulture varnosti, so orodja s katerim pripomoremo k vzpostavitvi varnosti in kakovosti tudi na področju bolnišnične higiene.

Skupno število udeležencev	Skupno število VV/VR
172	38

Slika 6: Prikaz števila udeležencev po poklicnih skupinah 2012 in 2013.



Število VV/VR se vsako leto povečuje, povečuje se skupno število udeležencev in število udeležencev posameznih poklicnih skupin. VV/VR so postali del vsakodnevnega dela in imajo pomemben vpliv na varnost pacientov, zaposlenih, obiskovalcev in drugih oseb, ki so prisotne v bolnišničnem okolju.

DEJAVNIK VV/VP	VZROKI	KOREKTIVNI UKREP	UČINKOVITOST
1. Neustrezen NB v kuhinji	Bris odvzet v sklopu rednega sanitarno higienskega pregleda ZZV Kranj	Temeljito čiščenje	NB skladni. 100%
2. Prenos MRSA	Prenos MRSA v bolnišnici	izobraževanje Bolnišnične okužbe v spomladanskem in jesenskem roku, delavnice higiene rok, izobraževanje za novozaposlene, Higiena rok predavanje	Izobraževanje izvedeno. 100% število udeležencev 271 število srečanj 21
3. Ločevanje odpadkov na mestu nastanka	Nepoznavanje SOP 25 Načrt gospodarjenja z odpadki	ponovna seznanitev z SOP 25 anestezijskih tehnikov	Izvedeno 100%
4. Pomanjkljivo razkuževanje rok ob prenosa MRSA	Prenos MRSA v bolnišnici	delavnica higiene rok na oddelku	Izvedeno 100%
5. Vbod študentke pri delu	Po odvzemu krvi, ob dajanju nastavka z iglo se je študentka zbodla v prst	- prijava dogodka - laboratorijski testi na virusne markerje v krvi pacienta in študentke so negativni	Prenosa nismo zabeležili. Na oddelkih promotorji ugotavljajo ob rednih mesečnih nadzorih doslednost ustrezne izbire zabojnika za ostre infektivne odpadke. 100 %
6. Križanje poti čisto nečisto	Nadzor izvajanja izolacijski ukrepov	razgovor v timu na oddelku	Na oddelku upoštevajo SK B 4.1.4. 100 %
7. Nezadostna razdalja med posteljami v izolaciji	Nadzor izvajanja izolacijski ukrepov	razgovor v timu na oddelku	Na oddelku upoštevajo SK B 4.1.4. 80%
8. Na RTG pripeljan pacient v kontaktni izolaciji brez predhodnega sporočila.	Dogovor o pomembnosti upoštevanja predhodnega sporočanja.	razgovor v timu na oddelku	Na oddelku upoštevajo 80 %
9. Zdrs pacientke pred tuš kabino na FTH.	Drseča, mokra tla.	nanos nedrsečega namaza	Nanos je protizdrsen.
10. Premestitev pacienta z VOB	Prisotnost VOB	pomen odgovornosti zdravstvenih delavcev pri izvajanju higiene rok v EITOS	Izvedeno 100 %
11. Nadzor higiena rok po metodologiji SZN fizioterapevtke	Rezultat pod 70 %	izobraževanje in delavnica higiena rok	Izvedeno 100 %

11. Nadzor higiena rok po metodologiji SZN laboratorij	Rezultat pod 70 %	izobraževanje in delavnica higiena rok	Izvedeno 100 %
12. Ločevanje odpadkov na mestu nastanka	Prenapolnjeni zabojniki 18 01 03* v laboratoriju	- promotor poroča o načinu ločevanja - prenapolnjeni zabojniki predstavlja nevarnost za incident	Izvedeno 100 %
13. Ločevanje odpadkov na mestu nastanka	Na vrečah ni nalepke, nameščena napačna vreča in identifikacijska številka	izobraževanje čistilni sesrvis	Izvedeno 100 %
13. Uporaba osebne varovalne opreme (OVO)	Neustrezna uporaba OVO.	uporaba OVO skladno s SK B 4.1.4. Kontaktna izolacija in B 4.1.5. Uporaba osebne varovalne opreme	ponovno seznanjenost s SK B 4.1.4. Kontaktna izolacija in B 4.1.5. Uporaba osebne varovalne opreme 100%
14. Križanje poti čisto nečisto v pediatrični ambulanti	Ob rednem higienskem pregledu prostorov ugotovljena odstopanja	ponoven pregled obveznosti čiščenja sprejemne ambulante, ki je v domeni medicinske sestre in nadzor nad izvedenim delom	Izvedeno 100 %
15. Aerogena izolacija	Hospitaliziran otrok s sumom na TBC	- pogovor o načinu prenosa MRSA - preizkus tesnosti respiratorja	Izvedeno 100 %
11. Nadzor higiena rok po metodologiji SZN int.odd II.nad.	Rezultat pod 70 %	izobraževanje in delavnica higiena rok	Izvedeno 100 %

4 KOMISIJA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB (KOBO)

V letu 2013 se je KOBO sestala štirikrat. Zapisniki sej so objavljeni na intranetni strani Splošne bolnišnice Jesenice.

V letu 2013 so bili na sejah KOBO obravnavani:

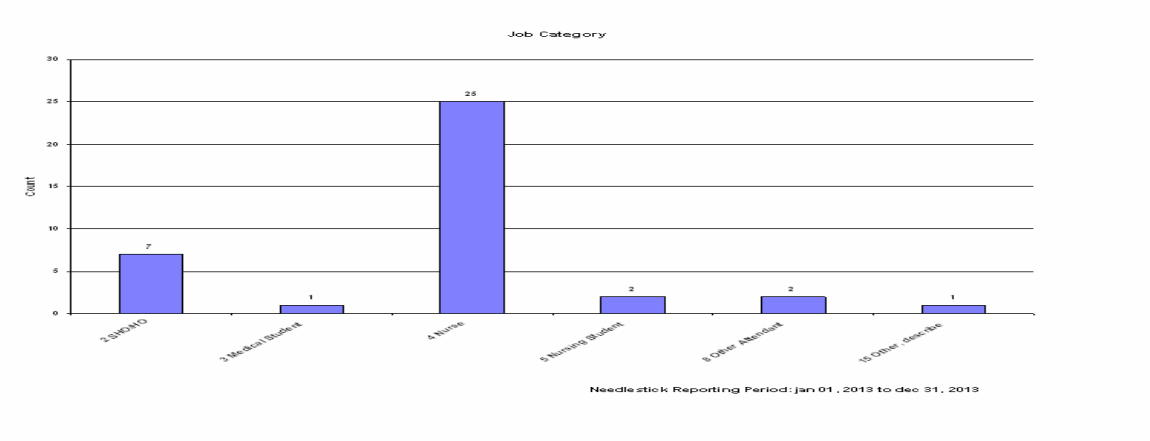
- Poročila o prenosu MRSA
- Poročilo o izvedenem toplotnem pregrevanju vodovodnega sistema
- Poročila o prijavljenih incidentih
- v letu 2012 je bila imenovana delovna skupina za revizijo navodil za obvladovanje MRSA in izolacijo pacientov. SOP NA 14 je objavljen na intranetu.
- Imenovana je bila nova članica KOBO Tanja Pristavec, mag. z. n.
- D. Sredanovič, dr. med., je zamenjala Eva Macun, dr. med.
- Poročilo o večkratno odpornih acinetobaktrih v letu 2013
- Poročilo o izpostavljenosti zaposlenih VHA
- Poročilo o izvedenem nadzoru higiene rok po metodologiji Svetovne zdravstvene organizacije 5 trenutkov

5 POŠKODBE Z MOŽNOSTJO PRENOSA OKUŽBE

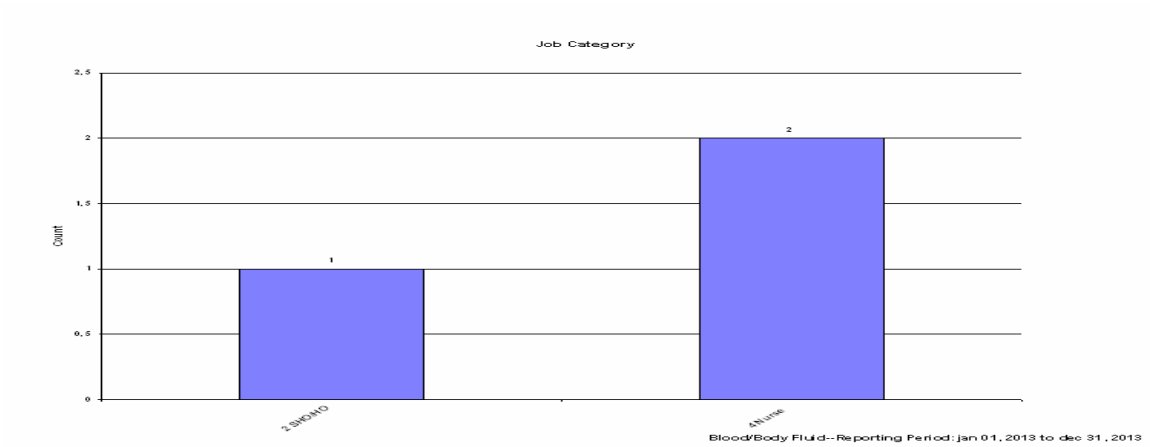
Leta 2013 je bilo prijavljenih 45 poškodb z možnostjo prenosa okužbe. Število prijavljenih poškodb z možnostjo prenosa okužbe v letu 2012 je bilo 33.

Prenosa okužbe krvno prenosljivih bolezni v letu 2013 nismo dokazali.

Slika 7: Prikaz števila prijavljenih poškodb z možnostjo prenosa okužbe, z ostrimi predmeti, po poklicnih skupinah leta 2013.



Slika 8: Prikaz števila prijavljenih poškodb z možnostjo prenosa politje s krvjo ali telesnimi tekočinami po poklicnih skupinah leta 2013.



Podatki so obdelani s pomočjo programa EPI- net.

5.1 IZPOSTAVLJENOST VHA

Na gastroenterološkem internem oddelku so bili zaposleni izpostavljeni VHA. Markerji infekcije so bili pregledani pri 24 zaposlenih. 16 zaposlenih je bilo cepljenih s prvim odmerkom. Na cepljenje z drugim odmerkom bo zaposlene pozval ZZV Kranj.

Markerji infekcije	Poz.	Neg.	Ni bilo pregledano
Anti -HAV	8	16	2
HAV IgM	0	0	/
Skupaj	24	16	2

6 ODPADKI 2013

Na podlagi Uredbe o odpadkih (Ur.l. RS, št.103/11) se je na podlagi 52. člena v Sloveniji uvedlo elektronsko poročanje o zbranih odpadkih. Agencija ARSO ima na svoji spletni strani dostop do spletne aplikacije IS – Odpadki, kamor lahko prevzemniki odpadkov vnašajo podatke o zbranih oz. oddanih odpadkih. S prevzemniki odpadkov v SB Jesenice smo sklenili pisno soglasje in izdelali z ARSO paketni prenos, ki omogoča evidenco predanih odpadkov v elektronski obliki.

SOP 25 Načrt gospodarjenja z odpadki je bil revidiran in korespondenčno sprejet na KOBO 12. 8. 2013.

Po posvetu z zdravstveno inšpektorico, ki nas je obiskala 10. 7. 2013 in ni ugotovila neskladij, smo pričeli z novim načinom ločevanja odpadkov na mestu nastanka. Sprememba se nanaša na ločevanje brizg in injekcijskih igel - brizge so odpadek 18 01 04, v primeru, da je le-ta krvava, uporabljena pri pacientu z nalezljivo boleznijo, je ni mogoče ločiti od injekcijske igle, torej je odpadek 18 01 03*.

Tabela 6: Pregled količine odpadkov posameznih klasifikacijskih vrst

Klasifikacijska št.	Naziv odpadka	Količina v tonah			Prevzemnik
		2011	2012	2013	
18 01 04	odpadki zdravstvo	134.130	131.350	133.590	Ekologija
18 01 03*	infektivni	20.256	18.503	15.677	Biotera
20 03 01	komunalni	39.120	46.740	64.000	Jeko In
18 01 09 15 00 10*	embalaža zdravila	4.658	5.015	4.689	Biotera
18 01 06	kemikalije	1.717	1.977	1955	Ekologija
18 01 06	razvijalec na vodni osnovi	0.782	0.759	0,616	Pikas
18 01 06	fiksirne raztopine	0.766	0.863	0,088	Pikas
09 01 07	filmi	3.394	1.394	0,017	Pikas
15 01 07	steklo	1.991	1.434	1.527	Ekologija
15 01 10*	plastična embalaža z ostankom nevarnih snovi	1.806	2.176	2.393	Ekologija
15 01 02	plastika	5.432	5.521	5.121	Ekologija
20 01 21	fluorescentne cevi	0.132	0.096	0,101	Ekologija
20 01 08	organski kuhinjski	75.043	73.402	72.912	Biotera
16 06 05	baterije	0.117	0.165	0,105	Ekologija
20 01 01	papir	35.600	34.600	29.740	Dinos
08 03 18	odpadni tonerji	0.09	0.124	0,122	Rdeči noski
15 03 18	absorbenti	0.117	0.023	0,049	Ekologija
18 01 02	deli telesa in organov	0.520	0.580	0,650	Žale

7 LEGIONELA

Pregrevaje vodovodnega sistema smo izvedli v noči 13. 2. – 14. 2. 2013. Na vseh izlivkah je bila dosežena temperatura najmanj 65℃, Na vseh izl ivkah smo točili toplo vodo (65℃ in več) 15 min. 18. 2. 2013 je je bil opravljen odvzem vzorcev tople in hladne vode na 8 izlivkah, rezultati so bili skladni – pod 100 CFU/L.

Preventivni ukrepi so bili redni izvajani.

8 PREHRANA

Sanitarno higienski pregled Zavoda za zdravstveno varstvo je bil v skladu s pogodbo izveden dvakrat.

Mikrobiološki nadzor brisov na snažnost delovnih površin in pripomočkov za delo, vzorcev živil (izbranega obroka kosila) in vzorca pitne vode je eden od elementov merjenja kakovosti in varnosti dela v okviru sistema HACCAP.

Vzorce za mikrobiološki nadzor odvzame sanitarni inženir ZZV Kranj. Pri izbiri področja nadzornih brisov in živila izberemo vzorce iz potencialno najbolj kritičnih področij. Pri tem sodeluje celotni tim: vodja kuhinje, dietetičarka, namestnica pomočnice direktorja za zdravstveno nego za področje bolnišnične higiene, vodja izmene, živilska tehnologinja in upoštevamo pobude in mnenja zaposlenih v kuhinji. Leta 2012 smo se odločili, da še poostrimo kriterije za mesto dvzemov brisov z namenom iskanja neskladnih vzorcev in iskanju izboljšav za odpravljanje.

Izvidi mikrobiološke kontrole delovnih površin in pripomočkov za delo, vzorcev živil (izbranega obroka kosila) in vzorca pitne vode drugega rednega zunanjega nadzora ZZV Kranj. V poročilu o sanitarno- higienskem nadzoru ZZV Kranj je zapisano, da je bolnišnična kuhinja s spremljajočimi prostori na dan pregleda primerno higiensko vzdrževana.

Tabela 7: Prikaz rezultatov skladnosti vzorcev brisov na snažnost leta 2012 in 2013.

leto	število brisov	% skladnosti
2012	52	92 %
2013	67	94 %

Namestnica pomočnice direktorja za zdravstveno nego za področje bolnišnične higiene vizualni pregled higiene prostorov, pripomočkov in zaposlenih opravi mesečno. Prostori in pripomočki so primerno higiensko vzdrževani, zaposleni upoštevajo higienska navodila.

9 ZUNANJI IZVAJALEC ČIŠČENJA

Redni higienski pregledi prostorov in opreme, ki so v domeni zunanjega izvajalca, so bili izvedeni redno.

Vzetih je bilo 106 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.

10 IZOBRAŽEVANJE

Ko je pacient sprejet v bolnišnico je izpostavljen nevarnostim, ki izhajajo iz bolnišničnega okolja. Nevarnosti je potrebno prepoznati, jih v največji možni meri zmanjševati in preprečiti morebitno škodo za pacienta. Zavedanje, da smo močni tako kot je močan najšibkejši, nas pripelje do zaključka, da je izobraževanje pri obvladovanju bolnišničnih okužb neobhodno potrebno in nikoli zaključeno delo.

Aktivna udeležba 2013:

- 9.kongres zdravstvene in babiške nege, Vpliv uvajanja sprememb pri postopkih higiene rok na prenos MRSA v bolnišnici, Brdo pri Kranju, 9. in 10.5.2013, Lidija Ahec, Zdenka Kramar
- 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Okužbe povezane z zdravstvom, Izkušnje nenehnega izboljševanja na področju higiene rok, 15.10.2013, Lidija Ahec, Zdenka Kramar
- 5. Baničevi dnevi, Okužbe povezane z zdravstvom, , Izbruh proti meticilinu odpornega *Stapylococcus aureus* v Splošni bolnišnici Jesenice, Šempeter pri Novi Gorici, 22. in 23.11.2013;, Helena Ribič, Lidija Ahec, Zdenka Kramar
- Bolnišnične okužbe za zaposlene v ZNO, spomladanski in jesenski rok
- Bolnišnične okužbe za novozaposlene
- Osebna urejenost, higiena rok za nove skupine, ki prihajajo na klinične vaje Visoke šole za zdravstveno nego in Srednje zdravstvene šole Jesenice
- Osebna urejenost, higiena rok za zaposlene v prehranski službi
- Osebna urejenost, higiena rok, uporaba osebne varovalne opreme za zaposlene zunanje izvajalce čiščenja in transporta
- Ločevanje odpadkov na mestu nastanka za zaposlene zunanje izvajalce čiščenja in transporta
- Način čiščenja in higiena rok v primeru *Cl. Diff*. za zaposlene zunanje izvajalce čiščenja in transporta
- Čiščenje in razkuževanje za zaposlene zunanje izvajalce čiščenja in transporta

Pasivna udeležba:
- Izobraževanje za potrebe spremljanja kazalnika kakovosti higiena rok, MZ, Ljubljana, 11.4.2013, 18.6.2013
- 6. dnevi Angele Boškin, Kako organizacijska kultura izboljšuje klinično kakovost, Kranjska Gora, 3.10.2013,

11 CILJI 2014

cilj	**aktivnost**	**kazalnik**	**rok**
znižati število prenosov MRSA v času bivanja pacienta v bolnišnici	- nadzor izvajanja izolacijskih ukrepov -izvedba tematskih dni higiena rok -nadzor 5 trenutkov	85%skladnost s kriteriji 4 dni 80%	31.12.2014 2014 maj, nov. 2014
Povečati znanje na področju obvladovanja in preprečevanja BO	-izobraževanje z delavnicami o higieni rok	10% povečati delež udeležencev na izobraževanjih	marec, september 2014
Preprečiti število prenosa MRSA v času bivanja pacienta v bolnišnici;	Stalno izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA; pregled vzrokov prenosa MRSA in analiza primerov;	število pacientov s pridobljeno MRSA naj ne bi presegalo števila 10, incidenca v bolnišnici pridobljene MRSA v letu 2014 naj ne bi presegla 0,12	2014

	odvzem kužnin za aktivno iskanje pacientov z MRSA glede na kriterije	16-18 % od vseh sprejeti pacientov	

12 ZAKLJUČEK

Varnost in kakovost je v Splošni bolnišnici Jesenice stalna skrb in to skušamo vpeti v vsakdanje delo vseh zaposlenih tudi na področju obvladovanju bolnišnične higiene. Dobri rezultati na področju nadzorov v naši bolnišnici ne pomenijo zaključka dela temveč nam služijo za iskanje možnosti za izboljšave.

POROČILO O DELU KOORDINATORJEV ZDRAVSTVENE NEGE ZA OSKRBO KRONIČNE RANE

Oti Mertelj, dipl. m. s.
Koordinator za oskrbo kroničnih ran

UVOD

Delo koordinatorjev je bilo usmerjeno v aktivnosti na področju preventive in oskrbe razjede zaradi pritiska (RZP), v vodenje kazalnika RZP in v izobraževanju zaposlenih. Poleg tega sta bila koordinatorja mentorja pripravnikom in študentom Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Svetovanje in oskrba kronične rane je potekala po oddelkih in enotah občasno tudi v diabetološki in kirurški ambulanti. V letu 2013 sta koordinatorja imela preko 800 prvih obravnav pri pacientih s kronično in akutno rano. Obravnave so se pri pacientih nadaljevale vse do odpusta. Največ obravnav je bilo pri pacientih z RZP. Preverjala sta izvajanje preventive in zagotavljanje optimalnega izvajanja le-te. Redno sta izvajala delavnice o preventivi RZP ter o oskrbi kroničnih in akutnih ran. Delo s študenti in pripravniki je obsegalo 490 ur.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PREVENTIVE RZP TER OSKRBE KRONIČNIH RAN

V letu 2013 je bilo 62 pacientov, pri katerih je potekalo zdravljenje rane z negativnim tlakom. Testirali smo tudi tri nove sisteme za tovrstno zdravljenje. Pri sami oskrbi in zdravljenju ran bistvenih sprememb ni bilo. Izdelan je bil standard za odvzem šivov in sponk. Glede na analizo porabljenega materiala smo zmanjšali stroške materiala za 5.076 €. Koordinatorja enkrat na leto pregledata in preverita delovanje preventivnih blazin.

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

CILJ: Kontinuirano izobraževanje članov negovalnega tima na temo preventive RZP ter oskrbe ran.	Realizacija/učinkovitost:
AKTIVNOSTI: Organizacija delavnic, izvajanje nadzorov, organizacija izobraževalnega dne.	Izvedenih je bilo 15 izobraževanj in delavnic na temo preventive RZP, oskrbo kroničnih in

	akutnih ran. Skupaj se je vseh izobraževanj v letu 2013 udeležilo 220 udeležencev.
EVALVACIJA:	80 %
CILJ: Incidenca RZP, ki so nastale v bolnišnici naj ne bi presegala 0,47 %	Realizacija/učinkovitost:
AKTIVNOSTI: Izvajanje in nadzor nad preventivnimi aktivnostmi, skrb za dovolj veliko št. antidekubitusnih blazin v bolnišnici.	Izvedba delavnic, nadzorov.
EVALVACIJA:	Cilja nismo dosegli, ker znaša incidenca 0,78 %
CILJ: Kontinuirano spremljanje novosti na področju oskrbe/zdravljenja kroničnih ran in preventive RZP.	Realizacija/učinkovitost:
AKTIVNOSTI: Izobraževanje na tem področju.	Testiranje dveh črpalk, za zdravljenje z negativnim tlakom.
EVALVACIJA:	50 %
CILJ: Nadaljevanje študije o pacientih, ki doma nadaljujejo zdravljenje z negativnim tlakom, ter o zdravstveno vzgojnem delovanju koordinatorjev.	Realizacija/učinkovitost:
AKTIVNOSTI: Nadaljnje izvajanje anketiranja in priprava prispevka.	Prispevek:*Organizacija izobraževanja pacientov s kronično rano in njihovih svojcev – primer dobre prakse.* Anketa v letu 2013 ni bila izvedena
EVALVACIJA:	50 %
CILJ: Vpeljava predaje pacientov v stalno prakso na vseh oddelkih.	Realizacija/učinkovitost:
AKTIVNOSTI: Oblikovanje obrazcev za predajo in dogovor s koordinatoricami ZN po oddelkih in enotah.	-Sestanek s koordinatoricami odd. - Priprava predloga
EVALVACIJA:	0 %

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI NA PODROČJU PREVENTIVE RZP TER OSKRBE KRONIČNIH RAN

V letu 2013 sta koordinatorja skrbela za ustrezno izvajanje preventive RZP ter za ustrezno oskrbo kroničnih ran po oddelki in enotah.
Semkaj sodijo svetovanja glede oskrbe ran, oskrba ran z negativnim tlakom, pregledi in izvajanja preventivnih aktivnost ter nadzori nad izvedeno preventivo in izvedenimi prevezami.

2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Tabela 1: Prikaz in primerjava skupnega števila RZP, števila RZP, ki so jih pacienti imeli že ob sprejemu v bolnišnico in števila pridobljenih RZP v SBJ v letih od 2011 do 2013

Leto	*2011*	*2012*	*2013*
Skupno število pacientov z RZP	399	539	705
Število pacientov z RZP ob sprejemu	363	494	645
Število pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	36	45	60

Tabela 2: Prikaz in primerjava skupne, prinešene in pridobljene incidence RZP, izražene v odstotkih, od leta 2011 do 2013

Leto	*2011*	*2012*	*2013*
Število pacientov za izračun incidence z izključitvenimi kriteriji	8130	8498	7697
Incidenca vseh pacientov z RZP	4,91 %	6,34 %	9,16 %
Incidenca pacientov z RZP ob sprejemu	4,46 %	5,81 %	8,38 %
Incidenca pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	0,45 %	0,53 %	0,78 %

V letu 2013 je bilo v Splošni bolnišnici Jesenice sprejetih 645 pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu v bolnišnico. V primerjavi z lanskim letom se je število teh pacientov povečalo za 151. Povečalo se je tudi število pacientov, ki so RZP pridobili med zdravljenjem v bolnišnici. V letu 2012 je bilo 45 pacientov, ki so RZP pridobili v bolnišnici, v letu 2013 pa je bilo število pacientov z RZP 60. Incidenca pridobljenih RZP se je v letu 2013 v primerjavi z letom 2012 povečala za 0,25 %. Prav tako sta se povečali incidenca prinešenih RZP in sicer za 2,57 % ter skupna incidenca vseh RZP za 2,28 %.

Največji porast pridobljenih RZP beležimo na obeh večjih oddelkih, tako na kirurškem kot na internem oddelku. Ob tem je potrebno poudariti, da je na interni oddelek vsako leto sprejetih vedno več pacientov, ki imajo RZP že ob sprejemu v bolnišnico. V letu 2012 je bilo teh pacientov 369, v letu 2013 je število naraslo na 509. V letu 2013 (kot tudi že v letu 2012) nismo dosegli ciljev glede pridobljenih RZP v bolnišnici.

.

2.2 VARNOSTNE VIZITE/ RAZGOVORI

Število VV/VR glede na nivo izvedbe (RZP, rane)	18
Število izrečenih ukrepov v zvezi z RZP	21
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	19
Skupna učinkovitost VV/VR	80 %
Skupna učinkovitost izrečenih ukrepov	81 %

Korektivni ukrepi na področju preventive RZP so potekali v obliki izobraževanj, delavnic, varnostnih razgovorov, predstavitev študij primerov ter nadzorov po oddelkih in enotah. Delavnice preventive RZP so potekale ob postelji pacienta. Člani negovalnih timov so se s pripravo in izvedbo predavanj aktivno vključili v izobraževanje, ki je potekalo ob mednarodnemu dnevu RZP.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 AKTIVNA IZOBRAŽEVANJA KOORDINATORJEV

- Mertelj O. Etiologija nastanka razjede zaradi pritiska. Izziv ali problem pri oskrbi ran. Društvo za oskrbo ran Slovenije. Portorož, 15.- 16. Marec 2013.
- Mertelj O. Oskrba maligne rane. Šola paliativne oskrbe. Ljubljana 18. 10. 2013.
- Mertelj O., Bahun M. Organizacija izobraževanja pacientov s kronično rano in njihovih svojcev – primer dobre prakse. Kongres zdravstvene in babiške nege Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema. Zbornica zdravstvene in babiške nege. Ljubljana, 9. 5. 2013.
- Mertelj O.,Terseglav H. Oskrba maligne rane v Splošni bolnišnici Jesenice. Izdelava plakata. Posvet o paliativni oskrbi z mednarodno udeležbo 26. in 27. september 2013 Brdo pri Kranju.

Izobraževanja znotraj bolnišnice – izvedba predavanj in delavnic:

Naslov delavnic	Število delavnic
Preventiva RZP	7
Oskrba maligne rane Šola paliativne oskrbe	1
Oskrba akutne, kronične rane	2
Predstavitev črpalk za zdravljenja ran z negativnim tlakom	1
Povijanje nog z dolgo elastičnimi povoji	2
Vlažnost kože in zaščita kože	1
Mednarodni dan RZP	1

3.2 PASIVNA IZOBRAŽEVANJA KOORDINATORJEV

- 8. simpozij o ranah z mednarodno udeležbo in delavnicami konzervativno in kirurško zdravljenje okuženih mehkih tkiv in kosti 25., 26. 4. 2013
- Enthusiasm Complements Experience and Evidence in Pressures Ulcers, Dunaj 28.-30. 8. 2013
- Kultura varnosti, Temeljni postopki oživljanja

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

1. Kontinuirano izobraževanje članov negovalnega tima na temo preventive RZP ter oskrbe ran.
2. Incidenca pridobljenih RZP naj ne bi presegala 0,57 %
3. Nadaljevanje študije pri pacientih, ki doma nadaljujejo zdravljenje z negativnim tlakom
4. Evidentiranje zdravstveno vzgojnega dela v sistem Birpis
5 .Izboljšanje predaje pacientov, ki so ogroženi za nastanek RZP ali imajo kronično rano med koordinatorjema in odgovornimi MS oddelkov in enot.
6. Spremljanje novosti in testiranje pripomočkov na področju preventive in pri oskrbi ran.

5 ZAKLJUČEK

V letu 2013 je bilo s strani koordinatorjev znotraj bolnišnice izvedenih 15 izobraževanj in delavnic. Pri aktivnostih za preprečevanje RZP je zelo pomembno neprestano izobraževanje kot tudi nadzor nad izvajanjem ukrepov. Pri medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikih želimo dvigniti raven zavedanja o pomembnosti preventive RZP kot tudi pravilne oskrbe rane

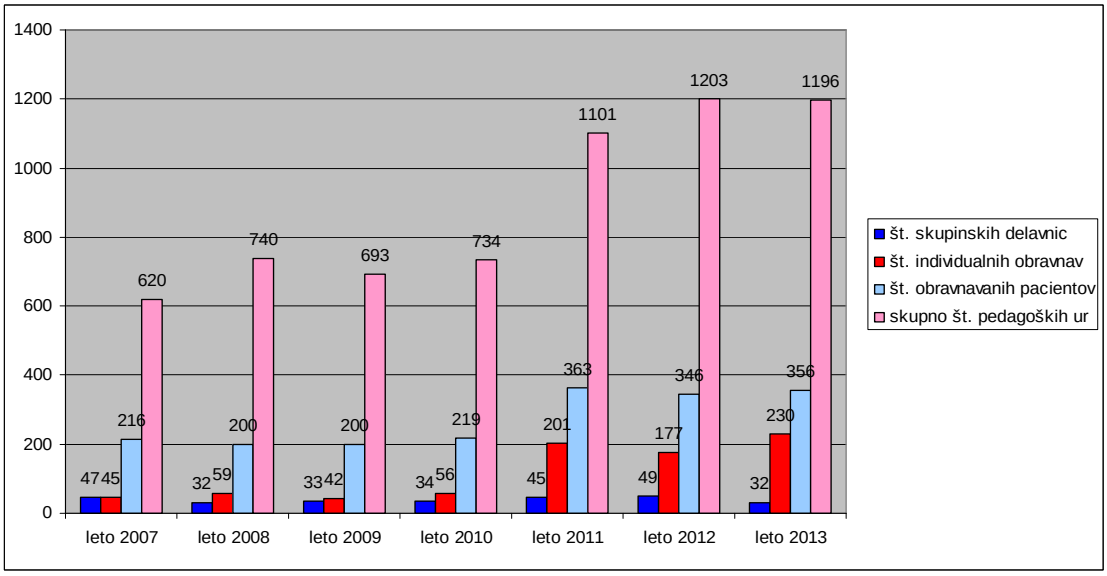
ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V LETU 2013

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 nogo in intenzivnejša obravnava pacientov, ki prehajajo na intenzivirano insulinsko zdravljenje. V spodnjem grafu je prikazan trend gibanja količine obravnav.

Graf 1: Primerjava izvedene zdravstvene vzgoje pri pacientih s sladkorno boleznijo v zadnjih sedmih letih



2 ODKLONI

Za področje zdravstvene vzgoje pacientov s sladkorno boleznijo v letu 2013 ni bilo sporočenega nobenega odklona.

Ves čas se pojavljajo težave s časom predpisa insulinske terapije na bolniških oddelkih, ki se ne sklada z obrokom hrane in posledično pripelje do velikih nihanj glukoze v krvi in neurejeni sladkorni bolezni.

3 STROKOVNI NADZORI

Izveden je bil 1 nadzor nad shranjevanjem in rokom uporabnosti insulinov po oddelkih in v enotah, ter 1 nadzor nad pravilnostjo izvajanje meritev glukoze v krvi z merilnikom.

4 POCT

Članica komisije za POCT od leta 2012. V decembru 2013 je bilo organizirano predavanje za koordinatorje POCT (predstavniki vseh delovišč, kjer se izvajajo meritve ob pacientu).

Predavanja so izvedli: doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik – pomen POCT, predstavnica podjetja Roche – uporaba merilnikov za merjenje glukoze v kapilarni krvi, Mateja Bahun – organizacija dela koordinatorjev POCT, posebni poudarki.
Vsebina dogovora o delih in nalogah koordinatorjev POCT:

- odgovorni za strokovno izvajanje meritev glukoze v krvi (GVK) na svojem oddelku/enoti
- sodelovanje pri usposabljanju sodelavcev
- usposabljanje novozaposlenih
- skrb za vzdrževanje merilnika (baterije, pravilnost razkuževanja, roki uporabnosti testnih senzorjev, datumi odprtja testnih senzorjev …)
- izvajanje notranje kontrole (trenutno se ne izvaja in še ni dogovora o organizaciji le-tega)
- 1x mesečno nadzor nad izvajanjem meritev med sodelavci na oddelku/enoti (razen enote z manj kot 5 zaposlenimi - tam nadzor 4x letno)
- sledenje novostim na intranetu SBJ (zavihek komisije, komisija za POCT)
- obveščanje članov komisije o zamenjavah pokvarjenih, dotrajanih merilnikov
- informacija o dokumentih, ki opredeljujejo POCT: SOP 47 in SOP 60

5 IZOBRAŽEVANJE

DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI	AKTIVEN	18. 2. 2013
DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI	AKTIVEN	20. 2. 2013
DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI	AKTIVEN	21. 2. 2013
DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI	AKTIVEN	13. 3. 2013
KONGRES BABIŠKE IN ZDRAVSTVENE NEGE Slovenije Mertelj O, Bahun M. Organizacija izobraževanja pacientov s kronično rano in njihovih svojcev - primer dobre prakse. The organization of education of chronic wound patients and their families - good practice. Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema [Elektronski vir] : zbornik prispevkov z recenzijo. 2013. 89-96.	AKTIVEN	9. 5. 2013
6. Dnevi Angele Boškin	AKTIVEN	3. 10. 2013
Strokovno srečanje MS IN ZT - endokrinološke sekcije (Prihodnost je učinkovita oskrba) in sestanek izvršnega odbora sekcije	AKTIVEN	18. 10. 2013
DIAMIND - 2. International DiaMind Meeting	POSLUŠALEC	4. 4. 2013
6. mednarodna znanstvena konferenca VSZNJ: »Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi«	POSLUŠALEC	6. 6. 2013
Seminar za založnike - Narodna univerzitetna knjižnica Ljubljana	POSLUŠALEC	18. 6. 2013
VARSTVO PRED POŽAROM ZA POOBLAŠČENE OSEBE ZA GAŠENJE ZAČETNIH POŽAROV	POSLUŠALEC	26. 6. 2013
IZBOLJŠAVE NA PODROČJU KULTURE VARNOSTI IN KAKOVOSTI	POSLUŠALEC	6. 12. 2013

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA ZA LETO 2013

Pavla Lavrinec, dipl. m. s.
Bolnišnični dietetik

UVOD

Poslabšanje prehranskega stanja pacienta je pogosta posledica resnih obolenj, podhranjenost pa predstavlja večje tveganje za dodatne zaplete. V letošnjem letu smo poleg že utečenih dejavnosti za zmanjševanja tveganja za razvoj podhranjenosti pričeli z delovanjem Skupine za klinično prehrano v zdravstveni negi.

1 POROČILO O IZVEDENIH AKTIVNOSTIH V LETU 2013

Tabela 1: Prehransko svetovanje glede na posamezno problematiko

2013 - dietetik	Število skupinskih svetovanj	Število individualnih obravnav	Skupno število obravnavanih oseb	Povprečne pedagoške ure na obravnavo	Skupno število pedagoških ur
Prehrana novoodkrit diabetes	10	13	70	2	46
Prehrana nosečnic z gestacijskim diabetesom	15	15	48	3	90
Prehrana ob prehodu na insulin	13	17	56	3	90
Reedukacija diabetikov	0	32	32	3	96
Edukacija za Bayeto, Victozo	5	2	12	3	21
Funkcionalna insulinska terapija	0	3	3	2	6
Prehrana diabetes tip 1		3	3	4	12
Prehrana ob dojenju	57	15	194	1	72
Resekcija debelega črevesa - obravnava po klinični poti	0	58	58	1	58
Prehrana otroka ob alergiji na hrano	0	23	23	2	46
Prehrana otrok - ostala obolenja	0	4	4	1	4
Prehrana po PEG-u	0	8	8	2	8
Prehrana pri vnetnih črevesnih boleznih, celiakiji	0	5	5	1	5
Prehrana pri ledvični odpovedi	0	1	1	2	2
Prehrana odrasli - ostala obolenja	0	20	20	2	40
SKUPAJ	**100**	**219**	**537**		**596**

V enoti za intenzivno terapijo operativnih strok sem bila v letu 2013 vključena v prehransko obravnavo kritično bolnih pri 85 pacientih. Na oddelku za zdravstveno nego tedensko sodelujem pri multidisciplinarni obravnavi pacientov in ob tveganju za poslabšanje prehranskega stanja predlagam prilagoditve v prehrani.

Poleg zgoraj naštetega je bilo na ostalih oddelkih opravljenih 125 različnih prehranskih intervencij (svetovanje pri naročilu ustrezne prehrane, izbira najprimernejšega načina prilagoditve prehrane pacientovim zmožnostim uživanja hrane, odločanje o najprimernejšem dodatku za zagotavljanje potrebnega vnosa beljakovin in energije ob pacientovi inapetenci, prilagajanje obrokov ob nurtritivnih alergijah, averzijah ali intoleranci), približno četrtina intervencij je bila potrebna zaradi neustreznosti naročila obroka v BIRPIS. V drugi polovici leta je bil zaradi odsotnosti administrativnega dietetika del mojih aktivnosti usmerjen tudi v usklajevanje jedilnikov pri pacientih z dodatnimi zahtevami, ki niso zajete v standardnem naročilu prehrane ter v pripravo na prenovo kuhinje.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: Povečati osveščenost pacientov o ustrezni prehrani pri posameznih zdravstvenih težavah	Realizacija učinkovitost
AKTIVNOSTI: • Izdelava prehranskih navodil – vsaj 3 • Izdelava protokola	
EVALVACIJA: Izdelan protokol • Zdravstvena vzgoja na področju prehrane za otročnice, ki dojijo • sodelovanje pri pripravi protokola Zdravstvena vzgoja pacientov s kroničnim srčnim popuščanjem Izdelana prehranska navodila • Varovalna prehrana pri obolenjih prebavnega trakta • Varovalna prehrana pri akutnem vnetju trebušne slinavke	Cilj delno dosežen
CILJ: Povečati osveščenost zdravstvenih delavcev o pomenu ustrezne prehranjenosti pacienta v procesu zdravljenja	Realizacija učinkovitost
AKTIVNOSTI: • Oblikovanje skupine za klinično prehrano v okviru zdravstvene nege • Izdelava kataloga terapevtske prehrane	maj 2013
EVALVACIJA: • Skupina za klinično prehrano v zdravstveni negi se je sestala 3-krat • Za katalog terapevtske prehrane izdelani opisi za prehrano ob nutritivni alergiji	V postopku obvladovanja dokumenta

1.2 NOVOSTI NA PODROČJU BOLNIŠNIČNE PREHRANE

V letu 2013 so se pričele aktivnosti za spremembo prehrane ob nutritivnih alergijah, ker se je izkazalo, da obstoječa otroška prehrana pri urtikariji ne zadosti potrebam po strogih omejitvah ob hudi simptomatiki. Odslej je prehrana pri nutritivni alergiji tri stopenjska – v prvi in drugi stopnji je izbor živil zelo omejen.

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 – A.2.1.). Skladnost vsi oddelki skupno: • April: 98,4 % • November – december: 98,4 %	V letu 2012 je bila najvišje dosežena skladnost 96 %
Pacientom zagotoviti ustrezno temperaturo hrane – vsaj pri 90 % jedi bo ob koncu razdeljevanja obrokov na oddelku temperatura med 60 in 70℃ • ustrezna temperatura pri 87 % jedi	Leta 2012 je imelo 80 % jedi ustrezno temperaturo, v letu 2011 pa 84 %
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 23. 2. 2013 in 8. 3. 2013 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki odsek za 42 minut, • odsek za abdominalno kirurgijo za 33 minut, • ortopedski odsek (splošna kirurgija) za 20 minut • oddelek za zdravstveno nego za 17 minut • kardiološki oddelek za 14 minut • endokrinološki oddelek za 2 minuti • gastroenterološki oddelek za 1 minuto. Med 9. 11. 2013 in 22. 11. 2013 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki odsek za 31 minut • odsek za abdominalno kirurgijo za 18 minut • ortopedski odsek za 17 minut • gastrointerološki odsek za 20 minut.	Rezultati analize pokažejo podaljšanje časa razdeljevanja zajtrkov na kirurškem in internem oddelku v primerjavi z zadnjo analizo v preteklem letu
Zagotoviti ustrezno hranilno energetsko vrednost obrokov – doseči 100-% ustreznost Za analizo hranilno energetskih vrednosti so bili odvzeti 4 obroki. Pri enem obroku je bilo razmerje med hranili neustrezno (premalo maščob, posledično prenizka energijska vrednost obroka).	V preteklem letu je bilo razmerje med hranili neustrezno pri dveh obrokih

Ob ugotovljenih odstopanjih pri presoji skladnosti upoštevanja standarda A.2.1. so bili takoj opravljeni razgovori s člani negovalnega tima.

Ob odstopanjih pri rezultatih analize hranilno energijske vrednosti obroka sem preverila normativ, ki je ustrezen. V kuhinji so opravili razgovor o potrebi po upoštevanju normativov pri pripravi hrane. Vodja prehranske službe na sestanku Prehranskega tima za izboljšanje prehrane pacientov poroča, da preverja uporabo normativov pri pripravi hrane.

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	**11**	**1/10**	**4**	**6**	**0**	**0**
Oddelek/ enota	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Varnostni incident informacij**	**Kaznivo dejanje**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
Prehranska služba	**0**	**2**	**0**	**0**	**3**	**15**

Tehnični odkloni so posledica iztrošenosti opreme. Strokovni odkloni so posledica nepazljivosti pri preverjanju roka uporabnosti živil (v skladišču živila s pretečenim rokom uporabe), iztrošenosti opreme (zaradi slabo vidnih podatkov na dietni kartici zamenjava obroka), nedoslednosti upoštevanja normativov priprave jedi (neustrezno hranilno energijsko razmerje obroka), sum na napačno poslan obrok (pri preverjanju ugotovitev, da je iz kuhinje poslan ustrezen obrok, v izogib dileme kuhinja vse posebne diete označi z nalepko). Vsi ukrepi so bili izvedeni.

3 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2013

V letu 2013 sem se udeležila izobraževanj po planu, ki je bil izdelan v začetku leta. Aktivna sem bila na dveh zunanjih izobraževanjih: Skrb za lastno zdravje: vpliv prehrane na preprečevanje in/ali zdravljenje osteoporoze v okviru Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske ter Prehranska obravnava hospitaliziranega pacienta s končno ledvično boleznijo na seminarju Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic. V Splošni bolnišnici Jesenice sem bila aktivna s predavanjema: Prehrana – temelj zdravljenja celiakije ter Vloga prehrane v preventivi razjede zaradi pritiska.

4 CILJI ZA LETO 2014

- Nadaljevanje utečenega dela
- Uvedba prehranskega presejanja in prehranske podpore pri pacientih z razjedo zaradi pritiska
- Vključitev v obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem

ZAKLJUČEK

V letu 2014 je predvidena prenova kuhinje, zaradi česar se lahko pri zagotavljanju prehrane pacientom pojavi nekaj težav. Upam, da jih bomo z dobro medsebojno komunikacijo in strpnostjo sproti reševali in poskrbeli za varnost in ustreznost zagotavljanja prehrane pacientov.

STROKOVNO POROČILO NA PODROČJU SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE ZA POLIKLINIČNO DEJAVNOST IN URGENCO 2013

Nada Macura Višić, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN za poliklinično dejavnost in urgenco

UVOD

Nenehno uvajanje kakovosti in varnosti pri oskrbi pacienta se kaže tudi na področju ambulantne dejavnosti, zato je pomembno pri tem zagotavljati tudi ustrezno število usposobljenih medicinskih sester.
Prav tako je pomembno vzpostaviti sistem, ki omogoča sprotno evidentiranje vseh odklonov, analiza neposrednih vzrokov, ki so pripeljali do dogodka in izvajanje ukrepov, ki preprečujejo ponovno pojavljanje enakega odklona.
V prvi polovici leta smo se velikokrat srečali s težavami pri naročanju pacientov na ambulantne preglede predvsem zaradi pomanjkanja odprtih terminov. V kirurški ambulanti smo z odprtjem terminov za dodano subspecialistično ambulanto, zmanjšali čakalno dobo za kontrolne preglede kirurških pacientov.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

V letu 2013 se je nekaj naših sodelavk upokojilo, v urgentni ambulanti pa sta dve dipl. med. sestri odšli na porodniški dopust, kar smo tudi nadomestili z novo zaposlenimi. Daljšo bolniško odsotnost smo imeli eno in jo nismo nadomeščali. V kirurški ambulanto smo zaradi dodatno novo nastale subspecialistične ambulante pridobili še enega TZN. Prav tako pa imamo kar nekaj študentov Visoke šole za zdravstveno nego na Jesenicah, za katere pričakujemo zaključek šolanja v naslednjem letu. Leto 2013 smo zaključili z naslednjim številom kadra v zdravstveni negi:

Tabela 1: prikaz delovišč in števila zaposlenih

Delovišče	Število zaposlenih v zdravstveni negi
Sprejem in urgenca	9 TZN, 5 dipl. m. s., 2 dipl. m. s (por. dop.)
Kirurška ambulanta, mavčarna	14 TZN, 1 dipl. m. s.
Ortopedska ambulanta Jesenice	1 TZN iz krg. amb.
Otorinolaringološka amb. Jesenice	1 TZN, 1 dipl. m. s.
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. a.
Endoskopske amb. Jesenice	2 TZN, 1 dipl. m. s.
Ginekološka ambulanta, GCBD	3 TZN
Kardiološki laboratorij	1 TZN, 1 dipl. m. s.
Diabetološka amb.	2 TZN
Internistične amb.	1 TZN
Protibolečinska amb.	2 dipl. m. s.
Informacijski pult	2 TZN
Naročanje na spec. pregled	6 TZN

V drugi polovici lanskega leta so se nam v urgentni in kirurški ambulanti na izpopolnjevanju pridružili pripadniki Slovenske vojske.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

1. cilj:	**Rok izvedbe**	**Realizacija**
Redni letni razgovori	Kontinuirano	delno realizirano
Kazalnik Število opravljenih letnih razgovorov na število zaposlenih		opravljenih je bilo 20 letnih razgovorov, ki pa so bili vključeni v poročilo leta 2012
2. cilj:	**Rok izvedbe**	**Realizacija**
Varnost in kakovost - izvajanje varnostnih vizit	Kontinuirano, celo leto	opravljenih je bilo 54 VV/VR
Kazalnik Število varnostnih vizit Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti le-teh	Kontinuirano, celo leto	Učinkovitost: 97%
3. cilj:	**Rok izvedbe**	**Realizacija**
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	ni realizirano
Kazalnik **Število ZV intervencij v nevrološki in dermatološki amb.**	-	z ZV delom v dermatološki ambulanti bomo pričeli naslednje leto potrebno bo pridobiti specialno znanje za MS, ki bo izvajala krioterapijo
4. cilj:	**Rok izvedbe**	**Realizacija**
Izdelava protokolov in dokumentacije*	Kontinuirano, celo leto	realizirano v celoti
Kazalnik COP AMB – celostna obravnava pacienta, ki pride v specialistično ambulanto in sprejemno ambulanto COP – celostna obravnava pacienta, ki pride v urgentno ambulanto **ENDOSKOPIJE:** - klinična pot za PEG (v sodelovanju z internim oddelkom) **URGENTNA AMBULANTA:** - klinična pot za punkcijo (v sodelovanju z internim oddelkom) **popravki oz. dopolnitve obstoječe dokumentacije:** - SOP 43 - SOP 46 - OBR ENDO 1 - OBR AMB 1 - …….		

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE

V letu 2013 smo si postavili kot enega od ciljev izdelavo protokolov in dokumentacije. Izdelali smo dva pomembna protokola in sicer COP AMB – celostna obravnava pacienta, ki pride v specialistično ambulanto (SOP AMB 1), Obravnava pacienta v sprejemni ambulanti (SOP AMB 3) ter COP – celostna obravnava pacienta, ki pride v urgentno ambulanto (SOP 6). Spremenili smo tudi protokol oskrbe pacienta z blago ali zmerno sedacijo.

Proti koncu lanskega leta smo pričeli z izvajanjem zdravstvenovzgojnega dela v dermatološki ambulanti in oskrbo bradavic s tekočim dušikom (krioterapijo).

2.1 KLINIČNE POTI

V letu 2013 smo v sodelovanju z internim oddelkom obnovili dve klinične poti in v sodelovanju z Intenzivno internistično terapijo (IIT) izdelali novo:

1. KP za sprejem pacienta v urgentno ambulanto
2. KP za PEG (v sodelovanju z internim oddelkom)
3. KP za punkcijo (v sodelovanju z internim oddelkom)
4. KP za elektrokonverzijo (v sodelovanju z IIT)

2.2 DELOVNI SESTANKI

Tekom leta smo izvedli 10 rednih delovnih sestankov in 3 izredne delovne sestanke, na katerih smo obravnavali aktualno problematiko.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Tudi v letu 2013 smo se trudili na področju kakovosti in varnosti. Rezultati pri nadzorih v zdravstveni negi so ostali nespremenjeni, vedno boljši smo bili tudi pri nadzoru dokumentacije. K boljšemu in preglednejšemu izpolnjevanju negovalne dokumentacije so pripomogli nadzori in pa spremembe obrazcev (npr.: spremenjen obrazec ENDO 1 – list ZN na endoskopijah in OBR AMB 1 – obravnava pacienta v prebujevalnici, kjer smo spremenili tudi protokol). Večina zaposlenih se je ponovno udeležila izobraževanja na temo kulture varnosti. Veliko smo se pogovarjali o timski predaji pacienta. V ta namen je bil v okviru delovne skupine izdelan obrazec Kontrola ob sprejemu/odpustu/premestitvi pacienta.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

Tabela 2: Število odklonovpo enotah

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	0	0	0	0	0	0
Urgenca	3	1/2	2	1	0	0
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	2	3

Na odklone so bili izrečeni 3 ukrepi, ki so bili uspešno zaključeni.

3.2 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

V specialističnih ambulantah in urgenci je bilo glede na izvajanja varnostnih vizit/razgovorov izrečenih 80 ukrepov. Skupna učinkovitost izrečenih ukrepov je 97 %.

Tabela 3: Število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	*ŠTEVILO VV/VR*	*ŠTEVILO UKREPOV*	*UČINKOVITOST*
Koordinatorica ZN	12	15	98 %
Odgovorne MS odd.	42	65	96 %
Skupaj	**54**	**80**	**97 %**

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedenih je bilo malo letnih razgovorov in sicer takoj na začetku leta. Zaposleni so bili z izvedbo zadovoljni. Večinoma so na razgovor prišli pripravljeni. Z organizacijo in vodenjem so zadovoljni, prav tako s sodelovanjem v timu. Izvedbo letnih razgovorov bomo nadaljevali v letu 2014.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni so se udeležili izobraževanja po planu, ki je bil izdelan na začetku leta. 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 2013 je bil delno izpolnjen, ena dipl. med. sestra pa je pridobila specialno znanje in sicer iz avdiometrije.

Tabela 4: udeležba na izobraževanjih

Vseh izobraževanj = 56
Izobraževalo se je 60 medicinskih sester (95,2 % vseh zaposlenih)
Eksternih izobraževanj =36 medicinskih sester
39 pasivnih udeležb, 3 aktivne udeležbe
Internih izobraževanj = 20
3 aktivne udeležbe (izobraževanja je pripravilo 35 zaposlenih in nekaj zunanjih predavateljev)
_____59_različnih slušateljev (93,7 % vseh zaposlenih)

4.3 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, velikokrat tudi izpolnjevanje dokumentacije. V lanskem letu smo uvedli tudi izmenjavo zaposlenih v kirurški ambulanti in sprejemu. Zaposleni so bili večinoma zadovoljni, nekaterim pa je bila sprememba kar velika, predvsem zaradi dinamičnosti dela v obeh enotah.

5 ZAKLJUČEK

Z letom 2013 smo lahko zaposleni zelo zadovoljni. Nadomestili smo vse upokojitve v pomembnih ambulantah in sicer v protibolečinski in otorinolaringološki ambulanti. Težave nam dela samo prostorska stiska v urgentni ambulanti, vedno večkrat nam manjka uporaba prebujevalnice v času vikendov. V centralnem naročanju smo v dogovoru s predstojniki oddelkov sproti reševali problem pomanjkanja terminov in odpirali datume tudi do šest mesecev.
Akreditacije niso pokazale velikih odstopanj, ugotovljene so bile dobre prakse, podana nekatera priporočila, ki jih bo potrebno rešiti sistematsko. Čaka pa nas uvedba triažnega sistema, na kar so nas opozorili presojevalci TEMOS akreditacije.
V letu 2014 nas čaka velik izziv in sicer gradnja urgentnega centra. Zaposlenim bo potrebna temeljita predstavitev gradnje in pa dela v času gradnje. Prav tako bomo reorganizirali izvedbo delovnih sestankov, kjer bomo večkrat izvajali timske sestanke.
Čaka nas tudi zaključek izdelave delokrogov. V kirurški ambulanti bomo naslednje leto imeli 3 dipl. m. s./dipl. zn. S skupnimi močmi bomo izdelali reorganizacijo dela v kirurški ambulanti.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2014

1. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Redni letni razgovori	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN
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 Odgovorna MS v nevrološki amb. in kardiološkem lab.
Kazalnik Število ZV intervencij v nevrološki in dermatološki amb. ter kardiološkem laboratoriju*	Kontinuirano, celo leto	
4. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izdelava protokolov in dokumentacije**	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN
Kazalnik	Kontinuirano, celo leto	
5. cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izdelava triažnega sistema	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN, namestnica koord., odgovorne MS v urgenci
Kazalnik	Kontinuirano, celo	

Obravnava pacienta po Manchestrskem triažnem sistemu	leto	

* ZV delo:
- v nevrološki ambulanti (obravnava pacienta z multiplo sklerozo, obravnava pacienta z demenco)
- v dermatološki ambulanti (izvajanje krioterapije, povijanje nog, merjenje gleženjskih indeksov)
- v kardiološkem laboratoriju (obravnava pacienta s srčnim popuščanjem)

** Urgentna ambulanta:
- klinična pot za sprejem pacienta v urgentno ambulanto – obnova
- izdelava obrazcev in kriterijev za Manchestrski triažni sistem

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO

Gordana Sivec, dipl. m. s.,
Koordinatorica ZN na oddelku za zdravstveno nego

UVOD

Na oddelku za zdravstveno nego (OZZN) sprejemamo paciente predvsem z internega in kirurškega oddelka. Za sprejem na OZZN mora biti pacient na akutni obravnavi hospitaliziran vsaj 24 ur in izpolnjevati tudi naslednje pogoje: pacient je zaključil z akutnim zdravljenjem in je vitalno stabilen, potrebuje pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, potrebuje zdravstveno vzgojo in svetovanje, ima kronično rano, potrebuje nadaljnjo fizioterapijo in/ali delovno terapijo.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Tabela 1: Število obračunanih pacientov na OZZN po mesecih v letu 2013

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	2013
plačnik ZZZS	7	17	11	16	14	14	19	24	22	18	17	9	188
ostali plačniki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
SKUPAJ	**7**	**17**	**11**	**16**	**14**	**14**	**19**	**24**	**22**	**19**	**17**	**9**	**189**

Tabela 2: Letni načrt in realizacija neakutne obravnave v BOD-ih

	načrt 2012	uresničeno 2012	indeks načrt/uresničeno
OZZN	4.315	4.355	100,93

Tabela 3: Povprečna ležalna doba po mesecih (pri obračunanih pacientih)

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec
OZZN	7	17	11	16	14	14	19	24	22	18	17	9

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	69	366	197	399	594	288	437	437	488	417	432	231	4.336

Tabela 5: Oddelki s katerih so bili pacienti sprejeti

oddelek	**št. pacientov**	**delež**
NI	122	56,22
NK	95	43,78
SKUPAJ	217	100,00

Tabela 6: Starost in spol pacientov na OZZN

starost bolnikov	**št. bolnikov**	**delež**
90 - dalje	16	7,84
80 - 89 let	80	39,22
70 - 79 let	59	28,92
60 - 69 let	27	13,24
50 - 59 let	12	5,88
40 - 49 let	8	3,92
30 - 39 let	1	0,49
20 - 29 let	1	0,49
skupaj	204	100,00

Tabela št. 7: Odpuščeni pacienti

kraj odpusta	**št.**
domov	101
umrli	15
na INT oddelek	11
na KRG oddelek	3
DSO Jesenice	10
DSO Radovljica	10
DSO Kranjska Gora	7
DSO Bohinj	1
DSO Kranj/Preddvor/Tržič	10
Drugi DSO Sežana/Laško/Podbrdo/Ormož/Gornji Grad/Poljčane, Trnovo/Lendava/DSO slepih in slabovidnih/VDC Stara Gora	8
Zdravilišče Laško, Čatež, Topolščica	8
OI, Nevrološka klinika Ljubljana	2
URI Soča	3
SKUPAJ	**189**

V letu 2013 je bilo zaradi poslabšanja osnovne bolezni na akutno obravnavo premeščenih 14 pacientov.

Odpuščenih je bilo 174 pacientov, od tega je bil 101 pacient odpuščen v domačo oskrbo, 46 pa v različne domove za ostarele po Sloveniji.

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

V letu 2013 je bil naš cilj spremeniti list terapije v klinični poti na Oddelku za zdravstveno nego. Ta cilj je bil realiziran in bo v letu 2014 tudi izpeljan. V celoti so bili izpeljani letni razgovori. Anketni vprašalnik o zadovoljstvu svojcev ni bil realiziran. Izpeljana je bila anketa o zadovoljstvu pacientov. Rezultati so pokazali, da so pacienti z obravnavo in oskrbo na oddelku zelo zadovoljni.

Družinske konference

Izvedenih je bilo 66 družinskih sestankov. Vsebina sestankov je bila: premestitev pacientov v institucionalno varstvo, dogovor datuma za odpust v domače okolje in ureditev pomoči na domu, predstavitev svojcem o napredovanju pacienta in ureditev medicinsko tehničnih pripomočkov, ki jih pacient potrebuje ob odpustu, svetovanje o oskrbi pacienta v domačem okolju

Kazalniki kakovosti, postavljeni v letu 2013, niso bili realizirani. V letu 2013 smo imeli 4 prenose MRSA, 2 pacienta MRSA sta bila uspešno dekolonizirana. Pridobljenih je bilo 7 razjed zaradi pritiska, dogodilo se je 11 padcev.

V letu 2014 smo postavili nekaj pomembnih ciljev za oddelek.
Cilj 1: Ugotoviti zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev s pomočjo ankete, ki jo bomo sestavili v ta namen.
Cilj 2: Izdelava protokola družinskih sestankov.
Cilj 3: Ugotoviti stopnjo samooskrbe pacienta, ki leži na OZZN.

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V letu 2013 je bilo na OZZN zaposlenih 13 ljudi, od tega 1 koordinatorica za zdravstveno nego, 1 dipl. m. s in 11 zdravstvenih tehnikov, od katerih sta 2 zaposleni na porodniškem dopustu.

Novost na OZZN je v tem, da v nočni izmeni sodelujemo z nočno medicinsko sestro z ginekološko-porodniškega oddelka.

2.1 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Število VV/VR	41
Število izrečenih ukrepov	58
Skupna učinkovitost VV/VR	92 %

3 KADROVSKI VIRI

3.1 LETNI RAZGOVORI

V letu 2013 so bili letni razgovori opravljeni z vsemi zaposlenimi na oddelku, razen z osebama, ki sta na porodniškem dopustu. Zaposlenim je še vedno težko postavljati cilje, čeprav jim je všeč, da razgovori potekajo individualno in da pri tem lahko izrazijo svoja mnenja.

3.2 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 2013 so se zaposleni na oddelku udeležili 59 pasivnih izobraževanj, trije zaposleni pa so imeli aktivno udeležbo na izobraževanjih.

3.3 DOBRA PRAKSA

Na oddelku je bilo prepoznanih tudi nekaj dobrih praks. V dopoldanskem času se pacienti dvakrat tedensko zberejo v prostoru delovne terapije, kjer po opravljeni telovadbi pacienti popijejo kavo, ki jo vsakokrat skuha eden od pacientov, ki je potem zadolžen tudi za pomivanje skodelic.

Na oddelku so tudi pomični dementni pacienti in ker so si vrata sob med seboj podobna, se na vrata takih pacientov obesimo dodatne oznake – različno obarvane enomestne številke. Posebnost so tudi fiksirani nepomični pacienti, ki jih posedamo z dvigalom v invalidski voziček, da niso ves čas ležeči in fiksirani. V času, ko so na oddelku študenti, so v neposredni okolici pri fizično omejenih pacientih, da se le-te fizično omeji za čim krajši čas.

5 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 CENTRALNE STERILIZACIJE V LETU 2013

Tanja Pristavec, mag. zdr. nege
Vodja ZN v centralni sterilizaciji

UVOD

Zaposleni v Centralni sterilizaciji smo kot izvajalci reprocesiranja dolžni celoten postopek izvesti v skladu s strokovnimi zahtevami na varen in racionalen način po obvezujočih smernicah tako na nacionalni kot mednarodni ravni. Veliko časa in energije namenjamo izboljševanju kakovosti dela ter zadovoljstvu naših uporabnikov, kar je ključnega pomena za uspešno delo. Naša skrb je nenehno sledenje stroki in redno spremljanje novosti na našem področju.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V preteklem letu je bilo kar nekaj aktivnosti usmerjenih v racionalizacijo procesa sterilizacije in zmanjšanje odstopanj. Da smo v letu 2013 delovali racionalno govori primerjava med obdobji 2012 in 2013 (18.880,87 EUR manj - tabela 1.), kljub povečanemu obsegu reprocesiranja setov. V letu 2012 smo zreprocesirali 146.506 setov, v letu 2013 pa 150.835. (4.329 več).

Redno spremljamo kazalnike kakovosti. Težave, ki so se pojavljale smo reševali sproti na delovnih sestankih in varnostnih vizitah. Pri presojah (notranjih in zunanjih) nismo imeli neskladnosti.

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

1. CILJ: Racionalizacija setov in zmanjšanje finančnih stroškov.	**Realizacija/ učinkovitost**
AKTIVNOSTI: - analiza porabe materiala, - analiza sestava setov s sanitetnim materialom, - vitka organizacija dela.	Učinkovitost merjena na šest mesecev.
EVALVACIJA: Končni strošek porab za sterilizacijo, ki vključuje tudi inventuro za leto 2013 znaša 100.285,32 EUR (leto 2012: 119.166,19 EUR) in je za 18.880,87 EUR manjši kot v letu 2012	IND 13/12 – 84,16 %
2. CILJ: Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije.	**Realizacija/ učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Beleženje odstopanj in primerni korektivni ukrepi.	Kontinuirano Sprotno rešeno
EVALVACIJA: Od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013 je bilo zabeleženih 28 odstopanj pri reprocesiranju.	Manj kot 0,02 % od vseh naročil.
3. CILJ: 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. 2013 do 31. 12. 2013 je bilo zabeleženih 51 odstopanj v operacijskih setih.	Cca. 0,03 % od vseh setov
4. CILJ : Doseči pravilno izpolnjevanje e-naročilnic oddelkov in enot	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Beleženje odstopanj Poročanje koordinatoricam oddelkov/enot	Sprotno rešeno
EVALVACIJA: Od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013 je bilo zabeleženih 86 odstopanj pri e-naročanju oddelkov/enot .	1,2 % od vseh e-naročil
5. CILJ: Validacija vse strojne opreme: dveh parnih sterilizatorjev in dveh termodezinfektorjev	**Realizacija/ učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Validacija Robek	
EVALVACIJA: Brezhibno in varno delovanje strojne opreme	100 % realizirano

2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Eden od naših kazalnikov kakovosti je zadovoljstvo odjemalcev naših storitev. Spremljamo pripombe in pritožbe. Dobili smo en odklon zabeležen v elektronski sistem in 28 odstopanj

preko telefonskega razgovora. Večina se jih je nanašala na nekvalitetno reprocesiran set z operacijske dvorane. Za vsa smo izvedli korektivni ukrep. Trudimo se, da bi odstopanj v bodoče bilo čim manj.

Kazalnik kakovosti: pravilnost shranjevanja sterilnega materiala na oddelkih/enotah se je izkazal za zelo učinkovitega. Nadzor v tem polletju je bil v prvi fazi 96 %. 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 reprocesiranih operacijskih setov in težav, ki so se pojavljale zaradi pomanjkljivega sodelovanja z osebjem operacijskega bloka in osebjem sp. operacijske.

število VV/VR	14
število izrečenih ukrepov	20
število/delež uspešno izvedenih ukrepov	17
skupna učinkovitost VV/VR	85 %

2.3 KRATKO POROČILO ANKETE: ZADOVOLJSTVO S STORITVAMI CENTRALNE STERILIZACIJE

Elektronsko anketo o zadovoljstvu s storitvami centralne sterilizacije pošljemo enkrat letno našim uporabnikom. To je eden od kazalnikov kakovosti v naši enoti. Rezultati ankete so bili v povprečju zelo dobri. Uporabniki so ocenjevali naše storitve po večstopenjski ocenjevalni lestvici. 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, mnenja in pobude glede naših uslug. V primerjavi z lanskim letom je rezultat praktično enak, razlika je samo v malenkost slabših rezultatih v času od prejema do oddaje.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 LETNI RAZGOVORI

Letne razgovore smo izvedli v celoti. Zaposleni so z zadovoljstvom in konstruktivno sodelovali. Letni razgovor so razumeli kot možnost za izboljšave samega procesa dela. Tudi na račun tega smo rešili nekatere težave.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni v Centralni sterilizaciji smo se udeležili izobraževanj po planu izobraževanja za leto 2013. Tri zaposlene smo se udeležile strokovnega seminarja sekcije MS in ZT v sterilizaciji – Izzivi, priložnosti, možnosti 21. in 22. 3. 2013 v Dolenjskih toplicah. Sodelovali smo aktivno s predstavitvijo strokovnega članka: Sodelovanje med osebjem operacijskega bloka in osebjem centralne sterilizacije. Zaposleni v naši enoti so se redno udeleževali internih predavanj, obvezno na temo preprečevanja BO. Večina zaposlenih se je udeležili tečaja TPO ter konec leta internega izobraževanja pomočnice direktorja za področje ZN in oskrbe Zdenke Kramar: Izboljšave na področju kulture varnosti in kakovosti.

4 CILJI ZA LETO 2014

1. cilj: Elektronsko sledenje
Aktivnosti: Dopolnitev obstoječega elektronskega progama T-DOC

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

Želimo si nenehnega izboljševanja, slediti razvoju stroke ter še naprej stremeti k varnemu in kakovostnemu delu, s čim manj odstopanji.

POROČILO SOCIALNE SLUŽBE ZA LETO 2013

Nina Zupan, univ. dipl. soc. del.

UVOD

Socialna služba bolnišnice je del multidisciplinarnega tima, ki načrtuje kakovostno in varno obravnavo pacienta. Po odpustu sledi načrtovan odpust v okolje, ki pacientu glede na njegovo zdravstveno stanje in trenutne negovalne potrebe zagotavlja primerno oskrbo in pomoč.

V letu 2013 so največji delež obravnav predstavljali pacienti stari več kot 65 let, ki potrebujejo popolno oskrbo in pomoč druge osebe in so pri nas ocenjeni s III. kategorijo potreb po zdravstveni negi (63 %). Večina teh pacientov (41 %) je odšla po zaključku hospitalizacije domov, od tega z urejeno pomočjo na domu 50 %.

Velik del obravnave socialne službe predstavlja pomoč in svetovanje pacientom in svojcem pri iskanje primerne namestitve v domovih starejših občanov. Pogoste so stiske ob nepričakovanem dejstvu, da domača oskrba kljub pripravljenosti svojcev in zagotovitvi pomoči na domu potrebam starostnika ne zadošča več. Glede na predviden zaključek hospitalizacije je potrebno v kratkem času urediti namestitev, ob upoštevanju želje pacienta po namestitvi čim bližje doma, kot pomemben dejavnik pa svojci čedalje bolj izpostavljajo ceno oskrbe zaradi lastnih finančnih stisk.

Socialna služba je vključena tudi ob ostalih izraženih stiskah odraslih in mladoletnih pacientov, zaznanem nasilju, brezdomstvu, kjer se z namenom celovite pomoči in oskrbe tudi po odpustu povezujemo z institucijami v lokalnem okolju.

V prostorih bolnišnice je v vnaprej znanem terminu organizirana tudi Komisija prve stopnje za umetno prekinitev nosečnosti, kjer je obvezni član socialna delavka.

Delo socialne službe zajema tudi koordinacijo prostovoljnega dela, ki poteka znotraj bolnišnice, namenjeno pa je popestritvi bivanja pacientov.

Socialna služba tesno sodeluje s koordinatorkami zdravstvene oskrbe na internem in kirurškem oddelku ter na oddelku za zdravstveno nego.

1 POROČILO O IZVEDENIH CILJIH V LETU 2013

1.1 PRAVOČASNO NAROČANJE

Tabela 1: Cilji 2013 – pravočasno naročanje

		Doseženo v %	Rok	Opombe	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	86 %		Cilj ni bil dosežen, treba je preveriti razlog/e za nepravočasno naročanje	

Večji delež kot v letu 2012 (18 %) obravnavanih predstavljajo pacienti, kjer socialna služba v letu 2013 ni bila napotena (pri 108 pacientih oz. 23 %), temveč glede morebitnih težav pri odpustu seznanjena neposredno s strani svojcev ali drugih pristojnih institucij, ki so pacienta že predhodno obravnavale. Odstotek nenapotenih pacientov se je leta 2013 v primerjavi s predhodnim letom povečal za 5 %.

Zajeti so tudi pacienti v skupni obravnavi s koordinatorkami zdravstvene oskrbe, kjer je bila obravnava začeta, napotitev prek sistema Birpis21 pa ni bila realizirana. Napotenih je bilo 360 pacientov, od tega 310 (86 %) pravočasno, glede na kazalnik, vsaj tri dni pred odpustom.

1.2 DRUŽINSKE KONFERENCE

Tabela 2: Cilji 2013 – družinske konference

		Doseženo v %	Rok	Opombe	Odgovoren
1. Cilj	Uvajanje družinskih konferenc pri pacientih, ki so premeščeni na oddelek za zdravstveno nego	55%	Januar 2014		Soc. služba, koordinatorica na oddelku za zdravstveno nego
Kazalnik	Število izvedenih družinskih konferenc za paciente, obravnave s strani socialne službe, na oddelku za zdravstveno nego	49%	Januar 2014	Cilj ni bil dosežen, vendar se ohrani	

Ohranja se organizacija družinskih konferenc na oddelku za zdravstveno nego, ki se izvajajo v sodelovanju s koordinatorico zdravstvene nege. V družinskih konferencah je zaželena tudi

prisotnost zdravnika. V letu 2013 je bilo na oddelek za zdravstveno nego premeščenih 135 pacientov, ki so bili istočasno obravnavani v socialni službi. Zanje je bilo izvedenih 66 družinskih konferenc. Postavljeni cilj (55 % realiziranih družinskih konferenc za paciente na oddelku, obravnavanih s strani socialne službe) ni bil dosežen, izvedenih je bilo 49 % družinskih konferenc, se pravi za vsakega drugega pacienta.

1.3 ŠTEVILO OBRAVNAV PO POSAMEZNIH LETIH

Tabela 3: Število obravnav po posameznih letih

Leto	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*
Število obravnav	220	250	320	341	346	436	419	363	488	468

Tabela 4: Kraj odpusta po končanem zdravljenju, primerjava leta 2013 in 2012

Kraj odpusta		*DSO*	*domov*	*umrli*	*ostalo*
Število	2012	130	262	56	39
	2013	167	195	63	42
Delež	2012	26 %	54 %*, od tega s pomočjo na domu 45 %*	12 %	8 %
	2013	36 %	41 %, od tega s pomočjo na domu 50 %	14 %	9 %

V letu 2013 je v domove starejših občanov neposredno iz bolnišnice odšlo za 10 % več pacientov kot leto prej, ob primerljivem številu umrlih oziroma odpuščenih v druge institucije kot leta 2012.

1.4 PROSTOVOLJNO DELO

V Splošni bolnišnici Jesenice smo v novembru 2012 ponovno oživili projekt prostovoljnega dela, ki je uspešno deloval tudi v letu 2013. Do konca junija 2013 je bilo v bolnišnici mesečno prisotnih povprečno po deset prostovoljcev, skupaj v tem obdobju več kot petnajst, med njimi največ dijakov, študentka zdravstvene šole, upokojena učiteljica in nekaj še aktivno zaposlenih občanov.

1.5 KOMISIJA PRVE STOPNJE ZA UMETNO PREKINITEV NOSEČNOSTI

V okviru bolnišnice deluje tudi komisija prve stopnje za umetno prekinitev nosečnosti. Komisija obravnava prosilke za umetno prekinitev nosečnosti po 10. tednu nosečnosti, hkrati pa tudi prosilke in prosilce za poseg sterilizacije oziroma vazektomije. Komisija deluje enkrat tedensko, vnaprejšnja najava ni potrebna, prosilke in prosilci oddajo prošnjo, v kateri utemeljijo razloge za svojo odločitev. V letu 2013 je bilo obravnavanih 12 prošenj za umetno prekinitev nosečnosti in 73 prošenj za sterilizacijo (50 žensk) oziroma vazektomijo (23 moških).

2 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2013

- Sestanki delovne skupine za koordinacijo aktivnosti na področju socialnega varstva v občini Jesenice
- Delovni posvet o odprtih vprašanjih oskrbe in pomoči uporabnikom
- Sekcije socialnih delavcev v zdravstvu
- 2. forum o prostovoljstvu v bolnišnicah
- 6. dnevi Angele Boškin
- Posvet o paliativni oskrbi
- Udeležba na predstavitvi mreže za starejše "Matija" za območje UE Jesenice

3 CILJI ZA LETO 2014

Tabela 5: Cilji 2014

		Dosežen o v %	Rok	Odgovoren
1.cilj	**Pravočasno naročanje oz. aktivacija socialne službe**	93 %	Januar 2015	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**	55 %	Januar 2015	Soc. služba, koord. na odd. za zdravstveno nego
Kazalnik	Število izvedenih družinskih konferenc pacientov na oddelku za zdravstveno nego			

4 ZAKLJUČEK

Cilj dela socialne službe je skupaj s pacientom in svojci doseči pravočasen in varen odpust. Ključna pri tem je učinkovita in ažurna medsebojna komunikacija tako s svojci kot tudi med zaposlenimi, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta.

Pri obravnavi pacienta je velikega pomena pravočasna zaznava dejavnikov ali drugih okoliščin, ki bi lahko pomenili otežkočen odpust in s tem vključitev socialne službe s strani koordinatorja zdravstvene skrbi. Pogosto prvo informacijo socialna služba pridobi iz lokalnega okolja ali s strani svojcev ter jo prenese v timsko obravnavo 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 2013

doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik
Vodja enote

1 ORGANIZIRANOST

Splošna bolnišnica Jesenice ima raziskovalno dejavnost registrirano na Agenciji za raziskovalno dejavnost Slovenije (ARRS) pod šifro 2833. Raziskovalna enota je bila ustanovljena leta 2009. V Raziskovalno enoto se je leta 2009 vključilo 17 raziskovalcev, ki so za vodjo izbrali doc. dr. Ivico Avberšek-Lužnik, ki je habilitirana visokošolska učiteljica za področje medicinske biokemije in biofizike ter vodja laboratorijske dejavnosti v bolnišnici. Vodja Raziskovalne enote je avtorica številnih člankov in strokovnih prispevkov. Za obdobje 2004-2014 ima 79 čistih citatov, med katerimi je 44 normiranih.

Podatki o uspešnosti Raziskovalne enote so dosegljivi na spletni strani: http://www.sicris.si/search/org.aspx?lang=slv&id=3643.

Najpomembnejše kategorije bibliografskih enot so članki, ki so po ARRS tipologiji razvrščeni v izvirne znanstvene članke (1.01), pregledne članke (1.02), kratke znanstvene članke (1.03), znanstvene prispevke (1.08) in strokovne prispevke (1.09). Od leta 2009 do 2013 je število dosežkov v posamezni kategoriji prikazano v Tabeli 1. V tabeli so od leta 2009 do 2013 prikazani tudi podatki o številu in karakteristikah raziskovalcev. Raziskovalna enota želi s svojimi dosežki postati prepoznavna znotraj in zunaj naše bolnišnice, zato je njena vizija usmerjena v raziskave, ki vplivajo na dvig kakovosti celostne obravnave bolnikov. Za doseganje navedenih ciljev se morajo raziskovalci osredotočati na raziskave, ki rezultirajo z objavo dosežkov, ki so v podatkovnih bazah razvrščeni v razrede od 1.01 do 1. 09. Primarni

Tabela 1. Zaposleni, ki delujejo v Raziskovalni enoti Splošne bolnišnice Jesenice.

Leto / Kazalnik	2009	2010	2011	2012	2013
Št. registriranih raziskovalcev	17	20	21	23	23
Raziskovalci z veljavnimi nazivi	17	20	21	23	14
Raziskovalci mentorji diplomantom (I.in II. bolonjska)	3	3	6	6	5
Raziskovalci z veljavnim habilitacijskim nazivom	3	4	5	6	5
Število raziskovalnih skupin	5	5	5	5	6
Število čistih citatov raziskovalcev SBJ	13	67	71	65	67
Število izvirnih znanstvenih člankov (1.01.)	5		5	1	3
Število preglednih znanstvenih člankov (1.02.)			1		
Kratki znanstveni prispevek (1.03.)				2	1
Število strokovnih člankov (1.04.)			3	2	
Število objavljenih znanstvenih prispevkov na konferencah (1.08.)	5	1	6	4	2
Število objavljenih strokovnih prispevkov na konferencah (1.09.)	1	9	17	9	6

cilj Raziskovalne enote je promocija raziskovalne in razvojne dejavnosti zaposlenih v naši bolnišnici. Po predlogu članov Komisije za izvolitve je v načrtu priprava Zbornika raziskovalcev, v katerem bodo objavljeni povzetki vseh raziskav, ki so jih izvedli zaposleni (registrirani raziskovalci in ostali) za obdobje zadnjih dveh let.

Po CERIF klasifikaciji je naša Raziskovalna enota registrirana za področje B007 – Medicina. Znotraj tega področja smo definirali 5 podpodročij raziskovalnega delovanja: abdominalna kirurgija, travmatologija, srce in ožilje, nefrologija ter področje diagnostične podpore. V letu 2013 sta se aktivirali še dve področji raziskovanja: zdravstvena nega in management ter pravo in ekonomija.

2 USMERITVE RAZISKOVALNE ENOTE

Nosilci raziskovalne dejavnosti so registrirani raziskovalci, ki s svojimi dosežki dvigujejo kakovost zdravljenja bolnikov in večajo strokovni in družbenoekonomski ugled naše bolnišnice. Dolgoročne usmeritve Raziskovalne enote vključujejo:

- Delovanje posameznih raziskovalnih skupin in njihovo povezovanje s sorodnimi skupinami in inštitucijami v Sloveniji in tujini.
- Objavljanje dosežkov v obliki znanstvenih in strokovnih člankov.
- Vodenje in mentoriranje diplomskih, magistrskih in doktorskih nalog, ki so povezane z raziskovalno in strokovno dejavnostjo bolnišnice.
- Organizacija in vodenje seminarjev, predavanj, strokovnih srečanj in knferenc.

3 OPRAVLJENO DELO V LETU 2013

Cilj delovanja raziskovalne enote je bil v letu 2013 usmerjen v urejanje evidenc raziskovalcev in v izboljšanje rezultatov bibliografskih kazalcev raziskovalcev po ARRS metodologiji.

Strokovna sodelavka je izvedla sledeče aktivnosti:

- Poskrbela je za ureditev bibliografije v Cobissu za tri zaposlene, ki so posredovali zbornike in revije, kjer so bile njihove objave.
- Izvedla je vse postopke za pridobitev šifre v bazi CONOR.SI ter postopke za vpis bibliografije za 7 diplomiranih medicinskih sester.
- Uredila je Register študij, ki potekajo v SB Jesenice od leta 2009 dalje.
- Pripravila je osnutek Seznama publikacij, ki so bile izdane v založništvu SBJ (Bolje, Strokovna poročila, Zborniki ob obletnicah SBJ, ..)
- Poskrbela je za objavo internih aktov in pravnih podlag na intranetu na podstrani Raziskovalne enote.

Člani Komisije za izvolitve so pripravili:

- Navodilo za odobritev komercialne študije in vpis le-te v Register študij
- Posodobitev Poslovnika Raziskovalne enote
- Opredelili naloge strokovne sodelavke za upravno administrativne zadeve in naloge samostojne svetovalke za pravne zadeve

Aktivnosti, ki so še v postopku realizacije:

- Priprava Navodil za vnos bibliografije v Cobiss.
- Priprava seznama habilitiranih delavcev v SB Jesenice.
- Dopolnitev Seznama publikacij z diplomskimi deli, magistrskimi deli in z zborniki, v katerih naši zaposleni nastopajo kot soavtorji.
- Priprava algoritma za Razvojni proces-Raziskovalna dejavnost

Spremljanje Kazalnikov raziskovalne dejavnosti:

- Kazalnik RE1: Trend raziskovalcev z urejeno bibliografijo.
- Kazalnik RE2: Trend števila komercialnih in aplikativnih študij (Register študij).

- Kazalnik RE3: Število čistih citatov raziskovalcev SBJ

Leto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
NC	5	4	9	7	7	13	67	71	65	67

*NC= normirano število čistih citatov

Število čistih citatov je število citatov brez avtocitatov. Za čisti citat se upošteva citat, v katerem nobeden izmed avtorjev ne citira samega sebe. V nasprotnem primeru se citat šteje za avtocitat pri vseh avtorjih citiranega članka. Čisti citati se ugotavljajo v vzajemni bibliografski bazi COBIB.SI in ne v bazah podatkov WoS ali Scopus. Ugotavljajo se na podlagi zapisov za članke v COBIB.SI, ki so povezani z zapisi v bazah WoS ali Scopus, pri čemer se upoštevajo identifikacijske številke avtorjev v normativni bazi osebnih imen CONOR.SI.

4 CILJI ZA DELO RAZISKOVALCEV V PRIHODNOSTI

Cilji Raziskovalne enote za leto 2014:

- priprava navodila za vnos bibliografij v Cobiss,
- izboljšati rezultate bibliografskih kazalcev po ARRS metodologiji
- priprava seznama habilitiranih delavcev SBJ
- priprava algoritma za Razvojni proces – Raziskovalna dejavnost
- predstavitev rezultatov izvedenih raziskav v obliki zbornika
- ureditev bibliografij v Cobissu za zaposlene
- vodenje seznama komercialnih študij
- vodenje seznama aplikativnih raziskav v SBJ
- vodenja seznama aktivnih udeležb zaposlenih na izobraževanjih

5 ZAKLJUČEK

Raziskovalna dejavnost bolnišnice je merilo ugleda in strokovne usposobljenosti zaposlenih za izvajanje procesa zdravstvene obravnave pacientov. Rezultati raziskovanja so pomembni z vidika njihove implementacije v klinično prakso. Analiza objavljenih prispevkov kaže, da je naša raziskovalna dejavnost usmerjena v izvajanje strokovno orientiranih raziskav. Gre za akcijsko raziskovanje, ki ga lahko opredelimo kot reševanje kliničnih problemov s cilji izboljšanja kakovosti zdravljenja in uvajanja sprememb v terapevtske in diagnostične postopke. Razmišljanje naših raziskovalcev je usmerjeno v individualno promocijo. V prihodnosti je nujna premostitev omenjene usmeritve v izboljšave na področjih komunikacije in sodelovanja raziskovalcev.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

Helena Ribič, dr. med., spec. klin. mikrobiologije
Predsednica KOBO

UVOD

Bolnišnične okužbe (BO), ali po novem okužbe, povezane z zdravstvom, so po podatkih, ki jih navaja Evropski center za obvladovanje bolezni (ECDC, European Centre for Disease Control) najpogostejši zaplet obravnave pacientov v zdravstvu in prizadenejo 5 do 10 % vseh hospitaliziranih pacientov. Po ocenah ECDC zboli za vsaj eno OPZ > 4.100.000 pacientov na leto, > 37.000 smrtnih primerov na leto je neposredna posledica OPZ.

1 ORGANIZACIJA KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO) Splošne bolnišnice Jesenice je posvetovalni organ strokovne direktorice bolnišnice in obravnava vsebine s področja preprečevanja in obvladovanja BO, skladno s potrebami stroke, strokovnjakov bolnišnice in zahtevami strokovne direktorice. KOBO ima 17 članov; predsednica je članica Nacionalne komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO, *www.mz.gov.si*) in Komisije za smiselno rabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji (*www.si-map.org)* pri Ministrstvu za zdravje.

2 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2013

Za leto 2013 smo opredelili sledeče cilje:
- 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.

Vsi cilji z izjemo nizke incidence bolnikov z MRSA so bili doseženi. Incidenca v bolnišnici prenesene MRSA je v letu 2013 znašala 0,12 primera na 100 sprejemov, kar je sicer manj kot v letu 2012 (0,15 primera na 100 sprejemov), vendar še vedno pomembno večja kot v letu 2011, ko smo dosegli 0,01 primera na 100 sprejemov.

3 NATANČNEJŠI PREGLED OPRAVLJENEGA DELA

3.1. SESTANKI KOBO

KOBO se je v letu 2013 sestala štirikrat (sestanki št. 68, 69, 70 in 71). Zapisniki sestankov so objavljeni na intranetu bolnišnice (Komisije/KOBO). Člani smo na sestankih obravnavali aktualno problematiko s področja BO, pripravili in sprejeli navodila za delo ter druge dokumente. Od 27 sklepov sestankov KOBO v 2013 je bilo izvedenih 24, natančnejše poročilo je v zapisniku 72. sestanka KOBO.

3.2 EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Na 68. seji smo obravnavali končno poročilo 2. Slovenske nacionalne presečne raziskave o bolnišničnih okužbah 82. SNPRBO), ki je bila izvedena v oktobru 2011. Rezultati raziskave kažejo, da je bilo med 5.628 bolniki v Sloveniji 6,4 % bolnikov z vsaj eno BO (3,8 % bolnikov je imelo vsaj eno BO na dan raziskave in dodatnih 2,7 % bolnikov je bilo na dan raziskave še vedno zdravljenih zaradi BO). Poročilo je objavljeno v zborniku 5. Baničevih dnevov (Med Razg 2013; 52, S 6: 75-79, glej objave spodaj).
SB Jesenice je v raziskavi sodelovala s podatki 164 bolnikov, od tega je imelo 8 bolnikov (4,9 %, interval zaupanja: 2,1 do 9,4 %) bolnišnično okužbo: 7 bolnikov po eno in eden dve BO:

- trije bolniki so imeli BO sečil, pri enem je bila okužba v povezavi z urinskim katetrom. V vseh treh primerih BO sečil je šlo za ženske, stare 89, 81 in 66 let, vse okužbe so bile mikrobiološko potrjene.
- Trije bolniki so imeli BO spodnjih dihal (dva moška: 73 in 91 let, prvi je bil intubiran; tretja je bila 59-letna bolnica v EITOS, intubirana, sočasno je imela BO prebavil;
- en bolnik je imel BO kirurške rane,
- in ena bolnica je imela okužbo v povezavi z osrednjim venskim katetrom, ki je bila prinešena v SB Jesenice.

Dva bolnika z BO sta bila na kirurškem oddelku, štirje na internem oddelku, eden v IIT in eden v EITOS. Na pediatričnem in ginekološko-porodnem oddelku BO nismo zabeležili.

V oktobru 2013 se je bolnišnica vključila v spremljanje okužb kirurških ran po protokolu, ki so ga pripravili strokovnjaki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, prej Inštitut za varovanje zdravja RS, protokol verzija 1, 25. 3. 2013). Spremljanje okužb kirurških ran predstavlja del nacionalne mreže za epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb (MESBO). Protokol spremljanja okužb kirurških ran je usklajen s protokolom ECDC (angl. *European Centre for Disease Prevention and Control Tehnical Document. Surveillance of surgical site infections in European hospitals, HAI SSI protocol*). Po protokolu je možno spremljanje šestih vrst operacij, SB Jesenice se je zaenkrat vključila z eno vrsto, in sicer z operacijami črevesja in žolčnika.

V letu 2013 smo pripravili protokol za spremljanje bolnikov z urinskimi katetri in bolnišničnimi okužbami sečil v povezavi z urinskimi katetri, raziskavo bomo izvedli v letu 2014.

3.3 HIGIENA ROK

Higiena rok je bila že v preteklih letih v SB Jesenice prepoznana kot ena najpomembnejših aktivnosti preprečevanja in obvladovanja BO. Z aktivnostmi na tem področju smo nadaljevali tudi v letu 2013. Obravnavali smo rezultate ankete o poznavanju higiene rok in bolnišničnih okužb v SBJ, ki je bila izvedena preko intraneta v novembru 2012. Z rezultati so bili zaposleni seznanjeni preko intraneta in ob jutranjih raportih na oddelkih. Izvedeno je bilo izobraževanje o higieni rok po oddelkih/enotah za zaposlene.
Opazovanje higiene rok - 5 trenutkov po metodi SZO, usklajeni na nacionalnem nivoju, je bilo v SBJ izvedeno dvakrat, in sicer maja in novembra na vseh oddelkih in enotah bolnišnice. Podrobnejši podatki in rezultati so v poročilu Lidije Ahec, dipl. m. s. in Tanje Pristavec, dipl. m. s.

3.4 OBVLADOVANJE MRSA, VRE, BAKTERIJ Z ESBL IN DRUGIH PROTI ANTIBIOTIKOM ODPORNIH BAKTERIJ

Obravnavali smo številne primere pacientov koloniziranih in/ali okuženih z večkratno odpornimi bakterijami (VOB): MRSA, bakterij z encimi ESBL in vrste *Acinetobacter baumanii*.

Podrobnejše poročilo o pojavnosti teh bakterij je v poročilu Lidije Ahec, dipl. m. s. in Tanje Pristavec, dipl. m. s.

Pripravili smo novo verzijo dokumenta Protokol preprečevanja širjenja MRSA (SOP BO 1) in Dejavniki tveganja za odvzem nadzornih kužnin (SOP NA 14).
Pripravili smo navodila za obvladovanje VOB *Acinetobacter baumanii.*

Po poročilu Laboratorija za medicinsko mikrobiologijo ZZV Kranj (po novem Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, NLZOH) smo med invazivnimi sevi iz krvi VOB osamili pri desetih bolnikih:

- Med 13 bolniki z bakterijo *Staphylococcus aureus*, izolirano iz krvi, so imeli trije bolniki MRSA (v letu 2012 tudi 3, v letih pred 2012 pa od nič do dva),
- Med 74 bolniki z bakterijo *E. coli,* izolirano iz krvi, je imelo pet bolnikov *E. coli* z encimi ESBL in med 4 bolniki z bakterijo *Klebisella pneumoniae*, izolirano iz krvi, sta imela dva bolnika izolat z encimi ESBL. Sevov z ESBL iz krvi je bilo skupaj 7,7 % (6 primerov od 78-ih).
- Acintetobaktrov iz krvi niso izolirali.
- Pri štirih bolnikih je bila iz krvi izolirana bakterija *Pseudomonas aeruginosa,* vsi sevi so bili občutljivi za testirane antibiotike. VOB *P. aeruginosa* iz krvi niso izolirali.

3.5 OBVLADOVANJE TUBERKULOZE

V letu 2013 smo obravnavali enega bolnika s sumom na TB. Pripravili in sprejeli smo protokol Obravnava pacienta s sumom ali potrjeno tuberkulozo, SOP BO 4.

3.6 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. Obsežno vzorčenje na legionelo je bilo izvedeno v avgustu 2013, in sicer na devetih odvzemnih mestih. Na štirih odvzemnih mestih je vsebnost sevov bakterije *Legionella pnemophila* sg. 1 presegla 100 CFU/l, zato so bili izvedeni korektivni ukrepi in njihova ustreznost preverjena ob ponovnem vzorčenju v septembru 2013.

3.7 OBVLADOVANJE DRUGIH OKUŽB

Aktivno smo sodelovali pri preprečevanju širjenja gripe v sezoni 2013/2014, pri obvladovanju črevesnih in drugih nalezljivih bolezni. Izbruhov gripe v letu 2013 nismo zabeležili. Obravnavali smo dva primera suma na izbruh črevesne nalezljive bolezni (v januarju in marcu), oba suma sta bila v poteku epidemiološke raziskave ovržena.

Nadalje so bili na gastroenterološkem internem oddelku zaposleni izpostavljeni okužbi z virusu hepatitisa A, katero je prebolevala bolnica. Serološki markerji okužbe so bili pregledani pri 24 zaposlenih. Pri 8 je rezultat pokazal okužbo v preteklosti, 16 zaposlenih pa je bilo cepljenih s prvim odmerkom cepiva proti VHA. Nihče od izpostavljenih zaposlenih ni zbolel za okužbo z VHA.

3.8 VARNO DELO ZAPOSLENIH

SOBO je izvajala spremljanje poškodb z možnostjo prenosa okužb pri zaposlenih in o tem redno poročala na sestankih KOBO, kjer smo pripravili predloge preventivnih ukrepov. V letu 2013 je bilo prijavljenih 45 primerov incidentov, kar je več kot v letu 2012 (33 primerov) in 2011 (39 primerov). Poročilo je objavljeno v poročilu Lidije Ahec, dipl. m. s. in Tanje

Pristavec, dipl. m. s. Ocenjujemo, da prijavljanje poškodb še vedno ni zadovoljivo, potrebno je nadaljevati z osveščanjem zaposlenih o pomenu prijave poškodb.

3.9 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

V letu 2013 smo izvedli 21 izobraževanj, na katerih je bilo prisotnih skupaj 271 zaposlenih. Izvedli smo:

- izobraževanja novozaposlenih zdravnikov s poudarkom na higieni rok;
- izobraževanje »Bolnišnične okužbe« v spomladanskem in jesenskem roku za zaposlene v Službi zdravstvene nege in oskrbe;
- izobraževanja o higieni rok in bolnišničnih okužbah za zdravnike po oddelkih.
- s predavanjem »Načini prenosa bolnišničnih okužb« smo aktivno sodelovali na izobraževalnem dnevu EITOS;
- predavanje »Izbruh MRSA v SB Jesenice v letu 2012: razlogi, posledice, higiena rok« (maj 2013).

3.10 DRUGE IZVEDENE AKTIVNOSTI

3.10.1 Higiena rok

Z osveščanjem zaposlenih o higieni rok smo sodelovali **pri pobudi Svetovne zdravstvene organizacije ob 5. maju, dnevu higiene rok**. Pripravili smo obvestilo za vse zaposlene na intranetu bolnišnice. V avli bolnišnice smo pripravili plakat in možnost preverjanja ustreznosti razkuževanja rok za bolnike in obiskovalce.

3.10.2 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 2012 sodelovala pri pripravi poročila SKUOPZ (Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila v Sloveniji) »Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2012«, ki je v celoti objavljeno na spletni strani SKUOPZ.

3.10.3 Sodelovanje v evropski mreži EARS-Net

S podatki o invazivnih izolatih (iz krvi ali likvorja) in njihovi občutljivosti za antibiotike je SB Jesenice skupaj s sodelavci Laboratorija za medicinsko mikrobiologijo ZZV Kranj kot v preteklih letih sodelovala v evropski mreži EARS-Net (European antimicrobial resistance surveillance network).
Rezultati so dosegljivi na spletni strani: *ecdc.europa.eu/en/.../antimicrobial-resistance-surveillance-europe-**2012**.pdf.*

3.10.4 Aktivna udeležba na izobraževalnih dogodkih

Aktivno sodelovanje na 5. Baničevih dnevih »Okužbe, povezane z zdravstvom« (Nova Gorica, november 2014). Matej Dolenc, dr. med., s sodelavko je sodeloval s prispevkom Nadzor in vzorčenje operacijskih dvoran, Helena Ribič, dr. med. s sodelavkami pa s prispevkom Izbruh proti meticilinu odpornega *Staphylococcus aureus* v Splošni bolnišnici Jesenice (glej objave, št. 10 in 7).

Aktivno sodelovanje na konferencah Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice »Okužbe, povezane z zdravstvom« in »Odgovornost za kakovostno visokošolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege: nekateri vidiki izboljšav v procesu kliničnega usposabljanja« (glej objave, št. 1, 2, 9).

Aktivno sodelovanje na enosemestrskem podiplomskem tečaju Bolnišnična higiena 2012/2013 za zdravnike, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta Katedra za mikrobiologijo in imunologijo in UKC Ljubljana. Matej Dolenc z vabljenim predavanjem Preprečevanje

okužb pri OP posegih, Helena Ribič z vabljenim predavanjem Dobra klinična praksa in izkušnje ZOBO pri obvladovanju okužb v SB Jesenice - obvladovanje MRSA, in mentorstvom dveh problemskih nalog.

4 CILJI ZA LETO 2014

- Zagotoviti kakovostno in z vidika bolnišničnih okužb varno oskrbo bolnikov,
- vzdrževati nizko incidenco v bolnišnici pridobljenih večkratno-odpornih bakterij: bakterij MRSA, VRE, bakterij z encimi ESBL in karbapenemazami ter drugih;
- zagotoviti ničelno incidenco seps v povezavi z žilnimi katetri,
- okrepiti dejavnosti na področju epidemiološkega spremljanja bolnišničnih okužb
- nadaljevati z aktivnostmi na področju higiene rok in povečevanja ozaveščenosti zaposlenih o pomenu preprečevanja bolnišničnih okužb.

5 ZAKLJUČEK

V letu 2013 smo izvedli večino načrtovanih aktivnosti. Ugodni rezultati kazalnikov kakovosti in spremljanja bolnišničnih okužb v bolnišnici kažejo na dobro opravljeno delo in visoko stopnjo ozaveščenosti zaposlenih.

6 OBJAVE

1. Ribič Helena. Zunanja podoba študentov zdravstvene nege in tveganje za nastanek okužb v zdravstveni obravnavi pacienta V: Skela-Savič Brigita (ur.), Hvalič Touzery Simona (ur.), Kalender Smajlović Sedina (ur.), Pivač Sanela (ur.). *Odgovornost za kakovostno visokošolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege: nekateri vidiki izboljšav v procesu kliničnega usposabljanja: zbornik predavanj*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013: 17-23.

2. Ribič Helena, Ahec Lidija, Kramar Zdenka. Uspešnost dekolonizacije nosilcev MRSA med zaposlenimi v regionalni bolnišnici. V: Grmek-Košnik Irena (ur.), Hvalič Touzery Simona (ur.), Skela-Savič Brigita (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013: 142-148.

3. Klavs Irena, Kolman Jana, Lejko-Zupanc Tatjana, Kotnik-Kevorkijan Božena, Korošec Aleš, Serdt Mojca, Ribič Helena. Prevalenca bolnišničnih okužb v slovenskih bolnišnicah za akutno oskrbo = Prevalence of healthcare-associated infections in Slovenian hospitals for acute care. V: Petrovec, Miroslav (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom : [zbornik srečanja]*, (Medicinski razgledi, Supplement, letn. 52, 6). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2013: 11-16.

4. Lejko-Zupanc Tatjana, Kolman Jana, Kotnik-Kevorkijan Božena, Klavs Irena, Korošec Aleš, Serdt Mojca, Ribič Helena. Prevalenca uporabe protimikrobnih učinkovin v slovenskih bolnišnicah z akutno oskrbo. V: Petrovec Miroslav (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom : [zbornik srečanja]*, (Medicinski razgledi, Supplement, letn. 52, 6). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2013:17-21.

5. Kolman Jana, Lejko-Zupanc Tatjana, Kotnik-Kevorkijan Božena, Klavs Irena, Korošec Aleš, Serdt Mojca, Ribič Helena. Prevalenca proti antibiotikom odpornih povzročiteljev bolnišničnih okužb v slovenskih bolnišnicah za akutno oskrbo. V: Petrovec Miroslav (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom : [zbornik srečanja]*, (Medicinski razgledi, Supplement, letn. 52, 6). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2013: 23-28.

6. Pirš Mateja, Cerar Tjaša, Logar Mateja, Mrvič Tatjana, Seme Katja, Müller-Premru Manica, Križan-Hergouth Veronika, Švent-Kučina Nataša, Štravs Tanja, Al Nawas Majda,

Štrumbelj Iztok, Ribič Helena, Harlander Tatjana, Zdolšek Barbara, Lorenčič Robnik Slavica, Tomič Viktorija, Kavčič Martina, Mirković Tomislav, Lejko-Zupanc Tatjana. Karbapenemaze pri Acinetobacter baumannii - izbruh v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in prenosi v druge bolnišnice. V: Petrovec, Miroslav (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom : [zbornik srečanja]*, (Medicinski razgledi, Supplement, letn. 52, 6). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2013. 149-159.

7. Ribič Helena, Ahec Lidija, Kramar Zdenka. Izbruh proti meticilinu odpornega Staphylococcus aureus v Splošni bolnišnici Jesenice. V: Petrovec Miroslav (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom: [zbornik srečanja]*, (Medicinski razgledi, Supplement, letn. 52, 6). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2013, str. 233-239.

8. Ahec Lidija, Kramar Zdenka, Pristavec Tanja, Ribič Helena. Priložnosti za izboljšave na področju higiene rok. V: Žagar Andreja (ur.), Istenič Irena (ur.). *Izzivi, priložnosti, možnost: zbornik predavanj, Dolenjske Toplice, 21. in 22. marec 2013*. 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, 2013: 28-31.

9. Ribič Helena. Pljučnica ob umetnem predihavanju, povzročena z večkratno odpornimi bakterijami. V: Grmek-Košnik Irena (ur.), Hvalič Touzery Simona (ur.), Skela-Savič Brigita (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2013:106-114.

10. Dolenc Matej, Ribič Helena. Nadzor in vzorčenje operacijskih dvoran = Surgical theatres, environmental controls and microbiological sampling. V: Petrovec, Miroslav (ur.). *Okužbe, povezane z zdravstvom : [zbornik srečanja]*, (Medicinski razgledi, Supplement, letn. 52, 6). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2013: 179-183.

11. Štrumbelj I, Berce I, Čretnik-Žohar T,.... Ribič H, in sod. Pregled obc□utljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2012. LJubljana. Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti na protimikrobna zdravila (SKUOPZ); 2013. 1. izdaja. Dosegljivo na http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz.

12. Čižman M, Mueller Premru M, Beović B, Bergoč M, Šibanc B, Reberšek Gorišek J, Poplas Sošić T, Ribič H., in sod.. Ambulantno predpisovanje antibiotikov v Sloveniji. Boljše, vendar še ne dovolj. ISIS, oktober 2013: 66-8.

13. Čižman M, Mueller Premru M, Beović B, Bergoč M, Šibanc B, Reberšek Gorišek J, Jenko S, Poplas Sošić T, Ribič H., in sod. Dan antibiotikov 2013. ISIS, november 2013: 61-4.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE V LETU 2013

Brigita Mavsar-Najdenov, mag. farm., spec. klin. farm.
Predsednica komisije

UVOD

Komisija za antibiotike je posvetovalni organ strokovnega direktorja zavoda. Člane komisije imenuje strokovni svet, v sestavi: zdravniki specialisti - predstavniki temeljnih bolnišničnih oddelkov, klinični mikrobiolog oz. zdravnik za obvladovanje bolnišničnih okužb (ZOBO) in klinični farmacevt. Delovanje komisije je določeno s *Poslovnikom komisije za antibiotike zavoda*. 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
- spremljanje kazalnika kakovosti Ministrstva za zdravje (MZ) št. 46 - profilaktična raba antibiotikov (Priročnik o kazalnikih kakovosti MZ - sklop kazalnikov učinkovitosti zdravstvene oskrbe, december 2010)
- spremljanje kazalnika kakovosti 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, Ur .l. RS, št. 10/2011 z dne 18. 2 2011)
- izobraževanje in informacijska dejavnost
- sodelovanje v državnih in 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, Raziskovalna enota, strokovni kolegij zdravnikov, strokovni kolegij zdravstvene nege, upravni kolegij)

2 CILJI

Aktivnosti komisije so usmerjene v:
- doseganje nadzorovane, varne, učinkovite in stroškovno optimalne uporabe PMZ
- doseganje smiselne izkustvene in usmerjene uporabe PMZ, z upoštevanjem slovenskih priporočil za predpisovanje PMZ v bolnišnicah ter podatkov o občutljivosti najpogosteje osamljenih bakterijskih povzročiteljev okužb v SBJ
- izobraževanje in informiranje strokovnega osebja

Osnovni cilj vseh aktivnosti komisije **je varna, učinkovita in kakovostna oskrba bolnikov s protimikrobnimi zdravili v SBJ.**

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 2013

Člani smo se sestali na enem sestanku.

4.1 ANALIZA PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

Stroškovno in količinsko smo analizirali 8-mesečno porabo PMZ v letu 2013 in porabo PMZ v letu 2012. Analizirali smo tudi porabo PMZ v enotah ATC DDD/100 BOD v SBJ in primerjalno s povprečnimi vrednostmi za slovenske splošne bolnišnice, kar spremljamo kot kazalnik kakovosti MZ.

4.2 SPREMLJANJE KAZALNIKA KAKOVOSTI MZ ŠT. 64 - BOLNIŠNIČNA PORABA PMZ

Spremljanje kazalnika je obvezno od leta 2011. Podatki o bolnišnični porabi PMZ v Sloveniji se zbirajo na nacionalni ravni, glede na tip bolnišnic in na ravni oddelkov. Izključena je poraba v enodnevni ali dnevni bolnišnični obravnavi bolnikov.
Števec: število definiranih dnevnih odmerkov (DDD - defined daily dose), opredeljenih po zadnji verziji Svetovne zdravstvene organizacije.
Imenovalec: število dni hospitalizacije in število sprejemov v bolnišnico ter na bolnišnične oddelke in intenzivne enote.
Vrednost kazalnika je izražena v DDD/100 dni hospitalizacije in DDD/100 sprejemov.

Tabela 1: Primerjava porabe protibakterijskih zdravil (J01) v SBJ s povprečnimi vrednostmi slovenskih splošnih bolnišnic (v številu DDD/100 BOD)

	2011		2012	
	slovensko povprečje	SBJ	slovensko povprečje	SBJ
Celotna bolnišnična poraba	59,12	53,98	57,64	54,21
IIT	134,28	87,89	132,50	50,30
KIT-CIT-EITOS	174,80	139,20	204,81	136,78
INTERNI ODD.	68,46	65,80	63,69	69,54
KIRURŠKI ODD.	59,92	48,56	54,23	46,03
GIN-POR ODD.	31,03	27,26	31,32	22,83
OTROŠKI ODD.	43,63	25,81	42,35	24,42

(*Vir: https://anbico.si-map.org/. Podatki so obdelani po metodologiji:* ***ATC 2012.***)

Podatki za Slovenijo kažejo rahel upad bolnišnične porabe antibiotikov. Naša bolnišnica se vsa opazovana leta uvršča med bolnišnice z nižjo porabo antibiotikov, z vrednostmi pod slovenskim povprečjem. V letu 2012 smo prvič v vseh opazovanih letih presegli povprečno vrednost in sicer med internimi oddelki slovenskih bolnišnic. Celotna bolnišnična poraba antibiotikov je v letu 2012 presegla vrednost, doseženo v letu prej, vendar je še vedno pod slovenskim povprečjem. Opažamo porast porabe penicilinov, karbapenemov, makrolidov, kinolonov, linezolida, vankomicina, nitrofurantoina in rifampicina.

Tabela 2: Primerjava porabe protiglivičnih zdravil (J02) v SBJ s povprečnimi vrednostmi slovenskih splošnih bolnišnic (v številu DDD/100 BOD)

	2011		2012	
	slovensko povprečje	SBJ	slovensko povprečje	SBJ
Celotna bolnišnična poraba	2,13	1,95	1,93	1,36
IIT	15,39	21,29	14,1	7,43
KIT-CIT-EITOS	28,92	25,10	21,25	21,40
INTERNI ODD.	3,09	1,90	2,8	1,62
KIRURŠKI ODD.	0,96	0,72	0,88	0,32
GIN-POR ODD.	0,22	0,55	0,55	0,06
OTROŠKI ODD.	1,12	0,00	1,48	0,03

(*Vir: https://anbico.si-map.org/. Podatki so obdelani po metodologiji:* ***ATC 2012.***)

Na področju bolnišnične porabe antimikotikov opažamo znižanje porabe tako na nacionalnem nivoju, kakor tudi v naši bolnišnici. V letu 2012 smo presegli povprečno vrednost in sicer med intenzivnimi enotami slovenskih bolnišnic. Opažamo porast porabe amfotericina in kaspofungina.

4.3 SPREMLJANJE KAZALNIKA KAKOVOSTI MZ ŠT. 46 - PROFILAKTIČNA RABA ANTIBIOTIKOV

Spremljanje kazalnika je obvezno od leta 2011. Podatki o usklajenosti profilaktične uporabe PMZ s slovenskimi smernicami se zbirajo na nacionalni ravni, pri treh izbranih vrstah elektivnih kirurških posegov: kolorektalna operacija, zamenjava kolka in histerektomija. Izključeni so pacienti z nenačrtovano operacijo, z dokazano predoperativno okužbo in alergijo za PMZ.
Števec: število bolnikov, ki izpolnjujejo vključitvene kriterije in kriterije profilaktične uporabe PMZ po smernicah.
Imenovalec: število bolnikov, ki izpolnjujejo vključitvene kriterije, ne izpolnjujejo pa enega ali več kriterijev profilaktične uporabe PMZ po smernicah.
Vrednost kazalnika je izražena v odstotku bolnikov, ki so prejeli protimikrobno zaščito pri izbranem elektivnem kirurškem posegu v skladu s slovenskimi smernicami.

Tabela 3: Primerjava doseženih vrednosti kazalnika pri op. posegih, ki so vključeni v sledenje

	2011	2012	2013
kolorektalne operacije	80 %	91,3 %	74,5 %
zamenjave kolka	79,7 %	99 %	73,7 %
histerektomije	22,7 %	65,2 %	89 %

4.4 SODELOVANJE V DRŽAVNI IN EVROPSKI MREŽI SPREMLJANJA PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL (*ESAC – EUROPEAN SURVEILLANCE OF ANTIMICROBIAL CONSUMPTION*)

Letos teče že dvanajsto leto vključitve v državno in evropsko mrežo spremljanja ambulantne in bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil. Podatke o porabi vsako leto pošljemo koordinatorju za Slovenijo, prof. dr. Milanu Čižmanu na Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, kjer jih obdelajo in 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. Podatki so osnova za analizo porabe protimikrobnih zdravil v ATC/DDD sistemu, ki omogoča primerjave med bolnišnicami na državnem in mednarodnem nivoju.

4.3 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

- ob 18. novembru smo na intranetu SBJ objavili kratko sporočilo Posveta ob mednarodnem dnevu preudarne rabe antibiotikov, ki ga je organiziralo Ministrstvo za zdravje RS
- prenovljena je bila spletna stran Komisije za antibiotike

5 NAČRT DELA V LETU 2014

Področje	**Naloga**
Spremljanje porabe PMZ	- Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 1. 1. do 31. 12. 2013 - Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 1. 1. do 31. 8. 2014 - Spremljanje in analiza porabe PMZ v ATC DDD/100 BOD – sodelovanje v državni in evropski mreži porabe protimikrobnih zdravil
Spremljanje kazalnikov kakovosti	- Spremljanje bolnišnične porabe PMZ - obvezen kazalnik kakovosti Ministrstva za zdravje, št. 64 - Spremljanje profilaktične rabe antibiotikov - obvezen kazalnik kakovosti Ministrstva za zdravje, št. 46
Interna priporočila za uporabo PMZ	- Protimikrobna zaščita pri nenačrtovanih zamenjavah kolka zaradi poškodbe (izsledki raziskave v SBJ, opravljene v letu 2013)

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA V LETU 2013

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
- izdajanje mnenj glede izvedb kliničnih raziskav zdravil faze VI 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

Aktivnosti komisije so usmerjene v:
- doseganje nadzorovane, varne, učinkovite in stroškovno optimalne uporabe zdravil
- nadzor nad poročanjem v sistem farmakovigilance
- nadzor nad kliničnimi raziskavami zdravil faze VI
- izobraževanje in informiranje strokovnega osebja

Osnovni cilj vseh aktivnosti komisije je **varna, učinkovita in kakovostna oskrba bolnikov z zdravili v SBJ**

3 ČLANI

1. Brigita Mavsar Najdenov, mag. farm., spec. kl. farm. - predsednica
2. prim. asist. Janez Pšenica, dr. med., spec. krg. - član
3. Janez Poklukar, dr. med., spec. int. - član
4. Judita Mandelc Kunčič, dr. med., spec. anest. - članica
5. Eva Macun, dr. med., spec. gin. - član
6. Peter Najdenov, dr. med., spec. ped. - član

4 OPRAVLJENO DELO V LETU 2013

Člani smo se sestali na enem izrednem in na dveh rednih sestankih. Ena seja je bila izvedena korespondenčno.

4.1 SPREMLJANJE IN ANALIZA PORABE ZDRAVIL

Trend zniževanja porabe denarja za zdravila je opazen od leta 2010 dalje in je v letu 2013 dosegel vrednost pod 1,5 M EUR in sicer 1.408.670,51 EUR, kar je najnižja vrednost v zadnjih šestih letih.

Tabela 1: Prikaz porabe zdravil in ostalega materiala v letih 2010, 2011 in 2012

	PORABA V LETU 2011 v EUR	***2011/ 2010***	***PORABA V LETU 2012 v EUR***	***2012/ 2011***	***PORABA V LETU 2013 v EUR***	***2013/ 2012***
ŠTEVILO ODPUŠČENIH PACIENTOV	13.240	99 %	13.790	104 %	13.006	94 %
CELOTNA PORABA LEK. MAT.	5.804.880,31	100 %	5.764.440,25	99 %	5.404.670,51	94 %
CELOTNA PORABA LEK. MAT./PACIENTA	438	101 %	418	95 %	415	99 %
ZDRAVILA	1.553.309,68	98 %	1.531.729,32	98 %	1.408.283,89	92 %
delež zdravil v celotni porabi lek. materiala	26,80%		26,57 %		26,06 %	
ZDRAVILA/PACIENTA	117	99 %	111	95 %	108	97 %
NARKOTIKI	21.886,08	78 %	20.065,96	92 %	18.297,37	91 %
ANTIBIOTIKI	342.270,85	95 %	338.099,11	98 %	304.885,05	90 %
delež antibiotikov v porabi zdravil	22,0 %		22,0 %		22,0 %	
ANTIBIOTIKI/PACIENTA	25,8	96 %	24,5	95 %	23,4	95 %
NM HEPARINI	64.733,36	79 %	59.820,76	92 %	55.254,40	92 %
delež NMH v porabi zdravil	4,2 %		3,9 %		3,9 %	
ALERGENI	1.796,71	68 %	2.523,51	140 %	1.802,31	71 %
KRI	n. p.		n. p.		n. p.	
SERUMI	5.599,03	69 %	6.470,47	116 %	7.499,14	115 %
PLAZMA	n. p.		n. p.		n. p.	
ALBUMINI	87.350,26	80 %	67.919,28	78 %	62.752,60	92 %
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	106.464,65	95 %	111.742,52	105 %	110.503,98	99 %
DIETETIČNA HRANA	34.295,66	76 %	34.695,19	101 %	31.499,40	91 %
OBVEZILNI MATERIAL	353.559,07	106 %	363.419,25	103 %	315.374,08	87 %
ŠIVALNI MATERIAL	100.073,87	122 %	94.010,73	94 %	87.539,46	93 %
OSM. PROTEZE	1.018.670,45	116 %	979.419,85	96 %	901.893,50	92 %
OSTALI POTR. MATERIAL	1.346.359,76	98 %	1.400.929,82	104 %	1.346.726,39	96 %
RENTGENSKI MATERIAL	130.539,15	112 %	110.654,02	85 %	111.251,66	101 %
DIALIZNI MATERIAL	428.564,88	94 %	391.344,86	91 %	366.517,63	94 %
LABORATORIJSKI TESTI	522.769,98	103 %	611.042,26	117 %	608.435,91	99
TRANSFUZIJSKI TESTI	21.852,54	81 %	n.p		n.p	
KISIK	25.852,80	75 %	n.p		n.p	
KEMIKALIJE FARM.	26.404,84	129 %	14.825,75	56 %	11.470,61	77 %
KEMIKALIJE ANAL.	4.001,55	135 %	2.662,63	66 %	2.921,67	110 %
EMBALAŽA LEK	4.207,85	113 %	4.035,42	96 %	3.709,26	92 %
MAGISTRALNI PREPARATI	3.800,30	101 %	3.047,32	80 %	2.849,98	94 %
LEK.- PREDELAVA, NESTERILNI PRIPR.	5.087,15	142 %	4.763,53	94 %	3.810,05	80 %

Število odpuščenih pacientov je bilo v letu 2013 za 6 % manjše v primerjavi z letom 2012. Za 8 % se je znižal strošek za zdravila, za nizkomolekularne heparine in za albumine. Za 10 % se je znižal strošek za antibiotike. Delež stroška za zdravila v strošku vsega lekarniškega materiala se v opazovanih letih znižuje in je leta 2013 dosegel vrednost 26,06 %. Delež stroška za antibiotike v strošku za zdravila je v zadnjih štirih letih konstanten, 22 %. Prav tako se v opazovanih letih znižujeta stroška za porabljena zdravila na pacienta in strošek za porabljene antibiotike na pacienta, ki sta leta 2013 dosegla najnižje vrednosti v zadnjih petih letih. Trendi zniževanja stroškov so v letu 2013 opazni pri vseh skupinah zdravil.

Za primerjavo so dodane še vrednosti porabe denarja na kontnih skupinah lekarniškega materiala, ki obsegajo medicinsko tehnične pripomočke (MTP). V letu 2013 je opazen trend zniževanja stroškov pri vseh skupinah, razen pri rentgenskem materialu in analitskih kemikalijah.

4.2 ODOBRITVE NOVIH IDENTOV ZDRAVIL

Obravnavali smo 72 in odobrili 71 predlogov novih identov zdravil, od katerih je bilo 25 odobrenih izredno. Največ predlogov novih zdravil je bilo podanih s strani nevrološke ambulante (27), protibolečinske ambulante (10), EITOS (8) in internega oddelka z IIT (8).

4.3 NEREGISTRIRANA ZDRAVILA

Na seznamu, ki je bil v letu 2013 zelo natančno revidiran glede vrste zdravil, njihovih strokovnih utemeljitev uporabe in potrebnih letnih količin, je 86 zdravil, od teh jih je 32 na seznamu nujno potrebnih zdravil za uporabo v humani medicini Ministrstva za zdravje RS.

4.4 VARNOST, UČINKOVITOST IN KAKOVOST UPORABE ZDRAVIL

Zaradi vse pogostejših cenejših generičnih zdravil za parenteralno uporabo smo sprejeli sklep o medsebojni zamenljivosti zdravil za parenteralno uporabo v SBJ (s strani JAZMP so na seznamu medsebojno zamenljivih le zdravila za peroralno uporabo).

Izvedli smo revizijo seznama magistralnih zdravil, ki jih izdeluje lekarna SBJ za uporabo na oddelkih in v ambulantah SBJ. Na seznamu je 40 magistralnih pripravkov.

4.5 PRIJAVLJANJE NEŽELENIH UČINKOV ZDRAVIL IN ZASTRUPITEV Z ZDRAVILI

V letu 2013 smo v SBJ zaznali in prijavili 15 neželenih učinkov zdravil. Vseh petnajst prijav je bilo s strani otroškega oddelka SBJ.

4.6 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

V letu 2013 smo objavili 16 obvestil glede varne in učinkovite uporabe zdravil.
Prenovljena je bila spletna stran Komisije za zdravila. V skladu s spremembami pri preskrbi zdravil so bile v letu 2013 večkrat dopolnjene tabele, ki so objavljene v rubriki *»ZDRAVILA«:*

- *Seznam zamenljivih zdravil v SBJ –peroralne oblike*
- *Seznam zamenljivih zdravil v SBJ –parenteralne oblike*
- *Priprava in aplikacija zdravil za parenteralno uporabo*

4.7 JAVNA NAROČILA ZDRAVIL

Imenovana je bila delovna skupina za javna naročila zdravil (JNZ), v katero so vključeni zdravniki s področij anestezije in reanimacije, EITOS, kirurgije, interne medicine, dialize, pediatrije, ginekologije ter porodništva, radiologije in specialističnih ambulant. Naloge delovne

skupine so pregled, uskladitev nabora zdravil s potrebami po področjih uporabe in opredelitev osnovnih opisov ter predvidenih letnih količin zdravil.

5 NAČRT DELA V LETU 2014

Področje	Naloga
Spremljanje porabe zdravil	• Stroškovna in količinska analiza porabe zdravil od 1. 1. do 31. 12. 2013 • 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
Javna naročila zdravil	• Revizija nabora, osnovnih opisov in letnih količin zdravil za leto 2015

KAZALNIKI KAKOVOSTI V LETU 2013

V skladu s prilogo za bolnišnice k Splošnemu dogovoru spremljamo kazalnike kakovosti, katerih vrednosti za leto 2013 so prikazane v spodnji preglednici:

št. KK	Ime kazalnika	Opomba	Števec	Imenovalec	Vrednost
21	Razjede zaradi pritiska	skupno št.vseh pacientov z RZP	705	7.697	9,159%
		št.pacientov, ki so pridobili RZP v bolnišnici	60	7.697	0,780%
		št.pacientov, pri katerih je RZP prisotna že ob sprejemu v bolnišnico	645	7.697	8,380%
22	Čakalna doba na CT	Delež hosp.pacienotv pri katerih je CT opravljen več kot 24 ur po njenem naročilu	6	967	0,62
23	Učinkovitost dela v operacijskem bloku - operacijske dvorane z načrtovanim operativnim programom	delež odpadlih operacij	184	2.432	7,57%
		delež urgentnih operacij	838	4.339	19,31%
		izkoriščenost operacijske dvorane	184.769	350.220	52,76%
		povprečno trajanje operacije v min	184.769	3.501	52,78
	Učinkovitost dela v operacijskem bloku - operacijske dvorane za izvajanje amb.kirurških posegov (dnevna kirurgija)	delež odpadlih operacij	69	1.085	6,36 %
		delež urgentnih operacij	0	1.016	0,00 %
		izkoriščenost operacijske dvorane	31.684	71.760	44,15 %
		povprečno trajanje operacije v min	31.684	1.016	31,19
45	Čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka (65+)	delež pacientov sprejetih zaradi zloma kolka, operiranih znotraj 48-ih ur po sprejemu	132	157	84,076
47	Pooperativna trombembolija	delež pooperativnih trombembolij na 100.000 posegov	12	4.602	260,76
65	Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)	št.poškodb na 100 zaposlenih	45	487	9,240
68	Padci pacientov	vsi padci hospitaliziranih pacientov	95	55.762	1,704
		vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov	25	55.762	0,448
		vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami	5	95	5,263
70	Nenamerna punkcija ali laceracija	št.nenamernih punkcij ali laceracij pacientov na 1.000 sprejemov	11	7.697	1,429
71	Kolonizacija z MRSA - v bolnišnici pridobljena		17	128	0,133

V letu 2013 beležimo slabše rezultate na področju preprečevanja razjede zaradi pritiska (RZP), prenosa MRSA in padcev. Dosegli smo cilj na področju katetrskih seps in kolonizacije osrednjih venskih katetrov (OVK). Pri kazalniku RZP smo verjetno postavili previsok cilj. Za leto 2014 si moramo postaviti bolj realne in dosegljive cilje.

KAZALNIK KAKOVOSTI – PADCI

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Namestnica PDZN za področje izobraževanja in kakovosti

UVOD

V letu 2013 na področju preprečevanja padcev nismo dosegli zastavljenih ciljev na področju vseh padcev,pri številu padcev iz postelje in številu pacientov, ki jih je po padcu pregledal zdravnik. Pri padcih v nočnem času smo dosegli postavljeni cilj. 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 rezultatu.

1 CILJI 2013

- 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 30 %;
- Število pregledov zdravnika po padcu pacienta dvigniti na 100 %.

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 pacientov, ki so padli, s strani zdravnika;
- Prikaz števila vseh padcev po mesecih v primerjavi s povprečnim številom v letu 2012;
- Prikaz števila vseh padcev s postelje v primerjavi s povprečnim številom padcev v letu 2012;
- 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 2013

	Povprečje in delež 2012	Cilj 2013	Število jan – dec 2013	Incidenca jan – dec 2013
Incidenca vseh padcev pacient./1000 BOD	**1,1**	**1,0**	**95**	**1,7**
Incidenca padcev pacientov s postelje na 1000 BOD	**0,3**	**0,3**	**25**	**0,4**
Delež in št. vseh padcev v nočnem času	**38 %**	**30 %**	**24 %**	
Delež in število pacientov, ki so padli in jih je zdravnik pregledal takoj po padcu	**97 %**	**100 %**	**95 %**	

Tabela 2: Kazalnik za obdobje 1. 1. 2012 – 31. 12. 2013

Števec	Število vseh padcev X 1000	**95 x 1000 = 1,7**
Števec	Število padcev s postelje x 1000	**25 x 1000 = 0,4**
Imenovalec	Število bolniških oskrbnih dni za vse hospitalizirane paciente	**55.762**

Graf 1: Prikaz števila vseh padcev in padcev s postelje v letih 2010, 2011, 2012 in 2013

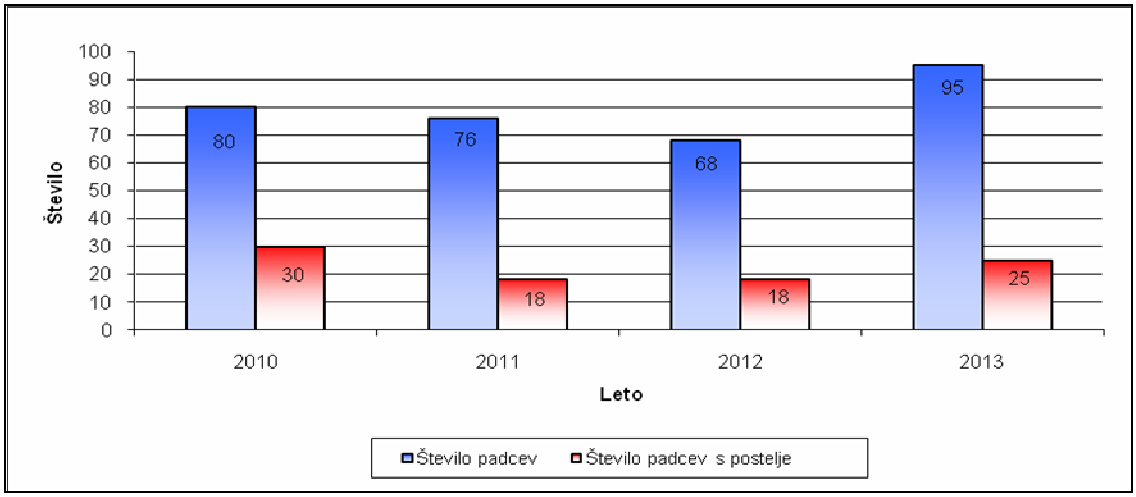
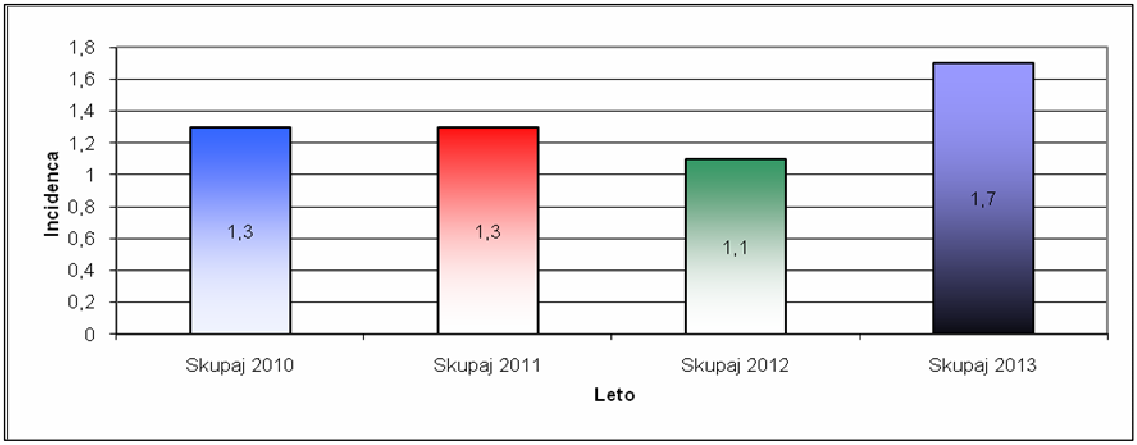


Tabela 3: Odstotek povečanja padcev v letu 2013

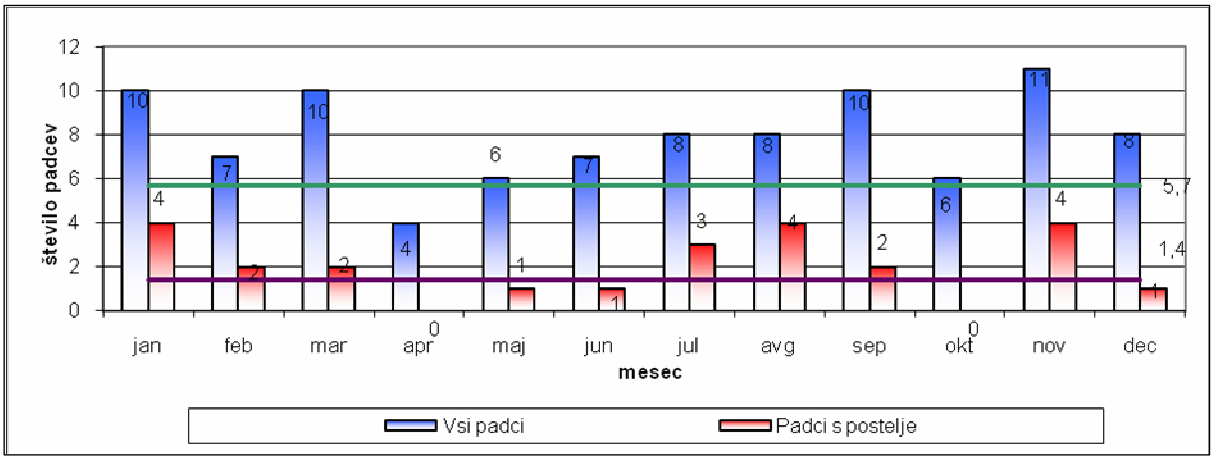
	% povečanja padcev glede na leto 2013
Število padcev	40 %
Število padcev s postelje	39 %

Graf 2: Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 bolnišnično oskrbnih dni

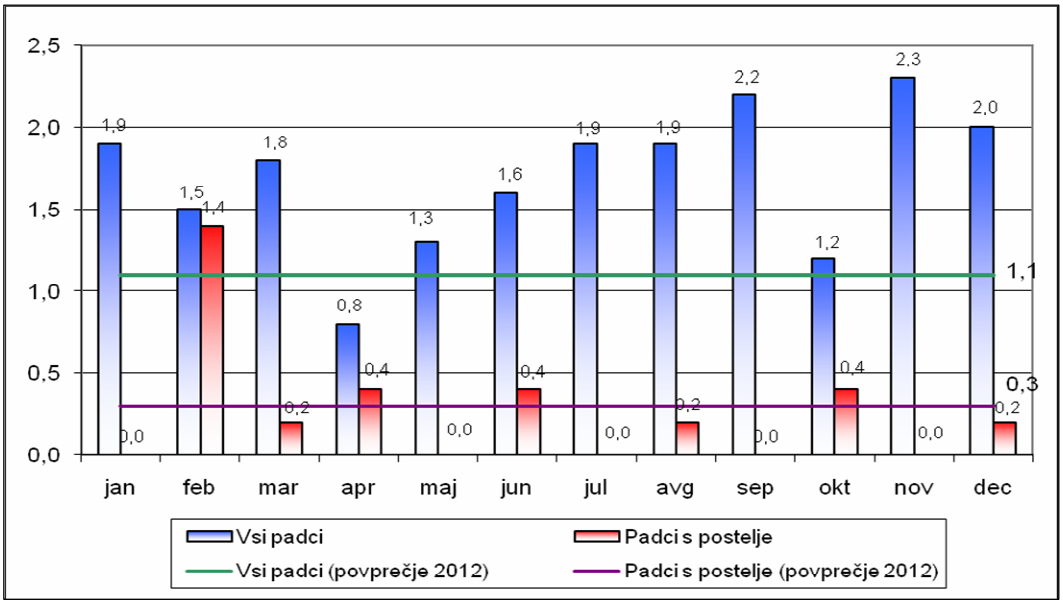


Graf 3: Incidenca padcev pacientov z bolniške postelje na 1000 bolnišnično oskrbnih dni

Graf 4: Gibanje števila vseh padcev in padcev s postelje v letu 2013 v primerjavi s povprečnim številom v letu 2012



Graf 5: Incidenca vseh padcev in padcev s postelje v letu 2013 v primerjavi s povprečno incidenco v letu 2012



Graf 6: Primerjava števila padcev glede na poškodbo v letih 2010 do 2013

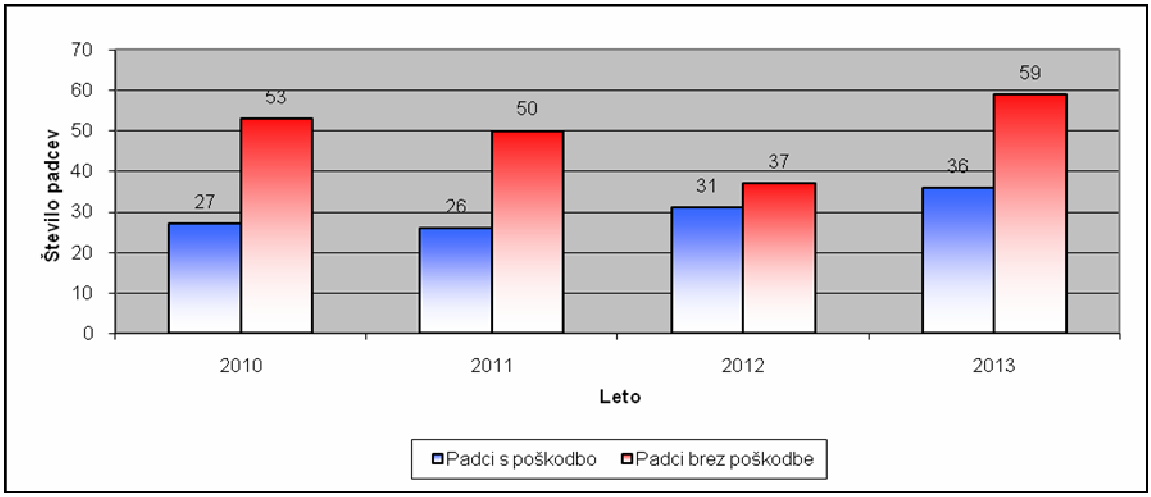


Tabela 4: Odstotek padcev glede na poškodbo v letih 2010 do 2013

	2010	**2011**	**2012**	**2013**
Padci s poškodbo	34 %	34 %	46 %	38%
Padci brez poškodbe	66 %	66 %	54%	62%

Graf 7: Delež posameznih poškodb, ki so nastale zaradi padca, v letu 2013

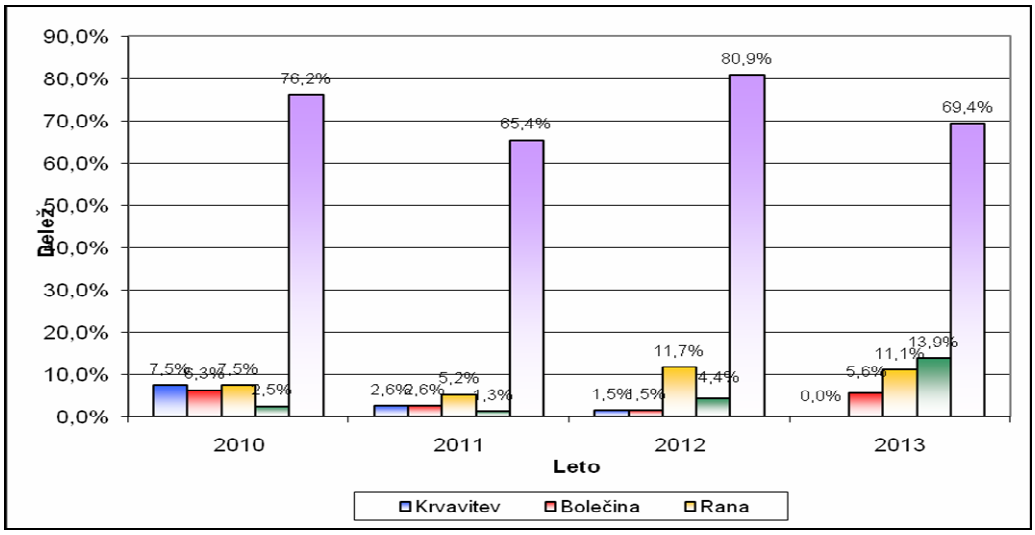
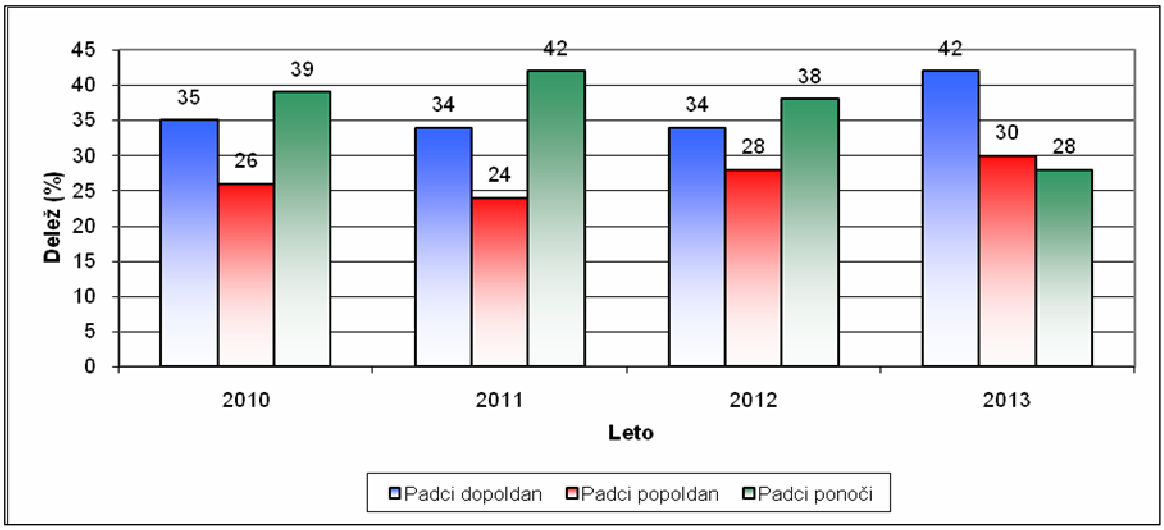


Tabela 5: Delež posameznih poškodb, ki so nastale zaradi padca, v letih 2010 do 2013

Vrsta poškodbe	2010	2011	2012	2013
Krvavitev	7,5%	2,6%	1,5%	0,0%
Bolečina	6,3%	2,6%	1,5%	5,6%
Rana	7,5%	5,2%	11,7%	11,1%
Zlom kosti	2,5%	1,3%	4,4%	13,9%
Drugo	76,2%	65,4%	80,9%	69,4%

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 letu 2013

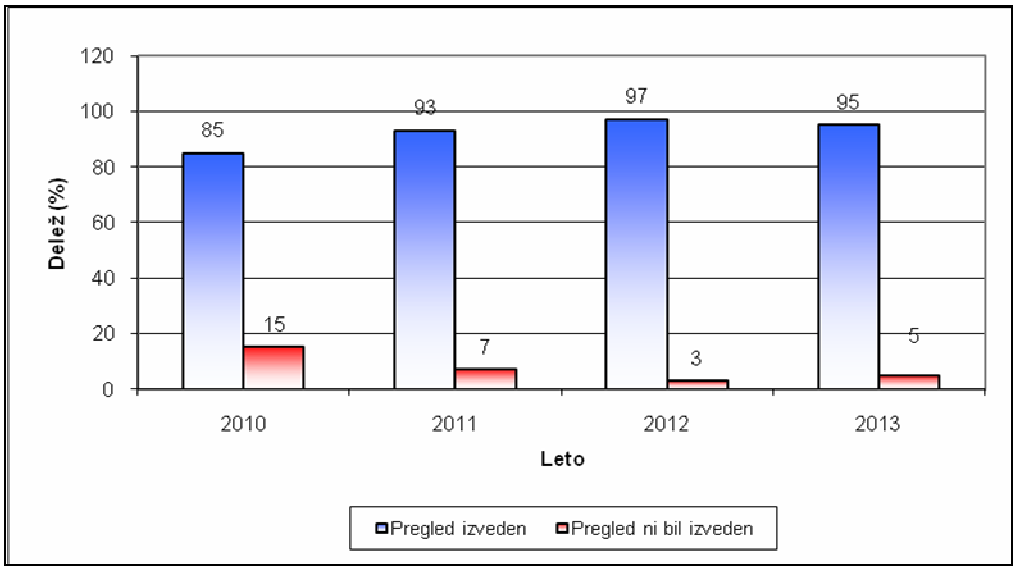


Tabela 6: Prikaz deleža pacientov po oddelkih, ki so padli in jih je zdravnik pregledal takoj po poškodbi, v letih 2010 do 2013

Pregled zdravnika po padcu	2010	2011	2012	2013
Interni oddelek	87 %		94%	95%
Kirurški oddelek	84 %		100%	90%
OZZN	100 %		100%	100%
Ginekološko-porodniški oddelek	/		100%	100%
IIT	100%		100%	100%
Skupaj	85 %	93 %	97 %	95%

Tabela 7: Prikaz vzrokov za padec

Vzrok padca	Skupaj
Sam je vstal in hodil, neupoštevanje navodil	0
Omotica, kolaps	8
Zmedenost, oslabelost, delirij	33
Potreba po izločanju in odvajanju	27
Mokra tla	0
Transfer na invalidski voziček	1
Drugo	26

Kazalniki, ki smo jih spremljali, so opredeljeni v Procesu celostne oskrbe pacienta. Izvajali smo načrtovane ukrepi za preprečevanje padcev.

6 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2013

Cilj št. 1	**Zmanjšanje incidence vseh padcev pacientov na 1,0 / 1000 BOD**
Izvedene aktivnosti	- izvajanje preventivnih in načrtovanih ukrepov za preprečevanje padcev - organizacija delavnic za preprečevanje padcev – razširjanje dobre prakse - izvajanje nadzornih pregledov ocenjevanja, načrtovanja in izvajanja aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev, izvajanje VV/VR - pregledi skladnosti ocenjevanja, planiranja in izvajanja preventivnih aktivnosti ZN, VR,VV - pregled vzrokov za padce - izobraževanje negovalnega tima
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. Incidenca v letu 2013 za vse padce je bila 1,8 število padcev se je povečalo za 40 % v primerjavi z letom 2012.
Cilj št. 2	**Zmanjšanje incidence padcev s postelje 0,3/ 1000 BOD**
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. Incidenca v letu 2013 za padce s postelje je 0,4. Število padcev pacientov s postelje se je povečalo za 38% glede na leto 2012.
Cilj št. 3	**Zmanjšanje števila padcev v nočnem času na 30%**
Kazalnik	**Zmanjšanje za 8 % glede na raven 2012**
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 je bil dosežen. V nočnem času je padlo 24 % pacientov, kar je 14 % manj, kot v letu 2012.
Cilj št. 4	**Povečati delež zdravnikovih pregledov pacienta po padcu na 100 %**
Izvedene aktivnosti	- seznanjanje zdravnikov o potrebi pregleda po padcu - poročanje na Strokovnem svetu zavoda - opozarjanje zdravnika, da vnese poročilo o padcu v B21
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. Po padcu je bilo pregledanih 95 % pacientov.

7 RAZPRAVA

Aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev so bile tudi v preteklem letu intenzivne, vendar kljub temu nismo dosegli postavljenih ciljev, razen pri padcih v nočnem času.

Ocenjevanje tveganja za padec in planiranje preventivnih negovalnih aktivnosti je postalo vsakdanje utečeno delo zaposlenih v zdravstveni negi. Delo poteka po protokolu SOP 5, ki je bil napisan in sprejet že v letu 2008 in v letu 2010 dopolnjen.

Iz zgornjih grafov je razvidno, da se je število vseh padcev povečalo in sicer iz 68 v letu 2012 na 95 v letu 2013, kar znaša 40 %. Prav tako se je pvečalo število padcev s postelje iz 17 na 25 ali za 38 %. Največ padcev smo zabeležili v mesecu novembru 2013 in sicer 11. Povprečno število padcev je bilo 7,9 na mesec, s postelje pa 2,1 na mesec. Incidenca vseh padcev je 1,7, incidenca padcev s postelje je 0,4.

V letu 2013 smo zabeležili štiri padce na pediatričnem oddelku, v sprejemni ambulanti enega, dnevnem oddelku enega, radiološkem oddelku tri in operacijskem bloku enega.

V grafu 7 so prikazane poškodbe zaradi padcev. Pri 59 padcih ni bilo poškodbe, v 30 primerih so pacienti utrpeli lažje poškodbe, 5 padcev pa se je končalo z zlomom kosti (zlom kolka dvakrat, zlom rebra, zlom ključnice, zlom komolca).

V nočnem času se je zgodilo 24 % vseh padcev, kar je 14 % manj kot v letu 2013, dosegli smo postavljeni cilj.

Pri pregledu zdravnika po padcu nismo dosegli postavljenega cilja. Pregled je bil opravljen pri 95 % , kar je 2 % manj kot v letu 2012.

Vzroki za padce so največkrat zmedenost pacienta, delirij, oslabelost, vrtoglavica ter potreba po izločanju in odvajanju.

8 CILJI ZA LETO 2014

- 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 %,
- Število zdravnikovih pregledov pacienta povečati na 100 %.

KAZALNIK KAKOVOSTI – RAZJEDA ZARADI PRITISKA

Oti Mertelj. dipl. m. s.
Koordinator ZN za oskrbo kroničnih ran

V Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) poleg ostalih kazalnikov kakovosti vodimo tudi kazalnik razjede zaradi pritiska (RZP). V letu 2013 so bili spremenjeni kriteriji za izračun incidence razjede zaradi pritiska. Incidenco za leto 2013 nismo računali na vse sprejete paciente tako kot prejšnja leta, ampak smo pri sprejetih pacientih upoštevali izključitvene kriterije. V imenovalec niso več šteti pacienti, mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki. Namesto na 1.000 sprejetih pacientov in v promilih je izračun za leto 2013 na 100 pacientov (v odstotkih).

Že vsa prejšnja leta smo poleg kazalnika z izračunom incidence na vse sprejete paciente vodili tudi kazalnik RZP z izključitvenimi kriteriji, vendar z izračunom v promilih.

1 KAZALNIKI KAKOVOSTI RAZJEDE ZARADI PRITISKA

1. Skupno število vseh pacientov z RZP, pridobljeno v bolnišnici, in število pacientov, ki so imeli RZP prisotno že ob sprejemu v bolnišnico – izračun je prikazan na 100 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji (v imenovalcu niso všteti pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki).

2. Število pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu v bolnišnico – izračun je prikazan na 100 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji (v imenovalcu niso všteti pacienti mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki).

3. Število pacientov, ki so pridobili RZP v času bivanja v bolnišnici – izračun je prikazan na 100 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 0,47 %. Tega cilja v letu 2013 nismo dosegli. Incidenca se je od načrtovane povečala za 0,31 % in za leto 2013 znaša 0,78 %.

Prikazovanje podatkov: polletno poročilo, letno poročilo.
V poročilih je prikazana tudi primerjava podatkov zadnjih treh let.

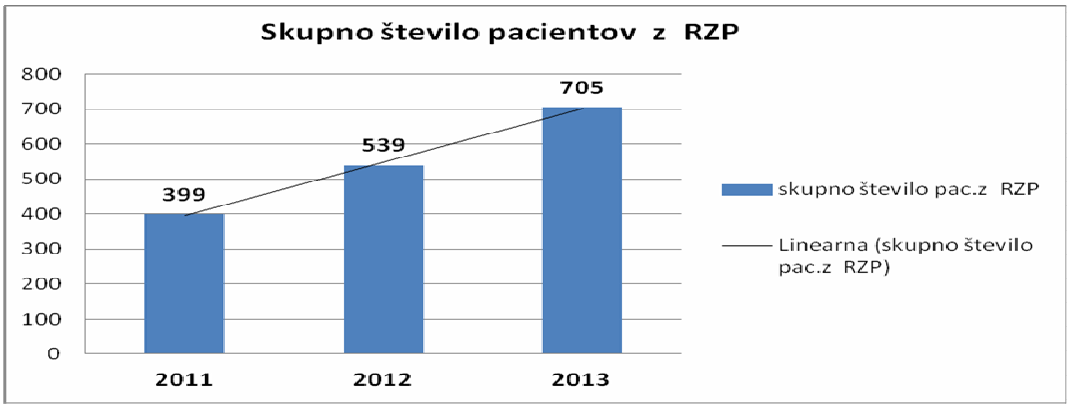
Viri podatkov:
- sprejemni list zdravstvene nege na bolniškem oddelku,
- klinična pot za sprejem pacienta v urgentno ambulanto,
- list za spremljanje in evidentiranje bolnikov z RZP,
- temperaturni list,
- list za oskrbo kronične rane/razjede,
- list proces zdravstvene nege,
- računalniški program K 21.

Nosilec: koordinator ZN za oskrbo kroničnih ran, koordinatorice ZN na oddelkih, vodje zdravstvene nege v enotah, odgovorne medicinske sestre oddelkov in enot.

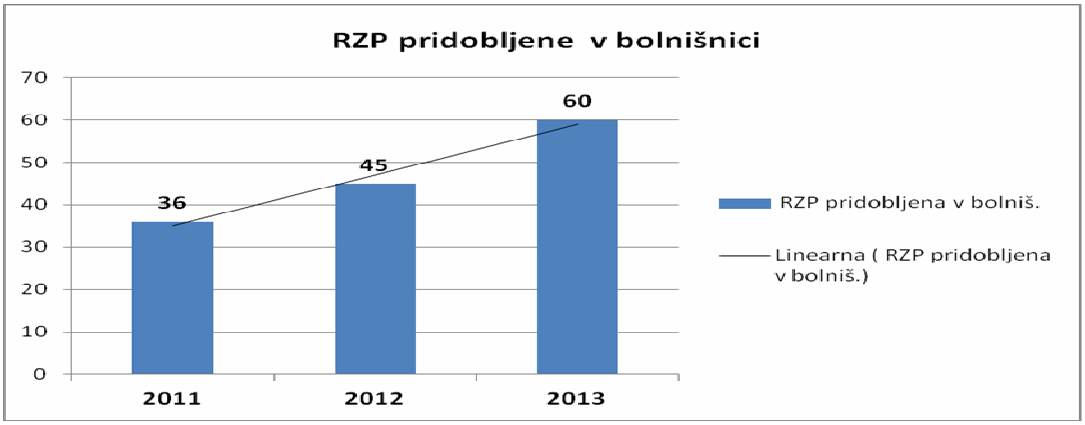
Tabela 1: Prikaz skupnega števila RZP, števila RZP, ki so jih pacienti imeli že ob sprejemu v bolnišnico in števila pridobljenih RZP v SBJ v letih od 2011 do 2013.

Leto	2011	2012	2013
Skupno število pacientov z RZP	399	539	705
Število pacientov z RZP ob sprejemu	363	494	645
Število pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	36	45	60

Graf 1: Prikaz skupnega števila pacientov z RZP (pridobljene in prinesene) v SBJ od leta 2010 do 2013.



Graf 2: Prikaz števila pacientov s pridobljeno RZP v SBJ od leta 2011 do 2013.



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 2011 do 2013

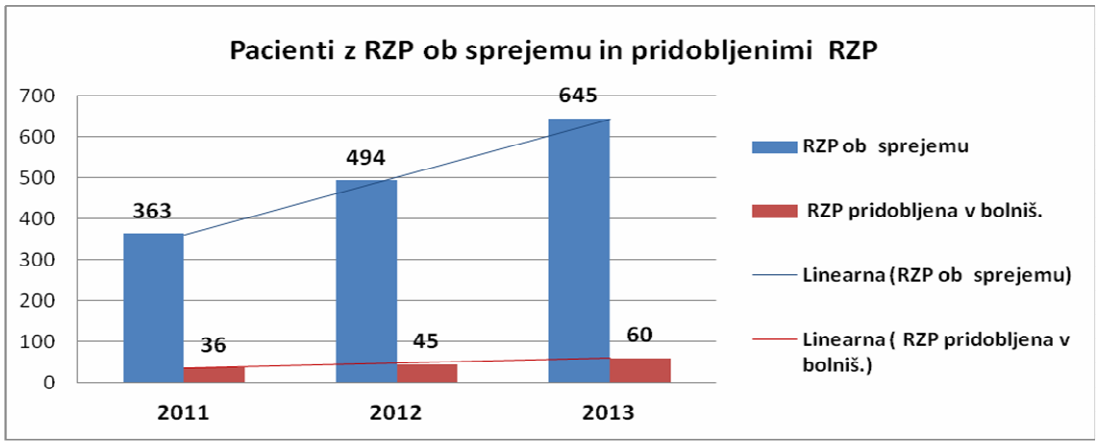
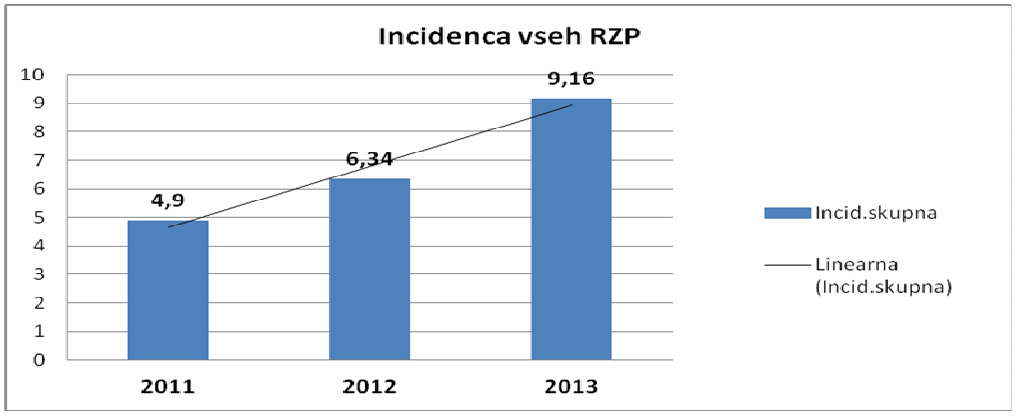


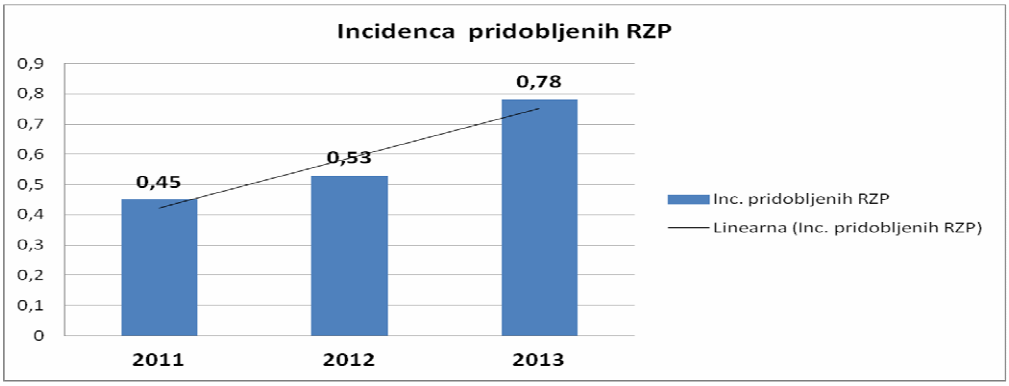
Tabela 2: Prikaz in primerjava skupne, prinešene in pridobljene incidence RZP, izražene v odstotkih, od leta 2011 do 2013.

Leto	2011	2012	2013
Število pacientov za izračun incidence z izključitvenimi kriteriji	8130	8498	7697
Incidenca vseh pacientov z RZP	4,91 %	6,34 %	9,16 %
Incidenca pacientov z RZP ob sprejemu	4,46 %	5,81 %	8,38 %
Incidenca pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	0,45 %	0,53 %	0,78 %

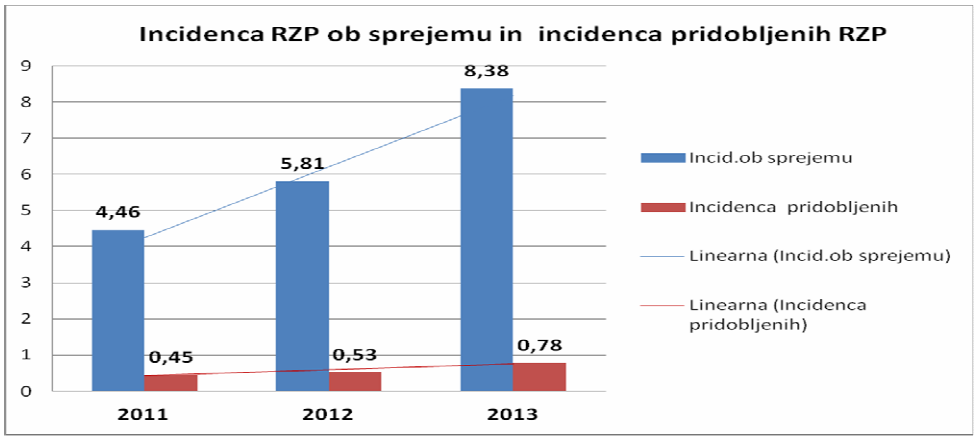
Graf 4: Prikaz skupne incidence vseh RZP (pridobljene in prinešene) v SBJ



Graf 3: Prikaz incidence pridobljenih RZP v SBJ od 2011 do 2013.



Graf 6: Prikaz incidence RZP ob sprejemu in pridobljenih RZP v SBJ od leta 2011 do 2013.

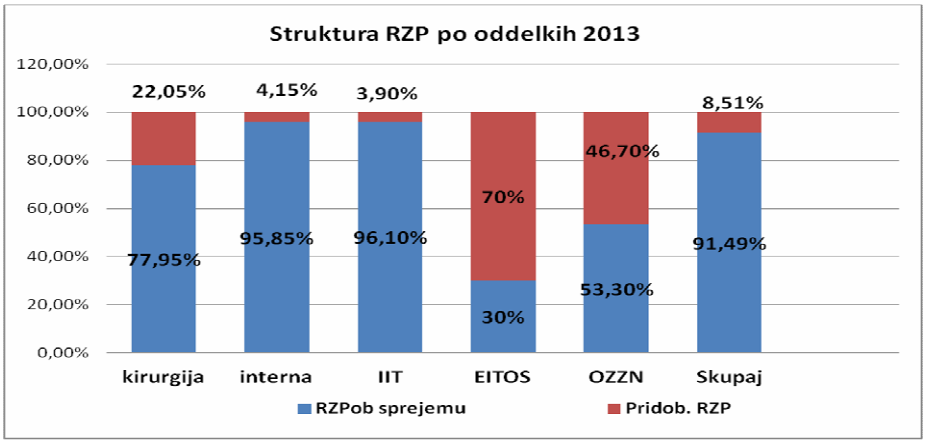


1.2 STRUKTURA RZP PO ODDELKIH IN ENOTAH V LETU 2013, PRISOTNIH OB SPREJEMU IN PRIDOBLJENIH V BOLNIŠNICI

Tabela 3: Prikaz števila RZP prisotnih ob sprejemu in RZP pridobljenih v bolnišnici po oddelkih in enotah v odstotkih za leto 2013.

Oddelek, enota	RZP prisotna ob sprejemu		RZP pridobljena v bolnišnici	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Kirurški oddelek	76	77,95 %	21,5	22,05 %
Interni oddelek	509	95,85 %	22	4,15 %
IIT	49	96,1 %	2	3,9 %
EITOS	3	30 %	7	70 %
OZZN	8	53,3 %	7	46,7 %
Operacijska			0,5	
Skupna v SBJ	**645**	**91,49 %**	**60**	**8,51 %**

Graf 7: RZP prisotne ob sprejemu in pridobljene v bolnišnici po oddelkih in enotah v odstotkih za leto 2013.



Graf 8: Primerjava števila pridobljenih RZP v SBJ po oddelkih, enotah v letu 2012 in 2013.

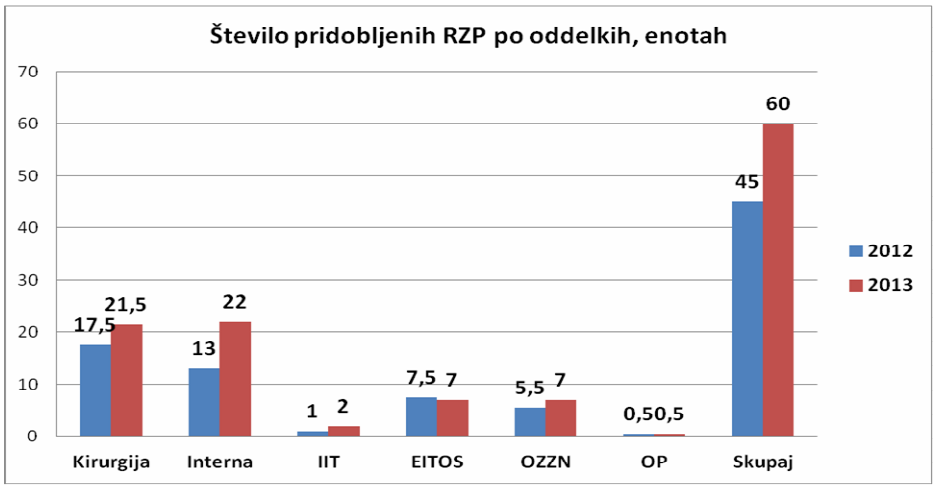


Tabela 4: Prikaz in realizacija ciljev za leto 2013 po oddelkih in enotah.

Oddelek, enota	Cilj za leto 2013		Doseganje cilja	
	Število	Incidenca	Število	Incidenca
IIT	2	0,5%	2	0,5 %
Interni oddelek	13	0,44 %	22	0,78 %
OZZN	5	2,3%	7	3,24 %
EITOS	8	6,8 %	7	4,38 %
Kirurški oddelek	12	0,26 %	22	0,53‰
Skupaj SBJ	**40**	**0,47 %**	**60**	**0,78 ‰**

Tabela 5: Varnostne vizite/razgovori, korektivni ukrepi - področje preventive RZP in oskrbe rane

Število VV/VR glede na nivo izvedbe (RZP, rane)	18
Število izrečenih ukrepov v zvezi z RZP	21
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	19
Skupna učinkovitost VV/VR	90%
Skupna učinkovitost izrečenih ukrepov	81%

2 RAZPRAVA

V letu 2013 je bilo v Splošni bolnišnici Jesenice sprejetih 645 pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu v bolnišnico. V primerjavi z lanskim letom se je število teh pacientov povečalo za 151. Povečalo se je tudi število pacientov, ki so pridobili RZP tekom zdravljenja v bolnišnici. V letu 2012 je bilo 45 pacientov, ki so RZP pridobili v bolnišnici, v letu 2013 pa 60 pacientov. Vsako leto si na začetku leta postavimo ciljno incidenco pridobljenih RZP in se skušamo tej vrednosti čim bolj približati. Mesečno spremljamo število in incidenco pacientov z RZP.

Incidenca pridobljenih RZP se je v letu 2013 v primerjavi z letom 2012 povečala za 0,25 %. Prav tako sta se povečali incidenca prinešenih RZP in sicer za 2,57 % ter skupna incidenca vseh RZP za 2,28%.

Poleg skupnega izračuna incidence in vodenja pacientov z RZP na nivoju bolnišnice vodimo izračune po oddelkih in enotah Splošne bolnišnice Jesenice. Za vsak oddelek in enoto smo na začetku leta prav tako določi cilje glede števila in incidence pacientov s pridobljeno RZP.
Glede na postavljene cilje sta le dve enoti dosegli cilj. To sta bili enota interne intenzivne terapije (IIT) ter enota kirurških operativnih strok (EITOS). Cilj IIT je bil 2 pacienta s pridobljeno RZP in incidenca 0,5 odstotka, ta cilj pa je bil tudi dosežen. V EITOS-u je bil cilj 8 pacientov z 6,8 % incidenco, RZP pa je v letu 2013 pridobilo 7 pacientov, tako da incidenca znaša 4,38%.

Na oddelku za zdravstveno nego sta bili pridobljeni 2 RZP več, kot je bilo načrtovano. Največji porast pridobljenih RZP beležimo na obeh večjih oddelkih, tako na kirurškem kot na internem oddelku. Na kirurškem oddelku gre za 10 pridobljenih RZP več, kot je bilo načrtovano, na internem pa za 9 več, kot je bilo načrtovano. Ob tem je potrebno poudariti, da je na interni oddelek vsako leto sprejetih vedno več pacientov, ki imajo RZP že ob sprejemu v bolnišnico. V letu 2012 je bilo teh pacientov 369, v letu 2013 je število naraslo na 509. V letu 2013 (kot tudi že v letu 2012) nismo dosegli ciljev glede pridobljenih RZP v bolnišnici.
Od 60 pacientov, ki so pridobili RZP v Splošni bolnišnici Jesenice, je 21 pacientov umrlo tekom hospitalizacije. Zaradi terapevtskega mirovanja ali terapevtskega položaja je RZP

pridobilo 7 pacientov. Zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja in ostalih notranjih ter zunanjih dejavnikov je RZP dobilo 16 pacientov. Nemir pacienta je povzročil nastanek 3 RZP. Še vedno je problem zavračanje menjave lege telesa in neupoštevanje navodil, kar je bil vzrok za nastanek 5 RZP. Premalo pozornosti opazovanju in prepoznavanju ogroženosti pri pacientih, ki imajo višje število točk po Nortonovi je vodilo k nastanku 7 RZP. Zaradi neustrezne razbremenitve je RZP pridobilo 9 pacientov. Zaradi inkontinence, febrilnega stanja in vlažnosti kože je RZP pridobilo 9 pacientov. Vratna opornica, CPAP maska in mavec so bili vzrok za nastanek 4 RZP.

Število pridobljenih RZP se je v letu 2013 povečalo za 15 primerov – kljub izobraževanju, nadzorom in delavnicami z zaposlenimi. Za lažjo menjavo lege telesa so od junija 2013 dalje v uporabi obračalke. Velik problem predstavlja pomanjkanje antidekubitusnih blazin saj iz leta v leto narašča število pacientov, ki z RZP že pridejo v bolnišnico.

3 CILJI ZA LETO 2014

- incidenca pridobljenih RZP za letošnje leto bo 0,65; 0,70;
- uvedba nove lestvice za ocenjevanje pacientove ogroženosti za nastanek RZP (Bradenova lestvica)
- nabava dodatnih blazin in pripomočkov za preprečevanje nastanka RZP
- kontinuirano izobraževanje z delavnicami ob postelji pacienta
- »Dan za pete« (Tedenski pregled pet pri ogroženih pacientih – vključitev članov skupine za preventivo in oskrbo RZP)
- vključevanje članov projektnega tima v izobraževanja
- izobraževalni dan z naslovom »Stop razjedi zaradi pritiska« ob mednarodnem dnevu RZP
- redni nadzori nad izvedenimi preventivnimi aktivnostmi s strani koordinatorjev, kot tudi odgovornih medicinskih sester po oddelkih in enotah
- ocena pridobljenih RZP po končanem zdravljenju

ZAKLJUČEK

Še vedno je med zaposlenimi v zdravstveni negi premalo zavedanja, da je veliko boljše RZP preprečevati kot pa zdraviti in da lestvico za ocenjevanje ogroženosti vedno uporabljamo skupaj s pregledom pacienta in opazovanjem kože.

KOLONIZACIJA Z MRSA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

Lidija Ahec, dipl. m. s.
Namestnica PDZN za področje bolnišnične higiene

UVOD

Kazalnik 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 ukrepe kontaktne izolacije. Izvedli smo izobraževanje o higieni rok in kontaktni izolaciji v okviru celotnega zdravstvenega tima Nadzor uspešnosti razkuževanja rok so izvedli promotorji higiene rok. Izvedli smo dva nadzora higiene rok po metodologiji Svetovne zdravstvene organizacije 5 trenutkov za higieno rok.

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**	**Mar**	**Apr**	**Maj**	**Jun**	**Jul**	**Avg**	**Sep**	**Okt**	**Nov**	**Dec**	**Sk**
prinešena	10	10	10	15	8	10	9	8	6	10	6	9	111
prenesena	3	2	1	0	3	0	2	1	1	3	1	0	17
Skupno	**13**	**12**	**11**	**15**	**11**	**10**	**11**	**9**	**7**	**13**	**7**	**9**	**128**

Tabela 2: Prikaz števila pacientov z odvzetimi NB in število sprejetih pacientov v letu 2013.

	Jan.	Febr.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Skupno %
število NB	173	168	163	207	220	215	140	194	213	210	176	210	19,4
Število sprejetih pacientov	1538	1239	1366	1309	1295	1238	1140	1105	1287	1404	1347	1189	

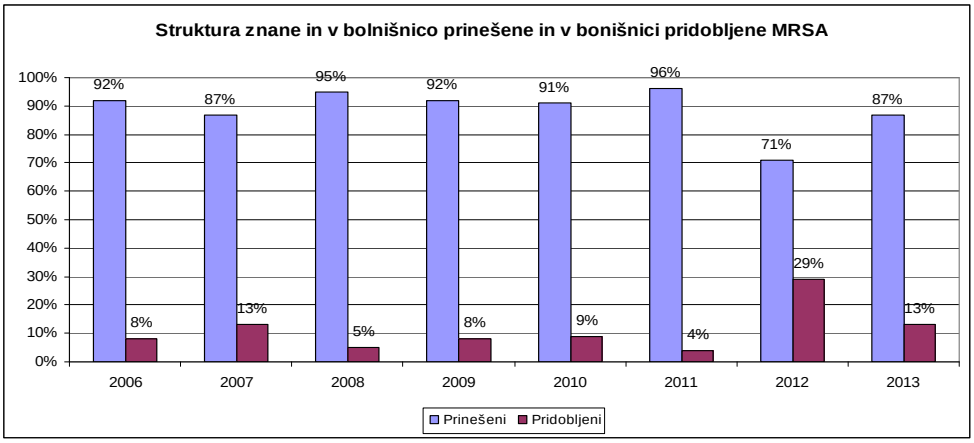
Tabela 3: Prikaz kazalnikov za MRSA v zadnjih šestih letih.

Kazalnik	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Odvzem kužnin na MRSA	da	da	da	da	da	da
Število odvzetih kužnin	2366	2759	2898	2590	2814	2992
Delež odvzetih kužnin (%)	17,09	20,1	20,2	17,7	17,8	19,4
Hospitalizirani pacienti z MRSA	69	75	78	55	80	128
Hospit. pacienti z MRSA ob sprejemu	65	69	71	53	57	111

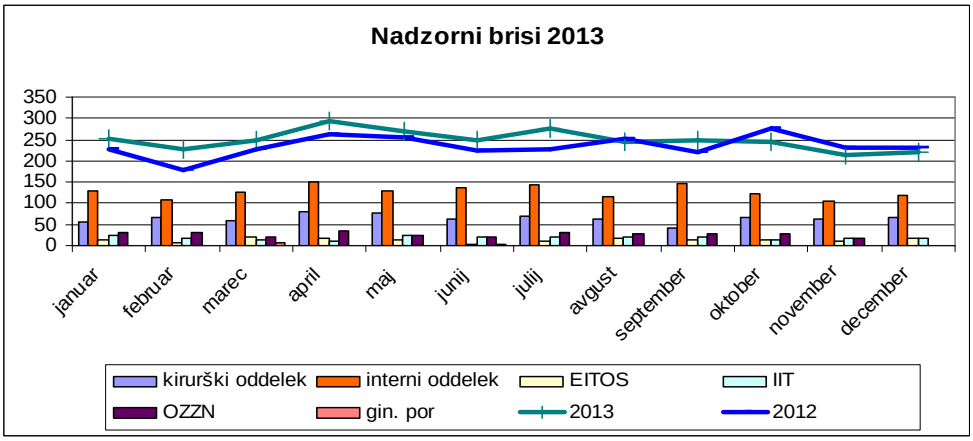
Tabela 4: Primerjava kolonizacije pridobljene MRSA po oddelkih/enotah.

Oddelek/enota	Število koloniziranih pacientov
Kirurški oddelek	3
Interni oddelek	9
IIT	1
EITOS	0
OZZN	4

Graf 1: Struktura znane (v bolnišnico prinešene) in v bolnišnici pridobljene (prenesene) MRSA.



Graf 2: Prikaz števila pacientov z odvzetimi nadzornimi brisi (NB) na MRSA v letu 2013 in primerjava z letom 2012.



Graf 3: Prikaz sodelujočih pri preverjanju uspešnosti razkuževanja rok po poklicnih skupinah leta 2012 in 2013.

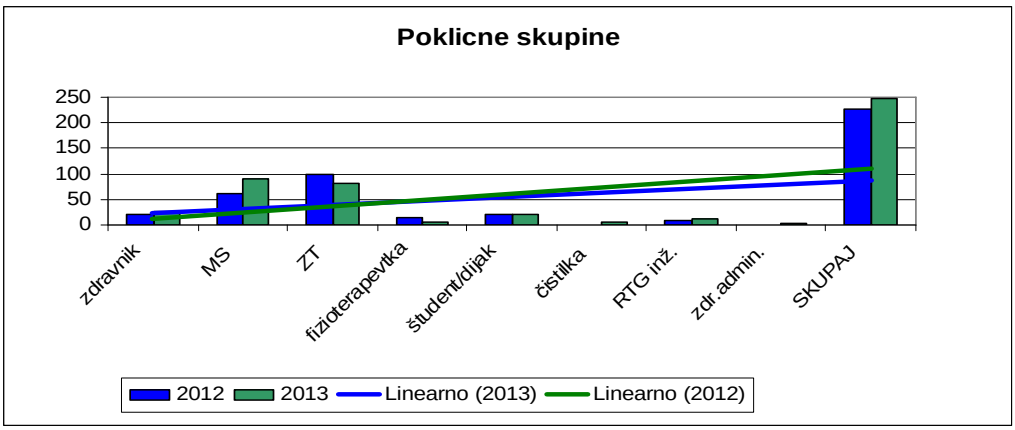


Tabela 6: Prikaz kompliansa nadzora Higiena rok po metodologiji Svetovne zdravstvene organizacije za 1. trenutek, skupno vseh 5 trenutkov in število opazovanj.

1. korak %		Skupno %		Število priložnosti/ izpuščena aktivnost 1. korak		Število priložnosti/ izpuščena aktivnost skupno		Število opazovanj (oseb)	
maj	nov.	maj	nov.	maj	nov.	maj	nov.	maj	nov.
79	**71**	**81**	**78**	**288/61**	**235/68**	**612/119**	**600/130**	**259**	**191**

3 CILJI ZA LETO 2014

Kaj	• Stalno izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA; • pregled vzrokov prenosa MRSA in analiza primerov; • preverjanje uspešnosti razkuževanja rok po posameznih oddelkih in enotah z detektorjem, izvedba tematskih dni Higiena rok po posameznih oddelkih in enotah - promotorji, • izvedba opazovanja higiene rok po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije - 5 trenutkov za higieno rok; • 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.
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 predstojnikom, pomočnici direktorja za zdravstveno nego in oskrbo; • objava podatkov na intranetni strani bolnišnice; • poročanje na Strokovnem svetu zavoda in KOBO; • poročila oddelkov in enot mesečno na oglasnih panojih .