STROKOVNO POROČILO SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2014

Splošna bolnišnica Jesenice

Jesenice, 2015

STROKOVNO POROČILO

SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

ZA LETO 2014

Jesenice, 2015

Kolofon:

STROKOVNO POROČILO SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2014

Urednici: Karmen Janša, Mateja Bahun

Tehnični pregled: Mojca Stojan, Štefana Jovičić

Avtorji poročil po abecednem vrstnem redu:

Tina Ahačič, Teja Arnež, doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik, Mateja Bahun, Brankica Bašić Narić, Marjetka Berdajs Avsenek, Amir Bešić, Alenka Bijol, Janja Borič, Marina Ćurčija-Jurišin, Helena Dolžan Lindič, Branka Gruden Repe, Adrijana Ilievski, Karmen Janša, Primož Jovan, Vlado Jurekovič, Maja Kaker, Gregor Kalan, Pavla Lavrinec, Jana Lavtižar, Tamara Levičnik, 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, Breda Pavlenč, Mateja Perko, Eva Pogačar, Janez Poklukar, Tanja Pristavec, prim. asist. Janez Pšenica, Renata Rabič, Darja Rajgelj, Helena Ribič, prim. Igor Rus, Gordana Sivec, Mojca Strgar, mag. Miha Tonejc, Lidija Vidmar, Nataša Viher Rutar, Jelena Vilman, Lina Virnik Kovač, Majda Volčini Krumpestar, Nina Waldner

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

Leto izdaje: 2015

Tisk: Antus d.o.o.

Naklada: 60 izvodov

ISSN: 2335-4186

© Splošna bolnišnica Jesenice.

Uporaba in objava podatkov je dovoljena le z navedbo vira.

KAZALO

UVOD

1 STROKOVNA DIREKTORICA

STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2014 *1*

2 POROČILA O DELU MEDICINSKIH SLUŽB, ODDELKOV IN ENOT

2.1 KIRURŠKA SLUŽBA

STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE *7*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA KIRURŠKEM ODDELKU *27*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE *29*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE NA DNEVNEM ODDELKU *33*

LETNO POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE *36*

LETNO POROČILO DEJAVNOSTI DELOVNE TERAPIJE *39*

2.2 INTERNISTIČNA SLUŽBA

STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE *43*

POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE *57*

LETNO POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE *58*

POROČILO GASTROENTEROLOŠKE AMBULANTE *59*

POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO *59*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA INTERNEM ODDELKU *60*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI *65*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V CENTRU ZA HEMODIALIZO *67*

2.3 GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKA SLUŽBA

STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKE SLUŽBE *71*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKEM ODDELKU *84*

2.4 ANESTEZIOLOŠKO - REANIMACIJSKA SLUŽBA

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO *90*

STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS) *98*

STROKOVNO POROČILO PALIATIVNIH DEJAVNOSTI IN DELO CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO VODENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO *107*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO *108*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS) *111*

2.5 PEDIATRIČNA SLUŽBA

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE *114*

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA PEDIATRIČNEM ODDELKU *124*

2.6 ODDELEK ZA RADIOLOGIJO

STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO *129*

STROKOVNO POROČILO RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV *136*

2.7 ODDELEK ZA PATOLOGIJO

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO *140*

2.8 ODDELEK ZA LABORATORIJSKO DIAGNOSTIKO

LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO *147*

2.9 LEKARNA IN KLINIČNA FARMACIJA

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNE LEKARNE *153*

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI KLINIČNE FARMACIJE *155*

2.10 SPECIALISTIČNA AMBULANTNA DEJAVNOST

DERMATOVENEROLOŠKA AMBULANTA *161*

STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI *162*

STROKOVNO POROČILO O OKULISTIČNI DEJAVNOSTI *163*

POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI *165*

2.11 SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO

POROČILO O DOSEGANJU CILJEV SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE *169*

PRIPRAVNIŠTVO V ZRAVSTVENI NEGI *186*

POROČILO O IZVEDENEM INTERNEM STROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU *187*

POROČILO O KATEGORIZACIJI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV *189*

POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC *193*

POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI *197*

Poročilo projektne skupine za razvijanje standardov kakovosti *197*

Poročilo projektne skupine za preprečevanje padcev *198*

Poročilo projektne skupine za obvladovanje predanalitične faze *200*

Poročilo projektne skupine za oblikovanje kliničnih poti *200*

Poročilo projektne skupine POCT (point of care testing) *201*

Poročilo projektne skupine za dokumentacijo *202*

Poročilo projektne skupine za klinično prehrano v zdravstveni negi *203*

Poročilo projektne skupine za izboljšanje prehrane pacientov 204
Poročilo projektne skupine za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska 204
Poročilo projektne skupine za inkontinenco 205
Poročilo projektne skupine za pripravo negovalnih diagnoz 206
Poročilo projektne skupine za zasebnost in dostojanstvo pacientov 207
Poročilo projektne skupine za raziskovanje v zdravstveni negi 208
Poročilo o delu projektnega tima za bolnišnično higieno 210
POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA 211
STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO (OZZN) 213
STROKOVNO POROČILO ZDRAVSTENE NEGE IN OSKRBE ZA POLIKLINIČNO DEJAVNOST IN URGENCO 216
STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI CENTRALNE STERILIZACIJE 219
POROČILO O DELU KORDINATORJEV ZDRAVSTVENE NEGE ZA OSKRBO KRONIČNE RANE 222
POROČILO STROKOVNE SODELAVKE ZA PEDAGOŠKO PODROČJE 224
POROČILO O ZDRAVSVENO VZGOJNEM DELU 226
POROČILO SOCIALNE SLUŽBE 229
3 KOMISIJE IN OSTALE STROKOVNE DEJAVNOSTI V SBJ
POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE 233
ENOTA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB 240
POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA 246
POROČILO POOBLAŠČENKE ZA VARNOST PACIENTOV 249
POROČILO O DELU KOMISIJE ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE 253
POROČLO O DELU KOMISIJE ZA POCT 257
POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA TRANSFUZIJSKEGA ODBORA (BTO) SB JESENICE 259
POROČILO O POTEKU IZOBRAŽEVANJE IZ URGENTNE MEDICINE ZA ZDRAVNIKE 260
POROČILO POOBLAŠČENKE ZA VARNOST PACIENTOV 261
POROČILO O RAZISKOVALNI DEJAVNOSTI 261
TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST 264
POROČILO O DEJAVNOSTI PRESKRBE S TKIVI IN CELICAMI 265
4 KAZALNIKI KAKOVOSTI
KAZALNIK KAKOVOSTI - RAZJEDA ZARADI PRITISKA 267
KAZALNIKI KAKOVOSTI - PADCI 267
LETNO POROČILO O SPREMLJANJU KAZALNIKA KAKOVOSTI PADCI 274
KAZALNIK KAKOVOSTI - OVIRNICE 279

UVOD V STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2014

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

Tanja Pristavec, mag. zdr. nege
Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe

Pred vami je strokovno poročilo Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2014, ki prikazuje delovanje medicinskih služb, oddelkov in enot, strokovnih komisij, projektnih in raziskovalnih skupin. Prikazano je delo v preteklem letu, realizacija zastavljenih ciljev, pa tudi vizija, načrti in želje za prihodnost.

Predstavljena poročila potrjujejo dejstvo, da so ključni dejavnik v razvoju bolnišnice zaposleni, ki s svojo zavzetostjo, znanjem, izkušnjami in pripadnostjo vlečejo kolesje celotnega sistema. Vsi se zavedamo, kako pomembno je spremljanje in analiziranje našega dela, postavljanje novih ciljev, izboljševanje procesov, stalno izpopolnjevanje in pridobivanje novih znanj, prenašanje znanja na druge, predvsem mlade, vse s ciljem čim bolj strokovne, varne, kakovostne in tudi prijazne obravnave naših pacientov.

Zaključiva naj z verzi Toneta Pavčka:

»Ta svet je lep, če nekomu nekaj daš;
ta svet je lep, če nekoga rad imaš,
če stisneš roko komu, ki ga kaj boli;
ta svet je lep, če si človek do ljudi.«

STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2014

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

UVOD

Delovanje bolnišnice je bilo v letu 2014 še vedno pod velikim vplivom gospodarske recesije, ki se je odražalo v dodatnem zmanjševanju sredstev in nadaljnjem zmanjševanju zdravstvenih ter nezdravstvenih delavcev. Bolnišnica je v prvi polovici leta poslovala z velikim presežkom odhodkov nad prihodki, kumulativna izguba se je povečevala, zato je prišlo do strateških sprememb, do menjave poslovnega direktorja, do novega sanacijskega načrta in do vlaganja velikih naporov vodstva ter vseh zaposlenih pri iskanju rezerv za učinkovitejše in varčnejše poslovanje bolnišnice. Kljub temu smo našim pacientom omogočili varno in kakovostno obravnavo ter uresničili številne cilje na področju strokovnosti, izobraževanja, raziskovanja in prenašanja znanja. Zahvaliti se moram vsem zdravnikom, medicinskim sestram, drugim zdravstvenim in nezdravstvenim sodelavcem, ki so v delo in razvoj vlagali svoje znanje in izkušnje ter izkazovali svojo zavzetost in pripadnost bolnišnici.

BOLNIŠNICA NEKOČ IN DANES

Glavna stavba današnje bolnišnice je bila dograjena in slovesno odprta 11.4.1948. V tistem času je imela sloves najmodernejše in najlepše bolnišnice v srednji Evropi. Danes ima častitljivo starost 66 let. Ponosni smo na njeno tradicijo. Nismo pa zadovoljni s starimi, energetsko potratnimi zidovi, razporeditvami prostorov z velikimi sobami in maloštevilnimi sanitarijami ter drugimi zastarelimi arhitekturnimi postavitvami. V Sloveniji smo bolnišnica z najmanj prostora na pacienta. Našim pacientom ne moremo nuditi današnjemu času primerne, udobne in varne nastanitve v eno in dvoposteljnih sobah, z lastnimi sanitarijami ter skupnimi prostori, kjer bi lahko obedovali in se družili. Tudi našim zaposlenim bi radi nudili prostore, v katerih bi imeli svojo mizo, računalnik, da bi lahko opravljali administrativno delo glede pacientov, proučevali strokovno literaturo in opravljali raziskovalno delo. Pri vsem naštetem pa so najbolj pomembne in najbolj vpijoče neustrezne operacijske dvorane, brez prostorov za pooperativno opazovanje pacientov, premajhen dnevni oddelek, neustrezni prostori za funkcionalno kardiovaskularno diagnostiko, za ambulantno dejavnost in še bi lahko naštevali. Postavljeni smo pred pomembna vprašanja, koliko naporov in sredstev vlagati v obnovo in dograjevanje obstoječih stavb in koliko v izgradnjo nove bolnišnice. Dobro bi bilo, da bi si ista vprašanja zastavljala tudi naša lastnica, država, kar pomeni, da bi si začrtala jasno strategijo glede graditve, obnove in razvoja bolnišnic. Naša naloga je, da jo stalno opozarjamo na naše razmere in ji predlagamo možne rešitve.

Kljub omejenim sredstvom za razvoj bolnišnice se je v letu 2014 s pomočjo evropskih in državnih sredstev pričel pomemben projekt izgradnje novega urgentnega centra. Istočasno je potekala tudi gradnja prostorov za endoskopsko dejavnost, sprejemne pisarne, vratarnice in obnova kuhinje. Ker je bila gradnja urgentnega centra s strani države predvidena kot prizidek k prostorom obstoječe urgence, smo morali napraviti program začasne preselitve urgentne službe na drugo lokacijo. V bolnišnici, ob že opisani prostorski stiski, nismo našli ustreznih nadomestnih prostorov, v katerih bi izvajali celotno urgentno službo in istočasno opravili tudi celotni pogodbeni program ZZZS. Rešitev smo našli skupaj z vojsko in postavili terensko Vojaško bolnišnico Roll 2. V letu 2014 smo vložili veliko truda v postavitev vojaške bolnišnice in ustrezno pripravo prostorov ter načrtov za organizacijo dela celotne urgentne dejavnosti, s pričetkom delovanja v letu 2015.

Z lastnimi sredstvi smo klimatizirali dve operacijski dvorani in obnovili prostore v bivšem stanovanjskem bloku za preselitev finančno računovodske službe. Z umikom finančno računovodske službe iz upravne stavbe smo pridobili dodatne prepotrebne prostore za ambulantno dejavnost. S pomočjo donatorskih sredstev smo obnovili drugi del porodnega bloka. V letu 2014 smo pričeli z delovanjem novega klicnega sistema Mobicall, opremili sobo za telemetrijo in se vključili v sistem Telecap.

BOLNIŠNIČNE DEJAVNOSTI

Splošna bolnišnica Jesenice je regionalna bolnišnica za Gorenjsko z 200.000 prebivalci, ki opravlja storitve na sekundarnem nivoju v okviru specialistične bolnišnične in ambulantne dejavnosti z dializo ter primarnem nivoju dispanzer za žene in fizioterapija. Vzporedno z zdravstveno dejavnostjo v bolnišnici potekata tudi izobraževalna in raziskovalna dejavnost.

V bolnišnici imamo 263 postelj v štirih osnovnih bolnišničnih dejavnostih, kirurški, internistični, pediatrični in ginekološko-porodniški ter v posebej organiziranem dnevnem oddelku, oddelku 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. Imamo 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 2014 smo v bolnišnični dejavnosti načrtovani delovni program po pogodbi z ZZZS presegli za 161 primerov. Skupno smo obravnavali 12.985 primerov in dosegli 18.581 uteži. Povprečna utež je bila 1,431. Največ uteži, 54,85 odstotkov, je bilo opravljenih na kirurških oddelkih, sledijo interni oddelek s 29,34 odstotki, pediatrični s 8,22 in ginekološko-porodniški s 7,59 odstotki. Na področju prospektive smo izvedli 3.609 primerov, od tega 743 porodov. Na področju kirurgije smo načrt presegli za 243 primerov, število porodov se je glede na lansko leto povečalo za 28. Povprečna ležalna doba je bila za celotno bolnišnico 3,95 dni, brez neakutne bolnišnične obravnave pa 3.80 dni. Ležalna doba je po oddelkih za več let prikazana v tabeli št. 3. V specialističnih ambulantah smo opravili 114.179 pregledov, kar je 2.127 več kot v lanskem letu. Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi je bilo 48:52, v primerjavi z letom 2013 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 za vse plačnike v bolnišnični dejavnosti za celotno bolnišnico in po posameznih oddelkih po letih

	2009	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*
SKUPAJ SPP - št. prim.	**12.316**	**12.938**	**13.088**	**12.448**	**12.736**	**12.783**
SKUPAJ SPP - št. uteži	**17.070**	**18.330**	**18.339**	**17.614**	**17.758**	**18.581**
Krg odd - št. prim.	5.111	5.274	5.956	5.768	5.857	6.041
Interni odd - št. prim.	3.197	3.373	3.298	3.278	3.330	3.320
Gin por odd - št. prim.	1.636	1.609	1.542	1.515	1.489	1.489
Pediatrični odd - št. prim.	1.920	2.013	1.982	1.887	2.060	2.135
Zdravstven nega - št. BOD	4.562	4.522	4.390	4.336	4.367	4.582

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Št. obiskov	104.076	100.485	105.180	111.366	112.834	114.395
Št. točk	1.059.014	1.009.468	1.025.081	1.062.177	1.085.222	1.079.151

Tabela 3: Povprečna ležalna doba v dnevih po posameznih oddelkih in v celotni bolnišnici (brez neakutne bolnišnične obravnave) po letih

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Kirurški oddelek	5,47	5,01	4,93	4,71	4,42	4,27	4,13	3,65	3,54	3,44	3,23
Interni oddelek	7,59	7,11	7,66	7,12	6,65	6,56	6,77	6,48	6,30	6,55	6,62
Gin-por. oddelek	3,25	2,64	2,88	2,76	2,70	2,49	2,55	2,42	2,63	2,53	2,68
Pediatr. oddelek	3,01	2,81	2,73	2,81	2,79	2,68	2,89	2,67	2,58	2,84	2,66
Bolnišnica skupaj	**4,83**	**4,39**	**4,55**	**4,35**	**4,14**	**4,00**	**4,09**	**3,81**	**3,76**	**3,84**	**3,80**

ČAKALNE DOBE

Čakalne dobe so v letu 2014 še vedno za številne operativne posege predolge in presegajo najdaljše dopustne čakalne dobe določene v Pravilniku o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Prav tako so čakalne dobe nesprejemljivo dolge praktično na vseh področjih, pri čakanju na pregled, diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo. S ciljem zmanjševanja čakalnih dob smo v bolnišnici skoraj v celoti izkoristili možnost 10% preseganja pri določenih prospektivnih pregledih, ki nam jo je v drugi polovici decembra ponudila ZZZS na podlagi Aneksa št. 2 k SD 2014. Poleg tega smo po dogovoru z ZZZS uspeli nekaj programa prerazporediti v program, kjer so čakalne dobe najdaljše.

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. Na dolge čakalne dobe in potrebo po dodatnih programih stalno opozarjamo Ministrstvo za zdravje in ZZZS. Pacientom sicer predlagamo, da si poiščejo storitve v drugih bolnišnicah, vendar večinoma poznajo zdravnike na svojem področju, jim zaupajo in ne želijo opraviti pregleda ali posega drugod.

ZAPOSLENI

V SB Jesenice je bilo konec leta 2014 skupno 635 zaposlenih. Zdravnikov je bilo 116, od tega 63 specialistov, 43 specializantov in 10 pripravnikov. Število zdravnikov specialistov se je ponovno zmanjšalo, kar predstavlja nadaljnje slabšanje kadrovske podhranjenosti na praktično vseh področjih, najbolj pa na področju interne medicine. V zdravstveni negi je bilo zaposlenih 340 medicinskih sester, od tega 141 diplomiranih in 199 srednjih medicinskih sester in babic. Zaposlenih je bilo še 8 farmacevtov, 13 fizioterapevtov, 12 radioloških inženirjev, 10 laboratorijskih delavcev, 3 zdravstveni sodelavcev ter 133 nezdravstvenih delavcev. Število zaposlenih se nam je v letu 2014 v primerjavi z letom 2013 zmanjšalo za 5 oseb in je doseglo kritično mejo, ki nam še omogoča varno in kakovostno izvajanje storitev.

KAKOVOST IN VARNOST

V letu 2014 smo nadaljevali na poti celostne, varne, kakovostne in strokovne obravnave pacientov ter si s svojim delom zagotovili obnovitev zunanjih akreditacij in certifikatov: ISO 9001, DNV-NIAHO in Novorojenčkom prijazna porodnišnica. Letošnje leto smo bili zadnjič presojani glede akreditacije TEMOS, kajti odločili smo se za njeno prekinitev. Ugotovili smo, da je pretok pacientov iz tujine v našo bolnišnico izredno nizek in da nam presoja TEMOS ne prinaša dodatnega nivoja kakovosti, kot ga že pridobimo z ISO in DNV. Konec leta smo vstopili v Slovensko mrežo za promocijo zdravja v bolnišnicah.
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 2014 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 letu 2014 smo izvedli tri klinično patološke konference, dve skupni in eno na ginekološko porodniškem oddelku. Obravnavali smo primere pljučne trombembolije, reanimacije, bolnišničnih okužb in predrakavih sprememb na materničnem ustju. Opravljenih je bilo 8 varnostnih analiz in varnostnih razgovorov. V štirih primerih je bila za natančnejšo varnostno analizo zadolžena komisija, ki jo je vodila pooblaščenka za varnost pacientov.

STROKOVNI SVET

V letu 2014 je prišlo v Splošni bolnišnici Jesenice do menjave poslovnega direktorja, pomočnice direktorja za zdravstveno nego in oskrbo ter do novega imenovanja predstojnikov medicinskih služb. Ob tem je prišlo tudi do zamenjave članov strokovnega sveta.

Člani strokovnega sveta konec leta 2014:

Karmen Janša, dr. med., spec. int., strokovna direktorica
Prim. asist. Janez Pšenica, dr. med., spec. krg, predstojnik kirurške službe
Prim. Igor Rus, dr. med., spec. int., predstojnik internistične službe
Peter Najdenov, dr. med., spec. ped., predstojnik pediatrične službe
Eva Macun, dr. med., spec. gin. in porod., predstojnica ginekološko-porodniške službe
Vladimir Jurekovič, dr. med., spec. anest., predstojnik anesteziološko-reanimacijske službe
Brankica Bašić Narić, dr. med., spec. orl., predstojnica specialističnih ambulant
Robert Carotta, dr. med., spec. krg, predstojnik enote za NMP
Gregor Kalan, dr. med., spec. patol., predstojnik oddelka za patologijo
Marjetka Berdajs Avsenek, dr. med., spec. radiol., predstojnica oddelka za radiologijo
Doc. dr. Ivica Avberšek Lužnik, predstojnica oddelka za laboratorijsko diagnostiko
Tanja Pristavec, mag. zdr. nege, pomočnica direktorja za zdravstveno nego in oskrbo
Janez Poklukar, dr. med., spec. int., direktor (vabljeni član)

Člani strokovnega sveta smo se zbrali na 11 sejah, na katerih smo obravnavali tekočo problematiko glede bolnišničnih okužb, zdravil, transfuziologije, laboratorijskih preiskav, cirkumcizij, klimatizacije operacijskih dvoran, uvajanja eTTl na oddelkih, nabave medicinskih naprav, informacijski podpori in izobraževanju ter razpravljali o različnih temah, med katerimi naj omenim področje varnosti in kakovosti, notranje strokovne nadzore, klinična pooblastila, sodelovanje v evropskih projektih, organizacijo urgentnega centra, postavitev vojaške bolnišnice, notranjo organizacijo bolnišnice, nov klicni sistem Mobicall, specializacije, raziskave v bolnišnici in medicinsko dokumentacijo. Sprejeli smo Pravilnik o delovanju strokovnega sveta in imenovali člane bolnišničnih komisij.

STROKOVNO IN RAZISKOVALNO DELO

V bolnišnici skrbimo za stalno strokovno izpopolnjevanje, raziskovalno delo in za spremljanje ter uvajanje novih metod v diagnostiki in zdravljenju. Zaposleni smo tudi v letu 2014 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 kliničnih 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, komisiji za obposteljno testiranje, komisiji za transfuzijsko dejavnost in komisiji za medicinsko etiko.

CILJI IN PROJEKTI V LETU 2015

- Urgentni center: V letu 2015 bomo zaključili največji projekt v zadnjih letih v bolnišnici, to je odprtje Urgentnega centra. Projekt je zahteven ne samo zaradi gradbenih del, temveč tudi zaradi nove organizacije dela urgentnih centrov, ki poteka na področju celotne države.

- Endoskopska enota: Poleg urgentnega centra bomo zgradili tudi novo endoskopsko enoto, s katero bomo pridobili nove prostore in opremo ter zagotovili kvalitetnejšo obravnavo pacientov.

- Od ostalih gradbenih in obnovitvenih del je potrebno omeniti tudi kuhinjo, sprejemno pisarno in požarno stopnišče.

- Pridobitev dodatnih ambulantnih prostorov z obnovitvijo 2. nadstropja poslovne stavbe.

- Priprava na obnovitev enote za funkcionalno diagnostiko in klimatizacijo intenzivnih enot.

- Evidentiranje in vrednotenje porabe zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta: v okviru projekta potekajo aktivnosti glede evidentiranja in porabe materiala v operacijskem bloku in na bolnišničnih oddelkih. Potrebno je definirati ustrezne nabore podatkov, za katere želimo, da se bodo vnašali v program in na podlagi katerih bomo pridobili želene podatke. Za delo je potrebno pridobiti ustrezno programsko opremo. Analiza podatkov bo podlaga za poznavanje in ustrezno načrtovanje obvladovanja stroškov.

- Elektronski temperaturni list: V letu 2014 smo pričeli s predstavitvijo uporabe in dela z elektronskim temperaturnim listom po oddelkih, vzpostavitvijo šifrantov, s poizkusnim obdobjem na abdominalni kirurgiji, ki pa na žalost ni zaživelo, predvsem zaradi dela po protokolu kliničnih poti, ki jih zaenkrat ni bilo mogoče vključiti v program. V letu 2015 načrtujemo nadaljevanje uvajanja programa dela z elektronskim temperaturnim listom na pediatričnem oddelku in nato postopoma tudi na drugih oddelkih. Zavedamo se, da je potrebno veliko prilagoditev, tako glede računalniške in programske opreme, kot tudi glede razmišljanja in sodelovanja vseh zaposlenih.

- Izvedba pogodbenih programov z ZZZS, širitve in uvedbe novih dejavnosti na vseh strokovnih področjih v bolnišnici: načrtovane aktivnosti so zapisane pod cilji za leto 2015 v okviru strokovnih poročil posameznih služb, oddelkov in enot.

- Kadrovanje: napraviti kadrovski načrt zaposlovanja specializantov, tako za leto 2015 kot tudi za dolgoročno obdobje.

- Cilji in projekti v okviru kakovosti: Namen je nadaljevanje in stalno izboljševanje kakovostne in varne obravnave pacientov. V tem okviru bomo v letu 2015 nadaljevali z aktivnostmi za izpolnitev pogojev akreditacije DNV DIAS in standarda kakovosti ISO. Največji projekti na tem področju so vzpostavitev sistema kompetenc, kliničnih pooblastil in merjenja uspešnosti zdravnikov, natančnejše opredelitve delovišč, priprava poslovnikov vseh komisij, vzpostavitev sistema obravnave pritožb in pohval, redni notranji strokovni nadzori na področju zdravil, krvi in krvnih pripravkov, laboratorijskih preiskav, medicinske dokumentacije, obračunavanja storitev, spremljanje umrlih na posameznih oddelkih, obvladovanje bolnišničnih okužb in vodenje pooperativnih zapletov. Potrebno je vzpostaviti pozornost za zaznavo nevarnih dogodkov in njihovo ustrezno obravnavo.

- Vzpodbujati raziskovalno delo v bolnišnici

- Organizacija izobraževanj tako za lokalno bolnišnično, kot za širše regijsko, državno ali mednarodno področje.

- Izobraževanja in delavnice za zaposlene na področju komunikacije, timskega dela, motivacije in voditeljstva.

- Sodelovanje v okviru evropskih projektov

- Sodelovanje s primarnim nivojem na regijskem področju, s slovenskimi in obmejnimi bolnišnicami ter izobraževalnimi in raziskovalnimi ustanovami.

Naj zaključim z istimi besedami kot v lanskem letu: Bolnišnica smo ljudje. Ljudje z veliko znanja in strokovnosti, s pridnimi rokami in prijaznostjo.

STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE

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

UVOD

Leto 2014 je minilo v zaostrenih razmerah vsesplošne krize. Gospodarstvo je že pokazalo prve znake okrevanja, zdravstvo pa se je še bolj potopilo v izgube in nelikvidnost. Luknja v iztrošenosti opreme, delovnih prostorov in kadrov je verjetno večja od tiste, ki smo jo davkoplačevalci sanirali v bankah. Ob koncu leta je zdravstvena zavarovalnica izkazovala presežek, mi pa smo ob že neracionalnih varčevalnih ukrepih trend finančne izgube kvečjemu ustavili. Naredili smo načrtovani program. Klimatizirali dve operacijski dvorani in pričeli z gradnjo urgentnega centra. Nekaj je, bi rekel kdo, ampak realno potrebujemo novo bolnišnico in ne manjšega prizidka, katerega izvedba bo eno leto močno motila delovne procese.

1 ORGANIZACIJSKA ZGRADBA ODDELKA

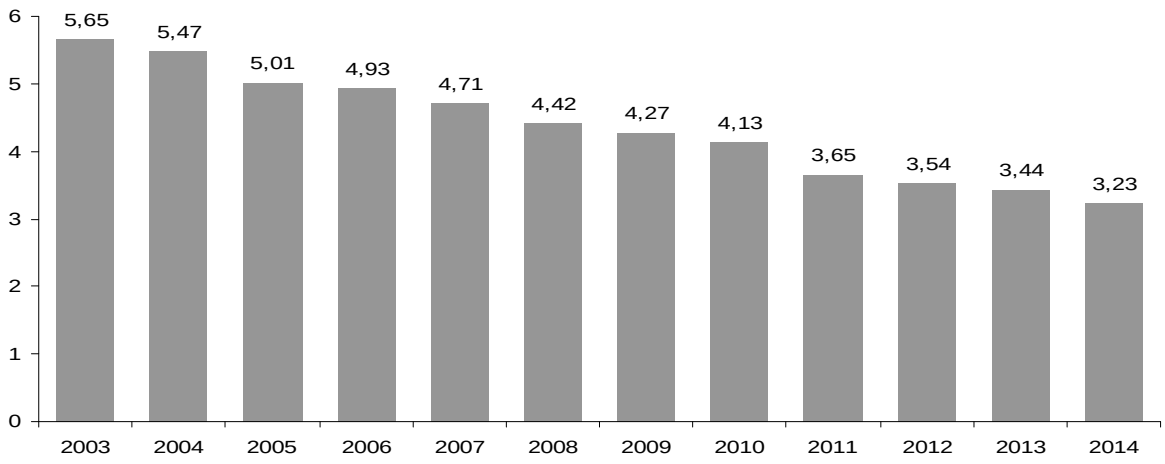
Prostorske in posteljne kapacitete oddelka se v letu 2014 niso spremenile. Kirurgija deluje v petih hospitalnih operacijskih dvoranah, od katerih eno tri dni v tednu uporabljajo ginekologi in specialistki ORL. Od tega sta dve dvorani prostorsko primerni, ostale tri pa premajhne in s tem za nekatere večje operacije komaj primerne ali neprimerne. Tako se npr. kolorektalna kirurgija izvaja v prostoru velikem 4 m x 5 m. Dve operacijski dvorani smo klimatizirali. Ne klimatizirana ostaja operacijska dvorana Dnevne bolnišnice, zato bo pri temperaturah preko 25 stopinj zaprta.
Oddelek deluje na treh traktih. Pacienti so razvrščeni po dejavnostih kirurgije – Abdominalna s splošno kirurgijo, Poškodbena kirurgija in Ortopedija. Odseki imajo 25 do 29 postelj od tega vsak štiri postelje intenzivne kirurške terapije. Poleg treh traktov imamo tudi odsek kroničnih ran s 6 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. Dnevni oddelek vodi Judita Mandelc – Kunčič, dr. med., spec. anestezije. Skupaj kirurški oddelek deluje na 92 posteljah.
Najtežje bolnike zdravimo v EITOS-u, ki ga vodi Vlado Jurekovič, dr. med., spec. anesteziolog.
Prostorske kapacitete kirurškega oddelka zadostujejo za sedanji obseg dela in standard s petimi posteljami v sobi in štirimi stranišči 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 obvladovanje VOB in obravnavo samoplačnikov oz. zdravstvenega turizma.

Vodilni kadri kirurgije SBJ:

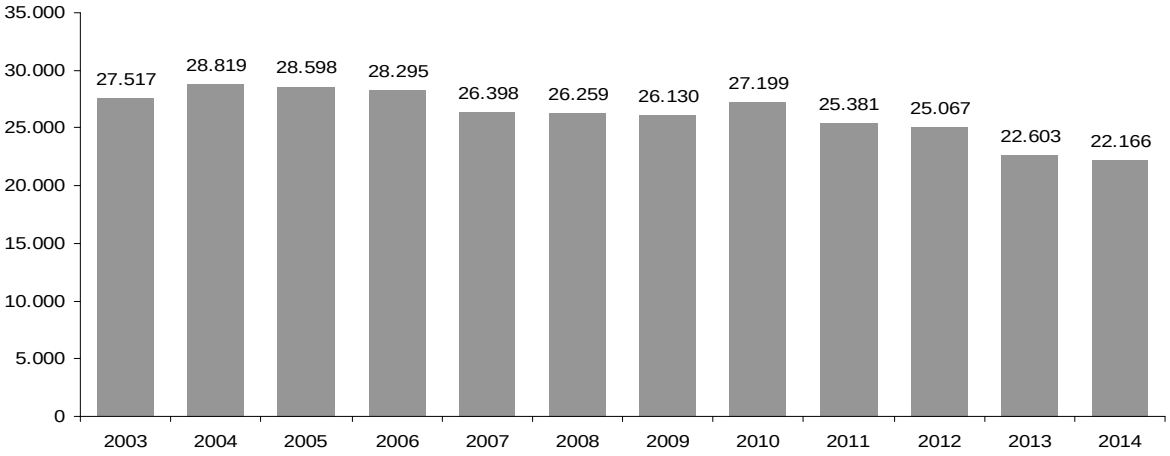
Namestnik predstojnika	Andrej Rupel, dr. med
Kirurške ambulante	Petra Rupar, dr. med
Urgenca	Robert Carrota, dr. med
Odsek poškodbene kirurgije	prim. Matej Andoljšek, dr. med
Odsek trebušne kirurgije	prim. mag. Miran Rems., dr. med
Odsek ortopedske kirurgije	asist. mag. Tomaž Silvester, dr. med.
Odsek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

2 OPRAVLJENO DELO

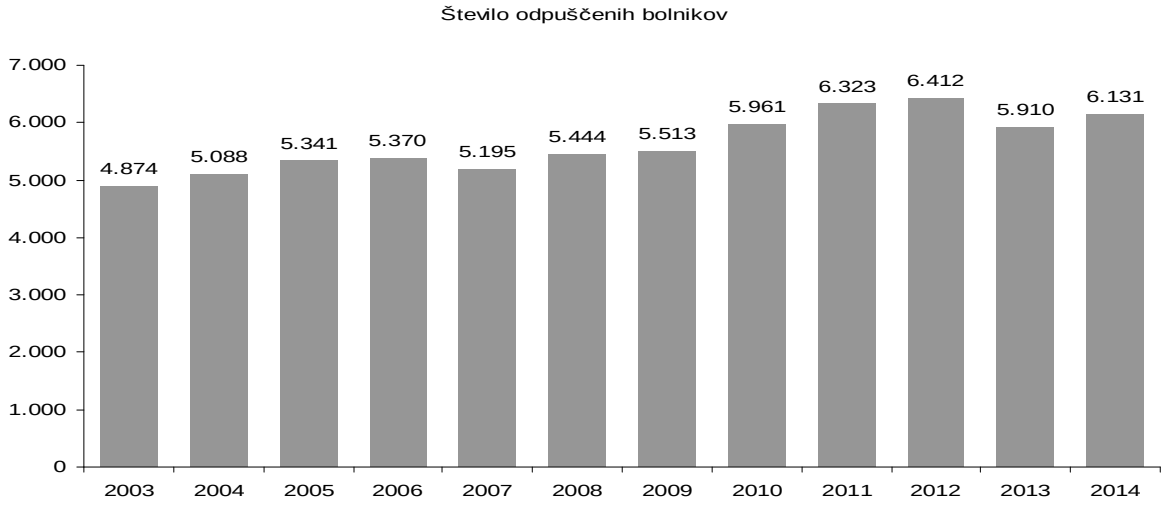
Obravnavali smo 6131 hospitaliziranih bolnikov. To je 150 pacientov več kot v letu 2013. Večinoma smo izkoristili možnost 10 % preseganja nekaterih prospektivnih operacij, pri katerih presegamo dopustno čakalno dobo in pristali pri 4891 hospitalno operiranih pacientih, kar je kar 300 več kot leto prej. Dodatnih 1100 hospitalnih pacientov je imelo manjši operativni poseg v ambulantnih prostorih. Nekateri so imeli več posegov. Večjo operacijo je imelo preko 80% hospitaliziranih pacientov.
Odstotek prospektivnih primerov je dosegel 54% 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 3,23 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 so problematično dolge pri endoprotezi kolena in kolka ter pri operacijah stopal. Pri teh treh posegih močno presegamo dopustno čakalno dobo. 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. Na programsko operacijo je ob koncu leta čakalo 2.948 pacientov, kar je 87 manj kot leto prej.
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 bolnišnice ni več.
Zaradi klimatizacije dveh operativnih dvoran je bil dva meseca zaprt centralni operativni blok, zato dnevne bolnišnice preko poletja nismo zapirali, čeprav so temperature presegale dovoljenih 25 stopinj. Posledično smo opažali več pooperativnih infekcij, tako da v bodoče na takšne kompromise z namenom izpolnitve zastavljenih programov ne bomo pristajali. Za varnost pacientov je potrebno zagotoviti vsaj minimalne prostorske in materialne standarde.
Dnevna bolnišnica je v tem letu zaradi tega dosegla 1200 operacij in presegla dolgoletno povprečje.



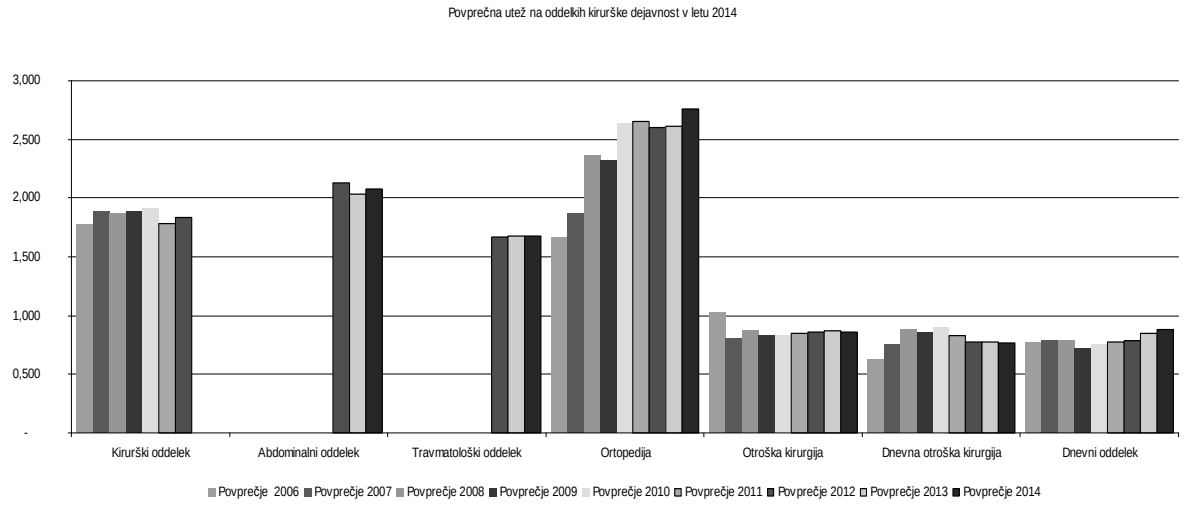
Graf 1. Povprečna ležalna doba na kirurškem oddelku SB Jesenice 2003 - 2014



Graf 2. Število oskrbnih dni kirurškega oddelka SB Jesenice 2003 – 2014

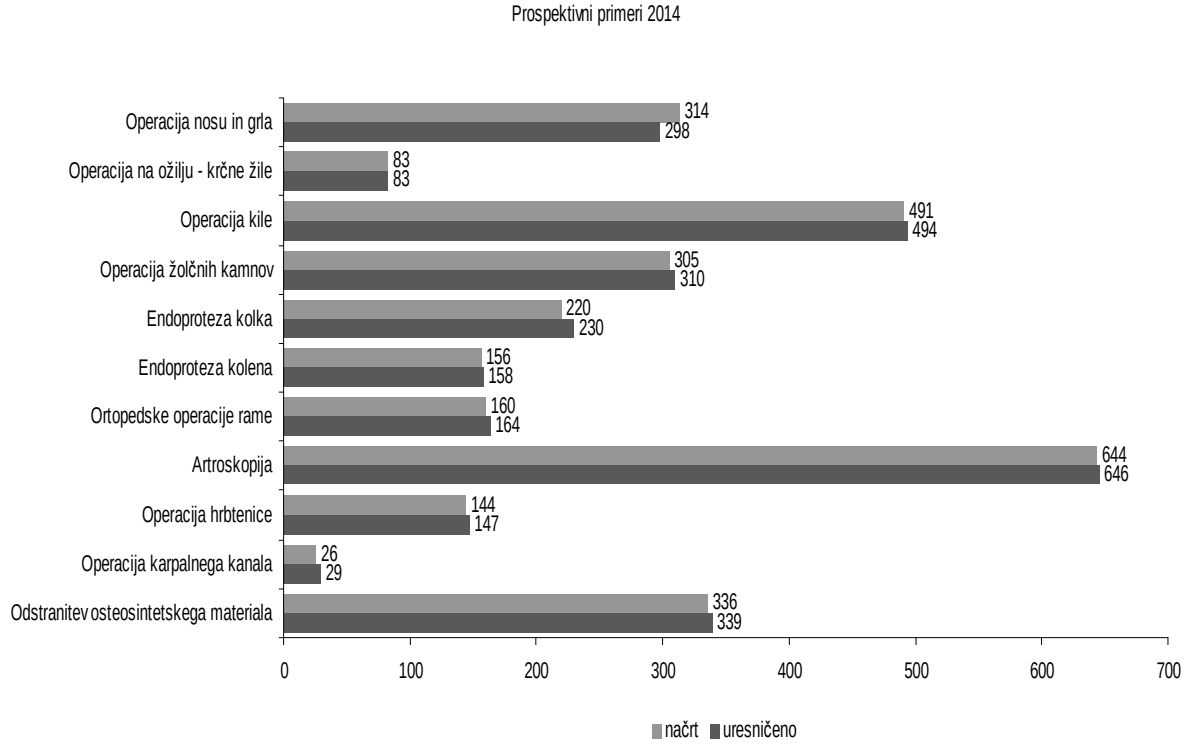


Graf 3. Število odpuščenih bolnikov 2003 do 2014



Graf 4. Povprečna utež obravnavanih kirurških bolnikov in struktura po odsekih

Povprečna utež je bila v letu 2014 največja do sedaj, tako na kirurgiji kot v bolnišnici v celoti. Povprečna utež je najboljši pokazatelj težavnosti primerov, ki smo jih obravnavali. Da je utež realna, so potrdili zdravniki cenzorji ZZZS, ki ob kontrolah niso našli nobenih napak v izračunih.



Graf 5. Struktura prospektivnih primerov operiranih na krg. oddelku SBJ v letu 2014
Načrt z 10% preseganjem in realizacija

Karpalnih kanalov smo ambulantno naredili 393, hospitalno pa večinoma kot spremljajočo bolezen 29.

Tabela 1. Dinamika najpogostejših skupin bolezni in poškodb zdravljenih na kirurgiji SBJ

GLAVNE DIAGNOZE	2000	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	1.803	2.219	2.347	2.524	2.809	2532	2348
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	846	1.023	1.226	1.341	1.269	1252	1378
Bolezni prebavil (K00 - K93)	1.216	1.119	1.141	1.302	1.236	1147	1218
Neoplazme (C00 - D48)	197	185	229	216	218	251	241
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	188	156	237	185	158	131	131
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in lab. izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	223	153	171	167	150	115	100
Bolezni obtočil (I00 - I99)	115	122	132	135	147	154	185
Bolezni dihal (J00 - J99)	62	94	130	139	144	104	108
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	67	88	112	104	87	74	110
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	37	49	55	52	82	35	37
Bolezni živčevja (G00 - G99)	25	232	116	86	30	33	37
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni (A00 - B99)	11	15	15	13	14	12	21
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	1	2	0	2	1	2	0
ostale diagnoze	70	52	41	45	59	58	121
SKUPAJ	**4.791**	**5.457**	**5.911**	**6.266**	**6.404**	**5910**	**6131**

Tabela 2. Najpogostejše hospitalne operacije v zadnjih šestih letih

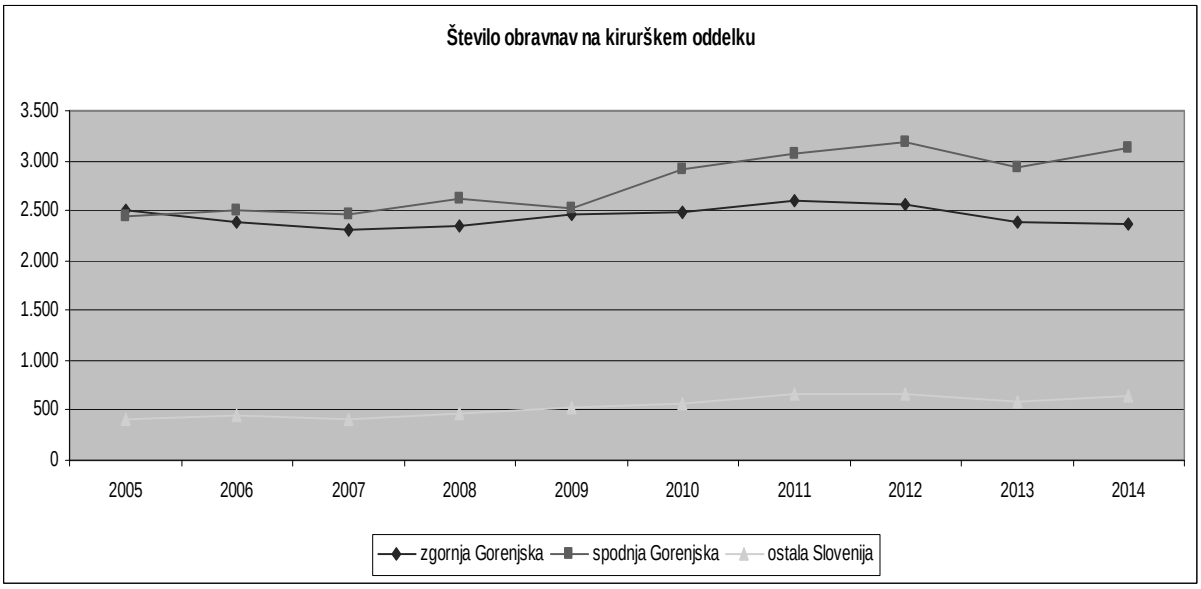
Opis postopka	leto 2009	leto 2010	leto 2011	leto 2012	Leto 2013	Leto 2014
Artroskopska meniskektomija	314	402	371	495	363	354
Hernioplastika ingvinalne kile, enostranska	326	293	338	307	331	357
Laparoskopska holecistektomija	248	289	342	257	224	262
Odstranitev plošče, žeblja ali žice	217	351	282	250	278	343
Apendektomija	187	134	195	202	185	211
Popolna enostranska artroplastika kolčnega sklepa	184	188	225	148	151	167
Enostranska popolna kolenska artroplastika	59	74	111	147	157	171
Res. debelega črevesa ali želodca zaradi malig. obol					179	165
Osteosint. stegnenice zaradi zloma vratu ali pertroh. zl.	111	100	120	125	127	135
Odprta naravnava zloma dist. dela koželjnice z osteos.	75	77	91	110	103	90
Ekscizijska nekretomija kože in podkožnega tkiva	133	156	104	97	87	130
Zaprta naravnava zloma dist. dela koželjnice z osteos.				94	87	97
Odstranitev medvretenčne ploščice, na eni višini	73	75	91	78	82	95
Reparacija rotatorne manšete z dekompresijo subakromialnega prostora	70	85	92	75	69	89
Obrezanje moškega	96	146	103	74	62	78
Prekinitev safenofemoralnega ustja krčnih žil	66	59	75	63	62	89
Odstranitev žeblja, žice ali vijaka, ki n			59	63	62	38
Vgraditev delne kolčne endoproteze zaradi subkapitalnega zloma	56	67	57	63	55	69
Hernioplastika popkovne kile				58	55	46
Odprta repozicija zloma gležnja z osteosintezo	104	112	135	111	118	105
Artroskopska rekonstrukcija kolena				55	47	75
Razrešitev zarastlin penisa	84	115	72	55	46	46
Palmarna fasciektomija dupuytrenove kontraktur						62
Debridement in lavaža peritonealne votline					52	59

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 ničelne tolerance za po poškodbeno zmanjšano aktivnost.
V poškodbeni kirurgiji prevladuje patologija zlomov v predelu kolka, ki so večinoma nizko energijske poškodbe starejših. Sledijo zlomi v predelu zapestja in gležnja. Trend povečanja števila zlomov in poškodb vezi ter posledične operativne oskrbe je največji v predelu rame. Pri operativno oskrbljenih poškodbah vezi in hrustancev je največ patologije in operacij v predelu kolenskega sklepa. V tem letu so tudi travmatologi začeli z obnovitvenimi posegi na kolenu. Naredili smo prve popolne artroplastike rame pri degenerativnih in tudi poškodbenih primerih.
Kirurgija roke organizacijsko sodi k travmatološkemu oddelku. Prevladuje ambulantna, dnevna in enodnevna oskrba. Ker paciente dobivamo tudi iz drugih slovenskih regij, opažamo stalen priliv pacientov. Veseli tudi razvoj sodelovanja z dermatologi in porast števila zahtevnih kožnih rekonstrukcij pri rakavih obolenjih kože.

V abdominalni in splošni kirurgiji je opazno, da smo povečali število operiranih zaradi kile in žolčnika. S tem smo verjetno ustavili odliv pacientov iz Gorenjske regije, kjer so čakalne dobe večje kot v ostalih pokrajinah. Obenem se je zmanjšalo število obravnavanih zaradi rakavih trebušnih obolenj. Čeprav upamo, da je to znak uspešnosti programa SVIT, pa se bojimo, da je zatišje le začasno.
V letu 2014 smo resekcije debelega črevesa bolj pogosto začeli delati manj invazivno, kar je za pacienta velika pridobitev. Čakalne dobe se v preteklem letu niso podaljšale. Dopustne čakalne dobe presegamo le še pri trebušnih pooperativnih kilah, ki so pogosto prisotne pri pacientih z veliko spremljajočimi boleznimi, kar oteži planiranje operacije. Matej Dolenc, dr. med., je bolj intenzivno začel s proktološko dejavnostjo.
Močno je poraslo število čakajočih na operacije krčnih žil, kjer je kolegica SandraTušar, dr. med., v preteklih letih z visoko strokovnostjo in sodobno metodo operacije obrnila trend odliva pacientov iz Gorenjske regije. Število operacij smo povečali, za še večje povečanje pa potrebujemo vsaj enega dodatnega diagnostika in operaterja. Periferna vaskularna diagnostika in terapija je eden od strateških projektov SBJ, v katerem bo kirurgija le eden od dejavnikov. Ovira za razvoj je pomanjkanje razpoložljivega kadra in diagnostičnih pripomočkov.

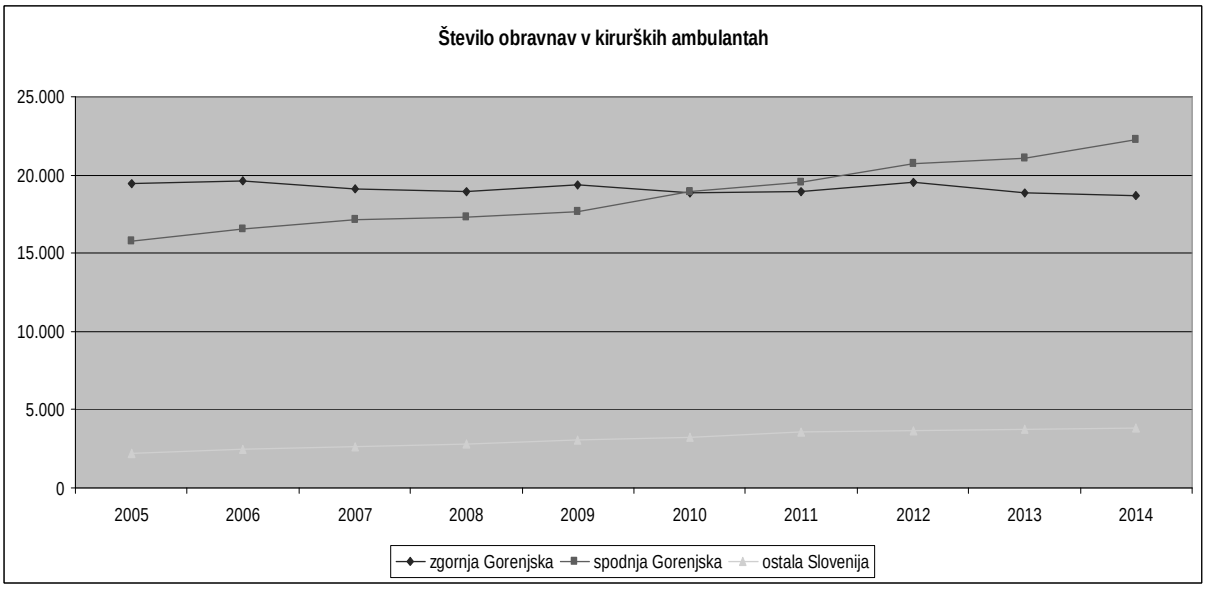
Ortopedska kirurgija je prezasedena z artroplastikami kolka in kolena. Zlasti za slednji poseg je redna čakalna vrsta dolga, a ne najdaljša, saj za kompleksne operacije stopal pacienti čakajo še dve leti več. Trenutne kadrovske in prostorske danosti ne omogočajo pomembnega povečanja programa. Novega specialista pričakujemo v letu 2015. Navkljub prezasedenosti z rutino pa so kolegi ortopedi v letu 2014 tudi strokovno napredovali. Prvič smo naredili zahtevno zadajšno spondilodezo z inštrumentacijo ledvene hrbtenice in prvič izvedli uni kondilarno popolno protezo kolenskega sklepa.

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 iz zgornje Gorenjske je stalen in blago upada, narašča pa obisk iz 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 pogosto preseže številko sto. Pred tremi leti smo uvedli kontrolno ambulanto, ki jo dela specialist in fizično ločili nujne od kontrolnih pregledov. V usmerjene subspecialistične ambulante prvih kontrol ni več mogoče naročati prej kot v mesecu dni. Obenem s kadrovskimi okrepitvami razmišljamo predvsem o razširitvi ambulantne kirurške dejavnosti tako v bolnišnici, kot tudi v Kranju. Kot vse ostalo je to predvsem odvisno od plačnika in Ministrstva za zdravje.



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. Skoraj polovica vseh čakajočih programskih pacientov čaka na ortopedske operacije. V ortopedski ambulanti Jesenice in Škofja Loka, ki sodita v sklop SBJ, so skupno opravili 6.512 pregledov, v ambulantah v sklopu ZD Bled 1.192, ZD Tržič 830 in ZD Kranj 5969, skupaj torej 14.978 pregledov od tega 9.909 prvih pregledov. Trend rasti je večji od prostorske in kadrovske možnosti širitve dejavnosti. Uredili smo specializirano ortopedsko operacijsko dvorano ter samostojen oddelek, kar pa že sedaj ne zadostuje umiritvi čakalnih vrst.

Tabela 3. Opravljeno delo Ortopedske ambulante SB Jesenice in Škofja Loka

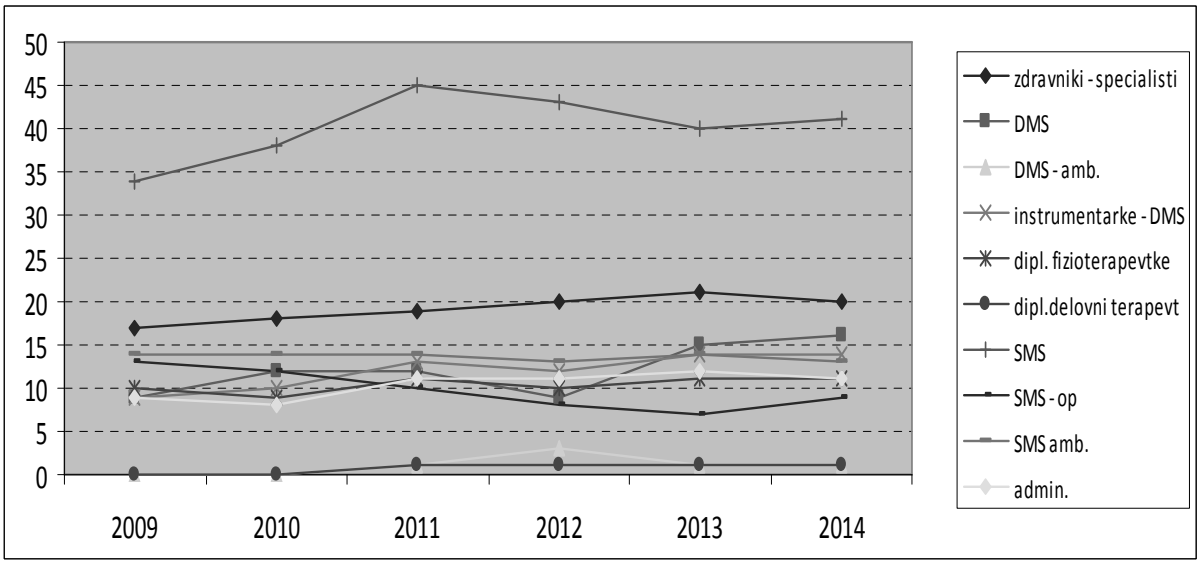
ZZZS	Realizacija leto 2013	Načrt leto 2014	Realizacija leto 2014	Index 14/13
Ortopedska amb. Jesenice	42.843,59	41.132,00	42.509,90	99,22
Obiski	6.336	6.635	6.569	103,68
Ortopedska amb. Šk.Loka	2.485,09	3.190,00	2.911,93	117,18
Obiski	378	515	432	114,29
Skupaj ortopedska amb.	45.328,68	44.322,00	45.421,83	100,21
Obiski	6.714	7.150	7.001	104,27

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 v letu 2014 ni povečalo, skupaj s tistimi, ki so pri nas za določen čas, pa zmanjšalo. Konec leta je v zaslužen pokoj odšel učitelj mnogih od nas Branko Brodnik, dr. med. Nadomestilo pričakujemo v letu 2015, ko specializacijo zaključijo trije specializanti kirurgije in eden ortopedije.
Pridobili smo enega specializanta ortopedije in enega kirurgije.

Tabela 4 a. Stalno zaposleni na kirurškem oddelku SB Jesenice v zadnjih šestih letih

profil	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014
zdravniki - specialisti	17	18	19	20	21	20
DMS	9	12	12	9	15	16
DMS - amb.	-	-	1	3	1	1
instrumentarke - DMS	9	10	13	12	14	14
dipl. fizioterapevtke	10	9	11	10	11	11
dipl.delovni terapevt	-	-	1	1	1	1
SMS	34	38	45	43	40	41
SMS - op	13	12	10	8	7	9
SMS amb.	14	14	14	13	14	13
admin.	9	8	11	11	12	11
skupaj za nedoločen čas	**115**	**121**	**137**	**130**	**136**	**137**



Graf 8. Dinamika vseh zaposlenih na kirurgiji v zadnjih 6 letih

Število zaposlenih v kirurški ambulanti, operacijski, administraciji in na fizioterapiji se kljub povečanemu obsegu dela in večji zahtevnosti obravnavanih pacientov 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 22 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 2 ortopedski ambulanti. 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 18, 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. 2015 smo kirurgi in ortopedi v povprečju imeli še po 15 dni lanskega dopusta in 250 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 5. Delovišča kirurgov in ortopedov dnevno in ob vikendih – dnevno minimalno 24

Delovišča	Nujna Amb.	Kontr. Amb.	Subspec. 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,Pr	1	0	0	0	0	1	1		3
Skupaj /dan	3	1	2	2	2	12	2	4	29

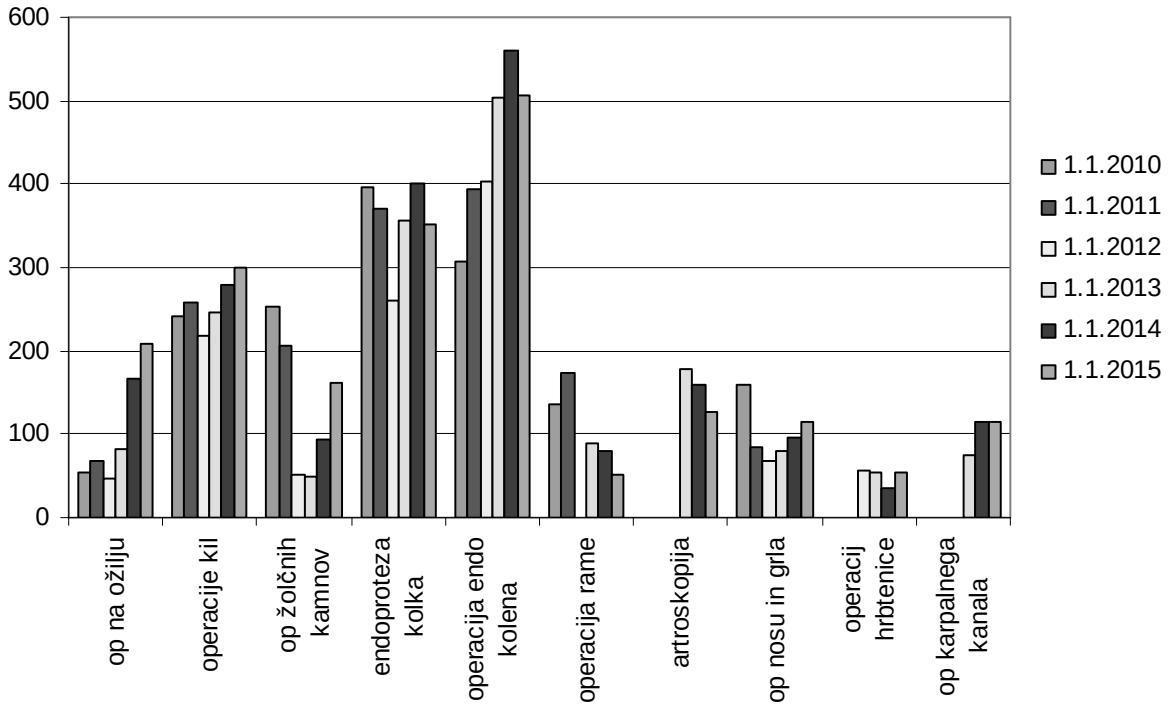
Kadrovsko vzdržnost so v preteklosti reševali zunanji krožeči specializanti in sobni zdravniki. Sobne zdravnike so ukinili, število zunanjih krožeči specializantov pa je nepredvidljivo. V prihajajočem letu pričakujemo upokojitev enega specialista in prihod štirih mladih specialistov. Ker mora bolnišnica kot celota zaradi še vedno veljavnega ZUJF-a na letnem nivoju prikazati en odstotek manj kadra, bomo z zaposlitvijo mladih kolegov imeli nemalo težav. Naše kadrovske težave izven hiše očitno ne zanimajo nikogar. Standardi in normativi zdravniškega dela ležijo v predalih Ministrstva za zdravje že nekaj let.
Svojih specializantov imamo sedaj 7.

4 ČAKALNE DOBE

V letu 2011 in 2012 smo čakalne dobe pri večini diagnoz zmanjšali. Lani so se čakalne dobe pričele ponovno podaljševati, v letu 2014 pa so ob 300 več opravljenih posegih ostale na skoraj isti ravni kot leto prej. Ocenjujemo, da za stabilno čakalno vrsto kirurški oddelek potrebuje okoli 6.300 primerov, od katerih bo 5.100 imelo večjo operacijo. Več v obstoječih prostorih ne zmoremo, kadrovsko pa le, če bo uslišana naša želja po zaposlitvi mladih specialistov. Čakalne dobe za endoprotezo kolena in kolka so se malenkost zmanjšale, so pa zato ponovno nekoliko zrasle za operacijo kile, operacije žolčnika, varic in stopal. Predolge čakalne dobe slej ko prej sprožijo odliv pacientov v druge regije, kjer čakalnih dob za nekatere operacije skoraj ni. Žal pa zapleti teh operacij pristanejo pri nas. Odliv pacientov iz regije finančno gotovo ni plus za zdravstveno blagajno, pač pa minus, saj imajo pacienti pravico do povrnitve potnih stroškov, reševalnih vozil in drugih finančnih nadomestil. Ker je naša storitev cenejša od večine primerljivih bolnišnic, bi bilo bolje razvijati manjkajoče dejavnosti v regiji. Ker v obstoječih zastarelih in iztrošenih prostorih to ni ne mogoče, ne varno, je edina rešitev gradnja nove regionalne bolnišnice na ustreznejši lokaciji. S temi dejstvi so lastniki seznanjeni, pa ni ne denarje ne volje. Zato upravičeno trdimo, da so prebivalci Gorenjske v primerjavi z nekaterimi drugimi regijami, glede dostopnosti zdravstvenih storitev na sekundarnem nivoju diskriminirani.
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.

Tabela 6. Dinamika čakajočih na OP poseg v zadnjih treh letih

	1.1.2013	1.1.2014	1.1.2015
Hrbtenica	55	38	55
Kolk	376	416	365
Koleno	794	844	719
Gleženj	36	43	57
Stopalo	386	477	521
Rama	92	80	54
Komolec	7	10	7
Zapestje+roka	177	219	137
Splošno	139	150	139
Kile	258	283	310
Žolčnik	60	94	166
Varice	84	167	209
Otroci	36	21	44
Abdomen	14	17	21
Sinus pilonidalis	25	40	44
Ostalo	86	136	100
SKUPAJ	***2625***	***3035***	***2948***



Graf 9: Dinamika števila čakajočih na prospektivne operacije zadnjih 6 let

Trajne rešitve so vezane na novogradnje urgence in operativnega bloka. Urgenco smo začeli zidati na lokaciji, ki je bila za lastnika edina sprejemljiva, o operacijskem bloku ali celo novi bolnišnici pa nihče še slišati noče. 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. Enako ne odpirati novih dejavnosti, za katere je med ljudmi očiten interes. Da je sistem verodostojen in pošten do pacientov skrbijo tri medicinske 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 primarija Matej Andoljšek in Miran Rems, ki sta obenem vodja svojih dejavnosti, izstopata s količino aktivnih predavanj in strokovnimi prispevki. V letu 2014 je opaziti med mlajšimi kolegi napredek pri aktivnih udeležbah.

Strokovne objave 2014

Andoljšek M. Lisfranc joint injuries. In: Foot and Ankle A la carte. Book of Abstracts. Croatian Orthopaedic Society, Slovenian Orthopaedic Society: Zagreb 2014: 42.

Fabjan A, Andoljšek M**.** Long-term clinical outcome after repair of quadriceps tendon rupture – Do patients return to the pre-injury level of activity? 10th CEOC, Split 08-10.05.2014.

KUNSTELJ, Andrej, JOVANOVIČ, Anja, REMS, Miran. Hernioplastika z mrežico pri bolnikih z ingvinalno kilo : spremljanje in vrednotenje rezultatov zdravljenja s Carolinas comfort scale. V: KOMADINA, Radko (ur.). Zbornik prispevkov VI. kongresa Združenja kirurgov Slovenije, [Portorož, 7. in 8. november 2014]. Celje: Splošna in učna bolnišnica, 2014, str. 108-109. [COBISS.SI-ID 80725249]

Jovanovič A.Rupar P. Mihael Kovač.Anže Militarov.Janez Pšenica.Kineboeck diease treatment. V: DELIMAR, Domagoj (ur.), BIĆANIĆ, Goran (ur.). Knjiga sažetaka = Abstract book : 10th CEOC. Split: [s. n.], 2014, str. 86.

U Ahčan, V Radonić, **A Militarov**, M Leban; Zdravljenje poškodovanca s poškodbo spodnje okončine v napadu morskega psa - klinični primer; Zdrav Vestn; Let. 83, št. 1 (2014)

Militarov A, Kovač M, Rupar P. Pšenica J. Thumb CMC joint arthritis. V: DELIMAR, Domagoj (ur.), BIĆANIĆ, Goran (ur.). Knjiga sažetaka = Abstract book : 10th CEOC. Split: [s. n.], 2014, str. 85.

PŠENICA, Janez, KOVAČ, Miha, RUPAR, Petra. Corrective osteotomy of malunited distal radius without spongioplasty or artificial bone substitute. V: DELIMAR, Domagoj (ur.), BIĆANIĆ, Goran (ur.). Knjiga sažetaka = Abstract book : 10th CEOC. Split: [s. n.], 2014, str. 83.

Pšenica J Zapleti in rešitve zapletov zdravljenja zlomov distalne koželjnice In: Zapleti in rešitve pri kirurgiji in rehabilitaciji roke. Zbornik Letno srečanje Slovenskega društva za rehabilitacijo roke (SDRR); 20 Nov; Ljubljana

Pšenica J Artroskopija zapestja, In: Smrkolj V, editor. Kirurgija; Celje : Grafika Gracer, 2014. 344-346

Pšenica J, Rupar P, Poškodbe dlančnic, členkov prstov in sklepov roke, In: Smrkolj V, editor. Kirurgija; Celje : Grafika Gracer, 2014. 1458-1465

REMS, Miran, JUREKOVIČ, Vlado, STUDEN PAULETIČ, Polona. Acceptance and implementtaion[!] of enhanced recovery after colorectal surgery in Slovenia 2012 : predavanje na "2nd World ERAS Congress, 23-26 April 2014", Valencia, Spain. Valencia, 26. apr. 2014. [COBISS.SI-ID 78482689]

GORJANC, Jurij, **REMS, Miran**. Hernioplastika v državah z nerazvitim zdravstvenim sistemom. V: KOMADINA, Radko (ur.). Zbornik prispevkov VI. kongresa Združenja kirurgov Slovenije, [Portorož, 7. in 8. november 2014]. Celje: Splošna in učna bolnišnica, 2014, str. 110. [COBISS.SI-ID 80725761]

REMS, Miran, KALAN, Gregor, JOVANOVIČ, Anja. Is primary perineal closure with omentoplasty after extralevator abdominoperineal excision appropriate method?. V: Innovation meets tradition : poster exhibition. Munich: Medkongress AG, 2014, str. 14. http://www.colorectalsurgery.eu/wa_files/Abstractbook_2014_web4.pdf. [COBISS.SI-ID 81127681]

REMS, Miran, STUDEN PAULETIČ, Polona. Kaj dodaja kirurgija s pospešenim okrevanjem onkološkim bolnikom?. V: IVANECZ, Arpad (ur.), KREBS, Bojan (ur.), POTRČ, Stojan (ur.). Simpozij z mednarodno udeležbo na temo Smernice in problemi zdravljenja malignomov želodca, trebušne slinavke in debelega črevesa ter danke : [zbornik predavanj]. Maribor: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, Kirurška klinika UKC, 2014, str. 160-161. [COBISS.SI-ID 80724737]

REMS, Miran, JEREBIC, Sandra. Kazalniki kakovosti niso končni cilj!. V: 7. dnevi Angele Boškin, 21. november 2014, Kranjska Gora. BAHUN, Mateja (ur.). Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti : zbornik prispevkov. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2014, str. 15-19. [COBISS.SI-ID 81128449]

REMS, Miran, JUREKOVIČ, Vlado, STUDEN PAULETIČ, Polona. Kirurgija s pospešenim okrevanjem pri bolnikih s kolorektalnim rakom v Sloveniji 2012 = Enhanced recovery after surgery in patients with colorectal cancer in Slovenia 2012. Zdravniški vestnik, ISSN 1318-0347. [Tiskana izd.], feb. 2014, letn. 83, št. 2, str. 115-126, graf. prikazi. [COBISS.SI-ID 78464769]

REMS, Miran, KUNSTELJ, Andrej, JOVANOVIČ, Anja. Late results of inguinal hernia mesh repair assessed with Carolinas Comfort Scale: na 36th annual international congress of the European hernia society, 29th May 2014, Edinburgh. Edinburgh, 29. maj 2014. [COBISS.SI-ID 80740353]

REMS, Miran. Ocenjevanje uspešnosti korekcij dimeljskih kil. V: KOMADINA, Radko (ur.). Zbornik prispevkov VI. kongresa Združenja kirurgov Slovenije, [Portorož, 7. in 8. november 2014]. Celje: Splošna in učna bolnišnica, 2014, str. 111. [COBISS.SI-ID 80726017]

REMS, Miran. Organizacija bolnišnice za KSPO in vloga kliničnih poti : predavanje na 2. simpoziju o kirurgiji s pospešenim okrevanjem, Kranjska Gora, 3. 10. 2014. Kranjska Gora, 3. okt. 2014. [COBISS.SI-ID 80733441]

REMS, Miran, PRISTAVEC, Tanja. Spremljanje kakovosti procesa sterilizacije v slovenskih bolnišnicah. V: ŽAGAR, Andreja (ur.), ISTENIČ, Irena (ur.). Varnost ni naključje : zbornik predavanj, Zreče, 20. in 21. marec 2014. 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, 2014, str. 8-16. [COBISS.SI-ID 78544641]

REMS, Miran. Zgodovina KSPO : predavanje na 2. simpoziju o kirurgiji s pospešenim okrevanjem, Kranjska Gora, 3. 10. 2014. Kranjska Gora, 3. okt. 2014. [COBISS.SI-ID 80733185]

Rupar P, Fabjan A, Golob D, Arh Jernej, Jovanovič A, Andoljšek M. Obravnava pacienta z zlomom hrbtenice – Izkušnje v Splošni bolnišnici Jesenice. 6. Goriški travmatološki dnevi – Poškodbe hrbtenice. Zbornik. Nova Gorica 2014. Splošna in učna bolnišnica Nova Gorica: 40-6.

PREDAVANJA 2014 – aktivna udeležba na strokovnih srečanjih

Andoljsek M. Early and late complications after pilon fractures. AOTrauma Europe Masters Course – Pilon 2014, Muttenz CH 10-12.04.2014.

Andoljsek M. Postero-medial approach. AOTrauma Europe Masters Course – Pilon 2014, Muttenz CH 10-12.04.2014.

Andoljsek M. Early and definitive treatment of pilon fractures. AOTrauma Course – Advanced principles of fracture management, Krakow, Poland 03-06.05.2014.

Andoljsek M. Navicular and Lisfranc injuries and complications. AOTrauma Course – Advanced principles of fracture management, Krakow, Poland 03-06.05.2014.

Andoljsek M. Summary of module 7 (foot injuries). AOTrauma Course – Advanced principles of fracture management, Krakow, Poland 03-06.05.2014.

Andoljšek M. Diaphyseal fractures. AOTrauma course - Basic principles of fracture management, Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Andoljšek M. Ankle fractures. AOTrauma course - Basic principles of fracture management, Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Andoljšek M. Early and definitive treatment of pilon fractures. AOTrauma – Advanced principles of fracture management, Banska Bystrica, Slovakia 15-17.10.2014.

Andoljšek M. Calcaneal fractures – predicting and avoiding problems. AOTrauma – Advanced principles of fracture management, Banska Bystrica, Slovakia 15-17.10.2014.

Andoljšek M. Navicular and Lisfranc injuries and complications. AOTrauma – Advanced principles of fracture management, Banska Bystrica, Slovakia 15-17.10.2014.

Andoljšek M. Lisfranc joint injuries. Foot and Ankle A la carte. Zagreb, Croatia 25.10.2014.

Andoljšek M. Chopart joint injuries – decision making. Foot and Ankle A la carte. Zagreb, Croatia 25.10.2014.

Robert Carotta: PREDSTAVITEV UKREPANJA SB JESENICE OB IZREDNEM DOGODKU VI. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE 7. in 8. november 2014

Robert Carotta, Andrej Rupel, Tomaž Jensterle, Matej Andoljšek: POŠKODBE PRSNEGA KOŠA – JE NOČNA MORA UPRAVIČENA? VI. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE 7. in 8. november 2014

Dolenc M Preprečevanje okužb pri kirurških posegih. Podiplomski tečaj iz hospitalne higiene, Medicinska fakulteta. 7.april

Dolenc M., Jemec M : 2. simpozij o kirurgiji s pospešenim okrevanjem, Kranjska gora: Implementacija KSPO pri operacijah zaradi raka debelega črevesa v SB Jesenice. 3.oktober

Dolenc M: Hemeroidi. Zdravstveni dom Medvode, 11. november

Fabjan A, Andoljšek M. Boleča peta. Trnova pot do uspeha. Posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe- Adria (36.IATROSSKI). Kranjska gora: 07.02.2014.

Fabjan A, Andoljšek M. Long-term clinical outcome after repair of quadriceps tendon rupture – Do patients return to the pre-injury level of activity? 10th CEOC, Split 08-10.05.2014.

Kovač M. Fracturec of the femoral neck. AOTrauma course - Basic principles of fracture management, Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Kovač M. AO classification. AOTrauma course - Basic principles of fracture management, Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Kovač M. Fractures of the Olecranon. AOTrauma course - Basic principles of fracture management, Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Anže Militarov, Rupar Petra, Robert Carotta: ANALIZA ŽELEZNIŠKE NESREČE NA JESENICAH VI. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE 7. in 8. november 2014

Militarov A Dynamic external fixator for PIP joint, Central European Orthopaedic congress, Split 8-11 maj

Pšenica, J.: Tibial Shaft fracture – Is there a place for a plate? AO Trauma Course – Principles in Operative Fracture Management. 1-4 okt 2014, Brdo Slovenija

Pšenica, J.: Distal radius fractures – Do they all do well? AO Trauma Course – Principles in Operative Fracture Management. 1-4 okt 2014, Brdo Slovenija

Pšenica, J.: Complications and solutions in distal radius fracture treatment. Symposium Complications and solutions in surgery and rehabilitation of the hand. 20 Nov 2014, Ljubljana Slovenija

Studen Pauletič P. Kirurški elementi kirurgije s pospešenim okrevanjem. Predavanje dostopno na internetu. Kranjska gora, 3.-4.10.2014

Rems M, Studen Pauletič P. Kaj dodaja kirurgija s pospešenim okrevanjem onkološkim bolnikom. V: Zbornik. 3. Mariborski onkološki dan. Maribor, 24.10.2014

Rupar P Poškodbe hrbtenice 6. Goriški travmatološki dnevi.. Nova Gorica 19.09.2014.

Rupar P AOTrauma Course – Basic principles of trauma management. Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Rupar P Simpoziju o kirurgiji s pospešenim okrevanjem, Kranjska Gora, 2-3. 10. 2014.

Rupar P. Head injury**.** ATLS tečaj. Sežana. 10.-12.4.2014

Rupar P, Fabjan A, Golob D, Arh Jernej, Jovanovič A, Andoljšek M. Obravnava pacienta z zlomom hrbtenice – Izkušnje v Splošni bolnišnici Jesenice. 6. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica 19.09.2014.

Rupar P. LCP plate/why,when,how. AOTrauma course - Basic principles of fracture management, Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Rupar P. Femur diaphyseos fracture. AOTrauma course - Basic principles of fracture management, Brdo pri Kranju 01-04.10.2014.

Rupar P, Fabjan A, Golob D, Arh Jernej, Jovanovič A, Andoljšek M. Obravnava pacienta z zlomom hrbtenice – Izkušnje v Splošni bolnišnici Jesenice. 6. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica 19.09.2014.

Rupar P. Zlom kolka pri starostniku-trenutna praksa-2. simpoziju o kirurgiji s pospešenim okrevanjem, Kranjska Gora, 3. 10. 2014.

Silvester T. Pospešeno okrevanje v ortopediji. 2.simpozij o kirurgiji s pospešenim okrevanjem :., Kranjska Gora 3.-4.10.2014

Silvester T. Which way to perform acetabular revision -reinforcement cage or jumbo cup?, 11th European Hip Society Congress: Stockholm,9.-11.10.2014

Silvester T. Odločitev za elektivno operacijo - totalno endoprotezo kolka/kolen pri starostniku Starostnik2014 :, Brdo pri Kranju, 22.11.2014

Šimnovec K. Najpogostejši operativni posegi v ramenskem sklepu in značilnosti rehabilitacije", Simpozij DFS SZ 5.4.2015 šmarješke toplice.

Štirje naši kolegi kot inštruktorji redno predavajo na ATLS tečajih doma in v tujini. Trije so letos predavali v Sežani eden pa trikrat v Švici.
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 15 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 po operativnem 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. 2014

Hospitalno smo v letu 2013 operirali 3.621 pacientov. Anketo smo poslali 3.506 pacientom. Analizirali smo prekomerno bolečino, po operativne 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 po operativno globoko vensko trombozo ali pljučno embolijo.

- 1655 pacientov se je na anketo odzvalo – 43,6% odziv

Tabela 7: Odkloni hospitalnih programsko operiranih pacientov v letu 2014

Število pacientov **Odklon**	**2009 – 978 pac.**	**2010 – 1220 pac.**	**2011 – 1385 pac.**	**2012 – 1281 pac.**	**2013 – 1655 pac.**	**2014 – 1530 pac.**
Bolečina VAS>5	87 – 8,9%	64 – 5,2%	70 – 5,1%	60 – 4,7%	72 -4,3%	169 –10%
Infekt pooperativno – minor + major	28 – 2,8%	24 – 1,9%	34 – 2,4%	66 – 5 %	56 – 3,1%	81 – 5,1% Realno 1,7%
Hematom - serom, krvavitev	4 – 0,4%	7 - 0,6%	6 –0,43%	19 – 1,4%	21 – 1,2%	25– 1,3%
Reoperiranih	6 – 0,6%	3 -0,24%	10 -0,72%	16 – 1,2%	6 – 0,36%	37 – 2,7%
Obisk druge ustanove (brez napotitve)	6 – 0,6%	9 - 0,7%	4 –0,28%	3 –0,23%	6 – 0,36%	8 – 0,5%
Ponoven obisk kirurga (nenaročen)	31 – 3,1%	29 – 2,3%	13 – 0,9%	50 – 4%	68 – 4,1%	109–7,9%
GVT ali pljučna embolija	1 – 0,1%	2- 0,16%	3 – 0,21%	12 – 0,9%	15 – 0,9%	16 – 1%
Ponoven sprejem - nepredviden		9 – 0,7%	19–1,37%	23 – 1,8%	16 – 0,9%	65 – 4,2%
Skupaj odkloni	16,6%	10,5%	11,5%	19%	15,7%	29 %

Ukrepi:

Očitno so na anketo odgovorili vsi, ki se jim je kaj zapletlo in manj tistih, pri katerih je šlo vse gladko. Anketa se je izkazala za neustrezno, saj se ljudje radi razpišejo, le redko kdo enostavno odgovori na vprašanja. Čeprav so rezultati v primerjavi s prejšnjimi leti porazni pa je 380 pacientov (23%) napisalo krajše ali daljše komentarje v smislu pohvale. Pri starejših in dementnih pacientih anketo večkrat izpolnijo svojci, ki od zdravstvenega sistema pričakujejo v socialnem smislu več kot jim mi lahko nudimo. Pogosto pacienti ne ločijo nenapovedanega od napovedanega obiska pri osebnem zdravniku ali kirurgu. Zato smo zlasti infekcije kirurške rane po operaciji aktivno poiskali in analizirali po strokah. Abdomen s splošno kirurgijo je zabeležil 49 pooperativnih infekcij, ortopedija 15, poškodbena kirurgija pa 22 pooperativnih infektov v letu 2014. To je skupno 86 primerov od 4.894 operacij ali 1,7%. Čeprav je odstotek še sprejemljiv, pa je marsikateri posamičen primer tragedija, ki pomembno vpliva na pacientovo rehabilitacijo in končni uspeh zdravljenja. Zato smo v letu 2015 vso pozornost usmerili v reševanje tega problema, ki ga pretežno lahko rešimo sami.

Še vedno imamo težave s pooperativnim zdravljenjem bolečine. Kratke hospitalizacije so verjetno glavni razlog za ta odklon. Verjetno se da kaj izboljšati že z ustreznimi analgetiki, ki jih pacient v obliki recepta dobi ob odpustnici. Tretjina anketiranih pacientov ob odpustu ni dobila recepta za analgetik. Podobno pozornost moramo ponovno usmeriti na preprečevanje venskih embolij med in po operaciji. Upoštevamo Caprinijevo lestvico in vsem pacientom, ki potrebujejo zaščito to tudi predpišemo.

Vsekakor bomo v tem letu poskušali več narediti na kvaliteti in manj na kvantiteti obravnav. Brzina je le redko vrlina. Idealno bi bilo, da bi po odsekih oponašali sistem dela dnevne bolnišnice, kjer je odklonov najmanj. Vsak odsek ima urejevalca primerov, ki naj bi pacienta za operacijo klical, sledil na oddelku in tudi po odpustu. Vsak odsek ima namreč svojo specifiko, svojo patologijo in s tem nevarnosti zapletov. Nekatere prostorske stvari smo uredili, vseh pa sami ne moremo, ker smo bolnišnica z najmanjšo kvadraturo na pacienta.

6.2 DNEVNA BOLNIŠNICA – ODKLONI OD KLINIČNIH POTI

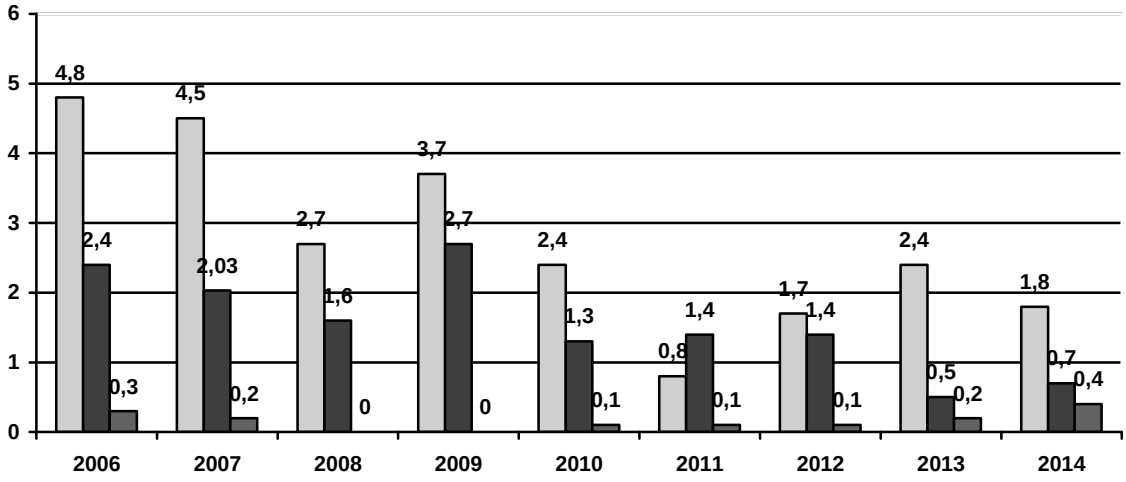
Obdobje od 1. 1. – 31.12. 2014

Tabela 8: premestitve in zapleti na dnevnem oddelku

Vzrok premestitve v hospital	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anesteziološki: bolečina	2	3	0	0		3
Vrtoglavica, slabost	8	10		1	2	6
Kirurški: obsežnejši poseg	12	8	2	7	6	5
krvavitev, hematom	8	3		2	2	3
Medicinski: drugo			1	1	2	2
motnje ritma,bolečina v prsih	2	1	4	5	9	1
Socialna indikacija: sam doma	1	1	2	1	1	0
Prevoz	5	1		1	2	2
Skupaj	38-3,7%	27-2,4%	9-0,8%	18-1,7%	25-2,4%	23-1,8%
Zapleti doma						
hematom	7	4	7	3	2	**3**
Bolečina	19	7	6	10	3	**3**
Drugo	2	3	2	2	1	4
Ponoven sprejem - infekt	0	1	1	1	2	4
Vsi pacienti – delež odklonov	**1025 - 6,4%**	**1086 - 3,8%**	**1076 – 2,3%**	**1026 – 3,3%**	**1037 – 3,1%**	**1270 – 2,9%**

ODKLONI DB skupaj: 2,9 %

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 10. 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 krajše čakalne dobe kot v bolnišnici, lotevamo vedno zahtevnejših posegov. Proces teče optimalno. Nujna je klimatizacija operacijske dvorane ali pa je obratovanje DB poleti

vprašljivo. Nujno je poenotenje anketiranja pacientov v hospitalu in DB ter skupno sledenje zapletov.

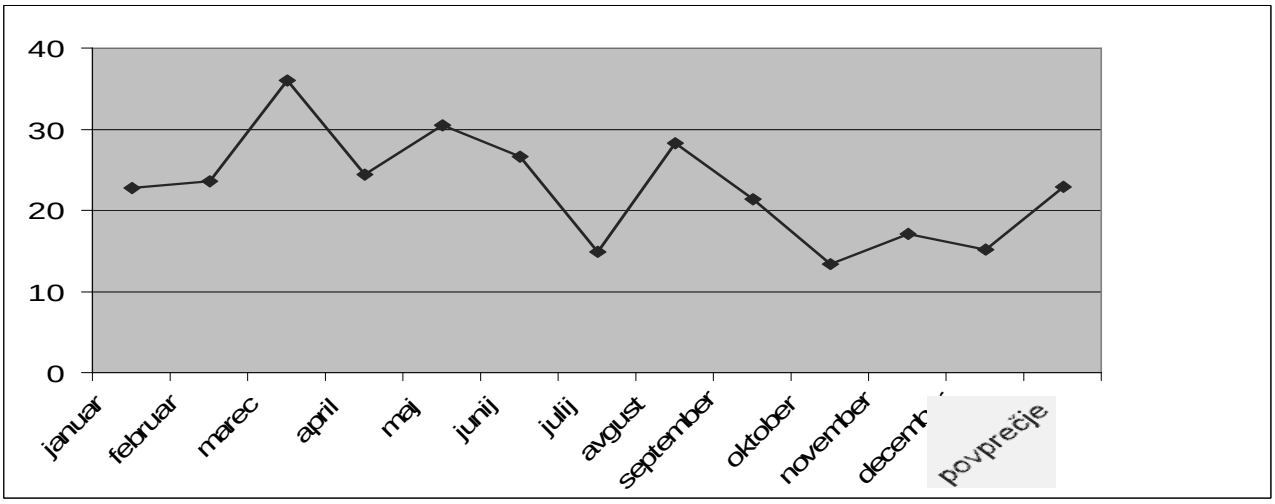
6.3 ODPUST – ČAS OD ODPUSTA DO POSLANE ODPUSTNICE

Obdobje od 1. 1. do 31.12. 2014
Skupno število pacientov oz. odpustnic 6131.

Povprečen čas od fizičnega odpusta pacienta do odpustnega pisma oddanega na pošto je bil v letu 2014 22,8 ur ali prvič do sedaj manj kot en dan.

Tabela 9: Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice

leto	2009	2010	2011	2012	2013	2014
januar	94 ur	50 ur	85 ur	84 ur	65 ur	22 ur
februar	63	74	95	96	52	23
marec	89	60	67	65	38	36
april	77	70	79	81	39	25
maj	80	47	57	49	49	30
junij	98	63	47	74	46	28
julij	34	61	54	42	29	15
avgust	48	72	61	46	19	29
september	61	72	53	48	39	21
oktober	59	68	37	63	39	13
november	48	67	56	47	35	17
december	45	88	62	43	40	15
povprečje	66,33 ur	66,00 ur	62,81 ur	61,5 ur	43 ur	22,8 ur



Graf 11. 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. Med oddelčne premestitve so še vedno problem, ki pa smo ga pričeli urejati s stalnim nadzorom nad nezaključenimi popisi in razdelitvijo oddelčnih administratork po strokah. Ker 90% pacientov odpustnico dobi v roke v času odpusta, je ta kazalnik kakovosti dosegel svoj namen in potrdil smisel kontrole kakovosti, obenem pa postal nepotreben.

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

6.4 SMRTI HOSPITALIZIRANIH PACIENTOV

Obdobje od 1.1. – 31.12 2011

Tabela 10: Skupno število umrlih pacientov

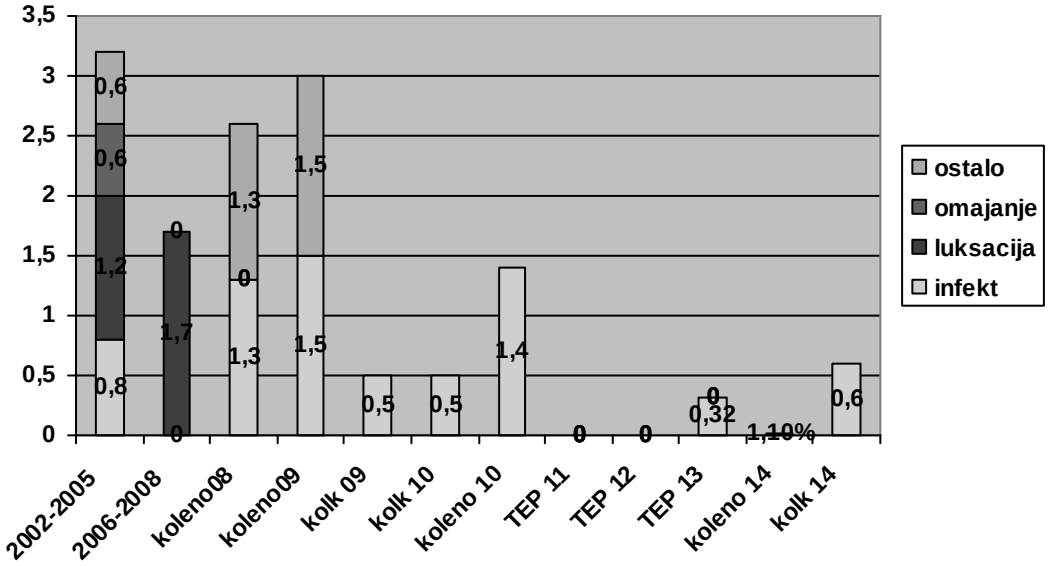
leto	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pričakovane smrti	94 – 1,7%	97 – 1,6%	61 – 1%	52 – 0,8%	39 - 0,65%	33- 0,53%
Nepričakovane smrti	22 – 0,4%	7 – 0,1%	7 – 0,1%	6 – 0,1%	13 – 0,2%	18-0,29%
Skupaj	116– 2,1%	104– 1,7%	68 – 1,1%	58 – 0,9%	52– 0,87%	51- 0,83%

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. Upoštevamo vse faktorje in dejavnosti znotraj bolnišnice, ne le na kirurgiji. Ne upoštevamo pa eventualnih pomanjkljivosti zdravljenja pred prihodom v bolnišnico. Vse smrtne primere obravnavamo na kirurškem konziliju. Zapletene primere vedno obravnavamo več strokovno. Boljši je jutranji raport, boljša predaja službe. Septični primeri gredo čim prej v EITOS ali če je potrebno, na operacijsko mizo. Sepsa je tudi glavni končni razlog smrti. Praviloma je razlog 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.

6.5 ZGODNJI ZAPLETI PO PROGRAMSKI ARTROPLASTIKI KOLKA IN KOLENA

Kot kazalnik kakovosti so opredeljeni zgodnji zapleti po programskih primarnih artroplastikah kolka in kolena – infekt, omajanje s potrebo po ponovnem posegu, izpah s potrebo po ponovnem odprtem posegu (ne zaprta repozicija). Tako je to definirano v švedskem registru TEP in splošno sprejeto v ostali Evropi.
V tem letu smo opravili 160 primarnih popolnih artroplastik kolka in 173 primarnih artroplastik kolena. Zabeležili smo en primer zgodnjega zapleta oz. infekta TEP kolka, ki je potreboval ponoven poseg. Imeli smo še dva kasna infekta in en zgoden periprostetičen zlom. Pri vseh so bili revizijski posegi uspešni. Zabeležili smo dva infekta primarne TEP kolena. Zgodnji revizijski poseg z menjavo Pu vložka je bil v obeh primerih uspešen. En infekt smo imeli tudi po kasni revizijski operaciji na kolenu.



Graf 12. Odstotek pacientov z zgodnjimi zapleti primarnih TEP kolka in kolena 2002 – 2013

7 ZAKLJUČNE MISLI

Kriza v družbi se je še izraziteje pokazala v zdravstvu. Varčevanje na vseh nivojih, zmanjševanje cene storitev ter ZUJF, obenem pa vse večja pričakovanja pacientov, ki pričakujejo evropske čakalne dobe in evropsko kvaliteto storitev. SB Jesenice je bila zgrajena pred 67 leti za največ 50.000 prebivalcev zgornje Gorenjske. Ko smo dejavnost razširili na spodnjo Gorenjsko, smo pridobili bistveno manj plačila storitev kot čakajočih 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. Leta 2013 tega ni bilo, zato so nam čakalne vrste zopet narasle na nemogočih 3.000 čakajočih pacientov na operativni poseg. Z dovoljenim preseganjem nekaterih prospektivnih primerov in zvečanjem deleža operiranih pacientov smo v letu 2014 število čakajočih zmanjšali za 87 pacientov. S tem smo dosegli mejo varnosti s kratko ležalno dobo in velikim obratom pacientov na zelo majhnih površinah v logistično antični bolnišnici.
Delovni pogoji ostajajo enaki – komaj zadostni. Mi smo naredili že skoraj vse. Rezerve smo postrgali. Sedaj pričakujemo vlaganja, nove kadre in razvoj. Kirurgija z ortopedijo za varno in kakovostno delo potrebuje vsaj 24 specialistov, nov operacijski blok in 6.500 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 2014:

1. Izboljšati notranje kazalnike kakovosti – bolečina, infekt – ***neuspešno.***
2. Maksimalno izkoristiti vse dosegljive operacijske prostore – ***precej uspešno.***
3. Klimatizirati preostale operacijske dvorane – ***delno uspešno.***
4. Popolno usposobiti operacijsko dvorano v prvem nadstropju – ***uspešno.***
5. Pridobiti eno specializacijo iz splošne kirurgije in vsaj eno iz ortopedije in se približati optimalni kadrovski številki – ***uspešno.***
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 – ***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 – ***neuspešno.***
10. Izboljšati kulturo varnosti in strpnega dialoga – ***delno uspešno.***

Novi cilji za leto 2015:

1. Zaposliti mlade specialiste, ki zaključijo specializacijo.
2. Dokončati in zagnati urgentni blok.
3. Popraviti in razširiti ambulantno kirurško dejavnost.
4. Vztrajati na specializaciji sodelavcev drugih strok v kirurški operacijski dejavnosti.
5. Razširiti urološko dejavnost.
6. Prevetriti čakalne liste in zmanjšati število čakajočih na poseg.
7. Renovirati oddelke in usposobiti prevezovalnice.
8. Pridobiti nove zdravniške sobe.

Nedokončani cilji za leto 2014 ostajajo, dodali pa smo nekaj novih. Dodatno se glede na ekonomsko situacijo države in posledično zdravstva pojavlja cilj racionalizacije vseh stroškov, ki so obešeni na našo klinično storitev. To smo preko javnih razpisov na nekaterih področjih že dosegli, sledijo preostala področja. Če bo le možno bomo urološko dejavnost razširili z ambulantne tudi na hospitalno dejavnost.
V prihajajočem 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, kaj šele razširiti dejavnost na področja, ki so v tem področju nezadostna.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA KIRURŠKEM ODDELKU

Zorica Panić, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN na kirurškem

UVOD

Naloga vseh zaposlenih je racionalna raba materiala in skrb za izvedbo vseh ukrepov na področju varčevanja. V preteklem letu smo začeli z varčevalnimi ukrepi in zagotovo zmanjšali stroške na pacienta, pri tem pa nismo znižali standardov zdravstvene nege na kirurškem oddelku.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

1.1 KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

V letu 2014 so koordinatorice zdravstvene obravnave na kirurškem oddelku uredile namestitev v prvo domsko varstvo za 70 pacientov, 110 pacientov je odšlo 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 zagotovitvi pripomočkov. Edukacijo svojcev so izvedle v 157 primerih. 65 pacientom so koordinatorice zdravstvene obravnave uredile namestitev na oddelku za zdravstveno nego.

V leta 2014 je bilo patronažni službi posredovanih 439 obvestil službi zdravstvene nege, 128 obvestil v domove za starostnike in 6 obvestil ob premestitvah v druge ustanove.
V letu 2014 je bilo organizirano srečanje ILCO društva za stomiste in njihove svojce dvakrat in sicer v spomladanskem in jesenskem času.

2 REALIZACIJA CILJEV

Cilj	**Zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega in kakovostnega dela kot vrednoto 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
Realizacija	• v letu 2014 je bilo evidentiranih 27 padcev pacienta. Torej 1 manj kot v letu 2013. • pridobljenih je bilo 15 RZP, zato nismo dosegli cilja (cilj -14) vendar smo pridobili 7 manj RZP kot v letu 2013. • V letu 2014 je prišlo do prenosa MRSA v treh primerih. V mesecu septembru. Na kirurškem oddelku je bilo 31 primerov prinesenih MRSA, kar je 8 primerov manj kot v enakem obdobju v letu 2013. Na kirurškem oddelku je v letu 2014 odvzetih 661 nadzornih brisov za MRSA, 644 nadzornih brisov za ESBL in 110 brisov za VRE ter 64 nadzornih brisov za acinetobakter baumanii, • Izvedeni so bili nadzori nad aktivnostmi ZN in ukrepe pri posameznih aktivnostih: PVU: delež skladnosti kriterijev pri pacientih s posebnim varovalnim ukrepom je 97,4% in delež skladnosti kriterijev za nadzor dokumentiranja predpisa in nadzora posebnih varovalnih ukrepov je bil v mesecu marec-april 97,06%, nekoliko slabši rezultat je bil dosežen pri nadzoru v mesecu oktober- november in sicer rezultat slabši za 3% (94,12%) rezultat v letošnjem letu je boljši. PREVENTIVA RZP: 94%, oskrba kronične rane 94,9% in oskrba akutne rane 95%. RAZDELJEVANJE ZDRAVIL 82% kar je 10% bolje kot lani. Največ odstopanje je zaradi nečitljivega oziroma nepopolnega predpisa. POCT: v prvi polovici leta smo dosegli 95,8%, v drugi polovici smo rezultat popravili in dosegli 98,4%. PREDAJA PACIENTA: 91,8% • Izveden je bil nadzor nad razkuževanjem rok na oddelku. • Izvedena je bila delavnica o razkuževanju rok na oddelku. Delavnice s preverjanjem so izvedli promotorji. Skladnost uspešnosti razkuževanja roke je bila 81,6%. • Oddelek je zaključil z ne izpolnjenim ciljem RZP. Rezultat je glede na leto poprej zadovoljiv, saj smo na oddelku uvedli kot učinkovit del preventive sistem spodbujanja obračanja s strani ZT - promotorja na oddelku, ki je bil določen zjutraj na predaji službe in je preko dopoldneva spodbujal obračanje.
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 kirurškem oddelku pri prevezi rane • mikroorganizacija na kirurškem oddelku
Realizacija	• v letu 2014 klinične poti niso bile prenovljene • izveden je bil mesečen nadzor nad dokumentacijo in skladnost dokumentiranja je 92% • prenovljen proces ZN je v uporabi in prav tako dogovorjene negovalne diagnoze • izvedena delavnica o dokumentiranju za zaposlene in predstavitev nove dokumentacije • spremembe pri prevezi so bile izvedene tudi kot posledica povečanja števila infektov na oddelku zaradi hitenja v času vizite predvsem pri opravljanju prevez • ni bilo izvedenih večjih sprememb v mikroorganizaciji na oddelku

Cilj	**Strokovni razvoj zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v skladu z novimi znanji, smernicami in standardi.**
Aktivnosti	1. udeležba zaposlenih na izobraževanjih po planu izobraževanj 2. 1 aktivna udeležba na eksternih izobraževanjih 3. Izvedba kirurških izobraževalnih uric 4. Izvajanje letnih razgovorov z zaposlenimi
Realizacija	5. Udeležba na izobraževanjih ni bila v celoti po planu. Plana nismo dosegli saj se nismo udeležili vseh planiranih izobraževanj zaradi bolniških odsotnosti. Eksternih udeležb je bilo 20 in internih 75. 6. Dosežen cilj, in sicer sta bili v letu 2014 3 aktivne udeležbe. 7. Kirurške izobraževalne urice so bile planirane in se predstojnik z njimi strinja, do izvedbe še ni prišlo. 8. Izvedenih je bilo 31 letnih razgovorov

3 ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTOV

V letu 2014 so bili neizvedeni trije ukrepi in sicer dokumentiranje po sobah, pisna navodila za paciente ogrožene za padec v obliki opozorila v sobi in ni bil izveden nakup blazin za ogrožene za padec, ki bi povečale varnost pacientov. Največ (varnostnih razgovorov) VR je bilo izvedenih na temo ogroženosti za padec, aplikacija zdravil in bolnišničnih okužb.

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠT. UKREPOV	UČINKOVITOST
Leto izvedbe	**2014**	**2014**	**2014**
Koordinatorica ZN na krg.odd.	22	99	90%
Odgovorne MS odd.	76	230	94%
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	0	0	0

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE

Darja Rajgelj, dipl. m. s.
Koordinatorica zdravstvene nege v operativni dejavnosti

UVOD

Letošnja tema ob dnevu operacijskih medicinskih sester Evrope je bila »Varnost zaposlenih v operacijski sobi pri ravnanju z ostrimi predmeti«.
Varnost in zdravje pri delu je človekova pravica. Varnost pri delu določajo načela, pravila in dejavnosti, ki morajo posamezniku omogočati uspešno opravljanje svojega poklicnega dela s polnim delovnim učinkom.
Operacijske medicinske sestre se moramo tako kot na ostalih področjih kontinuirano izobraževati tudi na področju varnosti zaposlenih in posredovati čim več uporabnih znanj o varnih delovnih pogojih z ostrimi predmeti, da bi s tem zmanjšali tveganje, zaradi katerega lahko pride do poškodbe/bolezni. Pri pregledu poročila o poškodbah z možnostjo prenosa okužb je v letu 2014 evidentiranih 26 oseb, pa še te so v glavnem iz op. bloka. Res je dejavnik tveganja v op. bloku za tak incident nekoliko večji, vendar je teh incidentov v bolnišnicah še znatno več.

Da postane operacijska zdravstvena nega vidna v smislu promocije zagotavljanja varnega dela, 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 NEGI

1.1 KADROVSKA ZASEDBA IN ORGANIZACIJA DELA

Tabela 1: Kadrovska sestava v primerjavi z leti od 2010 do 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Dipl .m. s	12	11	14	14	12
dipl.m.s. bolniška	1	1	0	0	4
dipl.m.s. porodniška	1	1	0	0	0
TZN	6	8	6	6	5
TZN bolniška, porodniška	1	0	1	0	0
koordinator - TZN	1	1	1	1	1
študent	0	0	0	0	0
študij ob delu	3	1	1	0	0

V drugi polovici leta 2014 smo zabeležili povečano število daljših bolniških odsotnosti – štiri kolegice in en odhod iz SBJ, poleg ostalih krajših bolniških odsotnosti. Ker gre za MS, ki so bile že izkušene in so opravljale tudi dežurno službo, se ta primanjkljaj zelo pozna zlasti v dodatni obremenitvi ostalega kadra tako MS kot tudi ZT. Delo v operacijski sobi je specifično in zelo zahtevno, kjer uvajanje novozaposlenega od prihoda do samostojnosti lahko traja tudi do dve leti. Kljub težki kadrovski situaciji smo opravili predviden letni plan dela, konec leta smo ga celo presegli. Potrebno je še poudariti, da je kljub prenovi operacijskega bloka v poletnih mesecih in potem dodatno še dvakratne selitve v septembru in oktobru zaradi montaže klimatov in izdelave novih stropov delo potekalo neovirano dnevno na treh deloviščih, ki so bila na treh različnih lokacijah. Zaradi odsotnosti OP MS tudi ni nikoli v letu 2014 odpadel operativni program.
Uvajanje večjega števila novih sodelavcev pomeni veliko obremenitev in stresne situacije za ostale zaposlene in posledično s tem tudi povzroča slabo voljo pri ostalih članih tima. Upamo lahko, da se bo kadrovska situacija v naslednjem letu ustalila in da dolgoročne obremenitve kadra ne bodo vplivale na varnost in kakovostno opravljene storitve za naše paciente.

2 IZOBRAŽEVANJE

Tabela 2: Realizacija izobraževanja v letu 2014

31.1.2014 5.2.2014	Interne delavnice TEP RAME Mathys	OP MS
27.1.2014	Kultura varnosti	2 MS
31.1.2014	Kultura varnosti	1 MS, 1TZN
3.2. 2014	Kultura varnosti	2 MS
29.1.2014	Interna delavnica: ekstenzijska miza Maquet	OP MS in TZN
12.2.2014	Nov cefalosporin z delovanjem na MRSA	1 MS
12.2.2014	Interna delavnica: 2,4 - 2,7 - 3,5 kotno stabilni set Synthes	OP MS
6.3.2014	Društvo MS, babic in ZT Gorenjske – Organizacijska kultura	1 MS, 1 TZN
13.3.2014	Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb	1 TZN
27.3.2014	Usposabljanje iz varstva pred IOS	7 MS, 4 TZN
20. - 21.3.2014	Sekcija MS in ZT v sterilizaciji, Varnost ni naključje, Zreče	1 MS,1 TZN
11. - 12.4.2014	Sekcija MS in ZT v operacijski dejavnosti, Ptuj, Približajmo operacijsko ZN pacientu	2 MS
16.4.2014	Predstavitev poklicev v ZN, Srednja šola Jesenice	1 MS
25.9.2014	Poklicna etika	2 MS

1. - 3. 2014	AO tečaj začetni za operacijsko osebje, Brdo	3 MS
4.10.2014	Zakonodaja s področja zdravstva	1 MS
8.10.2014	Interna delavnica: Predstavitev inštrumentarija PEP koleno Zimmer	9 MS
5.11.2014	Usposabljanje iz varstva pred IOS	2 MS, 1TZN
12.11.2014	Usposabljanje iz varstva pred IOS	3 MS, 2TZN
18.11.2014	Ogled izbrane klinike v Avstriji	1 MS
20.11.2014	Predstavitev vac sistema Vivano	OP MS IN TZN
21.11.2014	7. Dnevi Angele Boškin, Kranjska Gora	1 TZN
21.11.2014	Sekcija MS in ZT v operacijski dejavnosti, Ljubljana	1 MS
26.11.2014	Obravnava bolnika z demenco	1 TZN
4.12.2014	Varstvo pri delu	1 MS,1TZN
5.12.2014	Interna delavnica: Predstavitev inštrumentarija TEP koleno Maths	7 MS

3 REALIZACIJA CILJEV

Tabela 3: Realizacija ciljev v letu 2014

8.1.2014	selitev v prenovljene prostore dežurne sobe
11.1.2014	montaža novih dodatnih omar v ortopedski operacijski zaradi širitve ortopedske dejavnosti
7.2.2014	prve operacije TEP RAME - 3 pacienti
26.3.2014	predstavitev računalniškega vodenja Kirurški varnostni seznam
1.4.2014	začetek računalniškega vnosa KVS
7.4.2014	ISO presoja
5.5.2014	selitev operacijske sobe v porodnem bloku zaradi prenove
12.6. 2014	DNV presoja v op. bloku
17.6.2014	nov artroskopski stolp v ortopedski operacijski
26. in 27.6.2014	selitev operacijskega bloka zaradi montaže klimatov in beljenja
30.6.2014	selitev operacijske sobe po prenovi porodnega bloka, montaža nove operacijske luči
7.7.2014	novi laparoskopski stolp v kirurški operacijski
7.7.2014	nove komponente za artroskopski stolp na dnevnem oddelku: ekran, kamera, črpalka
7.7.2014	nov harmonični skalpel Thunderbeat in elektrokirurški nož
1.9.2014	zaključek prenove op. bloka
30.10. do 1.11.2014	selitev op. bloka in dokončna montaža klimatov
12.11.2014	nov colibri
25.11.2014	notranja presoja procesa celostne obravnave pacienta v op. bloku
19.12.2014	prva operacija stabilizacija hrbtenice

4 CILJI IN KAZALNIKI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI V LETU 2014

cilj	**Pridobivanje in obnavljanje znanja zaposlenih v op. bloku**	**Realizacija**
aktivnosti	Izobraževanja in delavnice znotraj enote	Izvedene po planu in po potrebi ob uvajanju novih metod dela
	Mentorstvo za mlajše kolegice v enoti	Kontinuirano, v letu 2014 ob menjavi kadra še posebej intenzivno
	Izobraževanja v okviru SBJ – po planu izobraževanj SBJ za področje ZN	Nismo se udeležili internih izobraževanj v večjem številu zaradi kadrovskih težav

	Zunanja izobraževanja po planu enote za leto 2014	Izvedena po planu
	Obisk bolnišnic po Sloveniji po planu, neizvedeno že v lanskem letu	Ni bilo realizirano
	Pasivna in aktivna udeležba na zunanjih srečanjih	Aktivne udeležbe v tem letu ni bilo
	Redni letni razgovori z zaposlenimi	Niso bili izvedeni
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)	30 ali 100%
	Poročila o VV in VR	Polletno in letno poročilo
	Beleženje neljubih dogodkov, padci pacientov	Padci 0
	Izvajanje dokumenta kirurški varnostni sistem	1.4.2014 šla v uporabo računalniška verzija, poročilo KVS
	Aktivnosti za varno delo zaposlenih (ustrezni pripomočki za delo, zaščitna sredstva, varni pogoji dela) Prenova op. bloka (klimatizacija prostorov, beljenje, popravila)	Razgovori o varnosti pri delu, spremljanje in nadzor ob delu, zamenjava dotrajanih pripomočkov, prenova op. bloka, klimatizacija
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.)	3 DMS na bolniški pred porodniškim dopustom, 1 DMS na daljši bolniški, 1ZT odhod iz SBJ
	Pregled in revizija protokolov in navodil za delo v perioperativni ZN	Pregledani in popravljeni interni protokoli in navodila za delo, dodana tudi nova navodila kot interni pripomoček za delo osebja v ZN
	Pregled in dopolnitev KVS spremeniti v tablo piši – briši na vsa delovišča v op. bloku	OBR 117 v računalniški obliki
	Mesečne kontrole izpolnjevanja pacientove dokumentacije – List perioperativne ZN ali KP	1x mesečno 10 dokumentacij
	Notranja in zunanja presoja	Presoja ISO 7.4 2014 Presoja DNV 12.6.2014 Notranja presoja 25.11.2014
	Sodelovanje v projektni skupini za standarde, klinične poti in dokumentacijo	Šavs
	Sodelovanje v projektni skupini za bolnišnično higieno	Matelič, Rajgelj
	Sodelovanje v skupini za preprečevanje padcev in skupini za pacientove pravice	Dizdarević, Kovačič
	Sodelovanje z VŠZD	Bohinc
	Sodelovanje s CS	Rajgelj, Čop
	Nabava dodatnega instrumentarija in opreme po planu	Delno realizirano
evalvacija		

5 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH IN VARNOSTNIH RAZGOVORIH

Najpogosteje izpostavljeni problemi:

- zagotavljanje kakovosti in varnosti za paciente
- dokumentiranje
- varnost zaposlenih
- preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb
- sodelovanje s CS
- reševanje tehničnih odklonov.

	1.1. - 30.6.2014	1.7. - 31.12.2014	SKUPAJ
število VV/VR	15	15	30
število izrečenih ukrepov	31	33	64
število uspešno izvedenih ukrepov	31	32	63
skupna učinkovitost VV/VR	100%	98%	98%

6 CILJI IN AKTIVNOSTI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI ZA LETO 2015

- Glede na precej spremenjeno kadrovsko zasedbo si predvsem želimo, da bi se novi sodelavci v perioperativni ZN čim bolje in čim hitreje uvedli v vsakodnevno delo.
- Popraviti oziroma dopolniti matriko znanj in izvesti letne razgovore z vsemi zaposlenimi
- Konsignacija osteosintetskega materiala in protetike s pomočjo informacijske podpore bo ogromen projekt, dolgoročno pa nam bo olajšal delo in prihranil stroške.
- Obnoviti, popraviti in dopolniti popise inštrumentarija na setih in urediti slikovno gradivo kot učni pripomoček za novozaposlene in pomoč v CS.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA DNEVNEM ODDELKU

Helena Dolžan Lindič, dipl. m. s.
Samostojni strokovni sodelavec, koordinator primera

1 PREGLED DELA V LETU 2014

Na dnevni oddelek je bilo sprejetih v obravnavo 1270 pacientov. Na matični kirurški oddelek je bilo zvečer oziroma čez noč premeščenih 23 pacientov in sicer iz različnih kirurških, anesterioloških, drugih medicinskh vzrokov ali zaradi socialne indikacije. V času zimskih, prvomajskih in novoletnih počitnic, je bil oddelek nekaj tednov zaprt.

2 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI 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 redno tekla v bolnišnici. 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 protokole, ki veljajo v SBJ, poročanje o napakah in odklonih, redni strokovni nadzori: nad predpisovanjem, shranjevanjem in aplikacijo zdravil, nad izpolnjevanjem dokumentacije izvajalo se je tudi zdravstveno vzgojno delo na področju subkutane aplikacije antikoagulantne terapije v domačem okolju	Zdravilo predpiše zdravnik, zapisi so čitljivi. Paralela zdravila ni vedno razvidna. Maksimalni dovoljeni dnevni odmerek ni vedno vpisan (tabela v KP). Upošteva se protokol o Zapisu ustnega telefonskega naročila zdravila. MS je pri razdeljevanju motena s strani svojcev, obiskovalcev na DO in telefona. Antikoagulantno terapijo doma dobijo skoraj vsi pacienti po artroskopiji
EVALVACIJA: število odklonov in napak, rezultati nadzorov	poročila o izpolnjevanju dokumentacije so bila oddana vsak mesec; 8x je bilo zdravilo nepravilno predpisano, MS pa je bila vsaj 25x motena pri razdeljevanju zdravil
2 .CILJ: zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega dela kot vrednota zaposlenih	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: redno poročanje o odklonih in ukrepih spremljanje in analiza pacientove dokumentacije redno izvajanje VV izvajanje preventivnih ukrepov (padci, RZP, MRSA) sodelovanje v projektnih skupinah (za padec, za zagotavljanje zasebnosti, za higieno)	Povečali smo varnost s pomočjo varnostnih vizit, pacient je seznanjen z varnostnimi ukrepi na oddelku in z nevarnostmi ob neupoštevanju le-teh, preverjali smo ali pacient razume naša navodila. Izvajali smo ustrezne varnostne ukrepe, vedno ocenili pacientovo stanje po op. posegu. Kader na DO se je izobraževal o pomenu varnosti, z opazovanjem in z razgovorom smo preverjali stanje oziroma znanje kadra. Skrbimo za redno poročanje in beleženje varnostnih in potencialnih zapletov.
EVALVACIJA: število varnostnih vizit število zabeleženih odklonov in napak kazalniki kakovosti delavnica o kulturi varnosti	Izvedli smo 26 varnostnih vizit, glede na odklone je bilo izrečenih 84 ukrepov 1 x se je MS udeležila konference vsi zaposleni v ZN smo sodelovali na delavnicah
3. CILJ: povečanje enotne prakse ZN	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: popraviti, dopolniti navodila pacientom dosledno izpolnjena dokumentacija na DO	Vse obravnave tečejo po kliničnih poteh. Klinično pot za artroskopijo in operacijo dimeljske kile smo popravili oz. dopolnili. Navodila pacientom za sprejem in odpust so bila ponovno pregledana. Pripravili pa smo še nova navodila pacientom po vazektomiji.
EVALVACIJA: poročilo o izpolnjevanju dokumentacije	Pripravljeno in poslano je poročilo vsak mesec; še vedno je nekaj sodelavcev, ki se jim dokumentiranje v KP zdi nepomembno (polja ostajajo prazna).
4. CILJ: zagotavljanje osebne integritete pacienta	**Realizacija učinkovitost**

AKTIVNOSTI: upoštevanje zasebnosti pacienta sodelovanje v projektni skupini za zasebnost	Skrbimo za pogovor in izobraževanje o zagotavljanju zasebnosti pacientu. Izvajamo ukrepe pri delu na oddelku - uporaba paravana, zapiranje vrat v bolniško sobo. Razgovori s pacientom in svojci tečejo individualno.
EVALVACIJA: zagotovljena zasebnost in zadovoljstvo pacientov	Pacienti so zadovoljni s potekom obravnave in tudi z zagotavljanjem zasebnosti
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 obstoječ standard. Predaja teče po SOP, motena pa je bila zaradi prihoda pacienta iz op, zvonjenja telefona, prihoda obiskovalca na oddelek
EVALVACIJA: nadzor in poročilo nad izvajanjem predaje oz upoštevanjem SOP (april,maj, oktober)	predaja pacienta teče na oddelku, v operacijskih prostorih in na krg oddelku po SOP
6. CILJ: strokovni razvoj zaposlenih v ZN	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: pripravljena matrika znanj za zaposlene v začetku leta je bil 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	Vzpodbujanje zaposlenih, da se seznanjajo z novimi smernicami, standardi in z novimi znanji. Udeležili in sodelovali smo na internih izobraževanjih, ki so jih pripravili naši zaposleni. Po izobraževanju smo pripravili poročila. Posamezniki se aktivno vključujemo tudi v različne projektne skupine v bolnišnici: skupina za raziskovanje, skupina za bolnišnično higieno, skupina za varovanje zasebnosti pacienta, skupina za padce, skupina za POCT.
EVALVACIJA: na osnovi letnih razgovorov pripravljena shema izobraževanj.	Udeležili smo se 9 internih izobraževanj. Pasivno smo sodelovali na Boškinovih dnevih. Sodelavci so zainteresirani za pridobivanje novih znanj.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3.1 POROČILA VARNOSTNIH VIZIT / RAZGOVOROV

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	26
Število izrečenih ukrepov	85
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	80

Problemi in zapleti, ki so bili 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, zagotavljanju zasebnosti pacienta, pri timski predaji službe, pri preverjanju identitete pacienta, pri kontroli roka uporabnosti zdravil in materiala in pri uporabi kisika na oddelku in posamezna odstopanja pri neposrednem delu s pacientom in pri organiziranosti dela.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

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.

LETNO POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

Breda Pavlenč, dipl. fiziot.
Vodja fizioterapije

UVOD

V Splošni bolnišnici Jesenice je fizioterapevtska dejavnost razdeljena na bolnišnično in ambulantno dejavnost.

V okviru bolnišnične dejavnosti fizioterapevti vsakodnevno sodelujemo pri rehabilitaciji pacientov na kirurškem, ortopedskem, internem, ginekološko-porodniškem, pediatričnem oddelku, na oddelku za zdravstveno nego, v enoti intenzivne terapije in nege ter v enoti intenzivne terapije operativnih strok. Fizioterapevtske obravnave potekajo individualno in so prilagojene posameznemu pacientu.

V okviru ambulantne dejavnosti izvajamo fizioterapevtske storitve s področja: elektroterapije (TENS, interferenčni in diadinamski tokovi, elektrostimulacija, iontoforeza), mehanoterapije (trakcije vratne in ledvene hrbtenice), magnetoterapije, hidroterapije, termoterapije (diatermija, termopak, lokalno gretje z IR žarki) in kinezioterapije.

1 MANAGEMENT V DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

Management v fizioterapiji SBJ je usmerjen v zviševanje dimenzij kakovosti: kakovosti za uporabnike, v kakovost za stroko ter kakovost za management. V sklopu celovitega koncepta izboljševanja kakovosti izvajamo redno merjenje zadovoljstva pacientov, identificiramo vzroke nezadovoljstva in skušamo v mejah zmožnosti sistemsko in sistematično odpravljati te vzroke. Na osnovi omenjenih dejavnikov so bili na fizioterapiji postavljeni tudi cilji za leto 2014, ki smo jih želeli uresničiti, njihova realizacija pa je podana v spodnji tabeli.

Tabela 1: Realizacija ciljev v letu 2014

CILJI	REALIZACIJA
1. Izobraževanje	Realizacija: **delna** Učinkovitost: cilj je **delno** realiziran
Pridobitev specialnega znanja s področja nevrofizioterapije odraslih	Cilj je delno realiziran. V letu 2014 je ena fizioterapevtka pridobila dodatna znanja in mednarodni certifikat s področja nevrološke obravnave pacientov.
Izvedba štirih izobraževanj v FT	Cilj je delno realiziran. Izvedli smo dva interna strokovna izobraževanja, in sicer FT obravnava ginekoloških pacientk in porodnic ter Handling.
Tri pasivne udeležbe na strokovnih srečanjih in izobraževanjih	Cilj je v celoti realiziran. Udeležili smo se izobraževanj: Rehablitacija po operativnih posegih v ramenskem sklepu, Rehabilitacija po amputacijah na spodnjem udu, tečaj vadbe v nosečnosti, Novosti v rehabilitaciji po možganski kapi.
Aktivna udeležba na strokovnem srečanju	Cilj je v celoti realiziran. FT smo aktivno sodelovale na dveh strokovnih srečanjih.
2. Prenova obstoječe in izdelava nove dokumentacije in protokolov	Cilj je **delno** realiziran. Spremenili ali na novo izdelali smo 9 procesov in protokolov, 4 navodila za paciente in 12 obrazcev.
3. Varnost in kakovost	Realizacija: **delna.** Učinkovitost: cilj **delno** realiziran.
Število varnostnih razgovorov	Izvedli smo 44 varnostnih razgovorov.
Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti	Zabeležili smo 1 odklon.
Razvijanje novih standardov in protokolov za področje fizioterapije	Izdelali smo 3 protokole za področje fizioterapije.
Nakup nove opreme (laser, Bobath terapevtska miza, več funkcijski stimulator)	Pridobili smo Bobath terapevtsko mizo, dvokanalni mišični stimulator za krepitev mišic in aparat za elektroterapijo.
Redni servisi aparatov	3
Anketa o zadovoljstvu pacientov	Izvedeni sta bili 2 anketi, in sicer anketa o zadovoljstvu hospitaliziranih pacientov ter anketa o zadovoljstvu pacientov v fizioterapevtski ambulanti.
Redni tedenski timski sestanki	Izvedli smo 48 rednih ter 8 izrednih timskih sestankov.
Dvakrat leto razširjeni sestanek z vodjema enote	Ni realizirano
4. Razvoj kadrov	**Ni realizirano**
Število izvedenih letnih razgovorov na število zaposlenih	Ni realizirano
Sprememba matrike znanja glede na letne razgovore	Ni realizirano

1.1 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

- Uspešna vpeljava novega obračunskega modela v ambulantni dejavnosti.
  S 1.1. 14 je v ambulantni dejavnosti pričel veljati nov obračunski model fizioterapije, ki je vplival na večjo učinkovitost fizioterapevtov in dvig kakovosti storitev, poenostavitev predpisovanja FT, natančneje določil predpisovanje FT po zahtevnosti glede na diagnozo in funkcionalno stanje pacienta ter izpostavil zahteve po ustrezni opremi in strokovni usposobljenosti.
- Aktivno sodelovanje pri pripravi in izvedbi Perioperativne šole TEP kolenskega in kolčnega sklepa.

- Priprava delavnic ob Svetovnem dnevu fizioterapevtov z naslovom Terapevtske vaje pri bolečini v hrbtenici.
- Aktivno sodelovanje pri konzultativnih pregledih fiziatra.
- Aktivno sodelovanje v projektnih skupinah.
- Pogovori o varnosti izvajanja fizioterapevtskih obravnav ter iskanje priložnosti za izboljšave.

1.2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

- Anketa o zadovoljstvu pacientov.
  Izvedli smo dve anketi o zadovoljstvu pacientov s fizioterapevtsko obravnavo, eno v fizioterapevtski ambulanti in eno na bolnišničnih oddelkih. Z analizo rezultatov ankete smo ugotovili visoko zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtsko obravnavo. Nezadovoljstvo nad fizioterapevtsko obravnavo ni bilo izraženo.
- Kazalnik števila varnostnih zapletov v fizioterapevtski ambulanti.
  Varnostnih zapletov nismo zabeležili.
- Kazalnik števila varnostnih pogovorov za zagotavljanje varnosti pacientov.
  Izvedli smo 44 pogovorov o varnosti.
- Presoja FT procesa
  V letu 2014 presoja procesa (ISO, DNV) ni bila izvedena.

2 REALIZACIJA PLANA DELA

2.1 AMBULANTNA DEJAVNOST

V fizioterapevtski ambulanti smo v letu 2014 uspešno realizirali plan dela. Realizacija je podana v spodnji tabeli.

Tabela 2: Realizacija dela v ambulantni dejavnosti

Kriterij ZZZS	Plan	Realizacija	Doseganje plana
Število obravnavanih pacientov	704	718	1,02
Število uteži	1216	1570	1,29

Poleg omenjenih 718 pacientov, smo v ambulanti obravnavali še 113 pacientov napotenih iz bolnišničnih oddelkov.

2.2 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

Na bolnišničnih oddelkih in enotah smo obravnavali 4469 pacientov (indeks 14/13 znaša 0,999), od tega 2290 na Oddelku za kirurgijo, 993 na Oddelku za interno medicino, 409 na Oddelku za pediatrijo, 618 na Oddelku za ginekologijo in porodništvo ter v ostalih enotah in oddelkih 159.

3 CILJI 2015

1. Cilj: Izobraževanje	Rok izvedbe	Odgovoren
KAZALNIK Pridobitev specialnega znanja. Izvedba dveh izobraževanj v FT. Ena aktivna udeležba na strokovnih srečanjih.	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti
2. Cilj: Prenova obstoječe in izdelava nove dokumentacije in protokolov	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**

KAZALNIK Izdelava protokola za izvajanje FT obravnave pri pacientih po možganski kapi. Spremljanje prenove, uvedba 2 novih SOP v skladu z novimi smernicami FT metod dela. Izdelava priročnika za paciente po operaciji TEP kolenskega in kolčnega sklepa.	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti
3. Cilj: Varnost in kakovost	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
KAZALNIK: Število varnostnih razgovorov. Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti. Nakup nove opreme. Redni servisi aparatov. Anketa o zadovoljstvu pacientov. Redni tedenski timski sestanki. Dvakrat letno razširjeni sestanek z vodjema enote.	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti
4. Cilj: Razvoj kadrov	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
KAZALNIKI: Število izvedenih letnih razgovorov na število zaposlenih. Sprememba matrike znanja glede na letne razgovore.	Kontinuirano celo leto	Vodja dejavnosti

LETNO POROČILO O DEJAVNOSTI DELOVNE TERAPIJE

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 in 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 pacienta, s tem pa vpliva na preprečevanje morebitnega poslabšanja njihovega stanja (poškodb, bolezni ...).

Delovni terapevt svetuje in predlaga uporabo ustreznih medicinsko tehničnih pripomočkov zdravniku, pacientu in svojcu, glede na zdravstveno stanje pacienta (stopnja funkcioniranja in obvladovanje dnevnih aktivnosti). Obenem svetuje svojcem/skrbnikom tudi pri adaptaciji in prilagoditvah domačega okolja.
Delovna terapija se kot del multidisciplinarne obravnave v Splošni bolnišnici Jesenice vključuje v proces rehabilitacije na internih in kirurških oddelkih, na oddelku za zdravstveno nego in po potrebi v intenzivnih enotah, kjer se izvaja aktivna rehabilitacija oseb po različnih poškodbah in obolenjih. 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 izid. V obravnavo se vključuje ocenjevanje, načrtovanje in vrednotenje svojega dela.

1.1 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2014 ZA PODROČJE DELOVNE TERAPIJE

1. CILJ - Strokovni razvoj stroke na posameznih področjih v skladu z novimi znanji in smernicami	**Realizacija do 31.12.2014**
Aktivnosti: Osebni karierni razvoj ▪ Delovno terapevtski proces pri rehabilitaciji roke ▪ Zagotovitev osebne integritete pacientov	80% 50 % 100%
EVALVACIJA: Nadzor nad terapevtskih delom	94,6%
2. CILJ - Zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varni proces dela	**Realizacija do 31.12.2014**
Aktivnosti: Udeležba na seminarjih v okviru matične ustanove ▪ Določitev strokovnega vodja ▪ Vključevanje delovno terapevtske obravnave v dnevne aktivnosti pri jutranji negi na izpostavljeno željo pacienta na OZZN ▪ Povečanje število zaposlenih v delovni terapiji in opredelitev delovne obremenitve na zaposlenega	67% 100% 100% 0%
EVALVACIJA: - Število udeležb na seminarjih in izobraževanjih - Poročilo o izpopolnjevanju delovno terapevtske obravnave	 67% 94,6%
3. CILJ- Priprava, spremembe in dopolnitev dokumentacije	**Realizacija do 31.12.2014**
Aktivnosti: Kazalnik kakovosti (RBI) ▪ Izvedba ankete o zadovoljstvu pacientov	100% Nerealizirano
EVALVACIJA: Poročilo o izvedbi nadzora nad dokum. DT (OBR 120e)	94,6%

1.2 UVAJANJE IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

Delovna terapija je trdno usmerjena k zagotavljanju kulture varnosti in izboljševanju kakovosti na strokovnem področju.

V letu 2014 je razširila izvajanje obravnave; vključevanje delovno terapevtske obravnave v jutranjo nego na potrebo in izpostavljeno željo pacienta (večanje samostojnosti v ožjih dnevnih aktivnosti). Kontinuirano izvaja 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, rehabilitacije po amputaciji spodnjega uda in po operaciji kolka.

V letu 2014 sem bila prisotna na desetih varnostnih vizitah. Aktivno sodelujem pri konziliarnih pregledih fiziatra (20 obiskov). Sodelujem pri izvedbi družinskih konferenc in edukaciji svojcev.

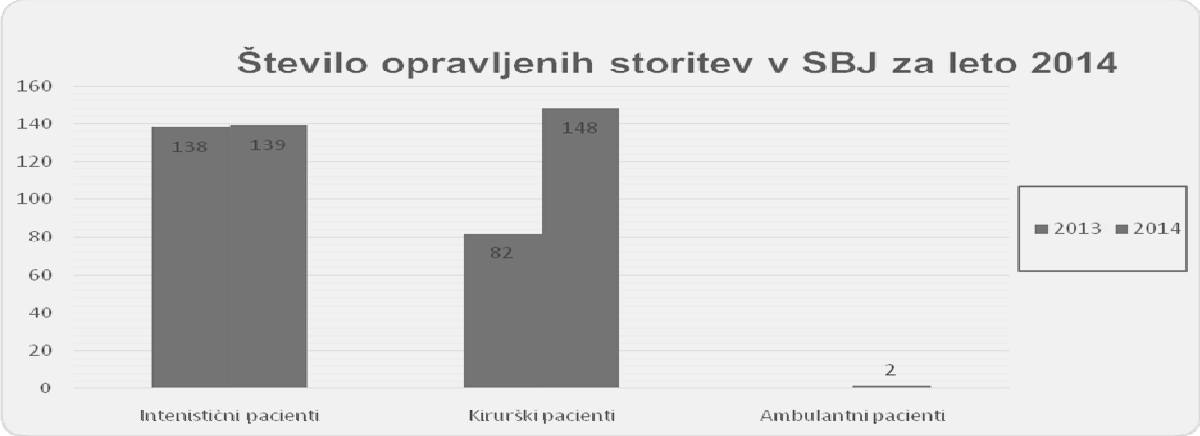
Delovni terapevt je aktivni član skupine za preventivo pred padci, aktivno sem sodelovala pri izdelavi in ureditvi kopalnice na internem oddelku (prilagoditve in adaptacija bivalnega okolja).

2 REALIZACIJA NAČRTA DELA ZA LETO 2014

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

V letu 2014 je bilo obravnavanih 287 hospitalnih pacientov in 2 ambulantna pacienta, od tega 139 internističnih pacientov in 148 kirurških pacientov.

Po statističnem pregledu je bilo v letu 2014 v obdobju od 1.1.2014 do 27.10.2014 v povprečju na mesec naročenih 246 obravnav na delovno terapijo, kar letno skupaj znaša 2456 obravnav (v povprečju na dan naročenih 12 obravnav).
V povprečju na dan 4 pacienti niso bili deležni obravnav s strani delovne terapije (na letni ravni to znaša 816 obravnav), kljub naročilu zdravnika. Vzroki neobravnave so v velikem številu naročil glede na kapaciteto števila zaposlenih v timu delovne terapije, dopusti, bolniške odsotnosti, prazniki in izobraževanja.



Graf 1: Pregled opravljenih storitev za leto 2013 in 2014

Sodelovala sem pri 10 družinskih konferencah in izvedla 35 edukacij s svojci (pravilno rokovanje s pacienti, adaptacija in sprememba domačega okolja, dejanske zmožnosti funkcioniranja pacienta).
V letu 2014 je delovna terapija izvajala mentorstvo 2 študentoma, smer delovna terapija iz Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Na kroženju v času pripravništva je bilo v SBJ prisotnih 7 pripravnikov (prisotni povprečni čas v SBJ: 7 dni).

3 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA

3.1 NOTRANJA IZOBRAŽEVANJA V OKVIRU SBJ

Udeležba na:

- Prehrana pacienta – zagotavljanje ustrezne prehranjenosti hospitaliziranih pacientov

3.2 ZUNANJA IZOBRAŽEVANJA

Udeležba na:

- Teden možganov – klinični četrtek (izobraževanje na temo možganov in nevrologije)
- Delavnica na temo zgodnja nevrorehabilitacija – delovna terapija nevrološkega bolnika
- Bolnik po možganski kapi – okrevanje bolnika po možganski kapi
- Posvet o delovni terapiji
- Seminar z učno delavnico: razvoj roke in izdelava opornic

V letu 2014 je delovna terapija 14.10. 2014 organizirala predavanje: Predstavitev strokovnega dela rehabilitacije roke s poudarkom na delovni terapiji na Inštitutu za medicinsko rehabilitacijo UKC Ljubljana.

4 CILJI ZA LETO 2015

Cilji	Aktivnost	Realizacija	Odgovorna oseba
1. Razvoj DT stroke	- Rehabilitacija roke s področja delovne terapije - Povečanje števila zaposlenih v delovni terapiji in opredelitev delovne obremenitve na zaposlenega - Udeležba na seminarjih, posvetih in kongresih - Medinstucionalno izobraževanje v drugih sorodnih ustanovah	Do 31.12.2015	Andreja Ličef, dipl. del. ter
2. Multidisciplin. sodelovanje in zagotavljanje kulture varnosti	- Kombinirane obravnave znotraj terapevtskih vej - Vodenje število odklonov in padcev	Kontinuirano Kontinuirano	Andreja Ličef, dipl. del. ter
3. Skrb za kakovost	- Uvedba novih SOP-ov in spremljanje novosti na strokovnem področju - Voditi kazalnik kakovosti - Anketa o zadovoljstvu - Udeležba na sestankih znotraj tima	Kontinuirano Kontinuirano Do 31.12.2015 Kontinuirano	Andreja Ličef, dipl. del. ter

STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE

Predstojnik službe (od 28.junija 2014)
Janez Poklukar, dr. med., spec. int. med. *(1. jan. 2014 do28. jun. 2014)*
Prim. Igor Rus, dr. med., spec. int. med. *(od 28. junija 2014)*

UVOD

V strokovnem poročilu je predstavljeno delo vseh oddelkov in enot, ki organizacijsko sodijo v okvir službe za interno medicino v letu 2014. 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:, Marko Šluga 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:Ana Travar, 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)
  prim. Igor Rus, 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 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 sredah na kardiološkem odseku in v IIT, ob četrkih na gastroenterološkem odseku, ob petkih na endokrinološko–nefrološkem odseku. Pri vizitah aktivno sodeluje klinična farmacevtka, redno tudi nevrologinja in vodja centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med., spec. anest.,katera redno sodeljuje tudi na petkovih jutranji sestankih,kjer natančno analiziramo paliativne bolnike.

V začetku leta 2014 je bilo v okviru internistične službe redno zaposlenih 10 specialistov internistov, pet manj kot leta 2000. V letu 2014 sta dve zdravnici uspešno zaključili specializacijo iz interne medicine in se 1. 6. in 1. 7. 2014 pri nas zaposlili za nedoločen čas, 28. junija je delo poslovnega direktorja nastopil predstojnik internega oddelka in od tedaj opravlja samo dežurno službo in specialistično kardiološko ambulanto, 1. septembra se je upokojila specialistka, 1. novembra je nastopila podaljšano porodniško odsotnost mlajša specialistka, tako je bilo 31. 12. 2013 na internem oddelku 9 stalno zaposlenih specialistov internistov. Tudi strokovna direktorica je specialistka internistika, ki opravlja delo v diabetološki ambulanti in v enoti za UZ preglede vratnih arterij, ne opravlja pa dela na oddelku za interno medicino in ne v dežurni službi. Od 12 specializantov interne medicine, zaposlenih za čas specializacije v SB Jesenice, trenutno na našem oddelku v okviru programa specializacije krožita le dva. V letu 2014 so bili skoraj vsi na kroženju v UKC Ljubljana in Kliniki Golnik, oziroma so bili odsotni zaradi porodniškega dopusta, leta 2015 pa bo s specializacijo zaključila samo ena specializantka.

Ne glede na zapisano, večino dela v urgentni internistični ambulanti pod nadzorom specialista internista opravijo specializanti. Za zagotavljanje 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva v dežurni službi sodelujeta tudi specialist, ki je redno zaposlen 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, štiri starejši specializanti pa pod nadzorom opravljajo tudi delo v specialističnih ambulantah.

Glede na naraščajoč obseg dela predstavlja premajhno število specialistov internistov poglaviten problem oddelka. Rešitev je v zaposlovanju mladih specialistov po specialističnem izpitu. Kljub hudim kadrovskim težavam, pa še vedno ves čas poteka strokovno izpopolnjevanje v in izven ustanove v bolj ali manj načrtovanem obsegu. Glavni mentorji na oddelku za interno medicino so: prim. Igor Rus, dr. med., Joško Fajdiga, dr. med. in Teja Arnež, dr. med.

Na oddelku je zaposlenih 12 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, kar je glede na obseg dela odločno premalo. Redno na našem oddelku dela tudi delovna terapevtka.

2 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

V letu 2014 smo presegli načrtovani programom za 0,27 %. Pregled obsega dela je podan v Tabeli 1:

Tabela 1: Pregled opravljenega dela v bolnišnični dejavnosti na internem oddelku

	leto 2013	načrt 2014	leto 2014	IND na načrt 2014	odstop od načrta	IND na leto 2013
SKUPAJ	**3.330**	**3.311**	**3.320**	**100,27**	**9**	**99,70**
- skupaj ZZZS	3.277	3.258	3.244	99,57	-14	98,99
- ostali plačniki	53	53	76	143,40	23	143,40

Leta 2014 je bilo z oddelka za interno medicino odpuščenih 3.320 bolnikov.

V UKC Ljubljana je bilo premeščenih 123 (leta 2013 110), v PB Begunje 19 (leta 2013 22), v Bolnišnico Golnik 20 (leta 2013 16), v SB Izola 2 (leta 2013 7), Bolnišnico Postojno 3, Onkološki inštitut Ljubljana 3 bolnikov (*Tabela 2).* Iz podatkov lahko razberemo, da smo bolnike v druge, zgoraj naštete ustanove, premeščali v približno enakem obsegu kot prejšnja leta, predvsem zaradi nadaljnje diagnostike in zdravljenja, ki v okviru obsega in opremljenosti v bolnišnici ni bilo možno. 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. Tudi premestitve v ostale ustanove (SB Izola, SB Celje, UKC Maribor) so bile na račun izvajanja invazivne diagnostike in zdravljenja žilnih bolezni. Sodelovanje s KO za intenzivno interno medicino (KOIIM) in KO za kardiologijo (KOK) je bilo tudi v letu 2014, kot leta poprej, več kot zelo dobro. Skupno število premeščenih bolnikov v druge ustanove zaradi potrebe po invazivni žilni diagnostiki in zdravljenju je bilo 124 (v letu 2013 123), in se zadnja leta bistveno ni spreminjalo.
Leta 2014 smo znotraj bolnišnice opravili 114 konziliarnih pregledov, večinoma na kirurškem oddelku.

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

oddelek / ustanova, v katero je bil pacient napoten	št.premeščenih pacientov
UKC Ljubljana	123
Bolnišnica Golnik	20
Psihiatrična bolnišnica Begunje	19
Bolnišnica Postojna	3
Onkološki inštitut Ljubljana	3
Splošna bolnišnica Izola	2
Splošna bolnišnica Celje	1
UKC Maribor	1
Psihiatrična klinika Ljubljana	1

Zastopanost posameznih obolenj in bolezenskih skupin pri bolnikih, zdravljenih na oddelku za interno medicino v letu 2014, je v glavnem primerljivo z letom 2013 in leti poprej. Tudi v letu 2014 so na prvem mestu po zastopanosti infektivne bolezni spodnjih dihal oziroma pljučnice, na drugem mestu po zastopanosti pa zastojno srčno popuščanje.

Tabela 3: Najpogostejše glavne diagnoze pri vseh hospitaliziranih pacientih

GLAVNA DIAGNOZA		št. pacientov
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	212
I500	Zastojna srčna odpoved	210
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	142
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	87
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	63
R18	Ascites	63
K703	Alkoholna ciroza jeter	62
K590	Zaprtje (konstipacija)	55
D500	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitva	53
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	51
D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredelje	47
I110	Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno	41
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	40
J189	Pljučnica, neopredeljena	39
I633	Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	34
A419	Sepsa, neopredeljena	32
J158	Druge bakterijske pljučnice	31
K8031	Kamen žolčnega voda s holangitisom, z obstrukc	30
I210	Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednje	27
N300	Akutno vnetje sečnega mehurja	27

Tabela 3 prikazuje 20 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 2014. V tabeli 7 je posebej prikazano število bolnikov, ki so bili leta 2014 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	44
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	32
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	32
K703	Alkoholna ciroza jeter	20
R18	Ascites	20
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	15
K590	Zaprtje (konstipacija)	14
I210	Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednje	12
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	11
K704	Alkoholna odpoved jeter	11
R074	Bolečina v prsih, neopredeljena	11
G4090	Epilepsija, neopredeljena, niso v sklopu neobv	10

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

GLAVNA DIAGNOZA		št. pacientov
I500	Zastojna srčna odpoved	201
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	180
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	98
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	57
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	55
D500	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitva	48
R18	Ascites	43
K703	Alkoholna ciroza jeter	42
D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredelje	42
K590	Zaprtje (konstipacija)	41
I110	Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno	37
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	36

Starostna struktura hospitaliziranih bolnikov se pričakovano še naprej pomika v smeri višjih starosti. Bolnišničnih obravnav pri starejših od 80 let je bilo v letu 2014 (tabela 8) 1.271 (2013 1.249), to je 41 % vseh hospitaliziranih in skoraj 5 % več kot leto poprej. Starejših od 90 let je bilo 169 (2014 160), hospitalizirani so bili tudi bolniki, ki so tudi presegali starost 100 let . Populacijo bolnikov, ki so napoteni na naš oddelek iz domov starejših občanov (DSO), skoraj vedno predstavljajo težji, polimorbidni bolniki, hkrati so pogosto kolonizirani z na antibiotike večkrat odpornimi bakterijami: MRSA, ESBL, Acinetobacter baumannii, VRE ipd. Najpogostejše glavne diagnoze obravnav teh bolnikov so še vedno: pljučnica, okužbe sečil, možganska kap, sepse. Zdravljenje teh bolnikov je praviloma dolgotrajnejše in pogosto zahteva uporabo rezervnih antibiotikov.

Že tri leta je v naši ustanovi zaposlena tudi specialistka nevrologinja. Tako v okviru internega oddelka redno, žal pretežno še vedno kot konziliarna služba, vsakodnevno teče tudi nevrološka dejavnost, ki obravnava bolnike z akutno možgansko kapjo, akutno možgansko krvavitvijo, epileptičnimi napadi, glavoboli, motnjami zavesti in drugo nevrološko simptomatiko, več v posebnem poročilu nevrologinje. Tako je bilo leta 2014 na internem oddelku obravnavanih 166 bolnikov z možgansko kapjo, kar je ponovno porast glede na leto 2013. Konec leta 2014 smo pričeli tudi z delovanjem TELE-KAPi, pričakovano se je dvignilo število konzultacij, predvsem kar se tiče fibrinolitičnega zdravljenja akutne ishemične možganske kapi, več o tem načinu zdravljenja pa bo podano tudi v poročilu intenzivne internistične enote..

Tabela 6: Zastopanost bolezenskih skupin od leta 2000 do 2014

GLAVNE DIAGNOZE	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	INDEKS 2014/00
Bolezni obtočil (I00 - I99)	888	1.021	967	1.012	1.021	971	968	109,01
Bolezni prebavil (K00 - K93)	389	378	552	605	628	606	605	155,53
Bolezni dihal (J00 - J99)	369	384	417	401	478	460	469	127,10
Neoplazme (C00 - D48)	206	228	238	250	271	248	235	114,08
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	134	132	215	216	251	270	221	164,93
Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv (D50- D89)	69	81	176	152	179	187	184	266,67
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	172	189	244	150	133	140	173	100,58

Nekatere infekcijske in parazitske bolezni (A00 - A99)	68	138	192	183	183	164	169	248,53
Bolezni živčevja (G00 - G99)	68	81	123	102	135	105	126	185,29
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	110	87	102	114	118	112	95	86,36
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	60	53	55	56	53	65	53	88,33
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	34	33	28	41	56	45	47	138,24
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	22	22	20	30	27	24	26	118,18
Bolezni ušesa in mastoida (H60 - H95)	3	13	13	13	15	9	17	566,67
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	24	20	13	14	20	10	13	54,17
ostale diagnoze	11	9	4	9	6	9	5	45,45
SKUPAJ	2.627	2.869	3.359	3.348	3.574	3.425	3.406	129,65

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

GLAVNA DIAGNOZA	**Št.pacientov**
I210 Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednj	29
I211 Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje	28
I212 Akutni transmuralni miokardni infarkt ostalih	8
I213 Akutni transmuralni miokardni infarkt neopred	4
I214 Akutni subendokardialni miokardni infarkt	54
I219 Akutni miokardni infarkt, neopredeljen	4
	127

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

starost pacienta	***št. pacientov***
80 - 85 let	703
86 - 90 let	396
91 - 95 let	139
96 - 100 let	30
101 -	3
SKUPAJ	1.271

Povprečno je bilo na internem oddelku zasedenih 59 postelj od skupno 70 razpoložljivih, kar predstavlja 84% zasedenost in je enako kot leta 2013. Povprečno trajanje zdravljenja (PTZ) v letu 2011 je bilo 6.48 dni, leta 2012 6,3 dni, leta 2013 6,55 dni, v letu 2014 pa je malenkost višja, 6.62 dni. Kljub temu je PTZ v letu 2014 pa je še vedno precej pod povprečnim trajanjem zdravljenja v primerljivih bolnišnicah.

Povprečna utež obravnav v letu 2014 je bila **1,657** (interni oddelek: 1,634 , IIT: 2,952 , dnevni oddelek internistika: 0,657). Povprečna utež je za **0,123** višja od uteži leta 2013. Visoka povprečna utež je v določenem razmerju s trajanjem in višino zdravljenja in nenazadnje tudi pokazatelj kompleksnosti in teže obravnav hospitaliziranih bolnikov leta 2014 (grafikon 3).

Skupno število uteži pri akutni obravnavi 3.320 bolnikov je bilo 5.499, kar predstavlja že tretjino vseh uteži v celotni akutni hospitalni obravnavi bolnišnice.

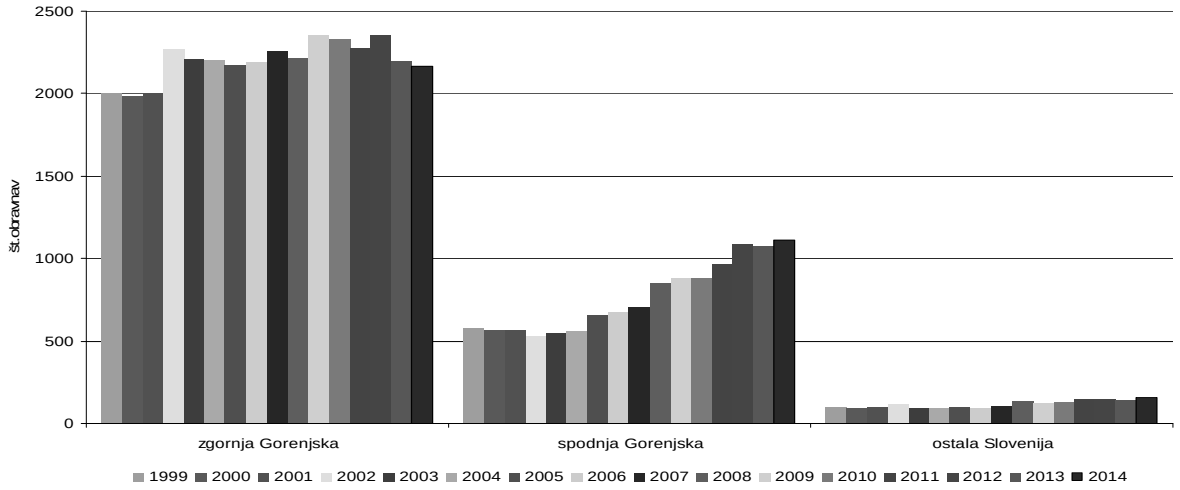
V zadnjih letih je opazen postopen in stalen porast števila hospitaliziranih bolnikov iz občin spodnjega dela Gorenjske, tako da bolniki iz teh občin predstavljajo že tretjino vseh hospitaliziranih na internem oddelku. S tem se interni oddelek SB Jesenice umešča kot osrednjo splošno internistično ustanovo na Gorenjskem. Trendi števila obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od leta 1999 do leta 2014 so prikazani 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 2014***

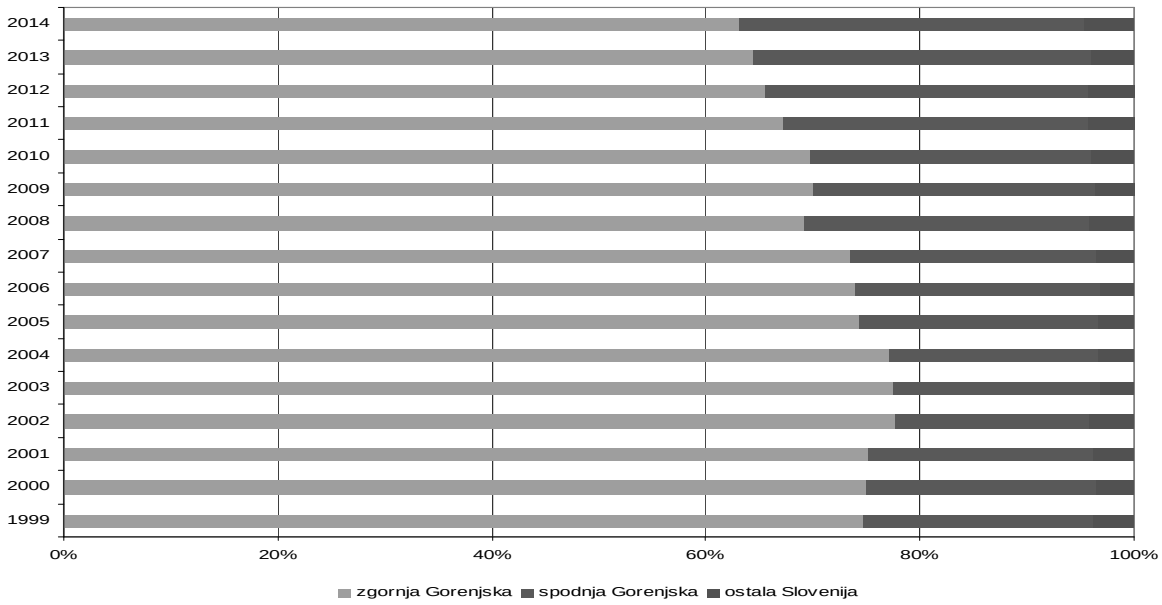
	Število obravnav											INDEKS
	1999	**2000**	**2001**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2010**	**2011**	**2013**	**2014**	**14/99**
zgornja Gorenjska	2.002	1.982	2.004	2.205	2.174	2.189	2.258	2.331	2.278	2.204	2.168	108,29
spodnja Gorenjska	580	568	565	561	654	676	706	884	966	1.079	1.112	191,72
ostala Slovenija	100	94	100	95	98	91	105	131	145	138	159	159,00
SKUPAJ SLOVENIJA	2.682	2.644	2.669	2.861	2.926	2.956	3.069	3.346	3.389	3.421	3.439	128,23

*Tabela 10: Delež obravnav na oddelku po območni enoti bivanja od **1999 do 2014***

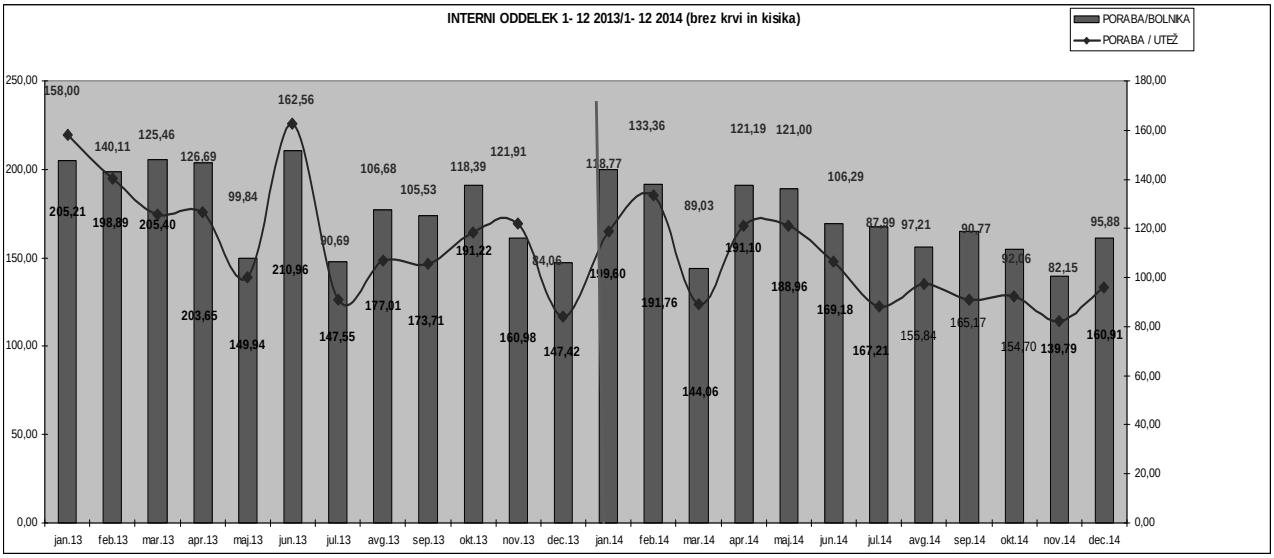
	Delež obravnav										
	1999	**2000**	**2001**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2010**	**2011**	**2013**	**2014**
zgornja Gorenjska	74,65	74,96	75,08	77,07	74,30	74,05	73,57	69,67	67,22	64,43	63,04
spodnja Gorenjska	21,63	21,48	21,17	19,61	22,35	22,87	23,00	26,42	28,50	31,54	32,33
ostala Slovenija	3,73	3,56	3,75	3,32	3,35	3,08	3,42	3,92	4,28	4,03	4,62
SKUPAJ SLOVENIJA	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf 1: Število obravnav na oddelku od leta 1999 do leta 2014 po območnih enotah bivanja



Graf 2: Delež obravnav na oddelku od leta 1999 do leta 2014 po območnih enotah bivanja



Graf 3: Razmerje poraba/bolnika in poraba/utež, primerjevalno 2013/2014

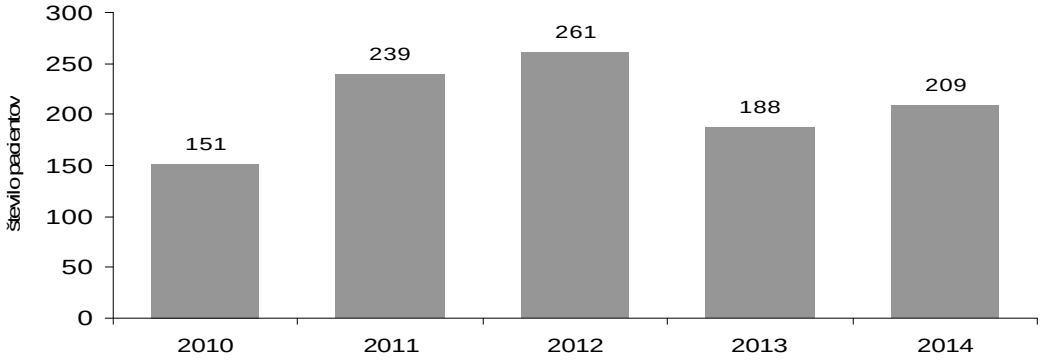
V okviru dnevnega oddelka je bilo leta 2014 skupno 264 obravnav (2013: 256). Gre za obravnave bolnikov za elektivno elektrokonverzijo atrijske fibrilacije in undulacije (po klinični poti), razbremenilno abdominalno in plevralno punkcijo ter kronični hematološki bolniki sprejeti zaradi potrebe po transfuziji krvi. Pri slednjih opazujemo izrazit trend naraščanja.
Na Oddelku za interno medicino (skupaj oddelek in IIT) je leta 2014 umrlo 267 bolnikov, (leta 2011 241, 2012 267, 2013 290). Od vseh umrlih je bilo obduciranih 23, kar predstavlja 8.3%. Obdukcija je bila napravljena pri večini primerih nepričakovane smrti ali nejasne klinične diagnoze, vendar je odstotek obduciranih bolnikov še vedno prenizek, tako da nam bo cilj v prihodnosti vsaj 20%.

Med najpogostejšimi vzroki smrti so še vedno predvsem srčno-žilne bolezni, pljučnice pri polimorbidnih bolnikih in neoplazme, enako kot leta 2013. Umrljivost na internem oddelku se je zmanjšala v zadnjem letu za 7 %. V tabeli 11 je prikazana zastopanost glavnih diagnoz pri umrlih bolnikih.

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

V letu 2014 je bilo v 7 dneh po odpustu zaradi iste bolezni ponovno hospitaliziranih 141 bolnikov, ponovno hospitaliziranih v 8 do 28 dneh po odpustu pa 68 bolnikov, skupaj 209 (2012: 261,2013: 188).
Kazalnik skozi leta prikazuje grafikon 4. To so bili predvsem bolniki z boleznimi prebavil, boleznimi obtočil, boleznimi dihal, različnimi opredeljenimi in neopredeljenimi tumorskimi spremembami, anemijo, v sklopu kroničnih in malignih bolezni krvi in krvotovrnih organov .

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



Graf 4: Bolniki zaradi iste bolezni ponovno hospitaliziranih v 28 dneh po odpustu

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, kalija, natrija, kalcija, magnezija, albuminov, železa, feritina, transferina.
Skladno z odločitvijo strokovnega sveta smo redno izvajali tudi pregled dokumentacije in poteka zdravstvene obravnave.

Tabela 11: Število umrlih pacientov po glavnih diagnozah v letu 2014

	št. umrlih pacientov
J00-J99 Bolezni dihal	77
I00-I99 Bolezni obtočil	76
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	34
C00-D48 Neoplazme	34
K00-K93 Bolezni prebavil	27
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	9
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi	3
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	2
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	2
G00-G99 Bolezni živčevja	1
M00-M99 Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva	1
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve	1
Skupaj	267

Poraba zdravil in zdravstvenega materiala v primerjavi z načrtom in letom 2013 je prikazana v tabeli 12.

Tabela št. 12: Poraba zdravil in zdravstvenega materiala

absolutni zneski	leto 2012	leto 2013	načrt 2014	leto 2014	IND na načrt	IND na 2013
interni oddelek	845.607,57	785.026,95	718.104,00	761.550,21	106,05	97,01
IIT	150.304,54	134.914,96	123.413,56	161.070,17	130,51	119,39
INTERNI ODD SKUPAJ	**995.912,11**	**919.941,91**	**841.517,56**	**922.620,38**	**109,64**	**100,29**

na bolnika	leto 2012	leto 2013	načrt 2014	leto 2014	IND na načrt	IND na 2013
interni oddelek	245,96	235,74	216,88	229,38	105,76	97,30
IIT	43,72	40,52	37,27	48,52	130,16	119,75
INTERNI ODD SKUPAJ	**289,68**	**276,26**	**254,16**	**277,90**	**109,34**	**100,59**

Tabela št. 13: Poraba zdravil

INTERNI ODDELEK	**PORABA V LETU 2013**	**PORABA V LETU 2014**	**2014 / 2013**
	(1.1.-31.12.)	**(1.1.-31.12.)**	
ŠTEVILO OBRAČUNANIH PACIENTOV	**3.330**	**3.320**	**99,70%**
CELOTNA PORABA LEK. MAT. + KRI + PLAZMA	595.927,76	758.993,27	127,36%
ZDRAVILA	366.542,17	324.360,30	88,49%
delež zdravil v celokupni porabi	*61,51%*	*42,74%*	
ZDRAVILA / PACIENTA	110,07	97,70	88,76%
NARKOTIKI	2.934,59	2.032,00	69,24%
ANTIBIOTIKI	138.180,65	105.230,05	76,15%
delež antibiotikov v porabi zdravil	*37,70%*	*32,44%*	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	41,50	31,70	76,38%
NM HEPARINI	22.068,20	26.130,75	118,41%
delež NMH v porabi zdravil	*6,02%*	*8,06%*	
ALERGENI			
KRI	154.684,22	181.583,70	117,39%
SERUMI	204,67	311,24	152,07%
PLAZMA	18.886,00	16.824,50	89,08%
ALBUMINI	40.588,47	25.471,07	62,75%

V primerjavi z letom 2013 se je poraba zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika **na oddelku** za interno medicino skupno **zvišala** za 0.29%, od tega se je **na oddelku znižala** za 2.99%, **v IIT** pa **zvišala** za 19,39%, predvsem na račun obravnave zahtevnejših bolnikov. Stroški zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika so bili leta 2014 277.90 evrov, leta 2013 276.26 in leta 2012 303.82 evrov.

Prepričan sem, da so kljub uporabi kliničnih smernic, kliničnih poti in navodil za racionalnejšo porabo, nujne predvsem organizacijske spremembe in zlasti krepitev kadra vseh delovnih profilov, predvsem pa specialističnega. Cene zdravil na trgu so se zniževale tako na račun prihodov generičnih zdravil kot javnih razpisov in da je delež zdravil tudi zaradi tega v celotnem strošku zdravljenja pacientov v letu 2014 upadal (tabela 13). Poleg tega smo z rednimi tedenskimi glavnimi vizitami, pregledovanji predpisovanja antibiotikov, protokoli obravnave bolnikov pri določenih bolezenskih stanjih (AMI, pljučna trombembolija in venska tromboza) skupaj dosegli zgoraj navedena zmanjšanja, odnosno racionalizacijo pri

predpisovanju, tako da bi kakršno koli dodatno poseganje v omenjen segment porabe zdravil in zdravstvenega materiala že lahko pomenilo odstopanje od uveljavljene doktrine.

Tabela 14: Zunanje laboratorijske preiskave

absolutni zneski	**leto 2012**	**leto 2013**	**načrt 2014**	**leto 2014**	**IND na načrt**	**IND na 2013**
interni oddelek	325.520,61	327.069,75	289.431,19	323.837,35	111,89	99,01

na bolnika	leto 2012	leto 2013	načrt 2014	leto 2014	IND na načrt	IND na 2013
interna	94,68	98,22	87,42	97,54	111,58	99,31

Stroški zunanjih laboratorijskih preiskav na bolnika so v letu 2014 v primerjavi z letom 2013 **padli za 0.9%,** indeksirano na bolnika pa za 0.69%.

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

vrednost 2011	**vrednost 2012**	**vrednost 2013**	**vrednost 2014**	**IND količina 14/13**
180.675,20	**233.650,20**	**173.570,16**	**198.408,13**	**114,31**
Na bolnika	**67,96**	**52,12**	**59,76**	

Poraba koncentriranih eritrocitov se je v letu 2014 **povečala** za 9.21% v primerjavi z letom 2013. Povečala se je poraba trombocitnih pripravkov. Poraba plazme se je **zmanjšala** za dobrih 10%. Leta 2014 so bila sprejeta priporočila zdravljenja s krvnimi pripravki in učinki se lahko pričakujejo šele leta 2015. Poraba koncentriranih eritrocitov in drugih nadomestkov krvi v evrih 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 2014 je bil dosežen. Presežen je bil program v diabetološki ambulanti (za 4,73 %), v kardiološki ambulanti je bil nižji glede na leto 2013 za 10.63%, predvsem zaradi pomanjkanja specialistov, v **urgentni internistični ambulanti pa** je bil ponovno **presežen** za 6,99%. 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 2014 je bilo v ambulantah skupno 25.230 pregledov, v diagnostičnih enotah pa 6.491. V urgentni internistični ambulanti je bilo opravljenih 6.621 pregledov, od tega je bilo 3.009 bolnikov hospitaliziranih, kar potrjuje da je interni oddelek predvsem akutna ustanova v regiji. **Od leta 2000** se je število napotitev v urgentno internistično ambulanto povečalo za **174%.** Trendi števila obravnav in bolnikov v urgentni internistični ambulanti so prikazani v grafikonu 5.

Tabela št. 16: Pregled opravljenih točk za plačnika ZZZS

	leto 2013	načrt 2014	leto 2014	IND na načrt 2014	IND na leto 13
internistična ambulanta	40.093	42.046	41.522	98,75	103,56
urg.internistična ambulanta	33.302	33.397	35.630	106,68	106,99
gastroenterologija	123.777	124.192	122.860	98,93	99,26
kardiologija	79.204	71.401	70.784	99,14	89,37
diabetološka ambulanta	49.482	47.342	49.580	104,73	100,20

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

OPRAVLJENO ŠTEVILO OBISKOV V POSAMEZNIH INTERNISTIČNIH AMBULANTAH - za vse plačnike	2000	2003	2006	2009	2011	2012	2013	2014
I1 urgentna internistična amb.	3.901	4.483	5.334	6.065	5.971	6.547	6.573	6.661
I2 splošna internistična amb.	435	498	810	759	912	836	776	472
I3 kardiološka amb.	897	647	575	539	584	823	783	587
I4 antitrombotična amb.	2.659	4.062	5.412	8.844	8.594	9.154	9.469	11.422
I5 nefrološka amb.	220	260	346	362	359	451	442	521
I6 diabetološka amb.	4.238	4.060	3.725	4.735	4.974	5.294	5.218	5.172
I7 gastroenterološka amb.	289	297	289	303	146	158	170	447
skupaj : AI internisticne amb.	12.639	14.307	16.491	21.607	21.540	23.263	23.431	25.282

Tabela 18: Diagnostične enote in opravljeno delo 2014 (absolutno) brez hospitalno opravljenih preiskav

DIAGNOSTIČNE ENOTE	moški	ženske	skupaj	prvi obisk	ponovni obisk	v hospital	skupaj
10 EKG	12	128	**140**	141	0	0	**141**
11 ehokardiografija	582	548	**1.130**	1.061	169	0	**1.230**
12 obremenitve	301	215	**516**	507	34	0	**541**
13 endoskopije	1.127	1.292	**2.419**	2.502	250	2	**2.754**
16 holter	164	191	**355**	367	4	0	**371**
17 doppler	539	740	**1.279**	1.402	52	0	**1.454**
SKUPAJ	**2.725**	**3.114**	**5.839**	**5.980**	**509**	**2**	**6.491**

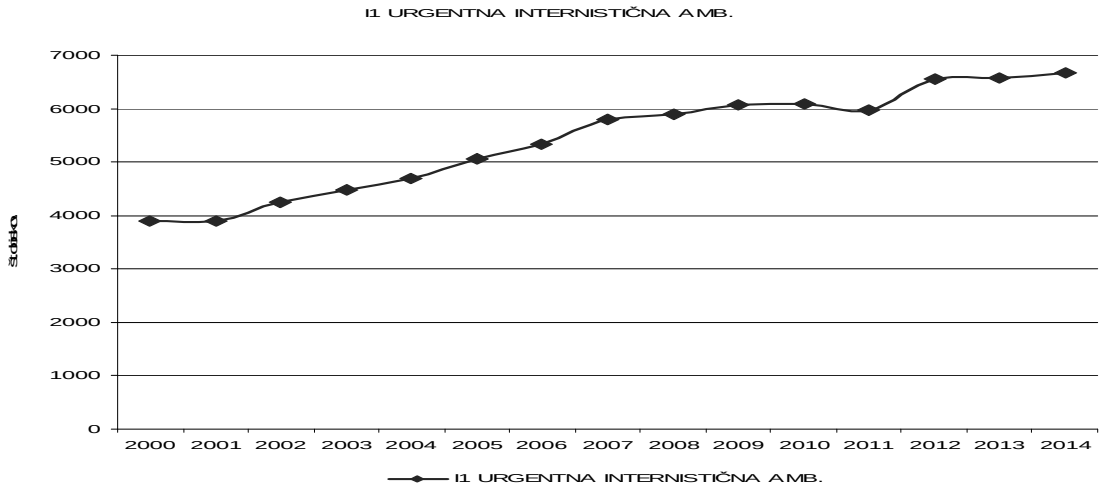
V antitrombotični ambulanti je bilo v letu 2014 11.422 obiskov, naraščanje le-teh je predvsem posledica spremembe doktrine, odnosno zdravljenje z novimi antikoagulantnimi zdravili na področju zdravljenja oziroma preprečevanja trombembolizmov ob atrijski fibrilaciji.

Načrtovan program v enoti za srčno-žilno diagnostiko in preiskave pljučne funkcije, izražen v točkah, je bil v letu 2014 manjši za 10.63%. Med drugim je bilo opravljeno (skupno ambulantno in hospitalno) 1.230 ehokardiografij, 1450 dopplerskih pregledov ven, 541 obremenitvenih testiranj, 371 24-urnih Holter elektrokardiografij.

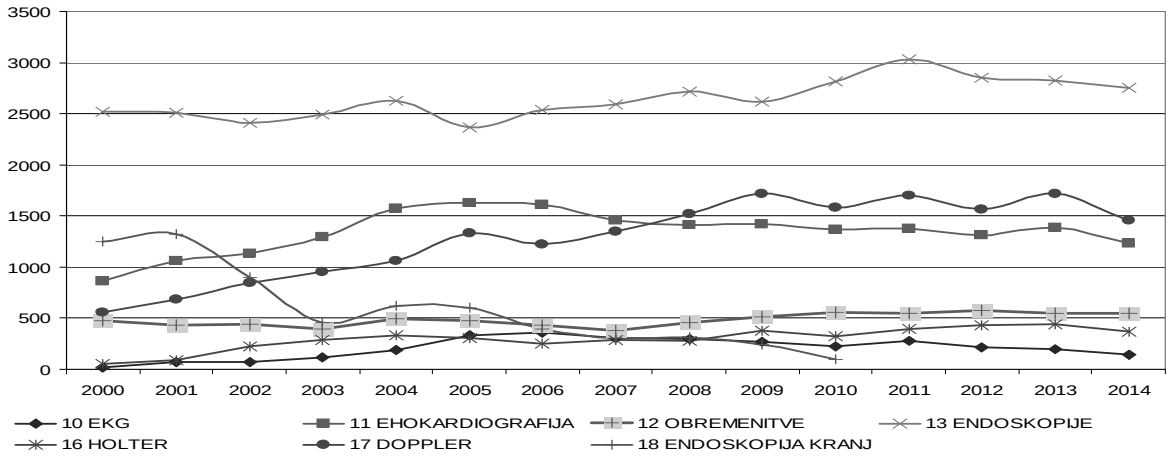
Načrtovan program dela v endoskopski enoti, izražen v točkah, je bil za 0.74% nižji v primerjavi z letom 2013 Podrobnejše poročilo o endoskopski dejavnosti je objavljeno posebej.

Tabela 19: Opravljeno število obiskov v posameznih internističnih ambulantah od leta 2000 do 2014

OPRAVLJENO ŠTEVILO OBISKOV V POSAMEZNIH INTERNISTIČNIH AMBULANTAH - za vse plačnike	2000	2003	2006	2009	2011	2012	2013	2014
I1 urgentna internistična amb.	3.901	4.483	5.334	6.065	5.971	6.547	6.573	6.661
I2 splošna internistična amb.	435	498	810	759	912	836	776	472
I3 kardiološka amb.	897	647	575	539	584	823	783	587
I4 antitrombotična amb.	2.659	4.062	5.412	8.844	8.594	9.154	9.469	11.422
I5 nefrološka amb.	220	260	346	362	359	451	442	521
I6 diabetološka amb.	4.238	4.060	3.725	4.735	4.974	5.294	5.218	5.172
I7 gastroenterološka amb.	289	297	289	303	146	158	170	447
Skupaj za organizacijski nivo: AI	12.639	14.307	16.491	21.607	21.540	23.263	23.431	25.282



Graf 5: Rast števila obiskov v urgentni internistični ambulanti od leta 2000 do 2014



Graf 6: Gibanje števila obiskov v diagnostičnih enotah od leta 2000 do 2014

ZAKLJUČEK

Mnenja sem, da je bilo leto 2014 za internistično službo relativno uspešno, saj smo kljub hudemu kadrovskemu primanjkljaju v celoti dosegli:

- načrtovan program hospitalne dejavnosti in v veliki večini tudi ambulantne dejavnosti,
- ponovno znižali porabo zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta predvsem na internem oddelku.

Konec junija lanskega leta je bil za poslovnega direktorja imenovan zdravnik specialist kardiolog, ki je deloval v intenzivni internistični enoti in opravil obilico dela v ambulanti za kardiovaskularno diagnostiko, septembra 2014 se je upokojila specialistka internistika s poglobljenim znanjem iz kardiologije, junija lanskega leta smo zaposlili za nedoločen čas specialistko internistko s poglobljenim znanjem nefrologije, ki pa je oktobra odšla na podaljšano porodniško odsotnost, prav tako smo julija zaposlili dodatno internistko specialistko, ki pa je začela delovati v enoti internistične intenzivne terapije. Kljub temu je bilo število internistov v lanskem letu, ki so opravljali 24 urno nujno medicinsko pomoč manjše kot leto poprej, tako, da je bilo izredno težavno tudi zaradi dopustov, strokovnih izobraževanj, izredno težko razpisovanje 24 urne neprekinjenega zdravstvenega varstva ter zagotavljanja pokritosti vseh delovišč bodisi v ambulantah, urgentni internistični ambulanti ter na oddelku, tako, da se moram na tem mestu zahvaliti za ves trud vsem internistom, prav tako specializantom, ki so opravili največji obseg dela v urgentni internistični ambulanti, seveda pod nadzorom specialistov internistov. Leta 2014 je polno zaživela Polintenzivna internistična enota za kardiološko terapijo, ki je bila sofinancirana tudi s pomočjo evropskih sredstev.

V letu 2015:

- se bo zaposlila nova specialistka internistka
- prizadevali si bomo realizirati načrtovan program dela tako v bolnišnični kot v specialistično-ambulantnih dejavnostih in diagnostičnih enotah
- zaživela bo nova endoskopska enota s prenovljeno opremo
- zamenjan bo dotrajan UZ aparat za UZ diagnostiko srčno-žilnega sistema z novejšim visoko zmogljivejšim aparatom
- pristopili bomo k načrtovanju in pripravi za prenovo intenzivne internistične enote na lokaciji trenutne ambulante za neinvazivno kardiološko diagnostiko in preselitvi teh ambulant na drugo – prijaznejšo lokacijo
- nadaljevali bomo aktivnosti na področju racionalizacije stroškov porabe zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika, kakor tudi aktivnosti za racionalno rabo antibiotikov, krvi, krvnih pripravkov in albuminov
- izvajali vse aktivnosti pri pridobivanju dodatnih programov, lahko tudi samoplačniških, športna ambulanta, preventivna ambulanta za manegerske preglede
- poglobili bomo sodelovanje s primarnim zdravstvom
- nadaljevali bomo delo na kazalnikih kakovosti
- aktivno sodelovanje pri izpolnitvi pogojev za akreditacijo za ISO, DNV
- 1.11.2015 bo zaživel nov urgentni center, ki pa bo prinesel novo organizacijo dela v urgentni internistični službi, zlasti pa lahko pričakujemo večje število obravnav, tako, da bo potrebna verjetno stalna prisotnost specialista internista – vsaj v dopoldanskem času, potrebno bo definirati novo nastalo stanje – nastanek regijskega urgentnega centra – z bolnišnico Golnik

POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE

Teja Arnež, dr. med.
Strokovni vodja

Sprejemi: sprejetih 476 bolnikov.
Število umrlih: 26 bolnikov.

Umetna ventilacija: 7785 ur pri 70 intubiranih pacientih
Neinvazivna mehanska ventilacija pri 10 pacientih.

Opravljeni terapevtski posegi:
- elektrokonverzije 126
- elektroda PM 4
- fibrinolitična terapija pri ishemični možganski kapi 7-krat, pri PTE 2-krat
- bronhoskopije: 4
- število akutnih hemodializ: 50
- število urgentnih endoskopij: 26 gastroskopij
- perikardiocinteza: 10-krat.

Glede na to, da smo vključeni v projekt telekapi narašča število pacientov z akutno možgansko kapjo, ki zahteva fibrinolitično zdravljenje. Dobro sodelujemo z specialistko nevrologinjo Boričevo, dr.med., zaposleno v SB Jesenice ter Notarjem, dr.med., specializantom nevrologije. Začeli smo izvajati 6-urno monitorizacijo pacientov ob uvajanju zdravila II. reda pri terapiji multiple skleroze. Izvajamo tudi 24-urni monitoring pacientov ob aplikaciji Levosimendala.
Vedno boljše je sodelovanje s KOIIM-om UKC Ljubljana in kardiološkim oddelkom UKC Ljubljana, saj premeščajo paciente v tukajšnjo koronarno enoto že nekaj ur po koronarografiji.

Glede kazoistike so še vedno na prvem mestu bolezni srca in ožilja (AKS), povečuje se tudi število bolnikov, sprejetih zaradi težjih infektivnih obolenj s posledično akutno respiratorno odpovedjo in bolnikov s krvavitvijo iz prebavil s posledičnim šokovnim stanjem in večorgansko odpovedjo. Manj je sprejemov zaradi akutnega alkoholnega opoja. Sprejemi zaradi zastrupitev, zlasti medikamentoznih (suicidalnih), so v porastu.

Po številu hudo bolnih pacientov (septični šok, hemoragični šok, akutni koronarni dogodek, akutna možganska kap, pljučna embolija, akutna ledvična odpoved, akutna respiratorna odpoved, dekompenzirana alkoholna jetrna ciroza, dekompenzirana srčna bolezen..), presegamo okvire zdravljenja internističnih intenzivnih enot na sekundarnem nivoju.

Zaradi kadrovskih sprememb je v IIT-ju za krajši čas ostal le en zdravnik, sedaj pa sta redno zaposlena dva zdravnika (Arnež Teja dr.med., spec. int. in Barbara Zupančič dr.med., spec. int.) ter 12 diplomiranih medicinskih sester.
Popoldansko in nočno delo ter delo v času vikendov in praznikov pokrivajo ostali dežurni internisti.

Dostopnost do UZ aparata je nekoliko boljša, kot v preteklih letih, vendar bi glede na zahtevnost zdravljenja pacientov potrebovali svoj UZ aparat.
Prostorska stiska ostaja enaka, planirana je selitev v nove prostore.

LETNO POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE

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

V enoskopski enoti naše ustanove smo v letu 2014 opravili po točkah praktično identično delo kot v predhodnem letu in zelo podobno kot v zadnjih petih letih.
Po številu preiskav smo opravili nekaj več ERCP preiskav, kar sovpada s porastom benigne in maligne patologije na biliarno pankreatičnem sistemu.
Kolonoskopij v SVIT-u je bilo za četrtino manj, kar je posledica ponovno nekaj slabšega odziva pacientov na SVIT. Prav tako smo ugotovili značilno manj karcinomov kolona v SVIT-u in prav tako pomembno manj karcinomov kolona na splošno, kar se ugotavlja tudi v drugih endoskopskih okoljih in kaže na začetne uspehe že šesto leto trajajočega SVIT programa.
Število karcinomov želodca je letos višje od povprečja, delno na račun višjega procenta karcinomov na kardiji, ki so zanesljivo povezani z višjim procentom Barrettove spremenjenosti kardije oz. požiralnika.
Nenavadno visoko je bilo število odstranjevanih tujkov iz požiralnika – 31 je bilo takšnih posegov. Pri tujkih je šlo večinoma za boluse hrane oz. natančnejše mesa.
Narašča tudi število urgentnih zlasti gastroskopij, delno tudi kolonoskopij, na kar poleg staranja populacije vpliva tudi povečan odstotek bolnikov, ki imajo uvedeno eno od sedaj že zelo razvejanih antikoagulantnih terapij.
Prav tako še naprej vstavljamo PEG-e, v solidnem številu in naj potrkamo na les, v letu 2014 praktično brez zapletov, večinoma po uveljavljeni klinični poti.
Še naprej opravljamo dilatacije zgornjih prebavil (2x balonska dilatacija požiralnika) ter spodnjih prebavil, običajno kirurških anastomoz (2x balonska diltacija kolorektalnih anastomoz). Posegi so uspešni, vendar zaradi visoke cene balonskih dilatatornih katetrov (cca. 400 – 500 evrov) dragi. Zapletov ni bilo in tudi spremljanje pacientov je zaenkrat ugodno, s perzistenco ohranjanega dilatiranega lumna.

V bodoče si želimo več endoskopskih aparatov, pričakujemo novo specializantko. Nekaj dela je bilo vloženega tudi v pripravo novih endoskopskih prostorov. Radi bi vpeljali ciljane biopsije jeter ter drugih tankoigelnim biopsijam dostopnih malignomov v abdomnu, želimo si lastni UZ aparat, ki bi bil dobra startna osnova za endoskopski UZ, kar bi bilo smiselno v naslednjih treh letih pridobiti.
Razmišljamo tudi o uvedbi hitrih testov laktozne intolerance.

Pričakujemo, da se bo v novih prostorih, ob okrepljeni celotni endoskopski ekipi in ob boljši endoskopski aparaturi lahko izvedlo natančnejše preiskave, večji obseg dela, ob sterilnejših pogojih dela in zmanjšani možnosti prenosa infektov.
Mlajši del endoskopskega tima - specializanti se sicer dobro vključujejo v naše delo, res pa je, so omejeni s programom specializacije v Ljubljani in da je ta program zelo dolg.
Še naprej bi radi dobro sodelovali z našimi najožjimi sodelavci – kirurgi, laboratorijem in nenazadnje patologom. Z naše strani bomo poizkušali doseči fleksibilnejše naročanje na preiskave, saj vemo, da dolge čakalne dobe povzročajo absentizem pri naročenih preiskavah in odvračajo pacienta od naročanja, hkrati pa se klinična slika pogosto do preiskave že zabriše in pomembno spremeni. Z okrepljeno ekipo na nivoju zdravnikov in sester se zdi, da bi lahko program lažje obvladali.

POROČILO GASTROENTEROLOŠKE AMBULANTE

	AMBULANTA	HOSPITAL	SKUPAJ
Gastroskopije	1309	337	1646
Urgentne gastroskopije	217	31	248
SKUPAJ	1526	368	**1894**
PEG prvi	4	38	42
PEG ponovni		3	3
PEG izvlek		3	3
SKUPAJ	5	23	**45**
Kolonoskopije SBJ	900	137	1037
Program SVIT	289	3	292
SKUPAJ	1189	140	**1329**
Polipektomija kolono	480		480
Dilatacija požiralnika			2
Dilatacija rektuma			2
Gastro Clip			320
Endoskopska odstranitev tujka	31		31
ERCP	55	121	176
Histološki material poslan			**1119**
mlg. kolona SBJ + SVIT			44
Kolono mlg. SBJ			38
Kolono mlg. SVIT			6
Vsi mlg. skupaj			**75**
Gastro mlg.			29
ERCP mlg. (pankreas in žolčni vodi)			2

POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO

Prim. Igor Rus, dr. med., specialist internist
Strokovni vodja

1 OPRAVLJENO DELO LETA 2014

Decembra 2014 smo v Centru za hemodializo zdravili 38 bolnikov, od tega 27 z zapletenimi načini nadomestnega zdravljenja kot so hemofiltracija, hemodiafiltracija, biofiltracija in 11 bolnikov s klasično bikarbonatno metodo. Število pacientov se je glede na leto 2013 povišalo za 3 bolnike. Leta 2014 smo opravili skupaj 5380 dializ, od tega tipa I. 1613, kar je 443 več kot leta 2013 ter 3454 dializ tipa III., kar je 157 dializ manj kot 2013 ter 111 akutni dializ več kot leto poprej. Vse skupaj pa glede na leto 2013 391 dializnih procedur več.

Leta 2014 je umrlo 10 bolnikov vključenih v kronični program nadomestnega zdravljenja. Vzrok smrti so bile predvsem bolezni kardiovaskularnega sistema in infektivnih stanj, na novo je bilo vključenih 10 bolnikov, 7 bolnikov preko naše nefrološke ambulante, medtem ko so bili 3 bolniki premeščeni in vključeni v program nadomestnega zdravljenja iz drugih ustanov. Lansko leto je bila uspešno transplantirana ena bolnica.

Leta 2014 smo v intenzivnih enotah tako v EITOS kot v IIT opravili 313 akutnih – zapletenih dializnih procedur, veliko večino po metodi kontinuiranega zdravljenja, tudi s citratno kontinuirano veno vensko hemodiafiltracijo, predvsem v sodelovanju z zdravniki in tudi ostalimi zaposlenimi v intenzivni enoti operativnih strok.

V ambulanti za kronično ambulantno peritonealno dializo smo lansko leto vodili dva bolnika, od tega je eden umrl, drugega pa smo predvsem na njegovo željo preusmerili v program kronične hemodialize.

Velika večina bolnikov v programu nadomestnega zdravljenja s hemodializo in sicer 86.3 % dobiva eritropoetin, 42.7 % aktivne analoge vitamina D3, 33.8 % kalciminetike, povprečna vrednost hemoglobina je 17.3 g/L, povprečna vrednost iPTH pa je 288 pg/ml.

V tukajšnji nefrološki ambulanti trenutno deluje en specialist internist in sicer v ponedeljek in petek, prav tako opravlja dela v Centru za hemodializo, kljub temu pa so vsi novo vključeni bolnik v program nadomestnega zdravljenja s hemodializo že pred začetkom nadomestnega zdravljenja pripravljeni v smislu, da imajo že skonstruirano AV fistulo, vrši se tudi osnovna predializna šola oziroma izobraževanje, predvsem kar se tiče seznanjanja z metodami nadomestnega zdravljenja, dieto, še vedno je zelo dobro sodelovanje s Kliničnim oddelkom za nefrologijo, s Centrom za hemodializo UKC Ljubljana, nefrološkim oddelkom Splošne bolnišnice Trbovlje, nekako pa se krepi tudi sodelovanje z Dializnim Centrom Naklom, ker so pogosto hospitalizirani bolniki s končno ledvično odpovedjo in v programu dializnega zdravljenja v tamkajšnjem centru v tukajšnji ustanovi bodisi zaradi internističnih ali kirurških obolenj.

V Centru za hemodializo je zaposlena ena srednja medicinska sestra, en zdravstveni tehtnik, ena višja medicinska sestra, dva diplomirana zdravstvenika ter 6 diplomiranih medicinskih sester. V letu 2014 smo dobili dva nova dializna monitorja, v letu 2015 jih bomo pridobili še 5, kar uvršča Center za hemodializo na Jesenicah v vrh tehnološke opremljenosti, prav tako menim, da smo v zadnjih 34 letih dosegli tudi ogromen strokovni napredek, ki pa ga še ves čas spremljamo in dograjujemo. Preživetje bolnikov v tukajšnjem centru je povsem primerljivo s preživetjem, predvsem pa s kvaliteto življenja v ostalih centrih tako v Sloveniji kot v Evropi.

Število opravljenih dializ za plačnika ZZZS

Ambulanta	leto 2013	načrt 2014	leto 2014	IND na načrt	IND na leto 13
število dializ I	1.176	1.170	1.613	137,86	137,16
število dializ II	202	200	313	156,50	154,95
število dializ III	3.611	3.600	3.454	95,94	95,65
število IV	464	90	21	23,33	4,53
število V	224	275	67	24,36	29,91
Opomba: Za ostale plačnike smo opravili še 326 dializ tipa II in III					

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA INTERNEM ODDELKU

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.
Koordinatorica zdravstvene nege na internem oddelku

UVOD

V prvi polovici leta 2014 smo se na internem oddelku osredotočali na varen potek dela in doseganje kazalnikov kakovosti v zdravstveni negi (ZN). V ospredju so potekale tudi priprave na presojo ISO ter DIAS.
Z mesecem junijem smo pričeli z celostno obravnavo pacienta v pol intenzivni internistični terapiji - PIT (soba 18 na kardiološkem odseku). Pacienti so opazovani preko telemetrijskih aparatov, preko katerih se vitalne funkcije beležijo in vodijo na centralnem monitorju,

medicinska sestra pa je v PIT-u stalno prisotna ob pacientu. Do konca leta smo beležili 260 pacientov obravnavanih preko telemetrije.
Rezultati, ki so prikazani v nadaljevanju so spodbudni, vsekakor pa je naša želja po izboljšanju le teh.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

1.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Predstavitev kazalnikov kakovosti, ki jih spremljamo na internem oddelku v letu 2014.

CILJ RZP:	**Število pacientov s pridobljeno RZP 16/leto.**
aktivnosti	Preventiva in oskrba RZP po standardu SBJ, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
evalvacija	Cilj v letu 2014 ni dosežen. Kljub veliki angažiranosti zaposlenih v namen preprečevanja nastanka RZP beležimo veliko številko. Izvedeno je bilo izobraževanje za vse zaposlene na int. odd. Preventiva RZP od sprejema do odpusta. Preglednih je bilo 111 pacientov s strani ogroženosti pacientov za nastanek RZP. Največ odstopanj gre na račun pomanjkanja antidekubitusnih blazin in dokumentiranja izvedenih preventivnih intervencij.
cilj padci:	**Incidenca padcev pacientov iz postelje na 1000 BOD je 0,5. 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.
evalvacija	V letu 2014 beležimo 35 padcev. Incidenca padcev pacientov iz postelje na 1000 BOD je bila 0,6. Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD je bila 1,5. Cilj je dosežen.
CILJ MRSA:	**Preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij (VOB).**
aktivnosti	Ukrepi za preprečevanje VOB, sodelovanje z BH in spremljanje učinkovitosti.
evalvacija	V letu 2014 beležimo 14 prenosov MRSA. Cilj ni dosežen.
CILJ OVK:	**Zmanjšati število koloniziranih OVK.**
aktivnosti	Izvajanje internih nadzorov nad izvajanjem standardov kakovosti; uvedba katetrske MS na oddelku.
evalvacija	V letu 2014 smo na int.odd. uvedli 31 osrednjih venskih katetrov. Skupno število katetrskih dni je 771. Beležili smo 2 katetrski sepsi. Na podlagi tega smo izvedli izobraževanje-delavnico oskrbe in ravnanja z OVK za vse dipl. m. s. na internem odd.

CILJ ZN INT1	**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.
evalvacija	Pri pregledu procesa v okviru rednih notranjih nadzorov se je odstotek izboljšal. V sistem za poročanje odklonov imamo zabeležena dva odklona na temo napačnega apliciranja zdravila. Vsi ukrepi so izvedeni (VV 23.1.2014; izobraževanje-delavnica 26.2.2015).
CILJ ZN INT 2	**Zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem.**
aktivnosti	Čim širša pokritost in zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v ambulantnem in hospitalnem delu.
evalvacija	Izvaja se zdravstveno vzgojna obravnava pacienta s srčnim popuščanjem. V jesenskem času je stekla tudi zdr. vzgoja ob pomoči CD-edukacijskega pripomočka, ki je enoten za celotno Slovenijo ter kardiološko amb. SBJ. Poročilo o zdr. vzgojni obravnavi je podan posebej s strani Koordinatorice zdravstvene obravnave Dubravke K. Šmitran. Še vedno nimamo vpeljane pedagoške MS, tudi zaradi kadrovskih insuficienc.
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.
evalvacija	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 udeležb na strokovnih srečanjih 2 aktivni udeležbi na strokovnih srečanjih
evalvacija	Mesečna izobraževanja na oddelku potekajo, prav tako je bila dobra udeležba na izobraževanjih v okviru SBJ. Udeležili smo se izobraževanj: TPO, PVU, Preventiva RZP od sprejema do odpusta, Usposabljanje POCT, Varno delo s kemikalijami, Priprava, shranjevanje, distribucija in transfuzija krvnih komponent, Vzorčno posledična konferenca na temo i.v. kanila, osrednji venski kateter, Bolnišnične okužbe, Obravnava pacienta z demenco. Na zunanjih izobraževanjih je bilo 17 MS. Imeli smo aktivni udeležbi na strokovnem srečanju Urgentna stanja v kardiologiji in angiologiji: ZN pacienta s pljučnim edemom (Alenka Bijol) in Varno okolje za izvajanje kliničnega usposabljanja v Splošni bolnišnici Jesenice (Marija Mežik Veber, Alenka Bijol).

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA INTERNEM ODDELKU

2. 1 KLINIČNE POTI

V letu 2013 smo prenovili klinično pot za perkutano endoskopsko gastrostomo ter klinično pot za punkcijo – enodnevna obravnava. Po prenovljeni klinični poti za punkcijo se je v letu 2014 obravnavalo 110 pacientov.

2. 2 STANDARDI KAKOVOSTI

Tako kot pretekla leta, smo tudi letos sodelovali v skupini za obnovo standardov kakovosti. V začetku leta smo na internem oddelku v okviru seminarskih nalog pripravili naslednje standarde kakovosti: Preveza nefrostome in oskrba nefrostomskega katetra, Snemanje elektrokardiograma pri odraslem, Aplikacija intravenozne terapije, ter Navodila za obvladovanje VOB – Acinetobacter Baumanni.

2. 3 DELO NA ODSEKIH

Na vseh treh odsekih še vedno spremljamo novosti, dogovore, oddelčne sestanke, katere beležimo v obvladovane evidenčne zvezke. Prav tako sledimo k seznanjanju zaposlenih z novimi standardi kakovosti in dokumentacijo ter usposabljanju z novo medicinsko tehnično opremo. Sledimo realizaciji izobraževanja po odsekih, kjer zaposleni pripravijo dogovorjeno temo iz področja ZN, ki jo predstavijo zaposlenim. S celotnim negovalnim timom smo imeli 2 sestanka.
Velja omeniti tudi zelo uspešno delovanje Koordinatorice zdravstvene obravnave, Dubravke Karadžič Šmitran. Natančno, sistematično spremlja in vodi paciente, ki so hospitalizirani na internem oddelku. Pri presoji DIAS, ki smo jo imeli junija, je bilo pohvaljeno celotno izvajanje koordinatorstva zdravstvene obravnave na internem oddelku.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3. 1 ODKLONI S PREDLOGI IZBOLJŠAV

Na internem oddelku je bilo v obdobju od 1.1.2014 do 31.12.2014 zabeleženih v računalniško aplikacijo ART 7 odklonov. 6 odklonov je bilo strokovne narave, 1 odklon se je nanašal na neprimerno komunikacijo, 2 odklona sta bila sporočena anonimno, 2 odklona pa so nam dodelili drugi. Vsebina odklonov je bila naslednja: neustrezen čas izpolnjevanja lista sladkornega pacienta, transport obleke s strani službe ISS, aspiracija zdravila, napačno apliciranje zdravila, nepravilno postopanje v primeru naročanja obroka pacientu. Izvedenih je bilo 7 ukrepov. Vsi odkloni so bili obravnavani, uspešno rešeni in zaključeni.

3. 2 POROČILO O IZVEDENIH VARNOSTNIH VIZITAH/RAZGOVORIH

V tabeli 1 je prikazano število opravljenih varnostnih vizit v letu 2014 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	23	32	96%
Odgovorne MS na oddelku	55	49	94%
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN			Izvajajo se redne tedenske glavne vizite, v katerih so dorečeni ukrepi in sklepi.
Najpogostejše teme VV/VR odgovornih MS na oddelku so bile: kontaktna izolacija, hranjenje inzulinskih peres, nepopolno pripravljena kontaktna izolacija, beleženje odvajanja blata, neočiščeni pripomočki za merjenje vitalnih funkcij, PVU, nepravilna menjava infuzijske steklenice, aspiracija zdravila, postopanje v primeru padca pacienta, prenos VOB, ZN umrlega pacienta, dnevnik porabe zdravil s seznama prepovedanih drog, identifikacijska zapestnica, kisikova jeklenka, aplikacija diabetične terapije, predpis diete, namestitev urinske steklenice, naročanje napitkov, nepoznavanje uporabe EKG.			

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

Zaposleni se udeležujejo izobraževanj v okviru organizacij strokovnih sekcij ter izobraževanj v okviru SBJ. Čuti se nekoliko manjši upad ponujenih zunanjih strokovnih srečanj, tudi zaposleni so izrazili željo, po nekoliko manjšem pritisku z izobraževanji ter projektnimi skupinami. Imeli smo dve aktivni udeležbi (Alenka Bijol).
Še vedno pa zaposleni sodelujejo 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.
Z letom 2014 smo pričeli tudi z vodenjem skupine za inkontinenco.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

CILJ RZP:	**Število pacientov s pridobljeno RZP 18/leto.**
aktivnosti	Preventiva in oskrba RZP po standardu SBJ, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
kazalnik	Št. pridobljenih RZP/mesec.
CILJ PADCI:	**Incidenca padcev pacientov iz postelje na 1000 BOD je 0,5. Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD1,5.**
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 18 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 2 aktivni udeležbi na strokovnih srečanjih
kazalnik	Število izvedenih mesečnih izobraževanj Število pasivne in aktivne udeležbe na izobraževanjih.

6 ZAKLJUČEK

Vodilo v letu 2014, kot tudi v preteklih dveh letih je bilo: slediti sodobnim standardom zdravstvene nege, kjer je v središču zdravstvene nege pacient, ki nam je zaupan v oskrbo. Še naprej bomo sledili k kakovostni in varni obravnavi pacienta.
V načrtu je dokončanje klinične poti Sprejem pacienta z novo odkrito sladkorno boleznijo. V letu 2015 bomo pristopili k izobraževanju nove zaposlene (dosedanje delo Elise Kadić, ki je na porodniški odsotnosti), z namenom edukacije pacientov z sladkorno boleznijo. V juniju se je z podiplomskim znanjem iz bolnišničnih okužb nadgradila Alenka Bijol. Tako tudi ostaja vodilo, k skrbnem preprečevanju večkratno odpornih bakterij na internem oddelku, kateri proti koncu leta nismo bili kos; med drugim tudi zaradi vse večje prostorske stiske.
V letošnjem letu smo na kardiološkem odseku zamenjali zdravstveno – negovalno dokumentacijo. Tako so dokumenti pacienta skupaj v enotni mapi.
Želimo si nadaljnje obravnave pacientov ter uvedbo pedagoške MS, ki bi se dodatno in v večjem obsegu ukvarjala z srčnim popuščanjem, tako v hospitalnem delu, kot dobrodošlo tudi v ambulantnem delu.

Veseli smo, da nam je v juniju 2014 uspelo z pričetkom telemetrijskega opazovanja pacientov v sobi 18-pol intenzivna terapija (PIT). V letu 2015 je želja in namen po realizaciji enote za možgansko kap.
Vsekakor je želja in idej kar nekaj, imamo pa prav tako voljo po realizaciji le teh.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI

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

UVOD

Za kakovostno in varno obravnavo pacientov vsakodnevno poizkušamo slediti zastavljenim ciljem in aktivnostim. Glede na neprimerne prostorske pogoje in varčevalne ukrepe smo lahko ponosni na doseganje le teh.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Tudi letos smo imeli kar nekaj kadrovskih sprememb. Ena sodelavka je bila na porodniškem dopustu, le te nismo nadomeščali. Ena se je s porodniškega dopusta vrnila in kasneje našla drugo zaposlitev v zdravstvenem domu. Dva zaposlena sta diplomirala na Visoki šoli za zdravstveno nego.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

Število sprejetih pacientov je enako kot v lanskem letu, število pacientov IV. kategorije pa se je v primerjavi z lani povečalo. Prav tako se je povečalo število ur intubiranih pacientov za 1810 v primerjavi z lanskim letom. Skupno smo torej v letu 2014 naredili 7785 ur mehanske ventilacije.

1.2 REALIZACIJA CILJEV / KAZALNIKOV

cilj	**Brez prenosa večkratno odpornih bakterij**
aktivnosti	Izvajanje izolacijskih ukrepov po standardu kakovosti v okviru možnosti enote z visokim tveganjem, generalno čiščenje ko pacient z VOB zapusti enoto intenzivne terapije, aktivno sodelovanje v projektni skupini, na delavnicah, udeležba na izobraževanjih, organizacija delavnice v okviru enote
evalvacija	Prenosa VOB ni bilo, izolacijski ukrepi se izvajajo po standardu kakovosti, v projektno skupino je vključena 1 MS, v kateri aktivno sodeluje, udeležba na delavnicah in izobraževanjih, delavnice na temo bolnišničnih okužb nismo organizirali. V letu 2014 smo sprejeli 7 pacientov z okužbo MRSA, 8 z ESBL in 1 z VRE. **Učinkovitost – 100%**
cilj	**Število pacientov z pridobljeno RZP 2/letno**
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, na delavnicah, udeležba na izobraževanjih, organizacija delavnice v okviru enote
evalvacija	Pridobili smo 1 RZP, v projektni skupini sodelujeta 2 MS, udeležba na delavnicah in izobraževanjih, v enoti smo organizirali delavnico na temo oskrbe kronične in pooperativne rane ter preventivo RZP **Učinkovitost – 100%**
cilj	**Preprečevanje padcev**

aktivnosti	Ocenjevanje ogroženosti za padec pacienta, preprečevanje padcev po protokolu, aktivno sodelovanje v projektni skupini, aktivno sodelovanje na delavnicah, udeležba na izobraževanjih, organizacija delavnice v okviru enote
evalvacija	Padca, zdrsa pacienta ni bilo, 1 MS je vključena v projektno skupino, udeležba na delavnicah, izobraževanjih, v okviru enote nismo organizirali delavnice. **Učinkovitost – 100%**
cilj	**Brez koloniziranih OVK, brez katetrskih seps**
aktivnosti	Neposredno opazovanje oskrbe žilnih poti po standardu kakovosti, udeležba na delavnicah in seminarjih, sodelovanje katetrskih MS
evalvacija	Od desetih oddanih konic OVK je bila ena kolonizirana, ni bilo katetrskih seps, pregled standardov kakovosti z novo zaposlenimi v enoti, imamo 3 katetrske MS **Učinkovitost – cilj ni bil dosežen**
cilj	**Visoka strokovna usposobljenost negovalnega tima**
aktivnosti	Spremljanje, prijava in udeležba na notranjih in zunanjih strokovnih izobraževanjih, sodelovanje pri projektnih skupinah in poročanje, aktivne udeležbe na notranjih in zunanjih strokovnih seminarjih, organizacija delavnice/izobraževanja za enoto
evalvacija	Udeležba na notranjih in zunanjih izobraževanjih, v projektne skupine je vključenih 58% zaposlenih v enoti, imeli smo eno aktivno udeležbo na zunanjem strokovnem izobraževanju, organizirali smo delavnico pravilnega oblačenja sterilnih rokavic in delavnico o dokumentiranju **Učinkovitost – 100%**

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V letošnjem letu nam ni bil dodeljen noben strokovni odklon.

2.1 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

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.

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN	9	10	100%
Odgovorne MS odd.	48	64	97 %
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	3	10	100%
Skupaj	60	84	98%

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu 2014 je bilo izvedenih 80% letnih razgovorov, v celoti niso bili izvedeni zaradi spremembe obrazcev. S pomočjo matrike znanj spreminjamo načrt izobraževanja glede na potrebe kadra po znanju. Izobraževanj organiziranih v naši ustanovi se udeležujemo po načrtu. Ena MS je aktivno predavala na izobraževanju, ki ga je organizirala sekcija kardioloških MS.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

1. Zagotavljanje kulture varnosti:
   a) preprečevanje prenosa VOB
   b) največ 2 pacienta s pridobljeno RZP
   c) v enoti ne bo padca, zdrsa pacienta
   d) število koloniziranih OVK bo 0,05 %, ne bo katetrskih seps
2. Izdelava standarda kakovosti o uporabi CPAP maske ali čelade
3. Izdelava protokola o inducirani hipotermiji
4. sodelovanje v projektnih skupinah
5. Preurediti list procesa zdravstvene nege in negovalne anamneze

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V CENTRU ZA HEMODIALIZO

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

UVOD

Tudi v letu 2014 je bilo spremljanje in izboljševanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe ena izmed glavnih prioritet našega dela. Zaposleni se vse bolj zavedemo pomena uvajanja procesa kakovosti in varnosti v vsakdanje delo.
V letu 2014 smo bili ponovno aktivno vključeni v zunanje in notranje presoje, naš trud pa je bil usmerjen tudi v strokovni razvoj zaposlenih v enoti.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

V naši enoti je bilo v letu 2014 – do 1. 11. 2014 zaposlenih 7 dipl. m. s. (ena je diplomirala v septembru 2014 na VŠZNJ), 1 viš. med. ses., 1 SMS in 1 ZT. Do 1. 11. 2014 je bila 1 dipl. m. s. na porodniškem dopustu in ves ta čas zanjo nismo imeli nadomestila.
V decembru 2014 smo imeli rekordno število dializ. V tem mesecu smo poleg svojih kroničnih pacientov dializirali kar 6 pacientov iz DC Naklo, obenem pa tudi akutne paciente iz enot Intenzivne terapije in internega oddelka naše bolnišnice.
Zavedam se, da je zelo pomembno, kako vodilne medicinske sestre vodimo svoje zaposlene. Mislim pa, da nam je skupaj uspelo vzpostaviti take medsebojne odnose, da vsi skupaj z veseljem prispevamo k skupnim rezultatom in doseganju zastavljenih ciljev.
Po enega predstavnika iz enote imamo v projektnih skupinah: za razvijanje standardov kakovosti, preprečevanje padcev, preventivo in oskrbo RZP oz. kronične rane, bolnišnično higieno ter dokumentiranje v zdravstveni negi. Najbolj aktivni pa smo v t. i. Skupini »OVK« medicinskih sester, kamor redno mesečno poročamo o spremljanju kazalnika kakovosti 72.
Še vedno se srečujemo s problemom motiviranja zaposlenih in obvladovanja konfliktnih situacij. Ti dve temi smo med drugim predlagali namestnici PDZNO, da jih uvrsti na seznam predvidenih izobraževanj za leto 2015.

2 REALIZACIJA CILJEV

2.1 PREDDIALIZNO SVETOVANJE PACIENTOM S KONČNO LEDVIČNO ODPOVEDJO IN ZDRAVSTVENA VZGOJA NAŠIH KRONIČNIH PACIENTOV

V letu 2014 sta ti dve dejavnosti resnično zaživeli. Vse te aktivnosti beležimo v BIRPIS.
Za vsakega pacienta pripravimo načrt zdravstveno- vzgojnega dela. Predstavimo jim osnove anatomije in fiziologije ledvic, vzroke ledvične odpovedi, znake in posledice le-te, pomagamo se jim soočiti s KLO (hobi, služba, spolnost, možnost druženja s prijatelji in članstva v Društvu ledvičnih bolnikov, ...). Predstavimo jim dializni center, organiziramo srečanje z enim od že kroničnih bolnikov, seznanimo jih z različnimi oblikami zdravljenja KLO (prednosti, slabosti), poučimo jih o tem, kaj je arterio-venska fistula, kako jo varovati, kaj je osrednji hemodializni venski kateter in na kaj morajo biti pozorni. Zelo velik pomen ima prehransko svetovanje. Imamo svojega predstavnika v skupini, ki se v okviru naše sekcije aktivno ukvarja izključno s tem področjem. Pacientom predstavimo tudi pomen urejene telesne teže in krvnega pritiska. Tudi s svojci pacientov zelo dobro sodelujemo. V anketi o zadovoljstvu so

poudarili, da so z našim zdravstveno-vzgojnim delom in svetovanjem pacienti in njihovi svojci zelo zadovoljni. Veseli so, da so lahko aktivno vključeni v proces zdravljenja.

Za več podatkov glede vsebine ZV glejte skupno poročilo o izvedenem zdravstveno vzgojnem delu.

VISOKO KAKOVOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA HEMODIALIZNIH OSREDNJIH VENSKIH KATETROV (HD OVK)

Zavedamo se izrednega pomena varne in kakovostne zdravstvene nege HD OVK kot žilnega pristopa za hemodializo. Redno spremljamo in mesečno poročamo o kazalniku kakovosti 72 (kateterske okužbe krvi) vodji skupine za OVK.

Meseci	Število vseh poslanih konic na MKB preiskave	Število katetrov brez rasti	Število katetrov z rastjo	Število kateterskih dni	Incidenca (število koloniziranih HD OVK/na štev. kateterskih dni x 100
Januar	6	3	2	88	2,27 %
			1	52	
Februar	2	1	1	174	0.57 %
Marec	3	1	2	293	0.68 %
April	0	0	0	0	0 %
Maj	8	8	0	600	0 %
Junij	2	2	0	21	0 %
Julij	3	3	0	133	0 %
Avgust	5	5	0	221	0 %
September	7	7	0	1498	0 %
Oktober	2	2	0	136	0 %
November	4	4	0	40	0 %
December	5	3	2	806	0,248 %

Leto smo začeli nekoliko slabše, končali tudi, vmes pa so bili rezultati resnično vzpodbudni. Vsekakor pa se moramo na tem področju nenehno truditi za visoko kakovost našega dela in izvajati redne nadzore in VV/VR na to temo.

IZOBRAŽEVANJE TER IZVAJANJE NOVIH METOD NA DIALIZNEM MONITORJU ARTIS – SINGLE – NEEDLE DIALIZA, HEMODIAFILTRACIJA

Ta cilj smo v celoti realizirali; izobraževanje smo izvedli v oktobru in obe metodi sta danes del našega vsakdanjega dela.

ANKETA O ZADOVOLJSTVU PACIENTOV TER NJIHOVIH SVOJCEV

Anketo smo izvedli v maju 2014. Tako kot že anketa iz leta prej je tudi ta pokazala, da paciente zelo moti, ker imajo pri določenih medicinsko-tehničnih posegih premalo zasebnosti. V ta namen smo nabavili paravane, vsekakor pa bi bil za to in za pogovor pacienta z zdravnikom ali medicinsko sestro potreben posebni prostor.
Moti jih tudi, da na oknih v čakalnici ni senčil in je poleti tam zelo vroče. Senčila smo dali v plan nabave v letu 2015.
Nekateri pacienti niso zadovoljni s posteljami, večino pa jih moti predolgo čakanje na prevoz z dialize domov. Pogovarjali smo se s prevozniki naših pacientov in poizkusili najti najboljše rešitve. Vzrok problema je v varčevanju tudi na tem področju ter v časovnem usklajevanju z drugimi dializnimi centri.

Priznati moramo, da pacienti pogrešajo večjo prisotnost zdravnikov v centru in tudi, da jih moti, ker medicinska sestra ni ves čas prisotna v dializni sobi.
O tem smo naše zdravnike obvestili, žal pa so precej zasedeni z delom na oddelku, v ambulantah in z funkcionalno diagnostiko. Z zaposlenimi pa smo izvedli varnostne razgovore o tem problemu (»pokrivanje« dializnih sob).

NEREALIZIRANI CILJI ZA LETO 2014

Žal 4 ciljev za leto 2014 nismo realizirali:
- Aktivno sodelovanje na Dnevih Angele Boškin,
- organizacija Dneva odprtih vrat v našem centru,
- izdelava standarda »Odvzem vzorcev dializnih raztopin ter vode iz reverzne ozmoze za MKB«,
- izdelava klinične poti Vključitev pacienta v program kroničnega nadomestnega zdravljenja KLO.

Upam, da nam to uspe realizirati v letu 2015, dodala pa bi še enega – izdelava klinične poti Obravnava pacienta z akutno odpovedjo ledvic.

3 AKTIVNOSTI IN IZOBRAŽEVANJE V LETU 2014

V marcu smo aktivno sodelovali na Dnevu ledvic, ki je bil tokrat organiziran skupaj oz. v okviru Dneva žil. Zaposleni se radi udeležujejo strokovnih izobraževanj, ki so organizirana znotraj bolnišnice, pa tudi Dnevov Angele Boškin se redno udeležimo.
Zunanja izobraževanja smo izpeljali po planu izobraževanja za leto 2014. Manjkali smo le na strokovnem srečanju ob 40. letnici dialize v Mariboru aprila 2014 zaradi bolezni predvidene udeleženke. V letu 2014 pa prvič nismo sodelovali na mednarodnem kongresu EDTNA/ERCA (lani je vsakoletni sponzor »zatajil«).
Udeleženci izobraževanj so o na novo osvojenih znanjih poročali na oddelčnih sestankih.
Diplomirani zdravstvenik, odogovoren za področje prehrane, aktivno sodeluje v naši strokovni sekciji, ki pripravlja slovenske smernice za prehransko obravnavo pacientov v preddializnem obdobju, kroničnih pacientov na dializi ter pacientov po transplantaciji ledvice.
Zelo dobro smo se v letu 2014 odrezali tudi na vseh presojah. Dobili smo določene korektivne ukrepe, ki smo jih takoj realizirali.

4 VARNOSTNE VIZITE IN VARNOSTNI RAZGOVORI

V letu 2014 smo v našem centru izvedli 21 varnostnih vizit. 15 so jih opravili vodje timov, 6 pa vodja zdravstvene nege in oskrbe v centru. Izrečenih je bilo 34 ukrepov, realizirali smo 31 korektivnih ukrepov, tako da je skupna učinkovitost VV/VR 91 %.
Varnostni razgovori potekajo vsak dan med delovnim procesom, ob predaji službi ter na oddelčnih sestankih.
Največ pozornosti smo pri VV/VR namenjali izpolnjevanju pacientove dokumentacije, higieni rok, zdravstveni negi HD OVK, pravilnemu punktiranju AVF, preprečevanju padcev, pravilnemu razdeljevanju, aplikaciji in shranjevanju zdravil ter delu v kontaktni izolaciji.

5 CILJI ZA LETO 2015

Če bomo realizirali vse cilje, ki jih v letu 2014, bomo več kot zadovoljni.
Želimo si, da bi se vzpostavil sistem, ki bi zmanjševal tveganje pri predpisu, aplikaciji ter shranjevanju zdravil.
Ponovno bomo izvedli anketo o zadovoljstvu pacientov ter njihovih svojcev. Še naprej bomo vso skrb namenjali strokovnemu razvoju zaposlenih, zagotavljanju kulture varnosti ter

zdravstveno vzgojnemu delu z našimi pacienti. Cilje bomo dosegli z ustreznimi aktivnostmi, še naprej pa bomo spremljali kazalnike kakovosti in jih skušali doseči v čimvečji možni meri.

6 ZAKLJUČEK

Tudi v našem centru je v središču zdravstvene nege še vedno pacient, ki nam je zaupan v oskrbo in še vedno si bomo prizadevali, da bomo zanj kakovostno in varno poskrbeli v okviru standardov kakovosti.
Želimo, da bi se kot dializni center čimbolj odpirali navzven in postali še bolj prepoznavni, ne le v domačem okviru, pač pa tudi izven naših meja.
Želimo pa si tudi, da bi se vsak zaposleni zavedal, da s svojim znanjem, delom in izkušnjami veliko prispeva k uspešnemu delu enote ter doseganju skupnih ciljev.

STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKE SLUŽBE

Eva Macun, dr. med., spec. gin. in porod.
Predstojnica službe

UVOD

Leto 2014 je bilo za ginekološko-porodniški oddelek ponovno predvsem leto porodov in prenove. Še naprej se je dvigovalo število porodov. Dokončno smo obnovili porodni blok. Še naprej se nam kaže obrestovanje vlaganja v porodništvo, saj smo še vedno ena redkih porodnišnic v Sloveniji, ki je povečala število porodov. Delovni program smo na hospitalnem nivoju izpolnili v celoti, dvignili smo tudi povprečno utež oddelka na najvišji nivo. Kadrovsko smo se okrepili s kolegico specialistko, ki je predčasno opravila specialistični izpit, vendar je šla druga na porodniški dopust. Izgubili smo praktično vse specializante, odšli so na kroženje v Ljubljano. Zelo smo zadovoljni, da se je prenova porodne sobe končala. V obnovo smo vložili veliko dela in časa. Veliko sredstev smo zbrali v dobrodelni akciji, h kateri je pristopilo veliko zaposlenih in pomagalo iskati sredstva. 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 2014 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 še vedno nimamo, čeprav je to trend v sodobnih porodnišnicah. Upamo, da bomo omenjeno uspeli realizirati v letu 2015. Na oddelku je tudi urgentna ginekološka ambulanta, ki smo jo sedaj, v začetku leta 2015 spremenili v prostor za ambulantno histeroskopsko diagnostiko in operativo. V letu 2014 smo pridobili potrebno opremo in dr. Škreblinova se je za to usposobila. Začetne analize kažejo, da so pacientke s tem postopkom zadovoljne, predvsem ker zanj ni potrebna splošna anestezije in dilatacija materničnega vratu. Na oddelku je tudi intenzivna nega za novorojence, ki le-to potrebujejo, z dvema izolacijskima enotama, ki bo jo v prihodnosti radi prenovili, da bo bolj primerna za oskrbo in posege, ker je v resnici samo malo prirejena manjša, stara operacijska dvorana. 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 smo jo v letu 2014 popolnoma obnovili in ji dodali tudi umivalnico za osebje. V porodnem bloku so prenovljene tudi sanitarije za porodnice in osebje ter prostor za poporodno oskrbo novorojenca. Pa tudi vsa napeljava, stropi, tlaki, vrata in okna. 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 okviru službe je bilo v letu 2014 zaposlenih:

- 5 zdravnikov specialistov (1 zdravnica dela s skrajšanim delovnim časom, 1 zdravnica je bila na daljši bolniški odsotnosti in kasneje na porodniškem dopustu)
- 2 specializantki (ki sta tekom leta odšli na kroženje v Ljubljano)
- 2 diplomirani medicinski sestri (ena od teh je koordinatorica ZN za dva oddelka)
- 5 diplomiranih babic (2 sta bili 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 smo dvakrat tedensko sodelovali 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 prihaja tudi na raport. 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 2014 in CILJI ZA LETO 2015:

- Ohranitev zadostnega števila specialistov za redno delo: V letu 2014 smo konec leta pridobili novo specialistko, ki je nadomestila kolega, ki je odšel v pokoj leta 2013. Vendar pa je ena specialistka na porodniškem dopustu. V letu 2015 bomo praktično brez specializantov, skušali bomo pridobiti kakšnega iz ljubljanske regije. Kljub temu je bil program praktično izpolnjen zaradi velikega osebnega angažmaja ostalih.
- 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. Pridobili smo rabljeno opremo iz abdominalne kirurgije, ki deluje bolje kot naša stara. S tem je nekoliko manj težav z opremo.
- V letu 2014 smo pripravili podlago za izvajanje ambulantne diagnostične in operativne histeroskopije. V letu 2015 bomo pripravili klinično pot in vzpostavili redno pot za pacientke za ta poseg
- V letu 2015 bomo intenzivneje sodelovali z zunanjimi sodelavci in ambulantnimi ginekologi predvsem v naši regiji, za namenom obveščanja in strokovnega usklajevanja.
- Izvedba predvidenega prospektivnega programa operacij stresne urinske inkontinence: Na nacionalnem razpisu smo uspeli pridobiti 83 (pred tem 75) operacij stresne urinske inkontinence in s pomočjo sodelavca iz GK Ljubjlana nam je program uspelo opraviti v celoti. Tudi v letu 2015 bomo sodelovali na razpisu in skušali program opraviti.
- Izdelava novih kliničnih poti: V letu 2014 smo izdelali 1 težjo klinično pot – za obravnavo zdrave otročnice. Ta klinična pot omogoča, da zdrave otročnice na oddelku vodijo babice, ki tudi opravljajo vizito, dajejo navodila in otročnice z navodili odpustijo domov. V začetku leta 2015 bomo to klinično pot uporabljali pilotno, da jo lahko po potrebi še spremenimo. V drugi polovici leta bo v uporabi uradno. V letu 2014 nam ni uspelo dokončno izdelati klinične poti za laparoskopsko sterilizacijo in protokola za prekinitev nosečnosti doma. To bomo nadoknadili v letu 2015, pa tudi izdelali klinično pot za ambulantno histeroskopijo.
- Skrb za in uresničevanje popolnejše dokumentacije: V sodelovanju s strokovno direktorico skušamo odpravljati pomanjkljivosti v izpolnjevanju dokumentacije in pri predpisovanju zdravil. V letu 2014 smo uvedli enkrat mesečno glavne vizite, na katerih

smo pogledali tudi dokumentacijo in se pogovarjali o strokovnih vprašanjih. 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 2015.

- V Sloveniji smo pred nekaj leti opazili povečanje števila porodov doma. Število se iz leta v leto povečuje. V lanskem letu so začele delovati tudi samostojne babice iz Slovenije. Ženske si želijo bolj individualne obravnave kot jim jo porodnišnice lahko nudijo. Zato smo začeli z aktivnostmi za sodelovanje s samostojnimi babicami, da bi ženskam in babicam omogočili tudi porod v porodnišnici. V letu 2015 bomo skušali te babice zaposliti na način, da bodo lahko uradno sodelovale pri porodu v porodnišnici, to pa ne bo predstavljalo stroškov za porodnišnico.
- Obnova porodne sobe: V letu 2014 smo dokončno obnovili prostore porodnega bloka. V letu 2015 bi radi pridobili prostore za sobivanje partnerja ob porodnici (s pripadajočimi sanitarijami), obnovili prostor za posebno nego in terapijo novorojencev, pridobili sejno sobo. Radi bi vzpostavili možnost za porod v vodi.
- Ohranili smo naziv »Novorojencu prijazna porodnišnica«, ki ga podeljuje Unicef. Prvič v Sloveniji so ocenjevalci uspeli pri nas oceniti tudi materi prijazno porodniško prakso, ki vzpodbuja dojenje. Pridobili smo stalnega člana Nacionalnega odbora za spodbujanje dojenja pri Unicefu in aktivno sodelovali pri dveh 20-urnih tečajih za spodbujanje dojenja in organizirali seminar Dojenje v porodnišnici in doma, ki se ga je udeležilo veliko zaposlenih v bolnišnici pa tudi izven nje. S tem smo vzpostavili tudi dobro sodelovanje s patronažno službo.
- V letu 2014 smo začeli s pilotnima projektoma: delovanje babiškega oddelka (KP za zdravo otročnico) in delovanje babice v okviru dispanzerja za žene (vodenje normalne nosečnice s strani babice). Oba projekta bosta po predvidevanjih zaživela dokončno v letu 2015. S tem smo želeli vključiti babice, kot samostojne in avtonomne strokovnjakinje na področju nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Babice so do sedaj sodelovale pri nas samo med porodom. S tem skušamo razbremeniti zdravnike in omogočiti ženskam kakovostno in varno oskrbo.
- Izobraževanje: v letu 2014 smo aktivno sodelovali z več prispevki na različnih izobraževanjih predvsem v Sloveniji. Tudi v letu 2015 bomo skušali čim več aktivno sodelovati na strokovnih srečanjih doma in v tujini.

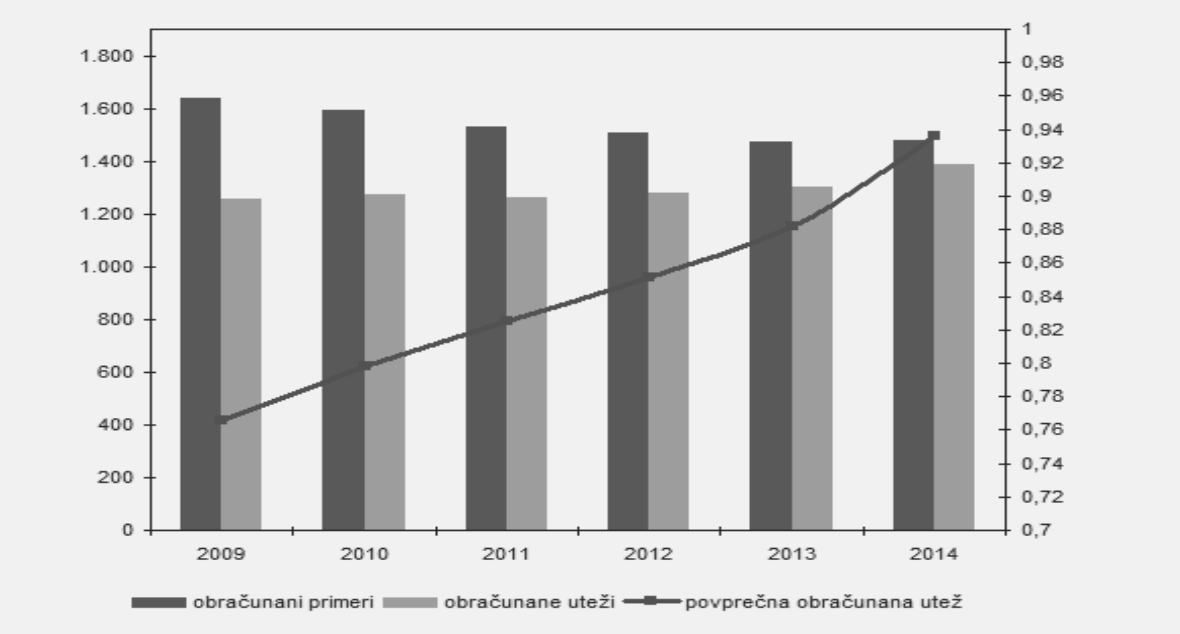
3 OPRAVLJENO DELO V LETU 2014

3.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

Načrtovani hospitalni program smo v letu 2014 opravili v enakem obsegu kot v letu 2013. Opravili smo tudi ves prospektivni program za katerega smo kandidirali. Večino prekinitev nosečnosti z zdravili že dalj časa obravnavamo ambulantno, tako kot jih ZZZS tudi plačuje. S tem se je povečalo število drugih obravnav. Ker pričakujemo, da bomo tudi veliko histeroskopskih obravnav premaknili v letu 2015 v ambulantno obravnavo skušamo zaledje pacientk, ki prihajajo, razširiti tudi na preostale dele Gorenjske, na bovško in tudi na ostalo Slovenijo. Zato smo za ambulantne ginekologe pripravili pisne informacije in navodila. V letu 2015 bomo organizirali tudi krajše strokovno srečanje z možnostjo ogleda oddelka. 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 2014

	realizacija 2013	načrt 2014	realizacija 2014	INDEKS real/načrt	INDEKS 14/13
gin por oddelek	**1.489**	**1.570**	**1.489**	**94,84**	**100,00**
- skupaj ZZZS	1.472	1.553	1.480	95,30	100,54
- ostali plačniki	17	17	9	52,94	52,94



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

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
2014	1.480	1.385,59	0,936

V letu 2014 smo uspeli dvigniti povprečno utež oddelka na najvišjo raven do sedaj, in sicer iz 0,88 v letu 2013 na 0,936 v letu 2014. To je posledica dokaj visoke uteži prospektivnega programa in operiranja težjih primerov ob premiku lažjih v ambulantno obravnavo. Je pa jasno že dalj časa in na to smo opozarjali v preteklih letih, da so ginekološko-porodniški primeri 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 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 bil vedno medicinski splav, ki pa je sicer obračunan ambulantno.V letu 2014 se je ta diagnoza spremenila v korist stresne urinske inkontinence, tako kot smo tudi načrtovali. To pomeni tudi, da tudi število prekinitev nosečnosti upada. To kaže na dobro preventivno dejavnost in dostopnost kontracepcije pri nas. Želimo si tudi več možnosti konzervativnega zdravljena za urinsko inkontinenco, zato smo v finančni načrt za 2015 predvideli nabavo aparature za elektrostimulacijo mišic medeničnega dna in pozdravljamo možnost sodelovanja z urologom.

Tabela 3: Najpogostejše diagnoze na ginekološkem oddelku od leta 2008 do leta 2014

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N393 Stresna inkontinenca	14	12	17	52	57	76	82
O049 Medicinski splav, popolni ali neopredeljeni	96	123	120	127	122	90	81
N840 Polip maternicnega telesa	30	31	42	34	55	39	52
O021 Splav z odmrlim plodom (missed abortion)	53	42	53	49	49	52	41
N979 Ženska neplodnost, neopredeljena	10	30	41	46	41	37	34
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	30	23	36	28	38	32	32
Z302 Sterilizacija	56	52	36	43	23	28	32
D061 Eksocerviks (zunanja stena maternicnega vratu	20	1	11	5	6	9	25
N813 Popolni uterovaginalni zdrs	15	24	16	10	38	27	25
N811 Cistokela	11	9	4	4	18	16	21
N950 Pomenopavzna krvavitev	29	32	34	15	20	18	20
N879 Displazija maternicnega vratu, neopredeljena	104	57	45	49	57	25	19
N938 Druge vrste opredeljena nenormalna krvavitev	22	26	23	21	27	19	17
Q518 Druge prirojene malformacije maternice in maternicnega vratu	18	23	17	26	18	8	14
D250 Submukozni (podsluznicni) leiomiom maternice	6	5	8	5	10	7	10

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
D251 Intramuralni leiomiom maternice	22	14	14	18	17	17	10
N751 Absces Bartholinove žleze	9	6	5	6	5	7	10
O089 Zaplet po splavu in izvenmaternični in molarn	15	12	15	27	20	17	10
Z305 Nadzor nad (intrauterinim) kontracepcijskim sredstvov	5	9	7	13	13	13	10
N801 Endometioza jajčnika	8	5	4	14	12	7	9
N812 Nepopolni ultrovaginalni zdrs	12	9	3	3	0	3	9
O001 Nosečnost v jajcevodu	6	11	5	5	15	11	9
R103 Bolečina, om. na druge sp. dele trebuha	0	4	0	0	3	4	9
O200 Grozeči splav	14	19	13	7	19	14	8
O219 Bruhanje med nosečnostjo, neopredeljeno	19	15	4	8	11	8	8
C541 Endomerij	1	2	2	14	12	4	7
D27 Benigna neoplazma jajčnika	3	0	2	3	4	6	7
N871 Zmerna displazija materničnega vratu	24	15	17	17	8	11	7
N921 Premočna in prepogosta menstruacija	8	25	3	28	8	11	7
O908 Drugi zapleti v porodnem obdobju	6	9	7	8	7	7	7
N951 Menopavzna stanja in stanja ž. v klimakter	9	10	7	1	6	5	6
O039 Spontani splav, popolni ali neopredeljeni	26	13	16	9	13	6	6

Tabela 4: Najpogostejše diagnoze na porodnem oddelku od leta 2008 do leta 2014

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
O800 Spontani porod v glavični vstavi	474	499	544	486	539	610	629
O820 Porod z elektivnim carskim rezom	38	47	51	52	30	68	92
O81 Porod enojčka s forcepsom in vakumskim ekstra	0	0	0	0	0	36	25
P399 Infekcija, značilna za perinatalno obdobje	0	0	0	0	0	1	11
O470 Nepravi porod pred dopolnjenim 37. tednom nos	25	33	39	22	35	16	10
O471 Nepravi porod ob ali po dopolnjenem 37. tedno	11	15	14	12	15	15	9
O269 Stanje, povezano z nosečnostjo, neopredeljeno	3	6	3	3	0	5	5
O13 Gestacijska (nosečnostna) hipertenzija	1	2	2	1	0	2	3
O441 Predležeča posteljica s krvavitvijo	3	1	0	1	1	4	3

Tabela 5: Najpogostejši SPP primeri obračunani na ginekološkem oddelku v letu 2014

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	135,68	106	135,65
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	65,65	101	65,63
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	39,99	93	39,98
N62B	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez sp.bol.stanj ali zapletov	15,60	60	15,61
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	19,44	54	19,42

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	88,40	52	88,40
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	28,00	50	28,00
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	38,36	28	38,35
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani	12,60	18	12,62
O40Z	Splav z D&C, aspiracijska abrazija ali histerotomija	4,44	12	4,44
O62Z	Grozeči splav	3,30	11	3,30
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz	4,51	11	4,51

Tabela 6: Razporeditev SPP-jev na ginekološkem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2014

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	135,68	106	135,65
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	88,40	52	88,40
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	65,65	101	65,63
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, mat. vratu in zunanjem spolovilu	39,99	93	39,98
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez kat. ali resnih spremljajočih bol. stanj ali zapletov	38,36	28	38,35
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	28,00	50	28,00
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	19,44	54	19,42
N62B	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez sp.bol.stanj ali zapletov	15,60	60	15,61
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani	12,60	18	12,62
N02B	Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi mal. obolenj na jajčnikih ali jajcevodih brez spremljajočih bol. stanj ali zapletov	12,00	5	12,00
N03B	Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj razen na jajčnikih ali jajcevodih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	10,45	5	10,45

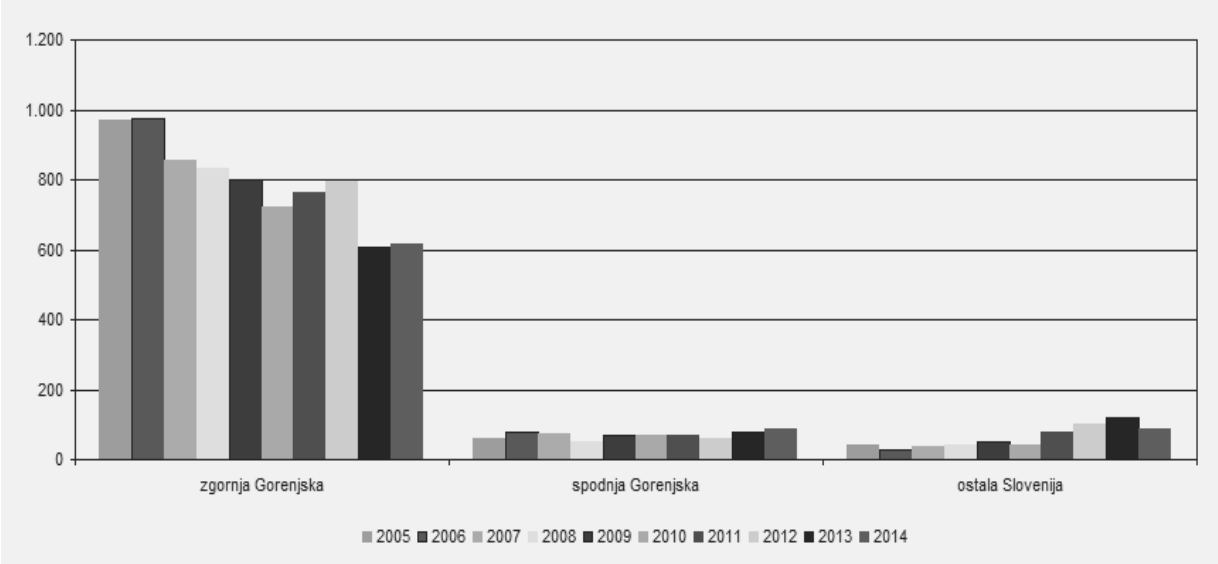
Tabela 7: Najpogostejši SPP primeri obračunani na porodnem oddelku v letu 2014

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami	0,91	558	507,78
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	72	123,12
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami	1,17	50	58,50
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami	1,11	28	31,08
O64Z	Lažni porod	0,33	19	6,27
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
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz	0,41	12	4,92
P67D	Novorojenček teža ob sprejemu >2499g	0,55	12	6,60
O65B	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zmernih ali brez zapletenih diagnoz	0,32	10	3,20

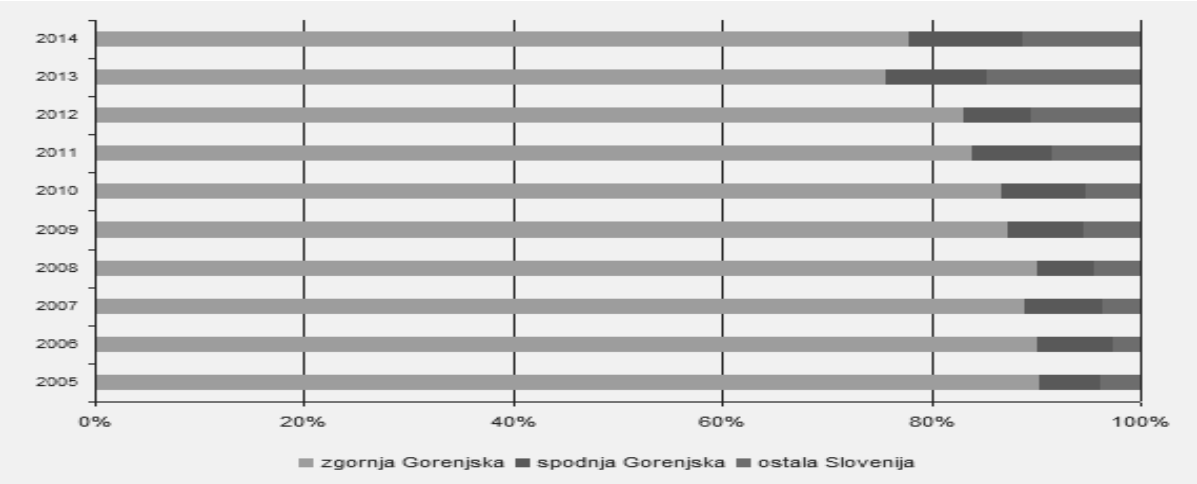
Tabela 8: Razporeditev SPP-jev na porodnem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2014 (za vse plačnike)

koda	opis grupe	utež	št. primerov	št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami,	0,91	558	507,78
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	72	123,12
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami,	1,17	50	58,50
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami,	1,11	28	31,08
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	13	27,43
O01A	Porod s carskim rezom s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	3,05	7	21,35
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	12	19,08
P67D	Novorojenček teža ob sprejemu >2499g	0,55	12	6,60
O64Z	Lažni porod	0,33	19	6,27
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz	0,41	12	4,92

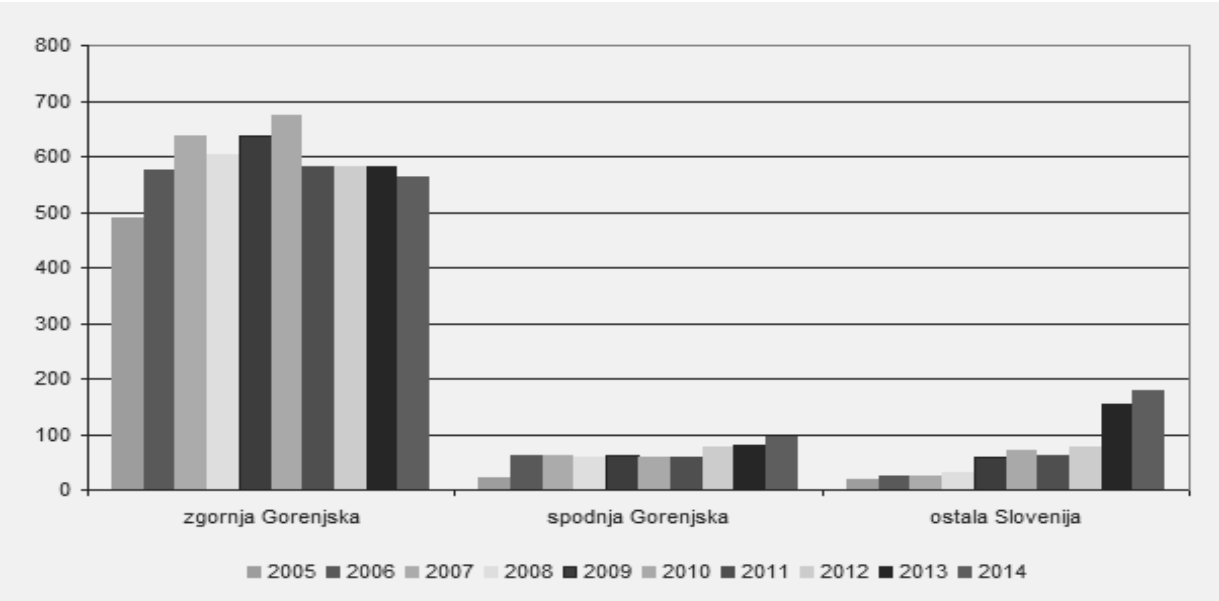
V letu 2014 smo ohranili večji priliv pacientk na ginekološkem in porodniškem oddelku iz preostale Slovenije. Predvsem v porodnišnico prihajajo porodnice tudi iz precej oddaljenih krajev. Prakso materi prijazne porodne oskrbe, kjer je v ospredju normalen porod bomo skušali ohraniti, saj je to oskrba 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. Vse te aktivnosti še vedno izvajamo. Vedno bolj se v obravnavo nosečnic in porodnic vključujejo tudi babice. Zato v prihodnjih letih načrtujemo tudi delovanje porodnega centra znotraj porodnišnice.



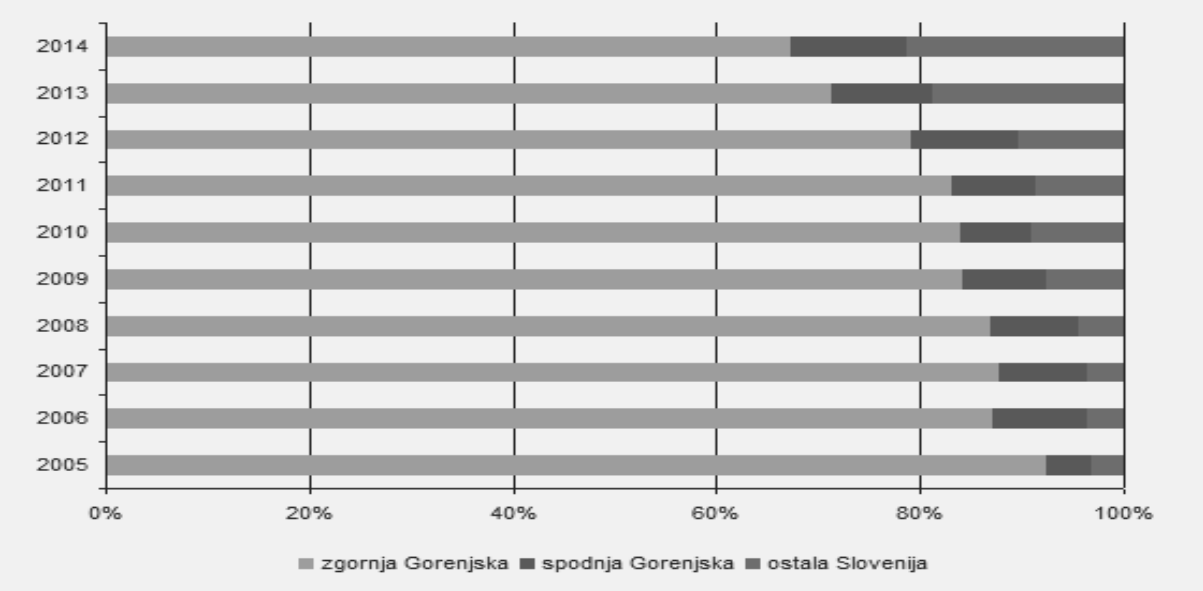
Graf 3.1: Struktura pacientk po občinah za ginekološki oddelek



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

3.1.1 PORODNIŠTVO

V porodništvu je bilo leto 2014 ponovno leto večjega števila porodov, dokončne obnove porodnega bloka, pa tudi leto brez nevarnih opozorilnih dogodkov, ki smo jim bili priča v letu 2013. V letu 2014 nismo imeli mrtvorojenih otrok. Dokončali smo obnovo porodnega bloka z obnovo operacijske dvorane za urgentni carski rez, obnovo napeljav, stropov, tlakov in izdelavo sanitarij za porodnice in osebje. Porodni blok smo tudi zaprli z modernimi, avtomatskimi vrati, ki omogočajo hiter dostop in onemogočajo dostop tistim, ki tja nimajo vstopa. Velik delež porodnic še vedno predstavljajo porodnice iz preostalih delov Slovenije, ki prihajajo tudi iz precej oddaljenih krajev.

Rezultati:
V letih 2011 do 2014 smo imeli 624, 655, 722 in 746 porodov. Porod smo v letu 2011 sprožili pri pri 101 nosečnici (16,2 %), v letu 2012 pri 45 (6,9 %), v letu 2013 pri 81 (11,2 %) in v letu 2014 pri 89 (11,9%) nosečnic. V letu 2011 je bilo 96 (15,4 %) carskih rezov, v letu 2012 jih je bilo 88 (13,4 %), v letu 2013 je bilo 68 (9,4 %) in v letu 2014 93 (12,5) carskih rezov. Od ostalih operativnih porodov je bilo vakuumskih ekstrakcij v teh letih 38 (6,2%) , 31(4,7%), 37 (5,1%) in 25(3,4%) Epiziotomijo smo v teh letih naredili pri 103 (16,5 %), 44 (6,7 %), 40 (5,5 %) in 22 (2,9%) porodih. 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 %) , v letu 2013 pri 104 (14,4 %) in lani pri 137(18,4%) porodnicah. Za lajšanje bolečin z epiduralno analgezijo se je po predhodnem informiranem pristanku odločilo 218 (34,9 %), 159 (24,3 %) in 116 (16,1%) in 134 (18%) 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, 4 (0,6 %) v letu 2013 in 1 (0,13%) v letu 2014. Zabeležili smo izgubo krvi več kot 500 ml po porodu pri 23 (3,7 %), 17 (2,6 %), 49 (6,8 %) in 44 (5,8%) porodnicah v letu 2014. Transfuzijo pa je potrebovalo 3 (0,5 %), 4 (0,6 %), 7 (1 %) in 9 (1,2%) 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), v letu 2013 pri 57,9 % (418) in v letu 2014 pri 394 (70,6%) 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 2014 je bilo operiranih 558 pacientk, od tega je bilo opravljenih 129 večjih operacij in 429 nekoliko manjših operacij.

Med LPSC operacijami je bilo največ operacij zaradi LPSC sterilizacija in LPSC odstranitev ciste jajčnika in odstranitve adneksov. Med histroskopsko operacijo smo največkrat odstranjevali polip telesa maternice, sledi odstranitev pregrade maternice in diagnostična HSC. V letu 2014 smo odstranili 12 miomov maternice z endoskopskimi metodami (8HSC in 4 LPSC).
Zabeležili smo pooperativne oz. medoperativne komplikacije in zaplete:

- 13 konverzij primarne operacije v laparotomijsko
- Revizija, evakuacija abscesa, premestitev v Ljubljano
- Močna krvavitev po konizaciji in revizija s hemostazo
- Revizija hematoma po zadnji plastiki
- Hematom v retroperitoneju ob poskusu laparaskopske miomektomije.

Tabela 9: Operativni posegi v letu 2014

Vrsta posega	***Število***
Histeroskopija	104
Laparoskopija	148
Sprednja vaginalna plastika	38
Vaginalna histerektomija	42
LPSC miomektomija	4
TEL(A)	8
TELAs pelvično limfadenktomijo	4 (3 LPSC)
Miomektomija per laparatomijam	1
LAVH(A)	12
Menchaster Forthergyll	3
Zadnja vaginalna plastika	19
Konizacija	16
LLETZ	20
Cerclage	1
LPSC apendektomija	3
Sekcija parva z miomektomijo	1
Op SIU	77

Tabela 10: Manjši posegi v letu 2014

Vrsta posega	***Število***
Abrazija	52
Odstranitev IUD	3
Marsupializacija Bartholinijeve žleze	11
Ekscizija tumorja dojke	2
Odstranitev ciste scenerjeve žleze	1
Korekcija malih labij	1
Ekscizija kondilomov	3
Biopsija porcije in abrazija CK	6
Ekscizija vulve	2
Prerezanje traku po operaciji SIU	1
Dilatacija CK	3
Incizija himna	1
Ekscizija polipa vagine	2
Rekonizacija	2

- Zelo dobro sodelujemo z ginekološko onkološkim konzilijem Ginekološke klinike v Ljubljani.

Vse začetne stadije ginekoloških rakov operiramo na našem oddelku. V letu 2014 smo naredili 6 totalnih histerktomij s pelvično limfadenektomijo (dvakrat kompleten laparoskopski staging,), vse laparoskopsko. Večjih poopertivnih zapletov ni bilo, število odvzetih bezgavk je bilo vedno primerno.

V letu 2014 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 2014 smo izpolnili predpisano število prospektivnih primerov z operacije stresne urinske inkontinence. Operirali smo 77bolnic s SIU. V načrtu za leto 2015 imamo podobno število operacij, postopno pa smo prešli tudi na operacije v lokalni anesteziji, kar bo zmanjšalo stroške samega posega.

3.1.3 AMBULANTNA DEJAVNOST

V letu 2014 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, 2x tedensko pa poteka tudi ambulanta za bolezni dojk.
V letu 2014 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 2013	načrt 2014	realizacija 2014	INDEKS real/načrt	INDEKS 14/13
Dispanzer za žene	37.054,65	34.483,71	35.256,85	102,24	95,15
Obiski	8.475	0	7.955		93,86
Ginekološka amb.	33.268,59	33.176,00	33.583,79	101,23	100,95
Obiski	3.172	3.045	3.052	100,23	96,22
GCBD	17.731,77	16.676,00	15.731,55	94,34	88,72
Obiski	4.145	3.687	3.507	95,12	84,61

Tabela 12: Število opravljenih pregledov

	PREGLEDI			RAZMERJE	
Ambulanta	SKUPAJ	prvi	ponovni	prvi / ponovni	(prvi+hosp)/ ponovni
Dispanzer za žene	7.854	3.271	4.582	0,71	0,71
- Ginekološka amb.	3.307	1.645	1.511	1,09	1,19
- GCBD	3.529	715	2.814	0,25	0,25
Gin. amb. SKUPAJ	6.836	2.360	4.325	0,55	0,58

Tabela 13: Obravnave po glavnih diagnozah v ginekološki ambulanti

Diagnoza	2012	2013	2014
Z34 Nadzor nad normalno nosečnostjo	135	116	1.275
O268 Druga opredeljena stanja, povezana z nosečnostjo	175	172	169
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	1.260	1.364	139
Z348 Nadzor nad drugimi normalnimi nosečnostmi	23	91	138
O049 Medicinski Splav popolni ali neopredeljen	138	97	116
Z988 Druga opredeljena stanja po kirurških posegih	143	66	102
R103 Bolečina, omejena na druge spodnje dele trebuha	32	58	71
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	95	112	69
N948 Druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi spolnimi organi	50	83	63
O021 Splav z odmrlim plodom (missed abortion)	54	65	60
O200 Grozeči splav	62	81	50
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	48	75	49
N840 Polip materničnega telesa	42	68	47
D251 Intramoralni leiomiom maternice	46	41	29
N393 Stresna ankontinenca	35	65	26
N710 Akutna vnetna bolezen maternice	41	31	23

Gorenjski center bolezni dojk (G3)			
Diagnoza	**2012**	**2013**	**2014**
N608 Druge benigne displazije dojke	3.411	3.531	2.822
N60 Benigna displazija dojke	24	119	232
N645 Drugi znaki in simptomi v dojki	179	184	163
N64 Druge motnje dojke	24	104	87
N602 Fibroadenoza dojke	64	52	44
D24 Benigna neoplazma dojke	6	16	27
C50 Maligna neoplazma dojke	4	8	22
N601 Difuzna cistična mastopatija	10	17	21
N61 Vnetja dojke	4	4	20
N63 Neopredeljena zatrdlina v dojki	18	16	12
N62 Hipertrofija dojke	11	11	11

Dispanzer za žene (G4)			
Diagnoza	**2012**	**2013**	**2014**
Z014 Ginekološki pregled (splošni)(rutinski)	1.383	1.575	1.399
Z34 Nadzor nad normalno nosečnostjo	530	1.277	1.131
N948 druga opred stanja, povezana z ž. spolnimi organi	684	775	773
O268 Druga opredeljena stanja, povezana z nosečnostjo	377	247	487
Z304 Nadzor nad kontracepcijskimi sredstvi	860	746	363
Z321 Potrjena nosečnost	370	430	298
N889 Nevnetna nepravilnost materničnega vratu	200	213	272
Z391 Oskrba in pregled doječe matere	215	236	236
N911 Sekundarna amenoreja	167	202	211
Z348 Nadzor nad drugimi normalnimi nosečnostmi	395	96	191
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	95	141	171
O47 Nepravi porod	251	94	171
Z988 Druga opredeljena stanja po krg posegih	148	120	158
Z301 Vstavitev (intrauterinega) kontracepcijsk. sredstva	104	145	148
N710 Akutna vnetna bolezen maternice	161	142	146
O200 Grozeči splav	162	158	130
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	398	129	127
N393 Stresna inkontinenca	45	143	86

V letu 2014 je bilo v ambualnti za bolezni dojk odvzetih 117 vzorcev za citološki pregled in sicer 93 s tankoigelno punkcijo dojke ter 24 z brisom izcedka iz bradavice.S punkcijo smo potrdili rak dojke pri 14ih pacientkah, to je pri 15,0% vseh punkcij. Pri eni punkciji bezgavk v aksili smo dobili celice visoko malignega non-Hodgkinovega limfoma. Trije brisi izcedka so bili suspektni za rak dojke, kar je 12,5% vseh brisov. Rak dojke je bil potrjen še pri 16ih pacientkah s punkcijo dojke na OI v Ljubljani. Skupaj je odkritih 31 rakov dojke v letu 2014.

4 IZOBRAŽEVANJE

V letu 2014 smo aktivno sodelovali na izobraževanjih in sicer:
- Izobraževalni dan Zora, Brdo
- 20- urni tečaj za osebje Novorojencu prijazni porodnišnic, Nova Gorica
- Izobraževanje o dojenju, Laško in Dobrna
- FIAPAC mednarodni kongres, Ljubljana

Udeležili smo se še naslednjih izobraževanj:

- Novakovi dnevi, Dolenjske toplice
- Histeroskopska delavnica, Maribor
- Dnevi Lidije Andoljšek Jeras, Ljubljana
- Izobraževalni dan Zora, Brdo
- Perinatal Psychology, Maastricht
- Urinska inkontinenca v nosečnosti in po porodu, Ljubljana

ZAKLJUČEK

Na ginekološko porodniškem oddelku in v ambulantah smo opravili ves zastavljeni program z omejeno kadrovsko zasedbo. Ponovno smo presegli število porodov in opravili ves prospektivni program. Obnovili smo porodni blok. Uresničili smo večino zastavljenih ciljev. 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.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKEM ODDELKU

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

UVOD

Leto 2014 je bilo za zaposlene v zdravstveni negi na ginekološko – porodniškem oddelku in porodnem bloku pomembno. Dokončana so bila gradbena in adaptacijska dela, ki so zaokrožila celotno podobo porodnega bloka, zaključili smo recertifikacijo UNICEF, začeli pa tudi z drugačno obravnavo otročnic na oddelku.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Management se na oddelku in porodnem bloku v letu 2014 je prinesel nekatere spremembe, predvsem v organizaciji dela v porodnem bloku in v času koriščenja letnega dopusta zaposlenih na ginekološko – porodniškem oddelku. Organizacija pripravljenosti zaposlenih v porodnem bloku v primeru povečanega števila porodov v nočnem času in med celotnim vikendom je zagotovo način varne obravnave porodnic, hkrati pa zagotavlja kakovost dela v porodnem bloku. Med letnimi dopusti sta se na ginekološko – porodniškem oddelku oziroma v Posebni negi novorojencev vključevali v delo tudi zaposleni iz pediatričnega oddelka. Na ta način je bila organizacija dela bistveno lažja.
Ob zaključku leta 2014 je število zaposlenih na oddelku in v porodnem bloku naslednje:

Tabela 1: Kadrovska struktura gin.-por.odd. in porodni blok – ZN 31.12.2014

	ODDELEK, PNN	PORODNI BLOK	DOLOČEN ČAS/PRIPRAVNIKI	PORODN./ BOLN./ OSTALO
zt	9	/	1	1
dipl.m.s. /dipl.babica	1/2	6	2	2

V letu 2014 so bile tri zaposlene na porodniškem dopustu, ki smo jih uspešno nadomestili z zaposlenimi za določen čas, upokojitev ni bilo, niti fluktuacije zaposlenih, odšla je sodelavka, ki je bila zaposlena za določen čas.

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Začeli smo z vnosom kategorizacije za bolne novorojence.

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Cilji, ki so bili postavljeni na začetku leta 2014 so bili realizirani tako, kot je prikazano v spodnji tabeli:

CILJ: Izobraževanje	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Izvedba mesečnih izobraževanj v ZNO na oddelku in porodnem bloku 2. 7 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 3. 2 aktivni udeležbi na zunanjih strokovnih srečanjih 4. Izvedba ciljanega izobraževanja (svetovanje in ZV dojenje)	Realizirano
EVALVACIJA: 1. V letu 2014 je bilo izvedenih 9 izobraževanj 2. Realiziranih je bilo 15 pasivnih udeležb 3. Realizirane so bile 3 aktivne udeležbe 4. Izobraževanje je bilo izvedeno	
CILJ: Dokumentacija	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Izdelava 3 kliničnih poti na oddelku in v porodnem bloku 2. Izdelava strukturirane dokumentacije zdravstvene nege na oddelku 3. Usmerjeno izobraževanje o pravilnem dokumentiranju v PZN na oddelku in porodnem bloku	Realizirano
EVALVACIJA: 1. Izdelana je bila 1 klinična pot 2. Dokumentacija je bila izdelana 3. Izobraževanje je bilo izvedeno	
CILJ: Varnost in kakovost	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97% 2. Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti 3. Priprava 3 novih standardov kakovosti na področju ginekologije in porodništva – ZN 4. Ureditev internetne strani gin. – por. odd. in porodnega bloka 5. Zmanjšati število padcev na 0	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Učinkovitost je 92 %, izvedenih je bilo 53 varnostnih vizit 2. Zabeleženi so bili 3 odkloni 3. Standardi kakovosti so bili popravljeni 4. Internetna stran je bila le popravljena, ne na novo izdelana 5. Zgodil se je 1 padec	
CILJ: Zdravstveno vzgojno delo	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Izdelava anketnega vprašalnika za preverjanje uspešnosti dojenja otročnic po odpustu 2. Število ZV intervencij o pomenu dojenja že v času nosečnosti	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Vprašalnik je v fazi priprave 2. Število ZV je bilo 36	
CILJ: Praksa zdravstvene in babiške nege	**Realizacija**

AKTIVNOSTI: 1. Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih, uspešnost 97% 2. Izvedba delavnic o standardih kakovosti kot stalno prakso s preverjanjem učinkovitosti	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Nadzori so bili izvedeni, učinkovitost je po WHO opazovanju 96% 2. Delavnice so bile izvedene, učinkovitost je bila preverjena v 50%	

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA ODDELKU

V letu 2014 smo predvsem posvetili pozornost novi organizaciji dela babic tudi na oddelku, predvsem izvajanju tako imenovanih babiških vizit pri zdravi otročnici. Takšna organizacija dela zahteva zavzetost vseh zaposlenih na oddelku, vpeljava projekta je bila podprta tudi z izdelavo ustrezne klinične poti ter ustreznim izobraževanjem zaposlenih pred samim začetkom.

2.1 KLINIČNE POTI

Še vedno so področja, ki bi jih na oddelku lahko pokrili s kliničnimi potmi. V to je vključena predvsem klinična pot obravnave zdravega novorojenca, a bo potrebno še nekaj usklajevanja. V preteklem letu pa je nastala KP za vodenje otročnice.

2.2 DELOVNI SESTANKI

Število delovnih sestankov z vključenim porodnim blokom je prikazano v spodnji tabeli:

Tabela 3: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah – število leto 2014

Redni delovni sestanki	Izredni/problemski delovni sestanki	Timski delovni sestanki	Tematski delovni sestanki
4	2	10	2

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Na področju kakovosti in varnosti na oddelku poskušamo slediti novostim in smernicam na tem področju, tako znotraj same ustanove kot tudi v slovenskem prostoru. V letu 2014 smo načrtovano in usmerjeno začeli izvajati varnostne vizite in razgovore za posamezna področja, na ta način želimo tudi v prihodnosti zagotoviti varno in kakovostno obravnavo pacientov na oddelku in v porodnem bloku. Izkazalo se je, da je takšen način za reševanje problemov in težav dober, potrebno pa je sodelovanje in vključevanje vseh profesionalnih skupin na oddelku. To pa je cilj prihajajočega leta.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2014 so bili zabeleženi 3 odkloni v računalniški program ART.

Tabela 4: Število odklonov

oddelek/ enota	skupno število odklonov	sporočili / sami dodelili drugi	odkloni sporočeni anonimno	strokovni odklon	pritožba pacienta/ svojca	poškodba osebja	neprimeren odnos	tehnični odklon	kaznivo dejanje	drugo	št- ukrepov
GIN - POR	3	1 / 1	1	3	0	0	0	0	0	0	3

Na odklone so bili izrečeni 3 ukrepi, ki so bili rešeni in zaključeni.

Število beleženih odklonov na oddelku je še vedno nizko, analiza vzrokov bo morala iti izvedena sistemsko.

3.2 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PORODNIC IN OTROČNIC

Na oddelku se ob odpustu otročnic razdelijo anketni vprašalniki, ki so dober pokazatelj kakovosti in usmeritve dela na oddelku.
V letu 2014 je bilo 98% anketiranih zadovoljnih z upoštevanjem njihovih želja. 1,5 % anketiranih meni, da njihove želje niso bile upoštevane. V vseh anketiranih letih je opaziti, da so bile želje porodnic med porodom upoštevane. Najnižji odstotek je opaziti v letu 2008, od takrat pa se odstotek ves čas dviguje.

Večina otročnic meni, da je osebje do njih prijazno in ustrežljivo. V letu 2014 99% anketiranih meni tako. Leta 2008 je ta odstotek znašal le 87,3%, v naslednjih letih pa se je popravil. Najvišji je bil leta 2012, ko je znašal 99,6%.

Analiza anket je v letu 2014 zopet pokazala, da večina področij ki so v njej obravnavana, pokaže zadovoljstvo porodnic v porodni sobi in otročnic na oddelku. Prikazano je nekaj nezadovoljstva z opremljenostjo sob, potrebno bo urediti področje podajanja informacij otročnicam ter prehrani na oddelku, večina pa jih je zadovoljna z kakovostjo dela v porodnem bloku in oddelka. Zadovoljne so tudi s profesionalnostjo in ustrežljivostjo babic in medicinskih sester.

3.3 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

V tabeli 5 je prikazano število varnostnih vizit in razgovorov v letu 2014 glede na nivo izvedbe, ter število izrečenih ukrepov in učinkovitost. V število so vključene VV/VR na oddelku in v porodnem bloku.

Tabela 5: Število VV/VR glede na nivo izvedbe, število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	ŠT. VV/VR	ŠT. UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN	7	10	93%
Odgovorne MS odd.	46	79	92%
Predstojnik/ca oddelka in koordinatorica ZN	0	0	
Skupaj	53	89	92,5%

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2014 je bilo izvedenih 7 letnih razgovorov z zaposlenimi v zdravstveni negi. Razgovori so bili opravljeni s ključnimi zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi na oddelku.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt izobraževanja je bil postavljen na začetku leta 2014. Izpolnjen je bil v celoti.

Tabela 6: Interno in eksterno izobraževanje gin. – por. odd. in porodni blok – število

Izobraževanje/udeležba	Pasivna	Aktivna
Interno	49	2
Eksterno	14	3

V letu 2014 so bile na oddelku tiste, ki so bile aktivne udeleženke strokovnih srečanj in seminarjev v Sloveniji, kar je popolnoma drugačna situacija kot leto poprej, vodja babiške nege pa se je pasivno udeležila tudi svetovnega kongresa babic v Pragi. V oktobru smo izvedli tudi izobraževanje oziroma srečanje z zunanjimi sodelavci, predvsem zdravstvenih domov in patronažnih služb. Število udeležencev je bilo visoko, dejstvo je, da je potreba po takšnih srečanjih iz leto v leto večja.

5 PORODNI BLOK

Porodni blok se je v letu 2014 dokončno prenovil. Z njegovo prenovitvijo se je tudi delo v porodnem bloku za vse zaposlene v babiški negi dokončno oblikovalo. Kljub prenovi in s tem povezanimi manjšimi organizacijskimi težavami, s katerimi so se v tem času soočali vsi zaposleni se je število porodov v letu 2014 zvišalo.

Tabela 7: Število porodov v letu 2014

Skupno število	**746**
Dopoldne	216
Popoldne	241
Ponoči	289

6 ZAKLJUČEK

Prenovljeni porodni blok, uspešno izpeljane akreditacije, ponovni certifikat UNICEF za dojenčkom in mamicam prijazno porodnišnico, izpeljana interna izobraževanja in delavnice, aktivne udeležbe, vse druge aktivnosti na oddelku in porodnem bloku ter dobra delovna in organizacijska klima so vse dejavniki, ki so nas v letu 2014 motivirali in peljali pri delu na oddelku in v porodnem bloku naprej. Menim, da smo v veliki meri uspešno izpeljali vse začrtane cilje in aktivnosti, vse tiste, ki so nam ostali pa vsaj začeli in jih bom v prihajajočem letu zaključili.
Strokovno poročilo je tudi mesto, ko se lahko zahvalim vsem zaposlenim na oddelku za njihovo pripravljenost in sodelovanje skozi celo leto.

7 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

1. Cilj: **Izobraževanje**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Izvedba mesečnih izobraževanj v ZNO na oddelku in porodnem bloku 7 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 4 aktivne udeležbe na zunanjih strokovnih srečanjih Izvedba ciljanega izobraževanja (svetovanje in ZV dojenje)	Kontinuirano, celo leto 1X letno	Koordinatorica ZN Vodja babiške nege
2. Cilj: **Dokumentacija**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Izdelava 2 kliničnih poti na oddelku in v porodnem bloku Izdelava spremenjene dokumentacije zdravstvene nege na oddelku Ureditev dokumentacije na oddelku ter dokončno oblikovanje na intranetu	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS Vodja babiške nege

3. Cilj: **Varnost in kakovost**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97% Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti Priprava 3 novih standardov kakovosti za področje ginekologije in porodništva - ZN Ureditev internetne strani ginekološko – porodniškega oddelka in porodnega bloka Zmanjšati število padcev na 0	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS Vodja babiške nege
4. Cilj: **Zdravstveno vzgojno delo**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Izdelava anketnega vprašalnika za preverjanje uspešnosti dojenja otročnic po odpustu Število ZV intervencij o pomenu dojenja že v času nosečnosti	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS
5. Cilj: **Praksa zdravstvene in babiške nege**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih, uspešnost razkuževanja rok 97% Izvedba delavnic o standardih kakovosti, kot stalno prakso in preverjanje učinkovitosti	Kontinuirano, celo leto 1X/četrtletje	Koordinatorica ZN Promotorji projektne skupine za BO na odd. Odgovorne MS Vodja babiške nege

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

Judita Mandelc Kunčič, dr.med., spec. anest.
Predstojnica Oddelka za anestezijo in reanimacijo

ODDELEK ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

- Operacijski blok
- EITOS - Enota za intenzivno terapijo kirurških strok
- Dnevni oddelek
- Porodna soba in porodna operacijska soba
- Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo
- Anesteziološka ambulanta
- Urgenca

Predstojnica oddelka:
Judita Mandelc Kunčič, dr.med., spec. anest.

Vodja enote za intenzivno terapijo kirurških strok:
Vlado Jurekovič, dr.med., spec. anest.

Vodja Centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo:
Asist.mag. Mateja Lopuh, dr.med., spec. anest.

Na oddelku, vsi zdravniki delamo v operacijskem bloku, ortopedski operacijski 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. To so dr. Jurekovič, dr. Kern, dr. Rutar, dr. Markelj, dr. Černe.

V centru za zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo se je v letu 2014 nadaljevalo redno spremljanje naročenih bolnikov in z obravnavo urgentnih primerov v smislu paliativne oskrbe. Center bo podal samostojno poročilo svojega dela.

1 REALIZACIJA CILJEV

Opravljen je doslej najobsežnejši operativni program, čeprav je bil operacijski blok zaradi vgrajevanja klimatskih naprav, več tednov kot smo načrtovali, neuporaben.
Vsi ostali cilji so deloma uresničeni in ostajajo izziv za v bodoče.

1.1 OPRAVLJENO DELO

1.1.1 Operacijski blok, ortopedska operacijska soba, dnevni oddelek operacijska soba v porodnem bloku

V letu 2014 smo nadaljevali z beleženjem anestezijskih posegov, ki ga zahteva 19. 07. 2011. sprejeta Odredba o določitvi enotnega šifranta vrst zdravstvene dejavnosti (Ur.l.RS 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).
Poudariti moramo, da se je obstoječa, leta 2012 na novo vpeljana klasifikacija, izkazala kot neustrezna oziroma pomanjkljiva za dejanski prikaz opravljenih posegov in opravljenega dela!

Statistični podatki povzeti iz šifriranja naše dejavnosti po novi klasifikaciji oziroma po obrazcu KTDP so edini uradno zabeleženi podatki, vendar je točnost vprašljiva. Razlogov za to je več: od netočnega in pomanjkljivega beleženja, nejasnosti v klasifikaciji do nepravilnega prevoda klasifikacije. Že na prvi pogled pokažejo absolutne nesmisle. Npr.: podatki o oskrbi področne anestezije in oskrbi osrednjega živčnega bloka, so neuporabni ali jih sploh ni, ker je tudi definicija le teh slaba oziroma za nas manj uporabna.

Oskrba področne anestezije (zabeleženih je samo 9) in oskrba osrednjega živčnega bloka v klasifikaciji KTDP pomeni, da se kode uporabljajo samo, če se opisan postopek začne v porodnišnici in/ali v operacijski dvorani (operacija ali okrevanje) in obstaja dokumentacija o kontinuirani pooperativni infuziji/injekciji bolusa/polnitvi. Takih oskrb je bilo na desetine, vendar nimamo zabeležene nobene.

Opravljeno delo v smislu števila anestezij najbolj odraža število predoperativnih anesterioloških ocen in število splošnih in področnih anestezij in število ambulantnih posegov.

Ocena ASA je točna, saj pri tem beleženju ne gre za veliko verjetnost pomote, če ne upoštevamo, da je ocena sama po sebi deloma subjektivna.

V operacijskem bloku, v ortopedski operacijski sobi, v porodnem bloku, na dnevnem oddelku in v septični op. sobi anesteziološko oskrbo dobilo 5 916 pacientov; (5 441 beleženi po KTDP in 475 ambulantnih anestezij, ki se ne beležijo s KTDP) in 312 pacientov s sedacij pri ohranjeni zavesti.

VRSTE ANESTEZIJE:
SPLOŠNA ANESTEZIJA - 4 612
OSREDNJI ŽIVČNI BLOK (subarahnoidni, epiduralni, kavdalni) – 581
PODROČNE ANESTEZIJE (glave, trupa in okončin) - 248
LOKALNA ANESTEZIJA – 694
SEDACIJA OB OHRANJENI ZAVESTI - 312
OSKRBA PODROČNE ANESTEZIJE - 85

ASA Klasifikacija Bolnikov-anesteziranih	**Število vseh bolnikov**	**Število nenujnih op. posegov, oznaka »9«**	**Število nujnih op. posegov, oznaka »0«**
ASA 1	1 771 (32,5%)	1 355 (25%)	416 (7,5%)
ASA 2	2 841 (52,2%)	2 289 (42,2%)	552 (10%)
ASA 3	781 (14,4%)	526 (9,7%)	255 (4,7%)
ASA 4	46 (0,8%)	35 (0,6%)	11 (0,2%)
ASA 5	2 (0,04%)		2 (0,04%)
∑	5 441	4 205 (77,5%)	1 236 (22,44%)
ASA Klasifikacija bolnikov-v lokalni anesteziji			
ASA 1	232	223	9
ASA 2	416	397	19
ASA 3	46	36	10
ASA 4	/	/	/
ASA 5	/	/	/
∑	**694 (12,3%)**	**656**	**38**

ASA Klasifikacija bolnikov- sedacija pri ohranjeni zavesti			
ASA 1	96	89	7
ASA 2	201	187	14
ASA 3	15	12	3
ASA 4	/	/	/
ASA 5	/	/	/
∑	305 (5,6%)	278 ((5,1%)	24 (0,4%)

Oskrba osrednjega živčnega bloka	/
Oskrba področna anestezije glave in vratu	1
Oskrba področna anestezije trupa	13
Oskrba področna anestezije zgornja okončine	8
Oskrba področna anestezije spodnje okončine	9
∑	31

Zanimiv je podatek o velikem številu opravljenih operacij v lokalni anesteziji, to je pri 694 pacientih. Večinoma gre za operacije varic na ekstermitetah, operacij ingvinalnih kil, za vazektomije in za manjše ortopedske posege na stopalih.

Iz podatkov je razvidno, da je 77,3 % operacij nenujnih in 22,7% operacij je 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 4 612 (84,7%). Pri teh je nujen poseg v 968 primeru, to je pri 17,6 % vseh operiranih pacientov. Številke so glede na leto 2013 za nekaj odstotkov višje.

Veliko tveganje za zaplete med anestezijo ASA 03 je pri 781 (14,4%) pacientih Med njimi je nujen poseg v 255 (4,7%).

Izredno ogroženih pacientov (ASA 04 in 05) je bilo v letu 2014 skoraj trikrat več, to je 96, kar pa je v odstotkih zelo malo (1,8%). Moribundna bolnika sta bila samo dva.

1.1.2 DNEVNI ODDELEK

Program na Dnevnem oddelku je v letu 2014 potekal brez prekinitve v poletnih mesecih, zaradi izpada operativnega programa v operacijskem bloku, kjer smo vgradili nove prezračevalne naprave. Prav tako kot doslej so bili na Dnevnem oddelku po kliničnih poteh operirani pacienti ASA 01 in ASA 02.
V letu 2014 smo v Dnevnem oddelku operirali 1269 pacientov, kar je največ v zadnjih petih letih, oziroma 11.4 % več kot leta 2009, ko je bilo na Dnevnem oddelku narejenih največ operacij to je 1122.
Večje število operacij je bilo narejeno, ker je program potekal vse leto.

Splošno anestezijo je dobilo 836 (65,9%) pacientov, področno anestezijo (največkrat subarahnoidni blok) 206 (16,2%) pacientov in lokalno anestezijo 227 (17,8%) pacientov.

Največ operacij v Dnevnem oddelku je artroskopij kolena 328 (25,8), dimeljskih kil 260 (20,4%), operacij DuPuytren-ove kontrakture 105 (8,2%), sledijo operacije, ki jih je narejenih manj kot trideset: umbilikalna kila, suspenzijsk artroplastika, 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 (1.8%)

Najpogostejši vzrok za premestitev na oddelek bolnišnice je slabost, vrtoglavica in bolečina v 9 primerih; enkrat tudi pri ingvinalni kili v lokalni anesteziji; v 5 primerih je vzrok večji obseg operacije. Po en primer premestitve je bil, ker ni bilo urejeno glede prevoza domov, zaradi vagalne sinkope in zaradi prekrvavitve preveze. Zaradi neizzvenevanja subarahnoidnega bloka je bila potrebna le ena premestitev, dvakrat je bil socialni razlog za premestitev. Zaradi otekline in krvavitve po vazektomiji v lokalni anesteziji so bili premeščeni 3 pacienti.

Ponovni sprejem v dneh po operaciji na Dnevnem oddelku je bil samo enkrat zaradi kolapsa po prihodu domov.

Sicer pa je bilo drugovrstnih zapletov po odpustu v domače okolje registriranih le 11 (izpuščaj- 2x, dalj trajajoča bolečina -3x; oteklina po cirkumciziji – 2x; glavobol po odstranitvi osteosintetskega materiala v splošni anesteziji - 6x; hematom oziroma prekrvavitev preveze – 3x.
Nekoliko zaskrbljujoč je le podatek, da je 44 (3,5%) bolnikov po odpustu imelo bolečino enako ali večjo od 4 po vizualni analogni skali. Med temi je bilo nekaj bolnikov, ki so navajali bolečino 8 in 9.

1.1.3 PORODNA SOBA

Ob novih načinih lajšanja poroda na porodnem oddelku, AR oddelek še vedno omogoča porodnicam, da se odločijo za lajšanje porodnih bolečin z epiduralnim katetrom. Na informacijski pogovor lajšanja porodne bolečine z epiduralnim katetrom je v letu 2014 prišlo 236 bodočih mamic, večinoma pred prvim porodom (201). Pogovor je pogoj za to, da ob porodu vstavimo epiduralni kateter, za katerega se je v letu 2014 odločilo 133 porodnic

Nova operacijska soba v porodnem bloku je namenjena nujnim carskim rezom, ki jih je bilo 58; poleg teh operacij je bilo narejenih še 19 iztipanj maternice po porodu in 7 posegov različnih diagnoz. Skupaj je bilo v porodnem bloku operiranih 84 pacientk.

Za epiduralno ali subarahnoidno analgezijo pri porodu se je odločilo 133 porodnic, kar je le 17,9%.

Večina epiduralnih keterov je bilo vstavljenih v dežurnem delovnem času (82- 61,7%), kar je ravno obratno kakor leta 2013.
Za ponovni porod z EDK bi se odločilo manj porodnic,106 kar je 79,9%.

Povprečna ocena zadovoljstva z epiduralnim načinom lajšanja porodne bolečine, ki se ocenjuje od 1do 5, je bila 4,7. Najmanjša povprečna stopnja bolečine po VAS lestvici je bila 1,7; največja povprečna ocena bolečine pa je bila 6,1. Nezadovoljne so bile 4 porodnice, razočaranja ne navaja nobena porodnica.
Do punkcije dure mater je prišlo v dveh primerih; postpunkcijskega glavobola nismo beležili.
Porod z epiduralno ali subarahnoidno analgezijo (2x) se je končal s carskim rezom pri 11 porodnicah (to je v 8,3%, porodnic z EDK, oziroma pri 1,5% vseh porodnic); v sedmih primerih je bila pri carskem rezu splošna anestezija, v štirih primerih pa epiduralna.

LETO	ŠT. PORODOV	ŠTEVILO EDK, SB analgezij	% EDK	Odstotek: zadovoljne + zelo zadovoljne	Neuspe-šno Uvajanje EDK	ŠTEVLO S.C. pri EDK	ŠTEVILO VACUUM dok.por. pri EDK	ŠTEVILO spl. anestezij 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 porodnice 90,6%	5	18(8,8%)		
2010	696	249	35,8%	193 porodnic, 84,6%	6	15(6%)	30 (12%)	13 (1,3%)
2011	624	226	36,2%	192 porodnic 84,9%	8	11(4,8%)	26 (11,5%)	10 (1,6%)
2012	655	163	25%	138 porodnic 85%	2	20 (12,2%)	17 (10,4%)	11 (1,1%)
2013	722	113	15,6%	95 (85%) Ponovno za EDK	Ni podatka	8 (7%)	16 (14%)	24(3,3%) spl.an. v porod.
2014	746	133	17,9%	106 (79,9%) Ponovno za EDK	2	11 (8,3%)	7 (5,3%)	84 (11,3%) Spl.an. v por.bl.

1.1.5 AMBULANTNE ANESTEZIJE

V letu 2014 je bilo v prostorih za ambulantno anestezijo narejenih 609 posegov v splošni anesteziji. Od teh je bilo 134 hospitaliziranih bolnikov in večina od teh
je imela nujen poseg, saj gre za revizije kirurške rane in nekrektomije oziroma diabetična stopala.
Po posegu so ambulantni operirani pacienti premeščeni v prebujevalnico, kjer so pod nadzorom medicinske sestre ali tehnika.

1.1.6 ANESTEZIOLOŠKA AMBULANTA 2014

V anesteziološki ambulanti je bilo leta 2014 pregledanih 898 (16,5%), kar je približno enako število kakor v letu 2013 (854 pacientov). Praviloma bi morali priti v anesteziološko ambulanto oziroma na pogovor z anesteziologom vsi, ki bi dobili katerikoli anesteziološki poseg. To je ob sedanjem število anesteziologov in obsegu dela v operacijskih sobah neizvedljivo.
Glavnina pregledanih pacientov so ortopedski, ki so praviloma zelo rizični zaradi pridruženih bolezni in imajo nemalokrat prekomerno telesno težo. Zaradi novih terapevtskih postopkov v zvezi z uporabo novih zdravil, ki vplivajo na strjevanje krvi, smo uvedli neke vrst informativni dan, kjer vsi pacienti za operacijo vstavitve endoproteze dobijo podrobne informacije od operaterja, anesteziologa in fizioterapevta.

Enota obravnave	Poglavje	Št.obravnav
N1 ANESTEZIOLOŠKA AMB.		1
	A00-B99 Nekatere infekcijske i	1
	C00-D48 Neoplazme	63
	G00-G99 Bolezni živčevja	8
	I00-I99 Bolezni obtočil	11
	K00-K93 Bolezni prebavil	212
	L00-L99 Bolezni kože in podkož	1
	M00-M99 Bolezni mišičnoskeletn	469
	N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	29
	Q00 do Q99 Prirojene malformac	1
	R00-R99 Simptomi, znaki ter ne	3
	S00-T98 Poškodbe, zastrupitve	80
	Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo	19
	Skupaj	898

2 POROČILO O DELOVANJU CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO ZDRAVLJENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO

Skupno Strokovno poročilo vsebuje samo najosnovnejše podatke, ker bo za Center podano samostojno poročilo.
V letu 2014 smo v Centru obravnavali in vodili 1 156 pacientov. Opravljenih je bilo 362 skupnih obiskov in 105 konziljarnih pregledov v SBJ.
Pomembno je poudariti, da ima center mobilno telefonsko številko 24 h, vsak dan za nujne posege pri bolnikih z napredovalo boleznijo raka.

3 OCENA STROŠKOV

Iz finančno računovodske službe SBJ smo dobili podatke, iz katerih je razvidno, da so se v letu 2014 zmanjšali stroški za zdravila in ostali zdravstveni material naročen iz lekarne v glavnem operacijskem bloku, kjer je opravljenih več kot 76,65 operacij oziroma anestezij; v absolutnem znesku so se povečali stroški za zdravila in ostali zdravstveni material na Dnevnem oddelku in v kirurški ambulanti. Pri izračunu stroškov na pacienta, so se stroški na vseh deloviščih zmanjšali.

Vsi podatki o stroških so vezani na izdajo zdravil iz lekarne. Res je, da se vsa ta zdravila in ostali zdravstveni material porabi z pacienta, vendar bi bilo za točno oceno stroškov potrebno dosledno beleženje porabljenih zdravil in zdravstvenega materiala za vsako anestezijo pri vsaki operaciji in vsakega pacienta posebej; slednja dva parametra odločilno vplivata na porabo in stroške. Stroškovniki so bili narejeni pred več leti, potrebno je le organizirati zbiranje podatkov v računalniškem sistemu.

Strošek zdravil in ostalega zdravstvenega materiala - IZDAJA IZ LEKARNE A

	2012	2013	2014
anestezija - operacijski blok (krg op, ort op, gin op, porodni blok)	349.325,05	312.716,16	280.241,89
anestezija - operacijski blok dnevni oddelek	33.550,48	33.885,57	36.382,70
anestezija kirurška amb	16.253,73	12.857,72	15.567,40

Inventura zdravil in ostalega zdravstvenega materiala ob koncu leta - VPLIV NA STROŠEK **B**

	2012	2013	2014
anestezija - operacijski blok (krg op, ort op, gin op, porodni blok)	-6.404,41	1.311,22	6.379,04
anestezija - operacijski blok dnevni oddelek	-937,93	758,52	848,53
anestezija kirurška amb	66,92	239,36	-119,64

Strošek zdravil in ostalega zdravstvenega material - KONČNI STROŠEK **A+B**

	2012	2013	2014
anestezija - operacijski blok (krg op, ort op, gin op, porodni blok)	342.920,65	314.027,38	286.620,93
anestezija - operacijski blok dnevni oddelek	32.612,55	34.644,09	37.231,23
anestezija kirurška amb	16.320,65	13.097,08	15.447,76

OP. BLOK, ORTO. GIN.	Število pacientov	Stroški -celokupni	**Stroški na pacienta**	Razlika v stroških absolutna- vrednost
Leto 2013	5 121	314 027 €	**61,1 €**	
Leto 2014	5 441	286 620 €	**52,7 €**	27 407 € manj
DNEVNI ODDELEK	Število pacientov	Stroški -celokupni	**Stroški na pacienta**	Razlika v stroških absolutna- vrednost
Leto 2013	1 037	34 644 €	**33,4 €**	
Leto 2014	1 269	37 231 €	**29,3 €**	2 587 € več
AMBULANTNE ANESTEZIJE	Število pacientov	Stroški -celokupni	**Stroški na pacienta**	Razlika v stroških absolutna- vrednost
Leto 2013	366	13 097 €	**35,7 €**	
Leto 2014	475	15 447 €	**32,7 €**	2 350 € več

4 KADRI

V letu 2014 je bilo na Oddelku za anestezijo in reanimacijo zaposlenih 11 specialistov, od katerih je ena specialistka s polovičnim delovnim časom in ena specialistka s pogodbo za določen čas, vse do novembra 2014, ko je dobila pogodbo za delo za nedoločen čas.
Na oddelku smo imeli tri specializante, ki imajo opravljenega večino specializantskega kroženja. Imamo dve specializantki, ki sta šele v prvi polovici specializantskega kroženja; ena od njiju je v lanskem letu odšla na porodniški dopust.

Pogodbeno delo za dežurno službo je bilo potrebno samo za devet dežurnih dni, kar je približno 2,4% dežurnih dni.
Dodatnega kirurškega programa v letu 2014 ni bilo.

4.1 AKTIVNO UDEJSTVOVANJE ANESTEZIOLOGOV IZVEN SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

Jelena Vilman, dr.med., spec.anest.
Tajnik SZUM
Vodja tečaja ALS -marec 2014 Medicinska fakulteta Ljubljana
Inštruktor na tečaju ALS maj 2014 Maribor
Inštruktor na tečaju ETC december 2014 Ljubljana
Inštruktor na tečaju ATLS november Sežana
Inštruktor na tečaju ETC
Predavatelj Paliativa in urgentna medicina oktober 2014 Ljubljana
Inštruktor na tečaju ETC oktober 2014 Pecs Madžarska
Inštruktor na delavnicah Portorož urgenca junij 2014

Tečaji ALS za pripravnike v SBJ- na 2-3 mesece
Tečaj ALS za ambulantne zdravnike SBJ december 2014
Član izpitne komisije za specialistične izpite iz urgentne medicine

Eva Pogačar, dr.med., spec.anest.
Inštruktor za APLS
V SBJ odgovorna za darovanja in pridobivanja celic in tkiv.
Sodelovanje v organizaciji, izobraževanju in neposrednem reševanju pri GRS Slovenije.

Vlado Jurekovič, dr.med., spec.anest.,
1. svetovni kongres kirurgije s pospešenim okrevanjem, Valencia, poster
2. jeseniški simpozij o kirurgiji s pospešenim okrevanjem, Kranjska gora, predavanja + organizacija
3. soavtor prispevka v Zdravniškem vestniku

Mag. asist. Aleksandra Kern,dr.med.;spec.anest.
2. slovenski kongres področne anestezije z mednarodno udeležbo - 18.5.2014, Ljubljana
2. WINFOCUS US-BLS1 - tečaj urgentnega ultrazvoka - 31.5.2014, Jesenice
2. simpozij o kirurgiji s pospešenim okrevanjem - 4.10.2014, Kranjska Gora
3. kongres klinične prehrane in presnovne podpore - 21.11.2014, Portorož

Branka Gruden Repe, dr.med.;spec.anest.,
Namestenice transplanatacijske koordinatorice
Koordinator na področju pridobivanja tkiv in celic.

Nataša Rutar, dr.med.;spec.anest
7. - 9.3.2014 - ACLS tečaj (Advanced life support - ALS course ERC) - inštruktor
29.5. 2014 - EITOS izobraževalni dan
23.10. 2014 - interno izobraževanje "Delirij" v EITOSu
11. - 14.12. 2014 - ETC tečaj (Evropski travma tečaj – timski pristop) - inštruktor
delo na področju bolnišničnega trasplantacijskega koordinatorja

asist. mag. Mateja Lopuh, dr.med.;spec.anest.
»Nešteto predavanj in prispevkov.«

Anka Markelj Smrdelj, dr.med.;spec.anest.
31.5.2014 - Izobraževalni dan EITOS - predstavitev skupaj z Z. Panić ter S. Vogrin: Hemoragični šok v EITOS
16.1.2015 - Srečanje slovenskih in hrvaških intenzivistov – predstavitev skupaj z N. Viher Rutar: Protokol kontinuiranega nadomestnega ledvičnega

Eva Černe, dr.med.;spec.anest.
Priporočila za uporabo traneksamične kisline pri TEP kolena in kolka
Priporočila za uporabo kortikosteroidov pri TEP kolena in kolka
Priporočila za transfuzijo koncentriranih trombocitov
Priporočila za transfuzijo sveže zmrznjene plazme

Jasna Rapnik, dr.med., specializantka anesteziologije
Predavanje v marcu na tečaju ALS (6.3.2014),
Predavanje o donorstvu na Rdečem križu aprila 2015,
Seminar o hepatopulmonalnem sindromu in portopulmonalni hipertenzili v CIT-u in prenova protokola za transplantacijo jeter (z mag.Rade Stanić).

4.2 MENTORSTVO

V letu 2014 je bilo na izobraževanju o anesteziji in intenzivni medicini 20 zdravnikov pripravnikov, ki se izobražujejo 14 dni, na več mesečnem kroženju sta bila 10 specializantov kirurgije, urgence in ginekologije in 2 specializantki anesteziologije za SB Jesenice.

5 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.

6 CILJI

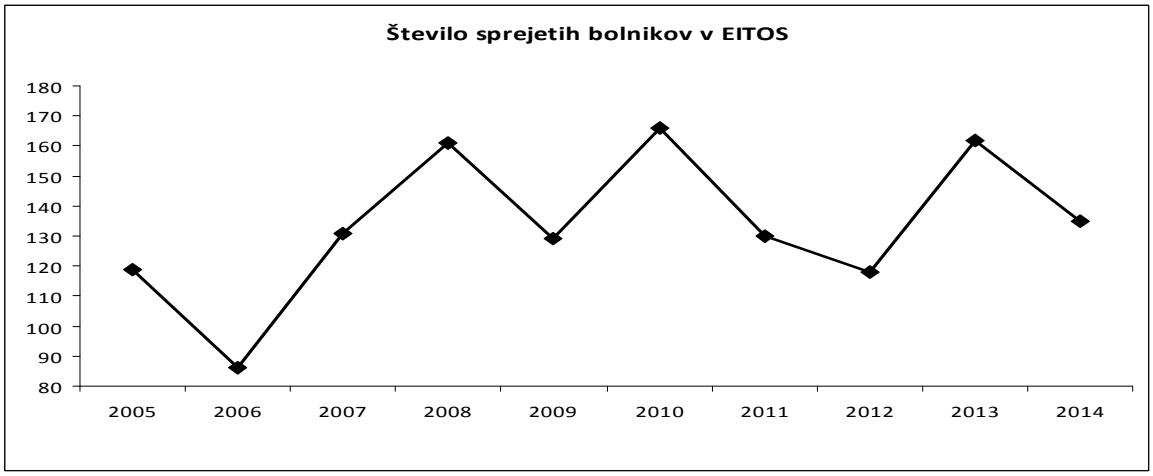
Ostajajo enaki kakor preteklo leto, saj se doslej popolnoma niso mogli realizirati.

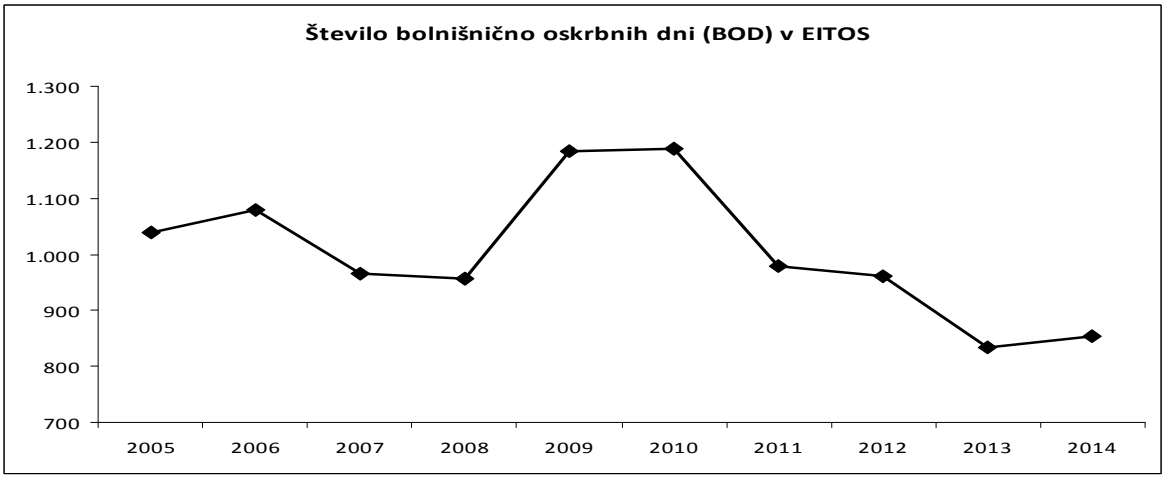
- Doslednejše in natančnejše šifriranje posameznih postopkov našega dela in s tem boljšo evidenco opravljenih storitev oziroma računalniška obdelava vseh podatkov v zvezi z delom anesteziologa.
- Sistemsko in organizacijsko uvesti predoperativni in pooperativni anesteziološki pregled pacientov v večjem obsegu kot doslej.
- 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.

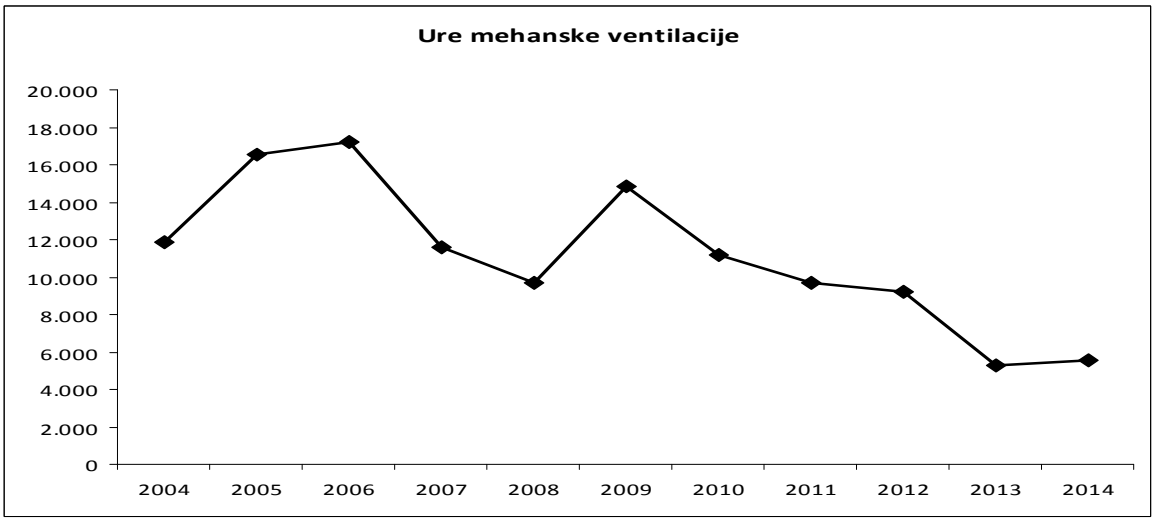
STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)

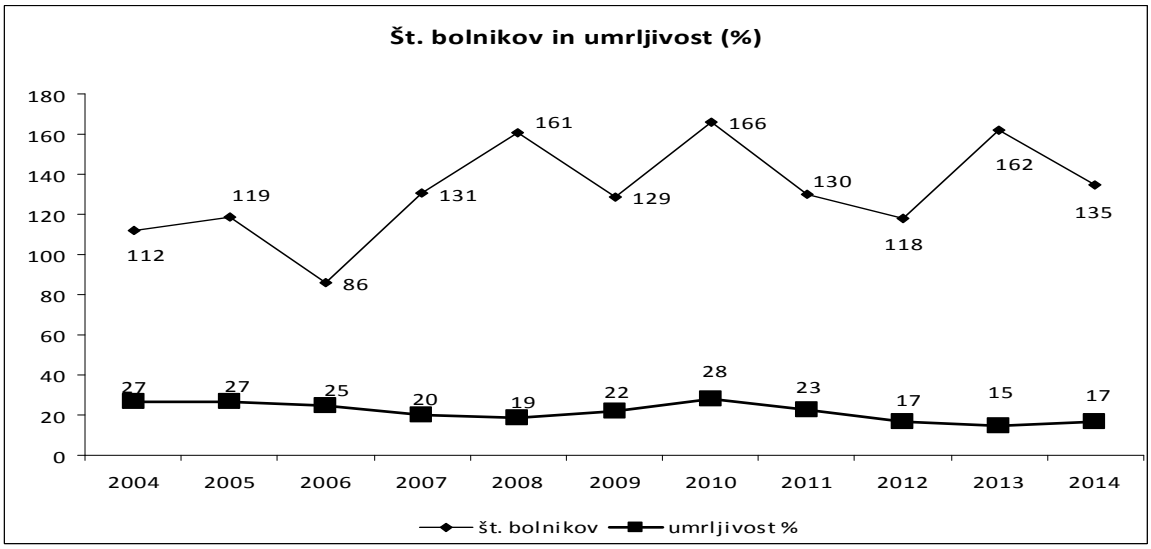
Vlado Jurekovič, dr. med., spec. anest.
Vodja dejavnosti

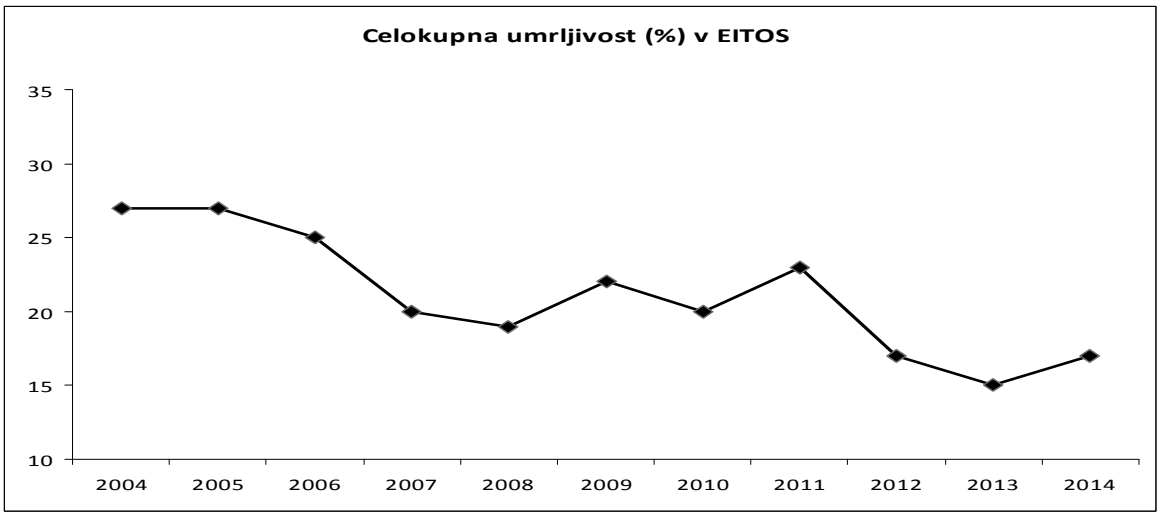
Osnovni podatki za EITOS po letih											
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
št. bolnikov	112	119	86	131	161	129	166	130	118	162	135
BOD	869	1.039	1.079	965	956	1.185	1.188	978	960	834	855
UMV	11.853	16.529	17.219	11.626	9.672	14.855	11.157	9.695	9.196	5.271	5.537
umrljivost	27	27	25	20	19	22	28	23	17	15	17
BOD - bolnišnično oskrbni dan / **UMV** - ure mehanske ventilacije / **umrljivost** - vsi umrli/vsi sprejeti v EITOS											


Število sprejetih bolnikov v EITOS
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014


Število bolnišnično oskrbnih dni (BOD) v EITOS
1.300
1.200
1.100
1.000
900
800
700
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014


Ure mehanske ventilacije
20.000
18.000
16.000
14.000
12.000
10.000
8.000
6.000
4.000
2.000
0
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014

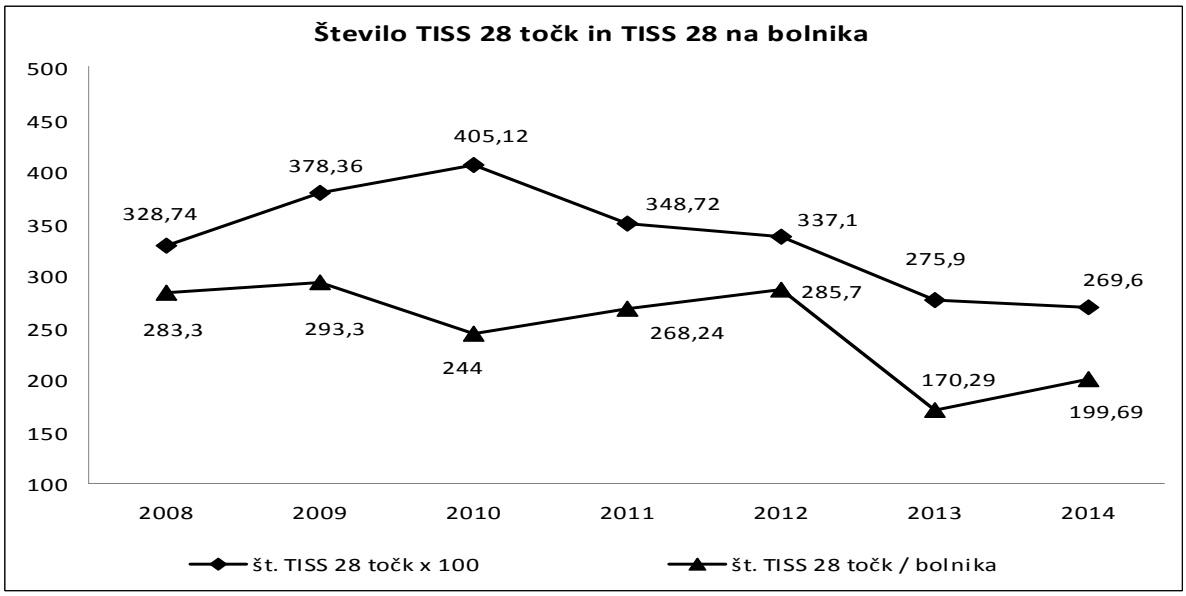


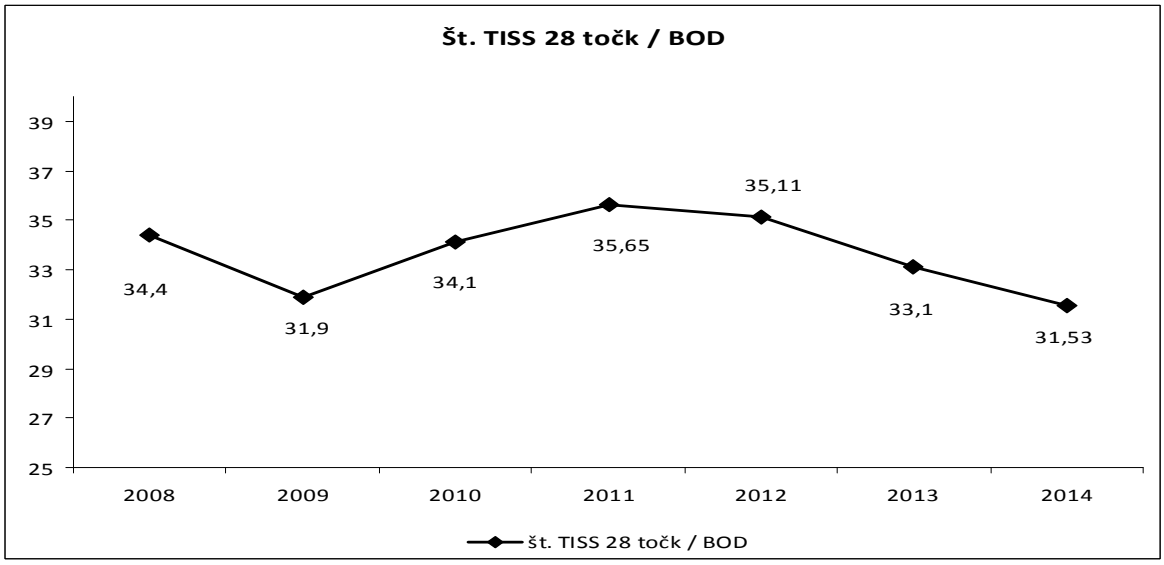


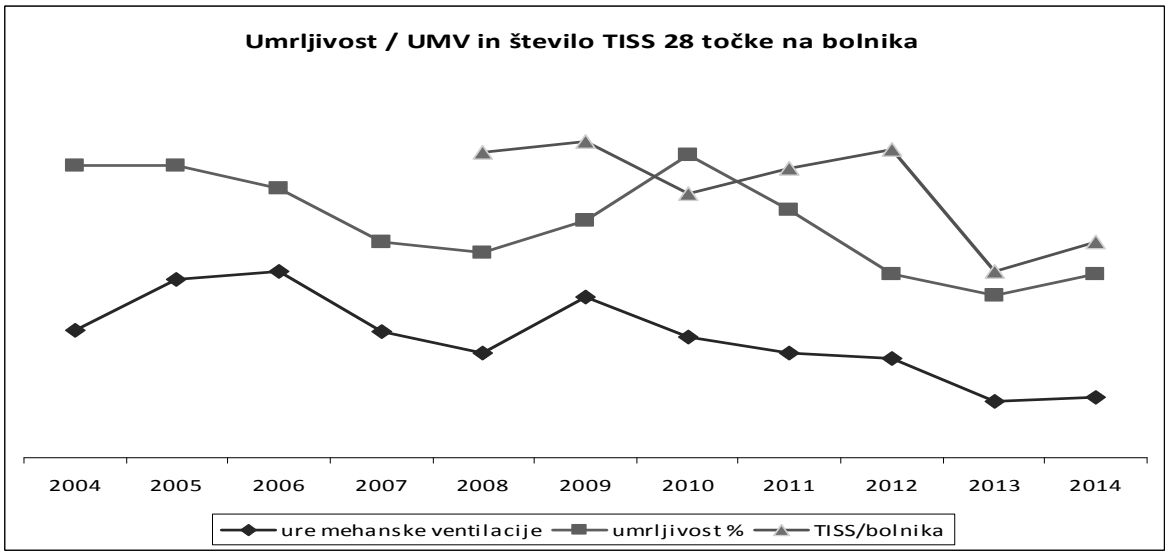
Podatki za točke TISS 28 po letih

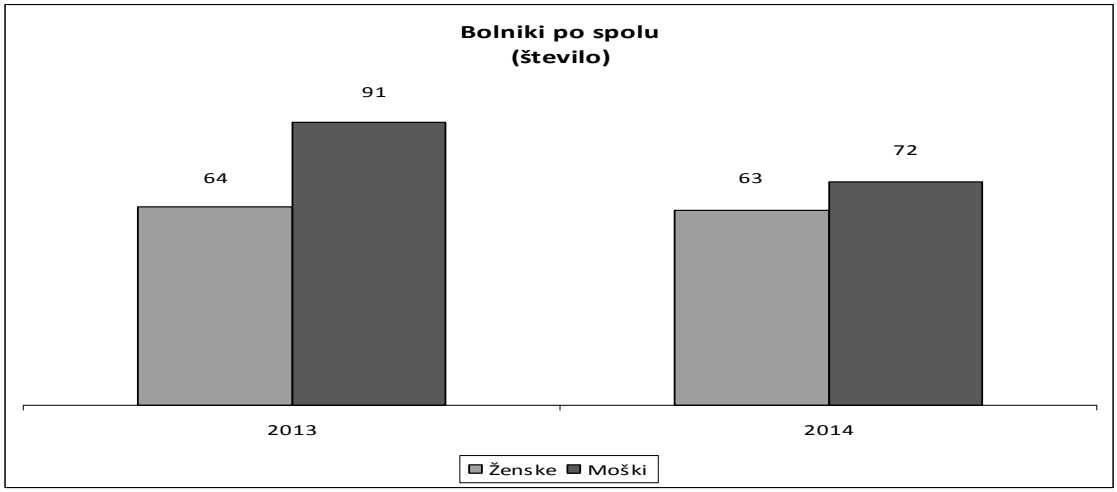
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
št. TISS 28 točk	32874	37836	40512	34872	33712	27587	26959
št TISS 28 točk / BOD	34,4	31,9	34,1	35,65	35,11	33,1	31,53
št TISS 28 točk / bolnika	283,3	293,3	244	268,24	285,7	170,3	199,69
vrednost TISS 28 točke (EUR)*	7,64	8,73	7,86	8,31	8,44	8,9	8,64

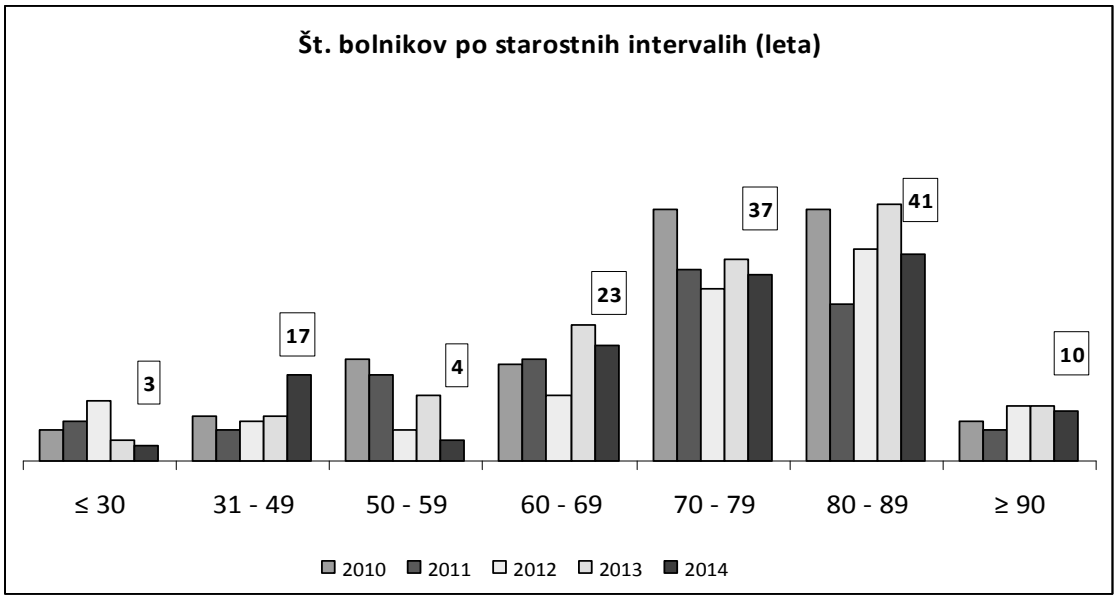
***** izražena glede na vrednost porabe zdravil in zdravstvenega materiala v EITOS

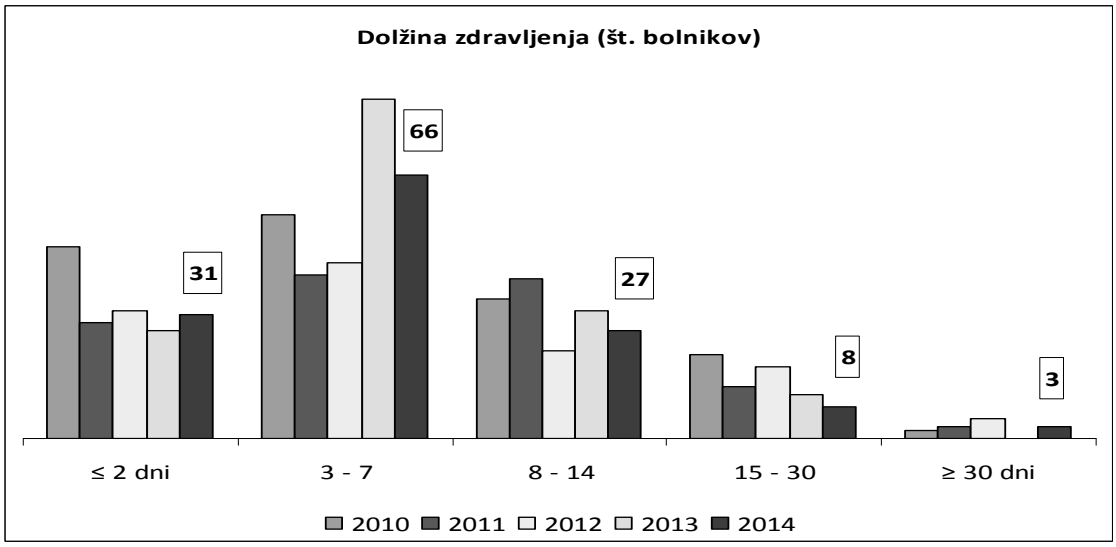

Število TISS 28 točk in TISS 28 na bolnika
500
450
400
350
300
250
200
150
100
328,74
378,36
405,12
348,72
337,1
275,9
269,6
283,3
293,3
244
268,24
285,7
170,29
199,69
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
št. TISS 28 točk x 100
št. TISS 28 točk / bolnika

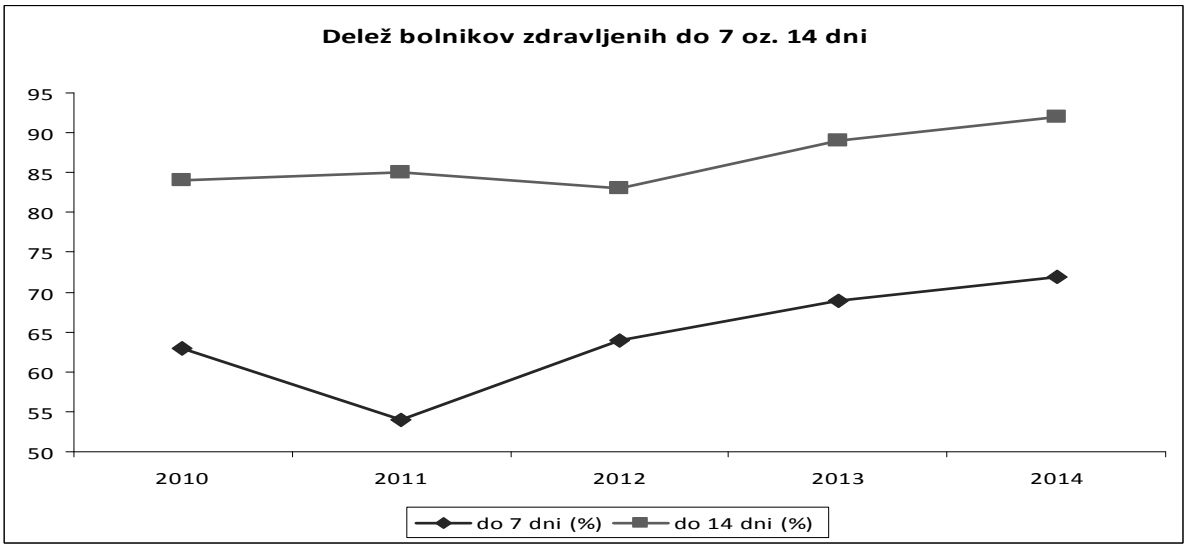

Št. TISS 28 točk / BOD
39
37
35
33
31
29
27
25
34,4
31,9
34,1
35,65
35,11
33,1
31,53
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
št. TISS 28 točk / BOD

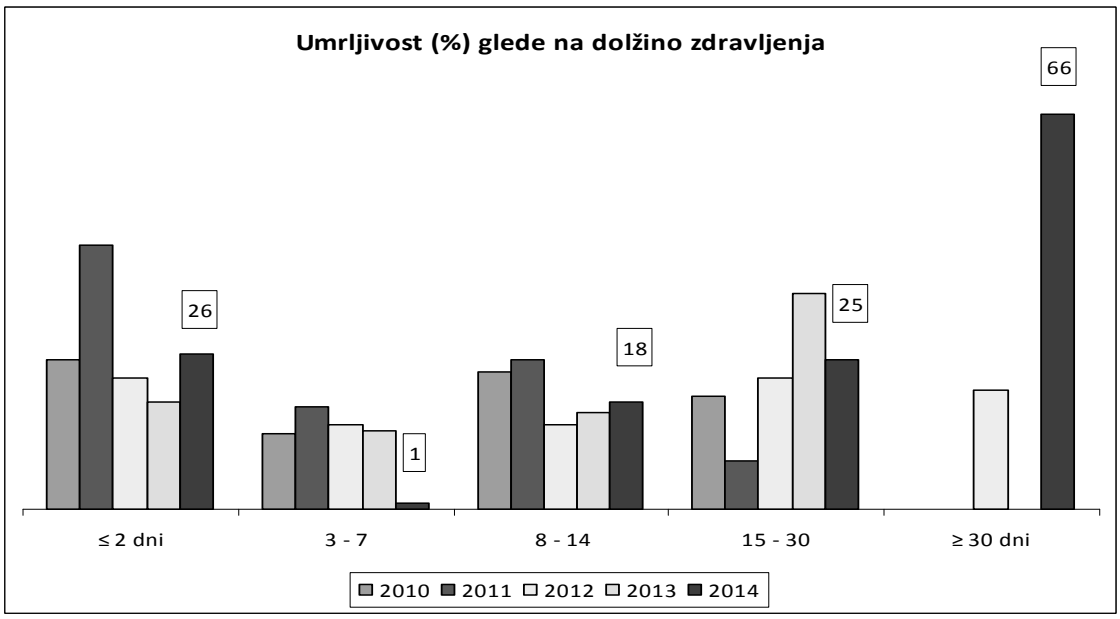

Umrljivost / UMV in število TISS 28 točke na bolnika
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
ure mehanske ventilacije
umrljivost %
TISS/bolnika

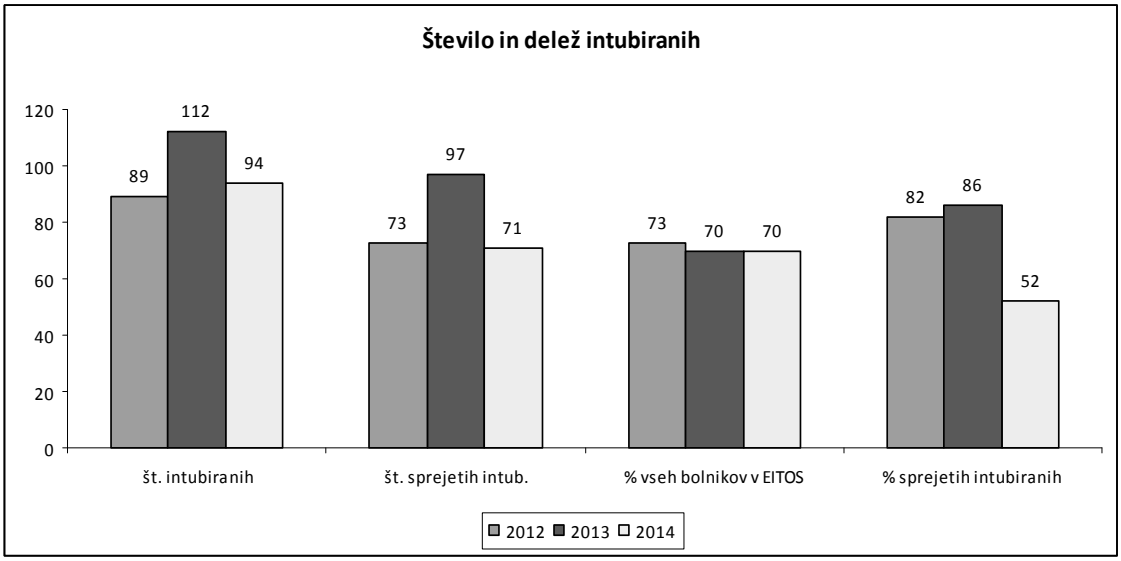

Bolniki po spolu
(število)
64
91
63
72
2013
2014
Ženske
Moški

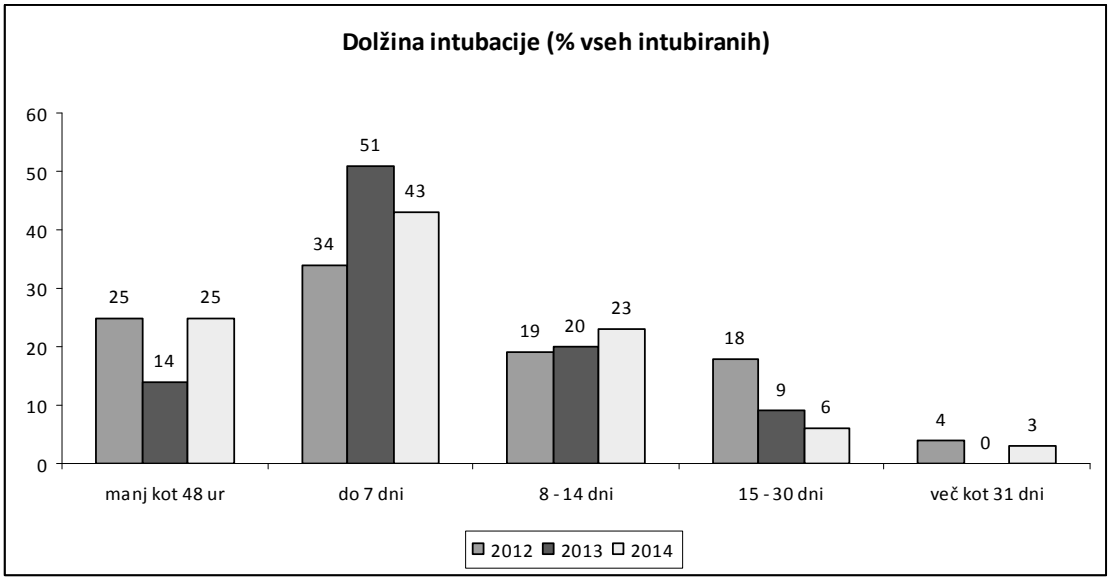

Št. bolnikov po starostnih intervalih (leta)
3
17
4
23
37
41
10
≤ 30
31 - 49
50 - 59
60 - 69
70 - 79
80 - 89
≥ 90
2010
2011
2012
2013
2014

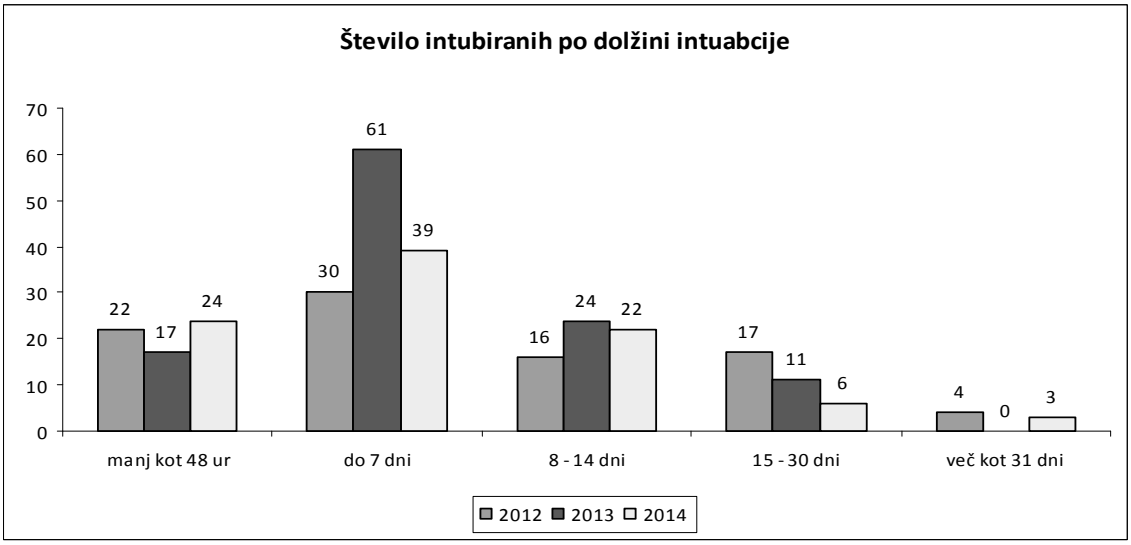

Dolžina zdravljenja (št. bolnikov)
31
66
27
8
3
≤ 2 dni
3 - 7
8 - 14
15 - 30
≥ 30 dni
2010
2011
2012
2013
2014

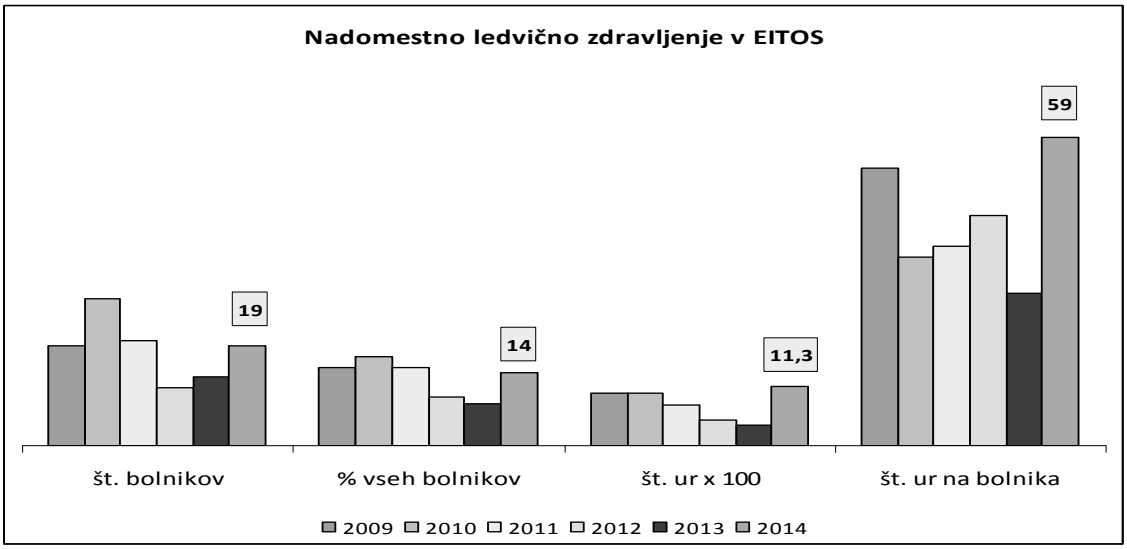

Delež bolnikov zdravljenih do 7 oz. 14 dni
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
2010
2011
2012
2013
2014
do 7 dni (%)
do 14 dni (%)

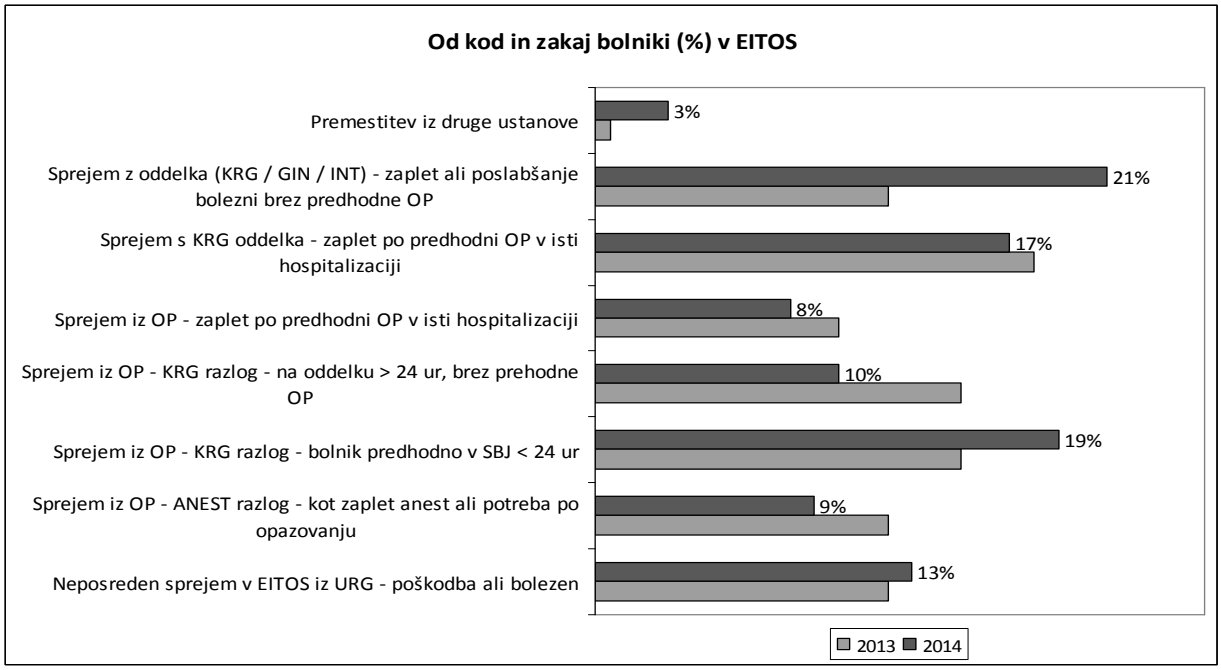

Umrljivost (%) glede na dolžino zdravljenja
26
1
18
25
66
≤ 2 dni
3 - 7
8 - 14
15 - 30
≥ 30 dni
2010
2011
2012
2013
2014


Število in delež intubiranih
120
100
80
60
40
20
0
89
112
94
73
97
71
73
70
70
82
86
52
št. intubiranih
št. sprejetih intub.
% vseh bolnikov v EITOS
% sprejetih intubiranih
2012
2013
2014


Dolžina intubacije (% vseh intubiranih)
60
50
40
30
20
10
0
25
14
25
34
51
43
19
20
23
18
9
6
4
0
3
manj kot 48 ur
do 7 dni
8 - 14 dni
15 - 30 dni
več kot 31 dni
2012 2013 2014


Število intubiranih po dolžini intuabcije
70
60
50
40
30
20
10
0
22
17
24
30
61
39
16
24
22
17
11
6
4
0
3
manj kot 48 ur
do 7 dni
8 - 14 dni
15 - 30 dni
več kot 31 dni
2012 2013 2014


Nadomestno ledvično zdravljenje v EITOS
19
14
11,3
59
št. bolnikov
% vseh bolnikov
št. ur x 100
št. ur na bolnika
2009 2010 2011 2012 2013 2014



POVZETEK:

- Smiselna analiza predstavljenih podatkov, ki na različne načine opisujejo opravljeno delo in bolnike, je notorično težka,
- zato na tem mestu želimo spomniti, da EITOS že od leta 2011 sodeluje v mednarodnem projektu primerjave enot intenzivne terapije PROSAFE. Žal so zaradi slabega sodelovanje drugih enot v SLO, podatki za Slovenijo objavljeni izolirano na enoto in brez primerjave. Lahko pa se primerjamo s povprečjem Italije.
- Če leto 2014 primerjamo z 10 letnim povprečjem EITOS, potem vidimo, da smo v letu 2014 zdravili povprečno enako število bolnikov (135 vs. 131), nižja od povprečja pa je bila umrljivost (17% vs. 22.3%), manj je bilo ur mehanične ventilacije (5537 vs. 11.707), BOD (855 vs. 1.005), manj BOD na bolnika (6,3 vs. 7,94), manjše je bilo število TISS 28 točk (26.959 vs. 34.565), TISS 28 na BOD (31,53 vs. 34,04) in TISS 28 na bolnika (199,7 vs. 257,47).
- Podatki, zlasti v kombinaciji z grafom, ki predstavlja trend umrljivosti sočasno z urami mehanične ventilacije in TISS 28/bolnika, kažejo na postopni trend spreminjanja obravnave bolnikov, ki bi ga morda lahko (poudarjamo: nezanesljivo) lahko opisali, kot »hitreje, manj invazivno, z manj sedacije in hitrejšo mobilizacijo«.
- Analiza doseženih TISS točk in »porabe« denarja (glej poročilo) pokaže, da smo v minulih letih delali stroškovno praktično enako, podrobnejša analiza pa pokaže nekatere »premike« v strukturi stroškov. Tovrstno poročilo objavljamo vsako leto izčrpno in ločeno od strokovnega poročila.
- Še nadalje ostajamo enota intenzivne terapije, ki zdravi predvsem starejše bolnike.
- Komaj 15% vseh bolnikov je bilo mlajših od 50 let in kar 65% vseh bolnikov je bilo starejših od 70 let. Takšen trend je »globalen«.
- Praktično enako, kot leta 2013, je bila večina bolnikov (92%) zdravljena v (arbitrarno določenem) »razumnem« trajanju dveh tednov in kar 72 % bolnikov je bilo zdravljenih manj kot osem dni.

Sprejemi in razlogi za sprejem:

- 46% bolnikov je bilo sprejetih neposredno iz operacijske,
- 38% z oddelkov in
- 13% neposredno iz urgence
- 21% bolnikov je sprejetih z oddelka, ne da bi bili predhodno operirani.
- 25% sprejetih bolnikov je zaplet po predhodni operaciji, kar je nekoliko manj kot v 2013.

Sprejemi podrobneje:

- 2 bolnika iz IIT
- 4 bolnice z ginekološkega oddelka
- 1 bolnica neposredno s porodnega oddelka
- 128 bolnikov s kirurškega oddelka (3 ortopedski odsek, 81 abdominalni odsek in 44 travmatološki odsek)
- 4 bolniki so bili sprejeti iz UKC LJ

Odpusti podrobneje:

- 23 bolnikov je v EITOS umrlo
- 101 bolnik je bil premeščen na oddelke SBJ
- 11 bolnikov je bilo premeščenih v druge ustanove na nadaljnje intenzivno zdravljenje: 9 bolnikov v UKC Ljubljana, 2 v tujo bolnišnico

Bolniki iz EITOS, ki so bili po koncu zdravljenja odpuščeni iz SBJ, so odšli:

- 67 domov (50% vseh sprejetih)
- 15 v DSO
- 4 v drugo ustanovo
- 3 ni podatka

Umrljivost v letu 2013:

- celokupna smrtnost (izraženo s številom vseh umrlih v EITOS glede na število vseh sprejemov v EITOS) je v letu 2014 bila 17% (umrlo je 23 bolnikov od 135 sprejetih v EITOS)
- če odštejemo umrle v prvih 48 urah (8 bolnikov), je bila umrljivost 11%
- Od 101 bolnika odpuščenega na oddelke SBJ, je umrlo 12 bolnikov (12% odstotkov odpuščenih)
- izidi zdravljenja 11 bolnikov premeščenih v druge ustanove nam niso znani
- od vseh bolnikov zdravljenih v EITOS jih je v času hospitalizacije v SB Jesenice umrlo 35
- ali rečeno drugače: 28% vseh bolnikov, ki so bili sprejeti v EITOS in so zdravljenje dokončali v SBJ, je umrlo

Izpostavljamo:

- obupne, intenzivni terapiji povsem neprimerne prostore
- odsotnost klimatizacije zraka
- nenabava nove opreme in nemenjava iztrošene, amortizirane opreme je zaskrbljujoča in nerazumljiva ter hromi razvoj stroke
- navedene razmere resno ogrožajo varno obravnavo bolnikov
- še vedno so nerealizirane naše pobude na področju organizacije in »informatizacije« dela, ki bi omogočale boljše in lažje merjenje obsega in kvalitete ter stroškov dela (predaja službe, redne tedenske vizite vodje dejavnosti, beleženje aktivnosti v informacijskem sistemu, elektronski temp. list, sistematično in računal. podprto spremljanje kazalcev kakovosti, izpis (oblika) odpustnice itd.)

Izpostavljamo:

- dobro sodelovanje s kolegi kirurškega oddelka, ki pa žal nekoliko »stagnira«
- 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

Zlasti pa izpostavljamo:

- 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

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, timske sestanke v ZD Radovljica, konziliarno dejavnost izven bolnišnice za potrebe DSO Kranjska gora, Zavod Sv. Martina Srednja vas, DSO Petra Uzarja Tržič, izobraževanje zaposlenih iz področja paliativne oskrbe.
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 1156.
Paliativnih bolnikov je bilo 156, njihovih obiskov 624.
Opravili smo 362 konziliarnih pregledov in 10 sestankov v ZD Radovljica. Povprečno število na teh sestankih obravnavanih bolnikov je bilo 7.
V okviru delovanja mobilnega tima smo v decembru opravili 12 obiskov bolnikov na domu.

1 STROKOVNE NOVOSTI

V letu 2014 smo na pobudo našega Centra dosegli aktivacijo šifre za obisk mobilnega tima na domu, ki jo priznava in tudi plačuje ZZZS. Vpeljali smo metodo čuječnosti kot del celostnega vodenja bolnikov s KRBS in elemente kognitivno vedenjskega zdravljenja. Pridobili smo certifikat za aromaterapijo kot dela holističnega pristopa pri vodenju paliativnih bolnikov.

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. Dejavnosti mobilnega tima ima pravno podlago v Državnem programu za razvoj paliativne oskrbe v Sloveniji.

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

V letu 2014 smo kot kazalnik kakovosti merili število bolnišničnih smrti paliativno opredeljenih bolnikov. Od umrlih bolnikov do decembra 2014 jih je 95% 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 iz področja paliativne oskrbe v Sloveniji in v tujini. Teme, ki jih pokrivamo so iz vseh področij, praktično pa organiziramo delavnice predpisovanja in uvajanja podkožnih črpalk.
V bolnišnici smo izvedli dve izobraževanji za med. sestre Osnove paliativne oskrbe, in več predavanj iz področja zdravljenja bolečine, delavnico za prebrizgavanje venske valvule, predstavitev dela PBA:
V letu 2014 smo začeli s projektom Ovire, ki onemogočajo umiranje na domu. Rezultati tega projekta so osnova za načrtovanje socialne mreže za Zgornjo Gorenjsko. Predstavili smo jih na koordinaciji županov na sestanku v juniju zaradi načrtovanja mreže socialne oskrbe na domu.

5 NAČRTI ZA NAPREJ

Radi bi vpeljali program QUIPPS za neprekinjeno spremljanje kakovosti našega dela na področju kronične bolečine. Za potrebe gorenjske mreže bi želeli testirati program PalliDoc, ki omogoča računalniško vodenje bolnikov na terenu.
V mrežo je potrebno vključiti še preostale domove za starejše občane na Gorenjskem in prilagoditi sistem novemu delovanju mreže nujne medicinsko pomoči.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

Ozrenka Nikolić Vranić, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege na anesteziji

UVOD

Leto 2014 je bilo za našo enoto zelo razgibano, polno prilagajanj, varčevanja… Začetek je bil zelo obetaven – dobili smo namreč že dolgo let obljubljeno prenovljeno dežurno sobo.
Od maja do oktobra smo imeli zaradi namestitve klimata v prostorih kirurškega operacijskega bloka in prenove porodne operacijske sobe večkratne celotne ali delne selitve; nemalokrat so bile okoliščine zelo neugodne, skoraj izredne - tako za zaposlene, kot tudi za paciente. Ravno zaradi tega je bila v tem času naša glavna skrb še toliko bolj usmerjena in potencirana v

smeri varnosti in kakovosti. Veseli smo, da je kljub številnim potencialnim nevarnostim to obdobje minilo brez posebnih odklonov, ki bi lahko škodovali pacientom.
Od sredine meseca junija smo ostali brez enega zaposlenega za katerega vse do konca leta še nismo dobili nadomestila. To dejstvo pomeni, ne glede na ves trud in prilagajanje, ki ga zaposleni vlagamo v svoje delo, za pacienta vsekakor okrnjeno varnost in kakovost storitev, za zaposlene pa nezadovoljstvo, povečan stres, obolevnost in absentizem. Zaradi nezadostnega števila zaposlenih je bila večina naše energije usmerjena v organizacijo pokrivanja rednega dela v operacijskih.
V sklopu operacijskega bloka smo bili vključeni tako v notranjo, kot tudi v dve zunanji presoji in bili deležni nekaj priporočil in enega neskladja druge stopnje.
Glede na varčevalni načrt, ki smo si ga zastavili, nam je v letnem proračunu uspelo privarčevati cca. 20.000 EUR.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Tabela 1: Realizacija postavljenih ciljev

cilj	**Interna timska izobraževanja s tematiko ožjega strokovnega področja na anesteziji**
aktivnosti	• Vsak član tima pripravi letno vsaj eno temo – skupaj 9 vsebin • Občasno izobraževanja zunanjih sodelavcev
evalvacija	• Imeli smo 9 timskih izobraževanj v naši izvedbi (žal ne vsi člani tima) in 3 izobraževanja predstavnikov v zvezi z opremo, ki smo jo uporabljali – **100%**
cilj	**Izdelava zgodnje opozorilne skale**
aktivnosti	• Izdelati ZOS in ustrezen protokol o ukrepih glede na dobljene rezultate
evalvacija	• Zaenkrat ves projekt temelji le na pogovarjanjih.- **0%**
cilj	**Izdelava standarda opremljenosti reanimacijskega vozička v štaciji in porodni sobi**
aktivnosti	• Za štacijo standard skoraj dokončan, potrebno še nekaj uskladitev. • Za porodno sobo standard še ni začet.
evalvacija	• **50%**
cilj	**Ustanovitev projektne skupine za reanimacijo**
aktivnosti	• Na tem področju letos nismo še nič delali.
evalvacija	• **0%**

Tabela 2: Kazalniki kakovosti

kazalnik	**Optimalno izpolnjena perioperativna dokumentacija**
aktivnosti	• Mesečni nadzor 10 naključno izbranih operativno obravnavanih pacientov (10 kontrol letno)
evalvacija	• Izvedeno 7 od načrtovanih 10 kontrol – **70%,** uspešnost **81%** • Načrtovana sprememba navodil in kriterijev za ocenjevanje ni bila narejena – **0%**
kazalnik	**Časovna izkoriščenost prostorov**
aktivnosti	• Sprotno redno beleženje vseh opredeljenih časov
evalvacija	• Beleženje - **100%;** podatke o izkoriščenosti prostorov zbira in izračunava ustrezna služba in so prikazani v drugih poročilih; kazalnik bomo v prihodnje opustili
kazalnik	**Popolna opremljenost anestezijskega vozička**
aktivnosti	• Mesečne kontrole vseh anestezijskih vozičkov – 10x letno
evalvacija	• Izvedba **100%,** uspešnost težko objektivno merljiva vendar **cca. 94%**
kazalnik	**Optimalna reanimacija v sklopu celotne bolnišnice**
aktivnosti	• Kontrola vseh reanimacijskih vozičkov 4x letno • Izobraževanje zaposlenih iz vsebin v povezavi z reanimacijo • Poprava standarda opremljenosti reanimacijskega vozička (optimizacija glede

	na varčevalne ukrepe) • Popravljeni vsi protokoli reanimacije zaradi novega klicnega sistema in racionalizacije opreme na določenih vozičkih • Začetek beleženja odstopanj pri posameznih reanimacijah, da bi na osnovi tega lahko izdelali konkretne predloge, popravke…
evalvacija	• Izvedba kontrol **100%** (2x redna kontrola + 2x kontrola izvedenih ukrepov) • 1x predstavitev reanimacijskega vozička in protokola reanimacije na odd za fizioterapijo; skupno izobraževanje o reanimacijskem vozičku zaradi prepolnega urnika izobraževanj za zaposlene ni bilo izvedeno, vsebina je pripravljena – **50%** • 3x izobraževanje iz TPO za ZT (skupaj 45 udeležencev) • Uspešnost ukrepov je težko objektivno oceniti, vendar na splošno celoten reanimacijski tim opaža pomembno izboljšanje splošnega »delovanja vseh vpletenih« pri reanimacijah; zaposleni na oddelkih si zelo želijo izobraževanj s tega področja, kar je razvidno iz anket po izobraževanjih • V l. 2015 načrtujemo izvedbo vsaj enega skupnega izobraževanja o reanimacijskih vozičkih, 2x TPO odraslega in vsaj 1x TPO otroka
kazalnik	**Izvajanje del v skladu s sprejetimi standardi in protokoli**
aktivnosti	• Mesečno ponovitev vsaj enega dokumenta, katerega poznavanje je pomembno pri izvajanju naših delokrogov – 10x letno
evalvacija	• Ponovitev 4 od planiranih 10 dokumentov – **40%**
kazalnik	**Varno in kakovostno delo in obravnava pacientov**
aktivnosti	• Vsaj dve varnostni viziti mesečno • Mesečni timski sestanki • Sporočanje zaznanih odklonov in reševanje dodeljenih
evalvacija	• 21 od načrtovanih 24 VV – **87%;** 13 preventivnih vsebin (večinoma nova oprema, zdravila, pripomočki, selitev opreme…) in 8 vsebin po dogodku (v povezavi z i.v. kanilo, PVV, predaja pacienta) • 7 od načrtovanih 12 mesečnih sestankov – **58%;** ker je bilo veliko sprotnega dogajanja, sprememb, novosti, je bil prenos informacij in pogovori v timu sproten, na jutranjih sestankih, zato smo nekaj vnaprej planiranih sestankov izpustili; za naslednje leto bi bil plan dela podoben – planirani sestanki z zapisniki 3x, ostalo sprosti vsakodnevno – evidentiranje v zvezku predaje • Pri delu smo zaznali in dodelili v nadaljnje reševanje tri odklone – 1x strokovni, 1x tehnični in 1x zaradi neprimernega odnosa; dodeljenih odklonov nismo imeli

2 NAŠ PRISPEVEK K RAZVOJU IN KAKOVOSTI

- Kljub zmanjšanemu številu kadra smo sodelovali pri:
  - projektnih skupinah za POCT, bolnišnično higieno, laboratorijsko diagnostiko in standarde
  - pripravi projekta novega klicnega sistema v bolnišnici za uporabo
  - prenovi SOP OP2 ter nekaj klinični poti
  - aktivnem izobraževanju v SBJ: izvedli smo 2 izobraževanji iz TPO
  - pripravi javnega razpisa za dva velika sklopa dihalnih pripomočkov in pripomočkov za regionalno anestezijo
  - notranjih presojah (kot presojevalci in presojani)
  - internih nadzorih (kot izvajalci in nadzorovalci)
  - nadomeščanju MS iz protibolečinske ambulante ob njihovi odsotnosti v dopoldanskem času
  - mentorstvu študentom; letos tudi izboljšanje na tem področju z uvedbo informativnega sestanka s študenti še pred prihodom v operacijske prostore
- Zaradi neljubega dogodka v enoti smo spremenili način dela z narkotičnimi zdravili
- Revidirali smo 7 standardov kakovosti in 8 obrazcev z našega področja

- Aktivnosti izven SBJ:
  - sodelovali smo v ekipi za zdravstveno oskrbo na dveh mednarodnih smučarskih tekmovanjih – Zlata lisica in Podkoren
  - vodja je član Sekcije MS in ZT v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji

3 IZOBRAŽEVANJE

Zaradi zmanjšanega števila kadra smo se morali odpovedati nekaj notranjim in zunanjim izobraževanjem. Udeležili smo se 16 izobraževanj v SBJ (2x aktivna udeležba) in šestih zunanjih (1x aktivna udeležba). Sredstva za plačilo kotizacij za vsa zunanja izobraževanja smo si zagotovili od DMSZTG in ZZ.

4 CILJI ZA LETO 2015

- Čimprejšnja pridobitev novega člana tima za delo na anesteziji in zaposlitev ustreznega števila kadra za planirani spremenjeni način dela ob odprtju novega urgentnega centra
- Nadaljevanje, izboljšanje in nadgradnja že začete prakse:
  - timska izobraževanja – sodelovanje tudi z našimi zdravniki
  - timske ponovitve pomembnejših SOP-ov, standardov…
  - obravnava varnostnih problemov, odklonov
  - optimizacija reanimacije - tudi v sodelovanju z našimi zdravniki (izdelava ZOS, vaje reanimacij, revizija standarda, izdelava standarda opreme za reanimacijo v porodni sobi, ustanovitev skupine za reanimacijo)
  - pri kontroli perioperativne dokumentacije vključiti tudi OPMS
  - kazalnik kakovosti kontrola popolne opreme anestezijskega vozička razširiti in preimenovati v kontrolo pripravljenosti anestezijskega delovišča ter ob tem revidirati navodila ter izdelati kriterije za oceno uspešnosti
- Izboljšanje na področju predaje pacienta (tako ob sprejemu kot ob odpustu); mogoče tudi kazalnik kakovosti s tega področja

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)

Lidija Vidmar, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije operativnih strok

UVOD

Konec leta je vodenje Enote intenzivnih terapij operativnih strok prevzela nova vodja.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Leto 2014 je bilo zaznamovano s kadrovskimi zamenjavami, tako da smo leto zaključili z 8 diplomiranimi medicinskimi sestrami in 3 tehniki zdravstvene nege. Ena diplomirana medicinska sestra je na porodniškem dopustu, ena pa je na daljši bolniški odsotnosti.

Lansko leto je ena zaposlena diplomirala z odliko, trije zaposleni so tik pred zaključkom študija. Ena zaposlena je absolventka magistrskega študija na Fakulteti za organizacijske vede.

Zaposleni v EITOS-u so se internih strokovnih izobraževanj in delavnic udeleževali redno, saj le s sprotnim izobraževanjem lahko prispevamo k izboljšanju kvaliteta dela v timu. Aktivno sodelujemo tudi v različnih projektnih skupinah.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE, TISS 28 TOČKE

S pomočjo TISS 28 točkovnega sistema smo zaradi zahtevnosti pacientov in obremenjenosti medicinskih sester v letu 2014 medicinske sestre opravile 28437 TISS 28 točk, kar znaša 301459 minut dela medicinskih sester.

1.2 REALIZACIJA CILJEV

cilj	**Znižanje incidenčne stopnje kateterske sepse«0«,** **Znižanje incidenčne stopnje kolonizacije OVK na 0,05%**
aktivnosti	• Izobraževanje in usposabljanje kadra za pridobivanje znanja o oskrbi pacienta z OVK • Izvajanje strokovnega nadzora v zvezi z žilnimi potmi • Vzpostavitev kateter MS
evalvacija	• Izvajanje dnevnih pregledov OVK oz. opazovanje stanja pri pacientih z vstavljenim OVK • Izvedena je bila delavnica • **Učinkovitost 100%**
cilj	**Izobraževanje**
aktivnosti	• Organizacija VIII izobraževalnega dne – MOTNJE STRJEVANJA KRVI/INVAZIVNE MERITVE PRITISKOV IN PRETOKOV/NEKATERA ETIČNA VPRAŠANJA ZDRAVLJENJA V EIT • Izvedba učnih delavnic • 4 aktivne udeležbe na strokovnih srečanjih • Pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih
evalvacija	• Izvedli smo VIII. izobraževalni dan • Izvedli smo 7 učnih delavnic • Opravili 4 aktivne udeležbe na strokovnem srečanju, od tega je bil en prispevek predstavljen na 2. mednarodnem simpoziju za anestezijo, intenzivno terapijo in transfuziologijo • Opravili 11 smo pasivnih udeležb na strokovnem srečanju izven SB Jesenice • Vsi so člani vsaj enega projektnega tima **Učinkovitost 100%**
cilj	**Varnost in kakovost**
aktivnosti	• Izvajanje varnostnih vizit oziroma pogovorov o varnosti • Beleženje odklonov s predlogi izboljšav • Izvajanje preventivnih ukrepov (RZP, PADEC,BO) • Sodelovanje s koordinatorji za področje BO, oskrbo ran in padci • Razvijanje standardov, protokolov za področje intenzivne terapije • Izvajanje oddelčnih sestankov
evalvacija	• Izvedenih je bilo 23 varnostnih vizit • Izveden je bila 1 varnostna vizita z vodjo dejavnosti in pomočnico direktorja ZN za področje BO 1 varnostna vizita z vodjo dejavnosti in z koordinatorjem za oskrbo kronične rane • Zabeležilo smo en odklon na področju nezadovoljstvo študentov na klinični praksi Glede na določene ukrepe, so bile varnostne vizite/razgovori uspešno zaključene –

	91%
cilj	**Ohraniti uspešno vodenje skupnih kazalnikov kakovosti ZN**
aktivnosti	• Izboljšanje kazalnikov kakovosti (znižati število pridobljenih RZP v enoti, ohraniti uspešen kazalnik MRSA, ohraniti uspešen kazalnik padci)
evalvacija	• Cilj dosegamo v vseh 3 kazalnikih (RZP - 6 novonastalih, MRSA-0, PADEC-0) • Ocenjevanje ogroženosti za padce in za nastanek RZP po protokolu • Mesečno poročanje posameznim koordinatorjem **Učinkovitost 100%**

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

V enoti intenzivne terapije operativnih strok je bilo izvedenih 23 varnostnih vizit /razgovorov (vodja ZN je opravila 7 VV/VR in 16 VV/VR je opravila odgovorna MS) in 15 negovalnih vizit s stani odgovornih MS. Izrečenih je bilo 20 ukrepov, vsi so bili realizirani, uspešnost pa v vseh primerih ne moremo oceniti. Korektivne ukrepe smo reševali sproti, ter tako zagotavljali kakovostno zdravstveno nego.
V letu 2014 nismo zabeležili odklonov.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V začetku leta so bili s strani zaposlenih v zdravstveni negi opravljeni vsi letni razgovori. S pomočjo le teh, so zaposleni izpostavili dobro medsebojno pomoč pri samem delu ter sprotno reševanje nesoglasij. Udeležili smo se izobraževanj, strokovnih srečanj in delavnic po načrtu, redno smo se udeleževali tudi izobraževanj v okviru ustanove. Imeli smo tudi aktivno udeležbo na 2. mednarodnem simpoziju za anestezijo, intenzivno terapijo in transfuziologijo v Rogaški Slatini ter tako kot vsako leto pripravili VIII. izobraževalni dan EITOS-a.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

5.1 znižanje incidenčne stopnje katetrske sepse »0«, znižanje incidenčne stopnje kolonizacije OVK na 0,06%;
5.2 izobraževanje;
5.3 Varnost in kakovost;
5.4 Ohraniti uspešno vodenje skupnih kazalnikov kakovosti ZN;
5.5 Dosledno izpolnjevanje dokumentacije ZN

Poleg vseh teh ciljev in aktivnosti bomo naslednje leto nadaljevali z spremljanjem in vodenjem TISS točkovnega sistema, spremljanjem in vodenjem t.i. »list dragega bolnika«, spremljanjem in vodenjem računalniško krvnega sladkorja, sodelovanje v projektnih skupinah, vzpostavitev varnostne kulture, izdelava protokolov, standardov za področje intenzivne terapije in nadaljnji razvoj prehranske obravnave v EITOS-u.

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE

Peter Najdenov, dr. med.
Predstojnik službe

V strokovnem poročilu je predstavljeno delo otroškega oddelka v letu 2014. Vsebina poročila zajema delo na kliničnem oddelku in delo v pediatrični ambulanti.

UVOD

Delo v letu 2014 je potekalo po načrtih, brez večjih strokovnih in organizacijskih posebnosti. Največji delež obravnav so okužbe dihal in prebavil, ki so odraz epidemiološke situacije na Gorenjskem. 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 2014 ni bilo, delno smo vzdrževali opremo.

1 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA OTROŠKEGA ODDELKA

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

1. **oddelek z dojenčki 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 Otroškem 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 specialist pediatrije dr. Rok Muller-ja, ki redno dežura 3x mesečno.

1.1.1 PROTOKOL DELA ZDRAVNIKOV

Delovni dan zdravnika je opredeljen z pisnim razporedom, ki se ga načrtuje sproti vsak teden. Večje odsotnosti je potrebno načrtovati vsaj mesec dni v naprej. Leten dopuste in odsotnosti v času šolskih počitnic se usklajuje na skupnih sestankih, ki potekajo vsaj 2x letno.

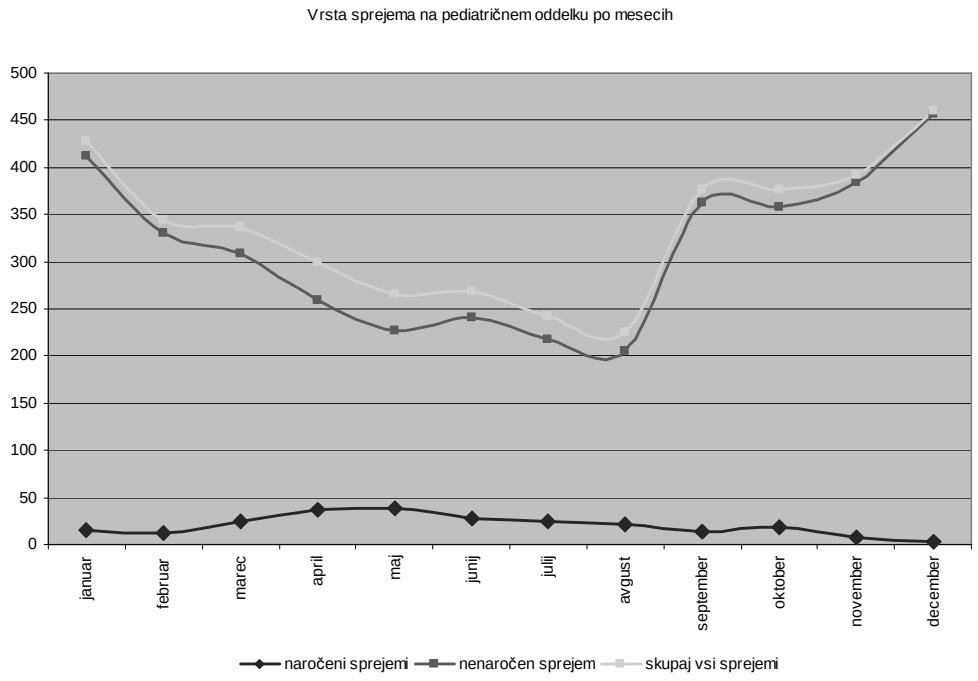
Osnova kontinuiranega dela je »Predaja službe«, ki poteka zjutraj ob 7.30 in ob 14.45. Na jutranjem sestanku dežurni zdravnik poroča o novih sprejemih na Otroški oddelek in na Otroško kirurgijo, poroča o posebnostih na oddelku, dogajanju v porodnišnici in delu v urgentni pediatrični ambulanti. Predaja je v ustno/pisni obliki. Ob koncu delovnega dne je ponovno predaja službe - tokrat sobni zdravniki opozorijo dežurnega zdravnika na posamezne težje primere bolnikov, oz na bolnike kjer njihovo stanje ni klinično stabilno in so pričakovane spremembe, ki potrebujejo intervencije. Predaja je v ustno/pisni obliki.

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

2 OPRAVLJENO DELO NA OTROŠKEM ODDELKU

2.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

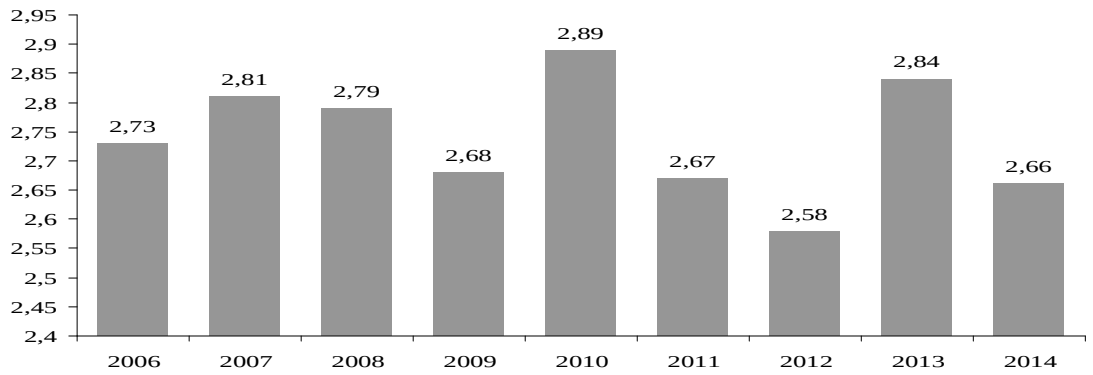
V letu 2012 je bilo na otroškem oddelku obravnavano 2135 otrok, kar pomeni 107,56% realizacijo načrta. Povprečna ležalna doba je bila 2,66 dni, povprečni SPP 0,711.



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 1841 staršev. (doječe matere-241, sobivanje, do 6. leta starosti in/ali spremstvo otroka - 1620).

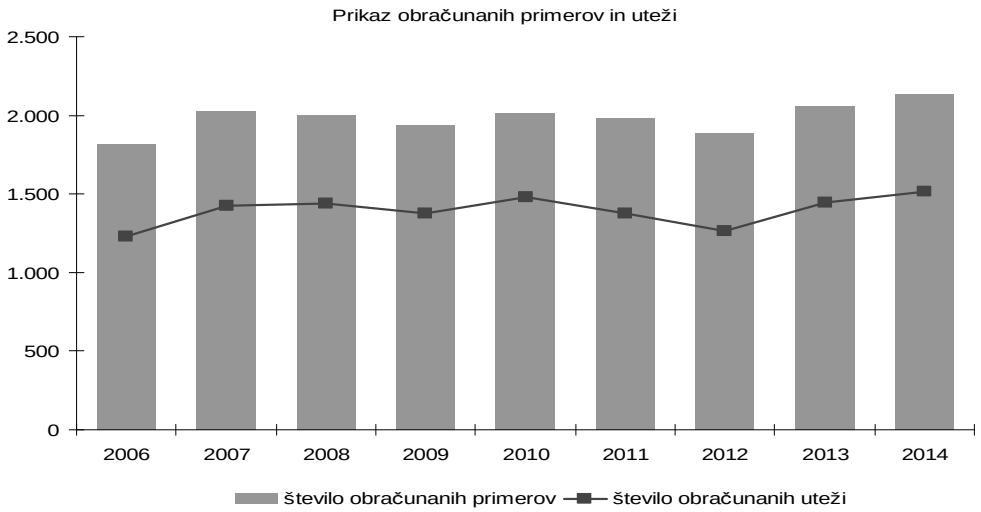


Graf 2: *Povprečna ležalna doba*

V letu 2014 se je ležalna doba znižala., predvsem na račun hitrejše obravnave otrok s prebavnimi težavami, ki so na oddelku manj kot dva dni. Skrajšanje ležalne dobe ob zvišanem SPPju in večjim številom bolnikov pomeni mnogo hitrejši in bolj učinkovit obrat dela. Posamezni primeri s dihalnimi stiskami zvišujejo vrednost SPP in daljšanje ležalne dobe.

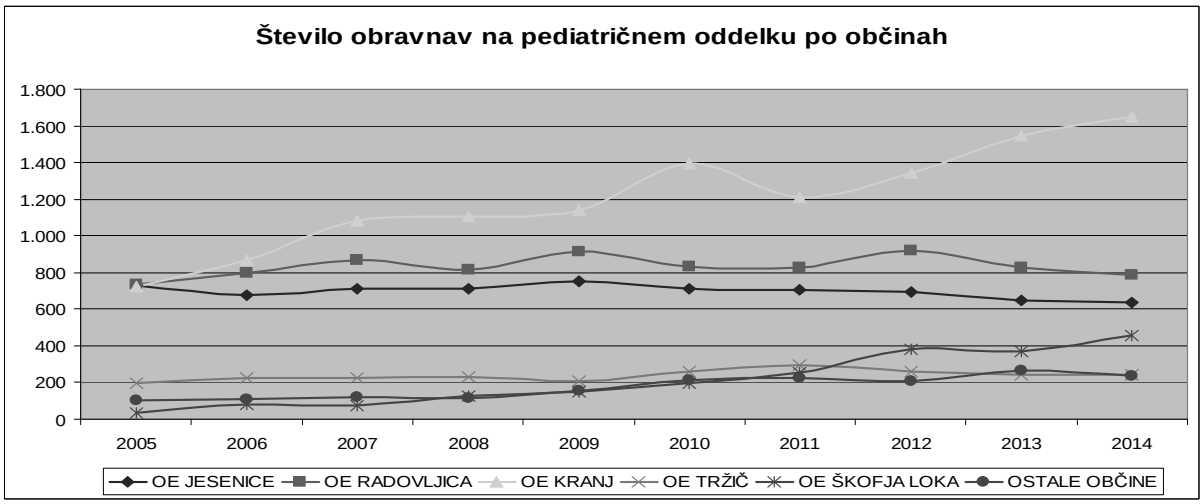
Tabela 1: Število obračunanih primerov na pediatričnem oddelku – za vse plačnike

	2010	2011	2012	2013	2014
število obračunanih primerov	2.013	1.982	1.887	2.060	2.135
število obračunanih uteži	1.479,98	1.378,48	1.266,68	1.444,40	1.517,80
povprečna utež	0,735	0,695	0,671	0,701	0,711
povprečna ležalna doba	2,89	2,67	2,58	2,84	2,66

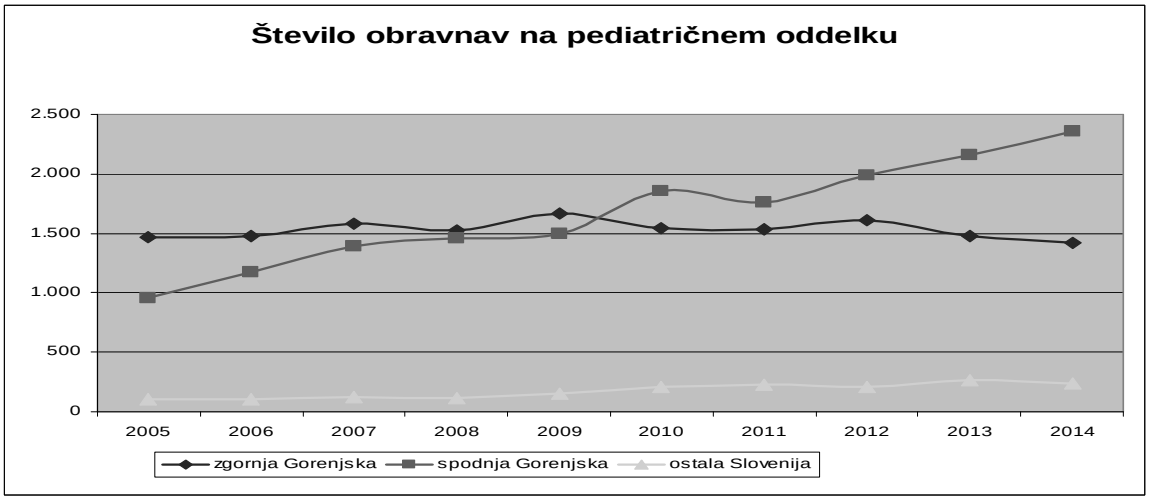


Graf 3: Prikaz obračunanih primerov in uteži

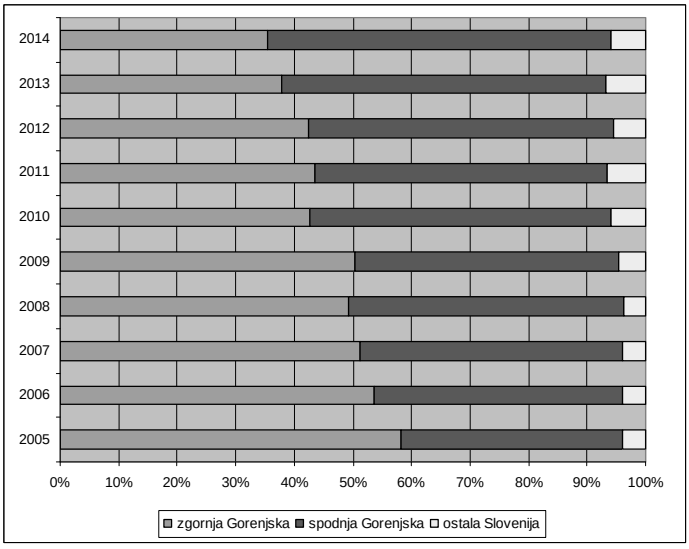
Vrednost SPP je narasla na 0,711. Utež se je dvignila na račun bolnikov s težkimi respiratornimi stanji (veliko število pljučnic in bronchiolitisov), ki so potrebovali zahtevno obravnavo. Oddelek je po opravljenem delu povsem primerljiv s drugimi otroškimi oddelki regionalnih bolnišnic.
Otroški oddelek vedno bolj postaja regionalen oddelek celotne Gorenjske. iz leta v leto beležimo večji priliv predvsem iz spodnje Gorenjske, v letu 2014 zlasti iz Škofjeloške občine. Manjši je priliv iz občine Jesenice, predvsem na račun dela posameznih ambulant.



Graf 4: Število obravnav na pediatričnem oddelku po občinah



Graf 5: *Število obravnav na pediatričnem oddelku*



Graf 6: *Razmerje med obravnavami iz zgornje in spodnje Gorenjske*

Tabela 2: število primerov po posameznih občinah

	2010	2011	2012	2013	2014
OE JESENICE	710	706	694	650	634
OE RADOVLJICA	831	829	918	825	786
OE KRANJ	1.393	1.208	1.344	1.543	1.650
OE TRŽIČ	262	295	263	244	245
OE ŠKOFJA LOKA	199	254	380	368	460
OSTALE OBČINE	213	228	208	268	239
SKUPAJ	3.608	3.520	3.807	3.898	4.014

Največji porast števila bolnikov je iz Kranjske in Škofjeloške občine.
Najpogostejše klinične diagnoze na celotnem oddelku so razne infektivne bolezni spodnjih dihal in prebavil. Skupaj 23 različnih diagnoz predstavlja 90,55 procentov vseh ostalih diagnoz na oddelku.

Tabela 3: *Najpogostejše diagnoze na Oddelku za dojenčke in male otroke (do 1,99 let) v letu 2014*

Glavna diagnoza	Št.obravnav
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	145,00
J219 Akutni bronhiolitis, neopredeljen	133,00
A080 Rotavirusni enteritis	64,00
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	57,00
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	49,00
J040 Akutni laringitis	41,00
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	35,00
J210 Akutni bronhiolitis, ki ga povzroča respirato	30,00
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutlji	29,00
R509 Vročina, neopredeljena	22,00
J069 Akutna infekcija zgornjih dihal, neopredeljen	19,00
L209 Atopijski dermatitis, neopredeljen	19,00
N10 Akutni tubulointersticijski nefritis	15,00
R11 Navzea in bruhanje	15,00
R560 Febrilne konvulzije	14,00
K219 Gastroezofagealna refluksna bolezen brez ezof	12,00
N390 Infekcija sečil, mesto ni opredeljeno	12,00
P599 Zlatenica novorojenčka, neopredeljena	12,00
Z763 Zdrava oseba spremlja bolno osebo	10,00
A082 Adenovirusni enteritis	9,00
E45 Zakasneli razvoj zaradi beljakovinskoenergetsk	9,00
delež najpogostejših 21 diagnoz med vsemi	79,14

Na obeh oddelkih je največ obolenj spodnjih dihalnih poti. V letu 2014 je bilo predvsem v zadnjem tromesečju neobičajno veliko atipičnih pljučnic. med povzročitelji je bila v ospredju okužba z Mycoplasmo pneumoniae. Izrazite epidemije s Respiratornim sincicijskim virusom v letu 2014 ni bilo. Prisotno je bilo več okužb s rinovirusi, ter posameznimi adenovirusnimi okužbami.

Pri okužbah prebavil je še vedno v ospredju okužba s rotavirusom. Bakterijskih okužb je bilo zelo malo.
Na oddelku se je zdravilo več mladostnikov s motnjo hranjenja. Med časom poletnih počitnic se je izvajala alergološka diagnostika (obremenitveno testiranje s KML, cepljenja pod nadzorom…

Tabela 4: *Najpogostejše diagnoze na Oddelku za šolske in predšolske otroke (od 2 let naprej) v letu 2014*

Glavna diagnoza	Št.obravnav
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	220,00
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	97,00
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutlji	78,00
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	75,00
A080 Rotavirusni enteritis	70,00
J040 Akutni laringitis	50,00
R11 Navzea in bruhanje	47,00
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	46,00
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	42,00
K291 Druge vrste akutni gastritis	23,00
J450 Pretežno alergijska astma	17,00
R51 Glavobol	17,00
K297 Gastritis, neopredeljen	16,00
L509 Koprivnica, neopredeljena	15,00
R560 Febrilne konvulzije	15,00
K295 Kronični gastritis, neopredeljen	11,00
R509 Vročina, neopredeljena	11,00
R55 Sinkopa in kolaps	11,00
J030 Streptokokni tonzilitis	10,00
J129 Virusna pljučnica, neopredeljena	10,00
J157 Pljučnica, ki jo povzroča Mycoplasma pneumoni	9,00
J459 Astma, neopredeljena	9,00
K590 Zaprtje (konstipacija)	9,00
delež najpogostejših 23 diagnoz med vsemi	75,04

V letu 2014 je bilo iz Otroškega oddelka oz iz porodnišnice Jesenice v druge bolnišnice premeščenih 21 bolnikov. Sedem otrok je bilo premeščenih neposredno v intenzivno enoto, več zaradi nujnih kirurških posegov ali dodatne diagnostike. Skupno število premestitev ne odstopa od povprečja prejšnjih let.

2.2 AMBULANTNA DEJAVNOST

Delo ambulant se v letu 2014 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.

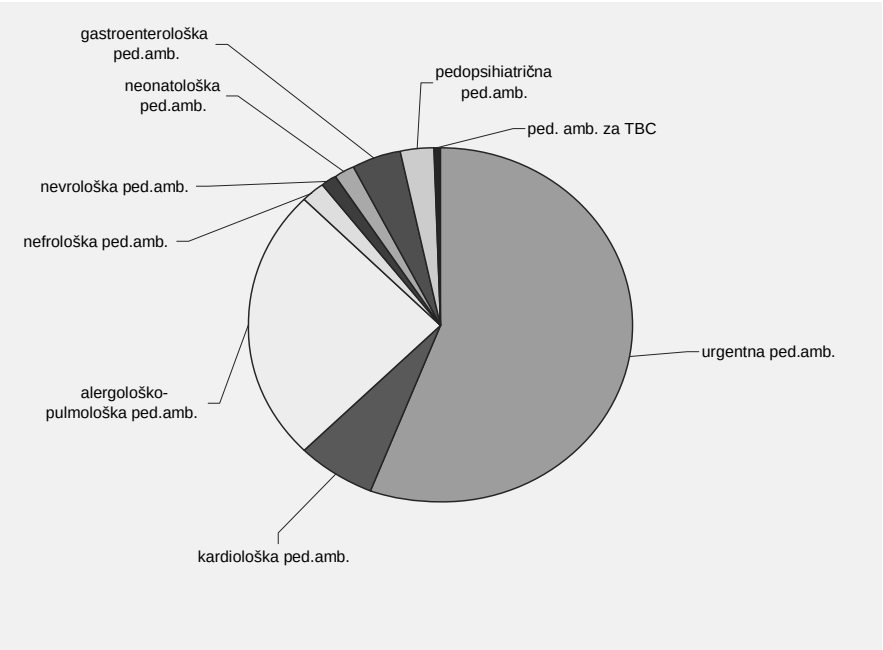
- **alergološka ambulanta** – ponedeljek, torek; opravljata Milena Vrečko-Tolar dr.med, Barbara Urbanc, dr. med., Silvija Morec-Jakopič, dr. med.
- **neonatalna ambulanta** – sreda; opravlja Peter Najdenov, dr. med.
- **nevrološka ambulanta** – sreda; opravlja Peter Najdenov, dr. med.

- **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.

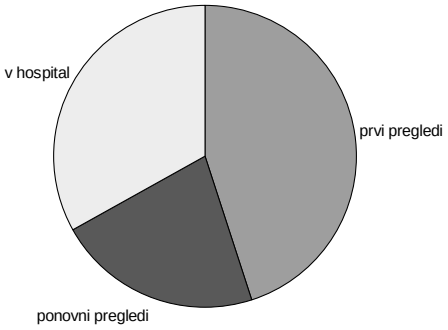
Tabela 5: Pregledi po pediatričnih ambulantah v letu 2014 - za vse plačnike

Pregledi po pediatričnih ambulantah v letu 2014 - za vse plačnike		
Ambulante		št.pregledov
P1	urgentna ped.amb.	3.294
P2	kardiološka ped.amb.	395
P3	alergološko-pulmološka ped.amb.	1.481
P4	nefrološka ped.amb.	118
P5	nevrološka ped.amb.	89
P6	neonatološka ped.amb.	86
P7	gastroenterološka ped.amb.	246
P8	pedopsihiatrična ped.amb.	171
P9	ped. amb. za TBC	33
SKUPAJ PEDIATRIČNE AMBULANTE		**5.913**



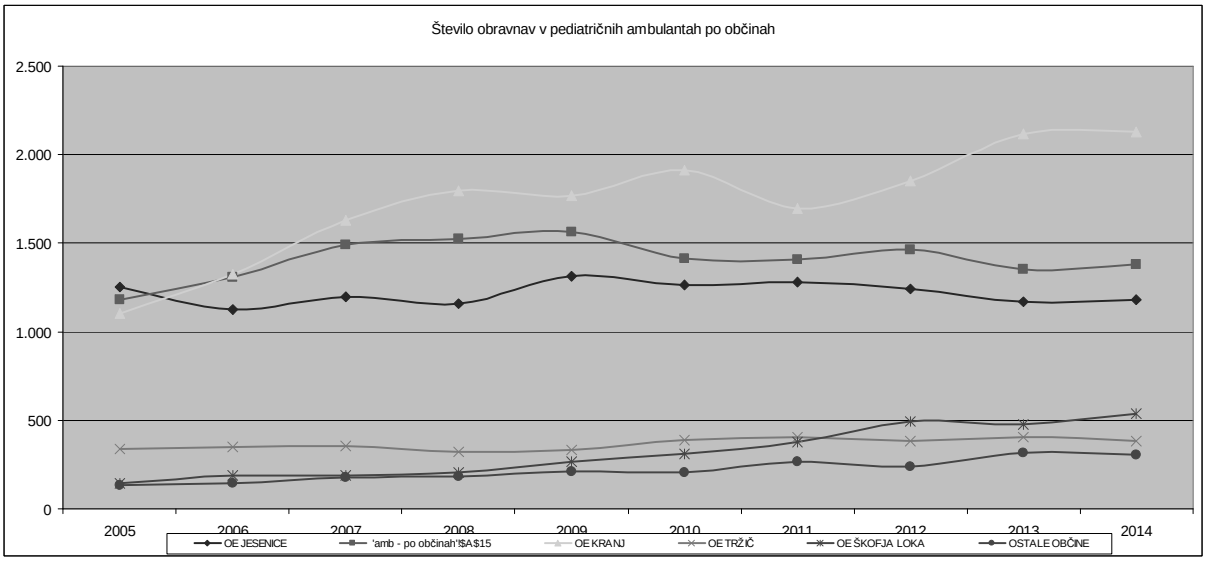
Graf 5: Razmerje pregledov v Pediatrični ambulanti

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



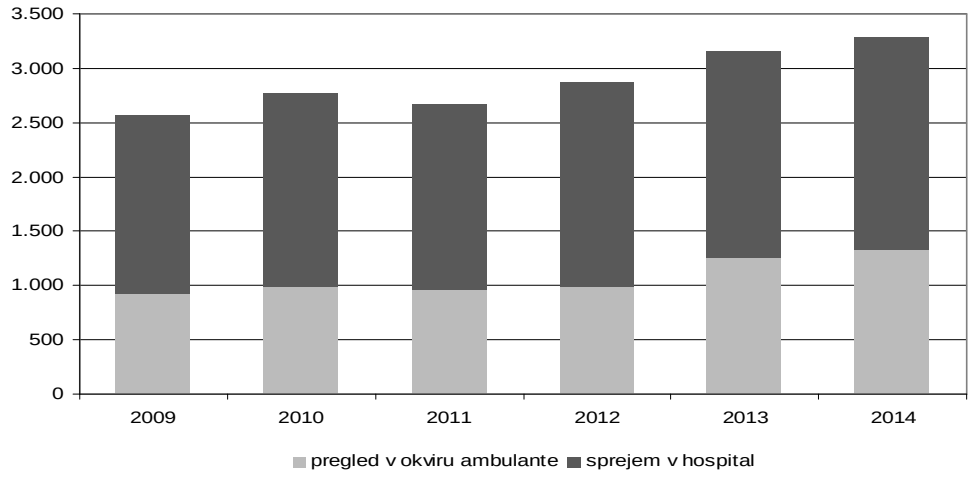
Graf 6: razmerje med pregledi v pediatrični ambulanti

Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi opisuje delo v specialistični ambulanti. Razvidno je več prvih pregledov, kar opredeljuje kvalitetno vodenje in sodelovanje med posameznimi specialisti in sodelovanjem s osebnimi (primarnimi) zdravniki, ki opravljajo kontrole.



Graf 7: Delež obravnav pediatrični ambulanti po občinah primerjalno 2005-2014

V letu 2014 je viden nekako trend umirjanja in ustalitve na določenih razmerjih med posameznimi področji. Število specialističnih ambulant se ne povečuje, predvsem zaradi kadrovske in prostorske omejitve.



Graf 8: Pregledi v urgentni ambulanti

Že več let opažamo izrazit trend povečanja obiskov v urgentni pediatrični ambulanti. Veča se število sprejetih in pregledanih, razmerje pa ostaja približno enako.

2.3 AKTIVNOSTI IZVEN PEDIATRIČNEGA ODDELKA

Na Otroškem oddelku je bilo obravnavanih 458 otrok s kirurškim obolenjem, s sklopu dnevne otroške kirurgije pa še 114 bolnikov.

Pregledali smo 751 novorojenčkov, 95 krat smo bili prisotni na porodu s carskim rezom. Iz porodnišnice smo skupaj premestili 9 otrok, od tega 3 v enoto intenzivne terapije na terciarni nivo, 6 otrok na Otroški oddelek. Mrtvorojenih otrok ni bilo.

Kolegica (Požek Tina dr. med) redno sodeluje v Gastro-endoskopski ambulanti.

Zdravniki kot člani sodelujemo v raznih komisijah v bolnišnici:

- Barbara Urbanc: KOBO, Komisija za Transfuzijo
- Tina Šavs Požek: Komisija za antibiotike
- Silvija Morec Jakopič: Notranji presojevalec kakovosti
- Tina Ahačič: Notranji presojevalec kakovosti, Pooblaščenec za varnost pacientov, Komisija za medicinsko etiko, Komisija za promocijo zdravega življenjskega sloga,
- Peter Najdenov: Komisija za zdravila, odgovorni za incidente pri delu in cepljenje v SBJ, Komisija za laboratorijsko medicino

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI V 2014

- Spremljanje prenosa okužb: v letu 2014 smo opažali posamezne prenose gastrointestinalnih in respiratornih okužb. Primere smo obravnavali individualno. Pomembna je bila kohortna izolacija, kot so jo dovoljevali pogoji na oddelku in skrb za osebno higieno. Velika težava je stiska s prostorom in neurejenost čistih in infektivnih poti.
- Spremljanje kolonizacije uritestov: gojišča odčituje in vrednoti zdravnik; število kontaminacij je pod 5%, kontaminacij pri novorojenčkih je bilo manj kot v preteklih letih.
- vrednotenje znanja staršev o poznavanju znakov dihalne ogroženosti otroka: Osnova je vprašalnik, ki so ga starši izpolnjevali ob koncu 2010 in začetku 2011; analiza je pokazala dobro poznavanje neposrednih pokazateljev dihalne stiske pri otroku. Po

notranjem izobraževanju za celoten oddelek (šola Astme), se je znanje o prepoznavi in obravnavi dihalne stiske pri starših precej popravilo. Objektivnih kazalcev nimamo.
- dokončali smo klinično pot: KP za sprejem otroka v urgentno pediatrično ambulanto

4 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA V LETU 2014

- 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 otroške kardiologije Peditrična klinika UKC Ljubljana (Jakopič)
- FAAM. Dublin (Urbanc)
- ESPID 2014, Dublin (Najdenov)
- Feeding disorders UCL , London (Požek)
- ETC (Najdenov)
- LQ-CELIAC conference, Maribor (Požek)
- Golniški simpozij (Urbanc)

Aktivno:
- Aktivno na tečaju APLS, EPLS v Sloveniji in UK(Najdenov)
- redno prednovoletno srečanje Pediatrje Gorenjske december 2014
- Simpozij intenzivne medicine Hrvatske. Brijoni: Child with unusual acute kidney failure(Najdenov)
- Kritično bolan otrok, Ljubljana (Najdenov)
    - inštruktor na delavnicah

5 NAČRTI

V 2015 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
- dodatno izobraževanje Na KOOKITu za enega kolega
- uvedba ETL
- vzpostavitev skupnih Gorenjskih sestankov z zdravniki pediatri (skupne vizite)
- 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 2014 je potekalo brez večjih strokovnih težav. Večjih organizacijskih težav ni bilo. Zasluge za dobro delo v 2014 imajo vsi zaposleni na oddelku. vsak s svojim znanjem, zgledom in strpnostjo pripomore k skupnim uspehom.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA PEDIATRIČNEM ODDELKU

Mojca Strgar, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku

UVOD

V zdravstveni negi na pediatričnem oddelku se je v letu 2014 zgodilo nekaj sprememb, ki so bile sicer načrtovane, a so spremenile način dela in organizacijo. Potrebno je bilo veliko usklajevanja, aktivnosti se bodo nadaljevale še v letu 2015. Definirane cilje in omenjene aktivnosti, ki so bile zastavljene smo poskušali izpeljati, a je bilo dostikrat potrebno sprotno prilagajanje. K temu nas je prisila bodisi kadrovska situacija, bodisi nenačrtovani odkloni od začrtane poti.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Že v letu 2013 smo pričeli z natančnim definiranjem posameznih, predvsem ključnih vlog zaposlenih v zdravstveni negi, hkrati z načrtnim in usmerjenim vodenjem in izobraževanjem. V letu 2014 smo nadgrajevali to usmeritev, rezultate vseh teh dejavnosti pričakujem v letu 2015.

V letu 2014 smo na področju kadrovanja predvsem nadomeščali daljše bolniške ter porodniške odsotnosti, zaradi drugačne organizacije dela pa smo morali ponovno vzpostaviti drugačen in številčno večji obseg dela v pediatrični specialistični ambulanti. Večje fluktuacije zaposlenih na oddelku sicer nismo beležili, poleg omenjenih nadomeščanj. Na oddelku se v letu 2014 nihče ni upokojil in zaključili smo z naslednjim številom kadra v zdravstveni negi:

Tabela 1: Kadrovska struktura ped. odd. – ZN 31.12.2014

	ODDELEK	**PEDIATRIČNA AMBULANTA**	**DOLOČEN ČAS/PRIPRAVNIKI**	**PORODNIŠKA/ BOLNIŠKA/ OSTALO**
ZT	17		3	2
Dipl. m.s.	5	1 + (1)	/	/

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Kategorizacija potreb po zdravstveni negi ni v letu 2014 doživela sprememb, ki smo jih vendarle pričakovali v širšem slovenskem prostoru. Še vedno ostaja nepokrito področje svetovanja in zdravstvene vzgoje, ki ga je na specifičnih oddelkih kot je pediatrično, veliko in je časovno zelo obremenjujoč za vse zaposlene ni pa všteto v kategorizacijo, niti ni všteto v samo izvajanje zdravstvene nege na oddelku. Prav to pa je intervencija/aktivnost zdravstvene nege, ki zahteva veliko angažiranost in vpletenost zaposlenih.

Najbolj vidne so spremembe od leta 2012 dalje pri prvi kategoriji. Takrat je bila tudi na področju pediatrije vključen tudi kriterij zagotavljanja varnosti, kar pomeni tudi drugačno stopnjo kategorizacije. Tudi na oddelku smo veliko več časa in pozornosti namenili tej aktivnosti, predvsem preventivi padcev.

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Tabela 2: Realizacija ciljev

CILJ: Izobraževanje	**Realizacija**
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: 1.1 Srečanje je bilo organizirano – december 2014 2.1 Organizirano je bilo 10 izobraževanj 3.1 25 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 4.1 6 aktivnih udeležb na strokovnih srečanjih	
CILJ: Izdelava protokolov in dokumentacije	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Izdelava protokola za izvajanje sublingvalne specifične imunoterapije (SLIT) v ped. amb. 2. Izdelava zgibanke Astma šola 3. Izdelava klinične poti sprejema otroka na pediatrični oddelek	Realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Protokol je izdelan 2.1 Zgibanka je izdelana 3.1 Klinična pot je izdelana	
CILJ: Varnost in kakovost	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97% 2. Število varnostnih vizit koordinatorice ZN in predstojnika 3. Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti 4. Priprava 3 novih standardov kakovosti za področje pediatrične ZN 5. Izvajanje preventivnih ukrepov (padci)	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izvedenih je bilo 76 varnostnih vizit, učinkovitost je 91% 2.1 Izvedene so bile 3 varnostne vizite koordinatorice ZN in predstojnika 3.1 Zabeleženo je bilo 0 odklonov 4.1 Izdelana sta bila 2 popravka standardov kakovosti, novih standardov nismo izdelali 5.1 Preventivne ukrepe smo izvajali preko VV	
CILJ: Zdravstveno vzgojno delo	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Uspešnost izvedenih astma šol ob ponovnem pregledu v ambulanti 2. Število ZV intervencij v ped. amb. 3. Število ZV intervencij na ped.odd.	Realizirano
EVALVACIJA: Uspešnost je bila 98% ZV intervencij v ped. amb. je bilo 76 ZV intervencij na ped.odd. je bilo 110	
CILJ: Razkuževanje rok	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: 1. Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok zaposlenih, uspešnost razkuževanja 97%	Delno realizirano
EVALVACIJA: Nadzori so bili izvedeni, uspešnost je 85%	

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA ODDELKU

Že v letu 2013 smo pregledali vse klinične poti in jih revidirali, v letu 2014 pa smo začeli z uporabo novih. Tudi izpeljava delovnih sestankov je ostala takšna, kot smo si jih zastavili že v prejšnjem letu. Tematski oziroma problemski delovni sestanki so se izkazali za dobre, ker je reševanje težav hitro. Ukrepi pa so definirani s pomočjo zaposlenih, učinkovitost je na ta način večja.

2.1 KLINIČNE POTI

V letu 2014 smo dokončno pripravili in izoblikovali 1 klinično pot in sicer KP za sprejem otroka v urgentno pediatrično ambulanto.

2.2 DELOVNI SESTANKI

Tabela 3: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah – število

Redni delovni sestanki	Izredni/problemski delovni sestanki	Timski delovni sestanki
4	6	10

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Tudi v letu 2014 smo se na oddelku trudili na področju kakovosti in varnosti. Izvedli smo problemske sestanke, ki so bili korektivni ukrep po padcih pacientov ter problemske sestanke iz področja prehrane pacientov, ki je pomemben segment na oddelku zaradi specifičnosti populacije. Tudi pri nadzorih v zdravstveni negi smo izboljšali rezultate, izvedli pa tudi vse ukrepe in izboljšali učinkovitost.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2014 v računalniški program ART ni bilo zabeleženega odklona. Po analizi vzrokov se je izkazalo, da zaposleni vidijo boljši način reševanja v izvedbi varnostnih vizit in razgovorov.

3.2 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

Tabela 4: Število VV/VR glede na nivo izvedbe, število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	ŠT. VV/VR	ŠT. UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN na ped.odd.	11	16	91%
Odgovorne MS odd.	65	72	92%
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	3	-	
Skupaj	76	88	91%

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedenih je bilo 8 letnih razgovorov. Pri izvedbi letnih razgovorov je opaziti spremembe v pristopu zaposlenih, so tudi dobro orodje za načrtovanje aktivnosti na oddelku, predvsem na področju izobraževanja, individualnih ciljev in vpliva na organizacijsko klimo.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt izobraževanja je bil postavljen na začetku leta 2014. Izpolnjen je bil v celoti.

Tabela 5: Interno in eksterno izobraževanje – število

Izobraževanje/udeležba	Pasivna	Aktivna
Interno / oddelek	84	5
Eksterno	25	6

V mesecu decembru smo zopet organizirali tudi tradicionalno srečanje gorenjske pediatrije. Udeležba je iz leta v leto višja, kar kaže, da so ta srečanja dobra praksa in da je tovrstno povezovanje zelo dobrodošlo za kakovostno obravnavo otrok na primarnem in sekundarnem nivoju.

5 PEDIATRIČNA SPECIALISTIČNA AMBULANTA

Proti koncu leta 2014 smo pričeli z večjim obsegom ambulant, predvsem specialističnih alergoloških. Tako poteka ambulantno delo v dopoldanskem in popoldanskem času, kar je zahtevalo tudi nekoliko drugačno organizacijo dela. Naročanje poteka še vedno preko centralnega naročanja, večjih težav ne beležimo. Naročanja na različne provokacije nismo spreminjali, poteka še vedno preko pediatrične specialistične ambulante. Rezultati ankete, ki jo pacienti in/ali spremljevalci izpolnijo na koncu hospitalizacije so prikazani v tabeli 7.

Tabela 6: Zadovoljstvo obravnave po KP – provokacije

Št. kliničnih poti - provokacije	Št. oddanih anketnih vprašalnikov	Št. oddanih anketnih vprašalnikov v odstotkih	zadovoljstvo obravnave po KP
110	89	81%	99%

Ankete se še vedno pregledujejo mesečno, morebitno izraženo nezadovoljstvo se obravnava sproti, največkrat se nanašajo na predhodni informiranosti o samem izvajanju provokacije in na prostorske razmere tekom bivanja (nerealna in visoka pričakovanja spremljevalcev).

Pozitivnih pripomb je bistveno večje število, kot v prejšnjem obdobju, nanašajo se na:

- zadovoljstvo s prijaznostjo zaposlenih,
- strokovno obravnavo v času hospitalizacije.

6 ZAKLJUČEK

Menim, da je bilo leto 2014 za oddelek in specialistično pediatrično ambulanto uspešno tudi na področju zdravstvene nege. Uspešno smo nadomestili koriščenja porodniških in daljših bolniških odsotnosti. Uspešno smo v večini izpeljali projekte in aktivnosti, ki smo jih opredelili na koncu leta 2013.
Proti koncu leta smo začeli tudi z ponovnim oblikovanjem dokumentacije zdravstvene nege, da bo le ta še bolj prilagojena specifičnim potrebam pacientom na našem oddelku, hkrati pa tudi nudila celovit pristop pri obravnavi.
Vse leto smo težili k izboljševanju klime na oddelku, k visoki motivaciji in zadovoljstvu zaposlenih. Vse to je pogoj za dobro sodelovanje med različnimi profesionalnimi skupinami in kakovostno, varno, profesionalno in etično obravnavo pacientov.

Strokovno poročilo je tudi mesto, ko se lahko zahvalim vsem zaposlenim na oddelku za njihovo pripravljenost in sodelovanje skozi celo leto.

7 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

1. Cilj: **Izobraževanje**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Organizacija strokovnega srečanja gorenjske pediatrije Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku 7 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 4 aktivne udeležbe na zunanjih strokovnih srečanjih	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku
2. Cilj: **Izdelava protokolov in dokumentacije**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Sprememba dokumentacije zdravstvene nege (PZN) Sledljivost Protokola SLIT	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Odgovorne MS Dipl. m. s. v pediatrični ambulanti
3. Cilj: **Varnost in kakovost**	Rok izvedbe	Odgovoren
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/sprememb standardov kakovosti za področje pediatrične ZN Izvajanje preventivnih ukrepov (padci)	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Odgovorne MS
4. Cilj: **Zdravstveno vzgojno delo**	Rok izvedbe	Odgovoren
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	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Odgovorne MS Odgovorna MS v ped.amb.
5. Cilj: **Razkuževanje rok**	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih 1x/četrtletje Uspešnost razkuževanja rok 97%	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN na pediatričnem oddelku Promotorji projektne skupine za BO na odd.

STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO

Marjetka Berdajs Avsenek, dr. med., spec. radiologije
Predstojnica oddelka za radiologijo

UVOD

Leto 2014 je bilo brez večjih sprememb, je pa bilo obdobje prilagajanja mladih radiologov na obseg in način dela na našem oddelku. Tako velik obseg dela preseneti vsakega radiologa, ki pride v Splošno bolnišnico Jesenice, saj se kronično srečujemo s pomanjkanjem kadra.
Leto smo zaključili z uspešno realizacijo programa dela in smo ga v decembru zaradi povečanega števila nujnih pacientov tudi precej presegli. Žal nadštevilne preiskave predstavljajo le povečanje materialnih stroškov za bolnišnico, namesto pozitivnega finančnega učinka. Na naš oddelek pomembno vpliva tudi finančna situacija bolnišnice, saj smo tudi v letu 2014 zaman čakali na nov UZ aparat, ki je bil v finančnem načrtu.

1 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA

Oddelek sestavlja šest diagnostičnih enot:
1. rentgenska ambulanta
2. diaskopija
3. UZ diagnostika
4. CT diagnostika
5. MRI diagnostika
6. mamografija

Radiologi se dnevno menjavamo na posameznih diagnostikah tako, da s tem vzdržujemo nivo znanja iz vseh področij radiologije. Izjema je le MRI diagnostika, kjer je potrebno subspecialistično znanje, prav tako mamološka diagnostika.
Radiologi pomembno prispevamo k varčevalnim ukrepom v bolnišnici, saj delamo v dopoldanski in popoldanski izmeni, razen v česu letnih dopustov, ko je za turnus premalo kadra. Zagotavljamo 24-urno pripravljenost radiologa, ki CT preiskave pregleda in analizira na prenosnem računalniku od doma. Za nujne UZ preiskave v najkrajšem možnem času pripravljeni radiolog pride v bolnišnico.

2 KADRI

Na oddelku je redno zaposlenih pet radiologov, enako kot od koncu leta 2013: Aleš Agatonović, Marjetka Berdajs Avsenek, Jasmina Koteska, Bojan Prosenik in Jana F. Rejc.
Od teh so začeli s pisanjem izvidov MRI trije radiologi: Aleš Agatonović, Bojan Prosenik in Jana F. Rejc. Zaradi obilice osnovnih diagnostičnih slikovnih preiskav (klasična radiologija, UZ, CT) jim za MRI ostane malo časa, zato to področje pokrivajo še štirje zunanji radiologi, ki delajo pogodbeno: Jadran Koder, Nejc Šavs, Miha Škrbec in Dimitrij Lovrič.
V letu 2014 je mamogrfije in UZ dojk delala pogodbena sodelavka Marija Može.

Radiologi imamo tedensko strokovne sestanke, kjer obravnavamo strokovno tematiko iz izobraževanj, analiziramo zanimive primere in rešujemo tekoča organizacijska vprašanja.
Na sestanke je vabljena tudi vodja radioloških inženirjev tako, da sproti usklajujemo tudi skupna vprašanja.

Z vsemi redno zaposlenimi so bili opravljeni letni razgovori, ki pomembno prispevajo k medsebojnemu poznavanju zaposlenih, njihovih načrtov, želja in ambicij. Je tudi mesto lažjega izražanja mnenj in predlogov.

3 OPRAVLJENO DELO

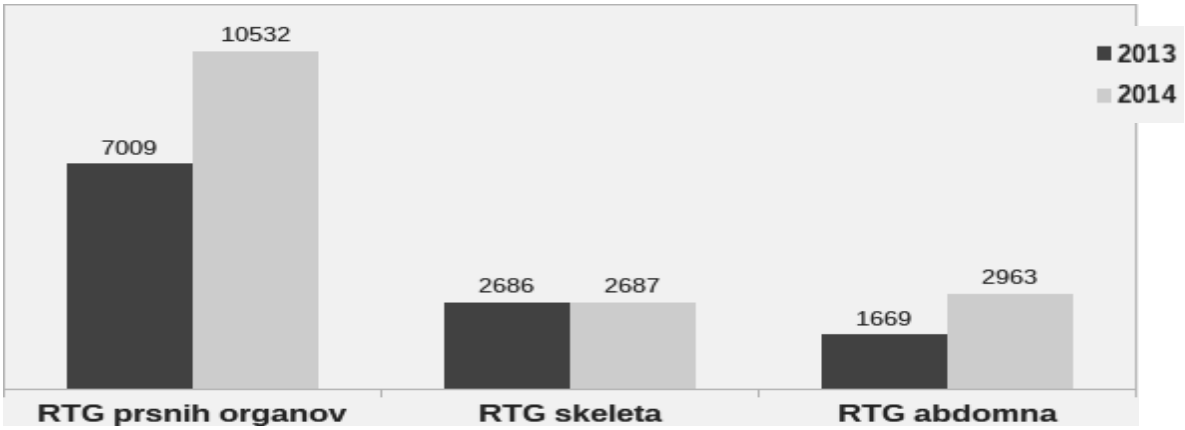
V letu 2014 je bil indeks realizacije delovnega načrta na vseh diagnostikah preko 100%.

Na področju klasične radiologije se je v primerjavi s preteklimi leti zelo povečalo število rentgenogramov prsnih organov, kar je posledica velikega števila pacientov z respiratornimi infekti, saj je bilo v jesensko-zimskem obdobju število pljučnic za 50% večje, kot v preteklih letih.

Precejšen porast je tudi pri rentgenogramih abdomna.
Večina teh preiskav je indiciranih v urgentnih ambulantah, tako internistični kot kirurški.

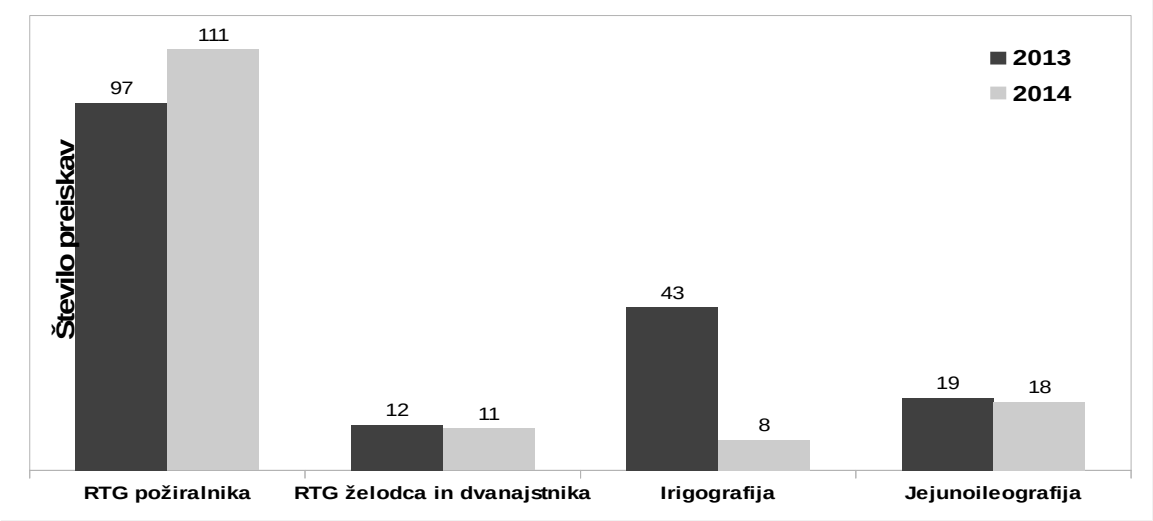
Za slikanje skeleta je število praktično nespremenjeno, ker za te preiskave paciente naročamo. Čakalna dobe je 2 – 3 tedne.

Za potrebe kirurgije in ortopedije je bilo opravljenih 36 733 slikanj skeleta, kar je bilo v večini primerov izvedeno na rtg aparatu v kirurški urgenci. To je tudi pokazatelj izjemne obremenjenosti tega aparata in radioloških inženirjev na tem delovišču.



Graf 1: Primerjava števila rentgenogramov , kjer je bilo napisano mnenje radiologa, med letoma 2013 in 2014

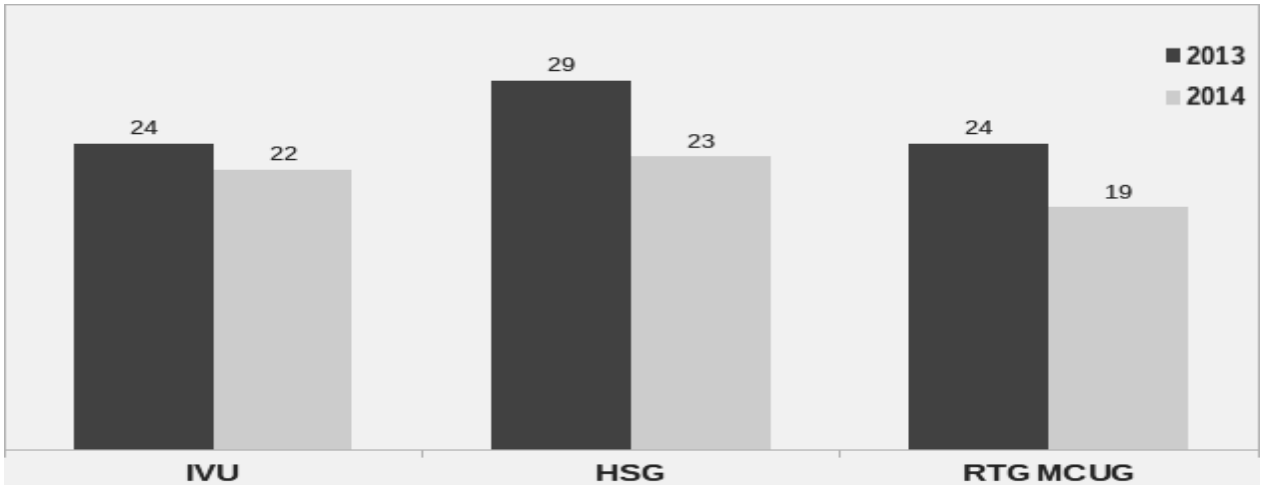
Pri diaskopskih preiskavah prebavnega trakta je število v porastu pri rtg požiralnika z barijevim kontrasnim sredstvom, kjer indikacije ostajajo nespremenjene. Sicer se indikacije za kontrasne rentgenske preiskave še naprej zmanjšujejo, posebno velik upad beležimo pri irigografijah, ki jih nadomeščajo kolonoskopije.
Poleg tega v Sloveniji ni registriranega barijevega kontrastnega sredstva za dvojnokontrastne irigografije. Že pred dobrim letom smo na komisijo za registracijo zdravil poslali pobudo za registracijo kontrastnega sredstva Micropacque kolon, vendar iz UKC Ljubljana doslej nismo prejeli odgovora.
Praktično edina indikacija za irigografijo ostaja enojno-kontrastna preiskava pred zaporo enterostome.



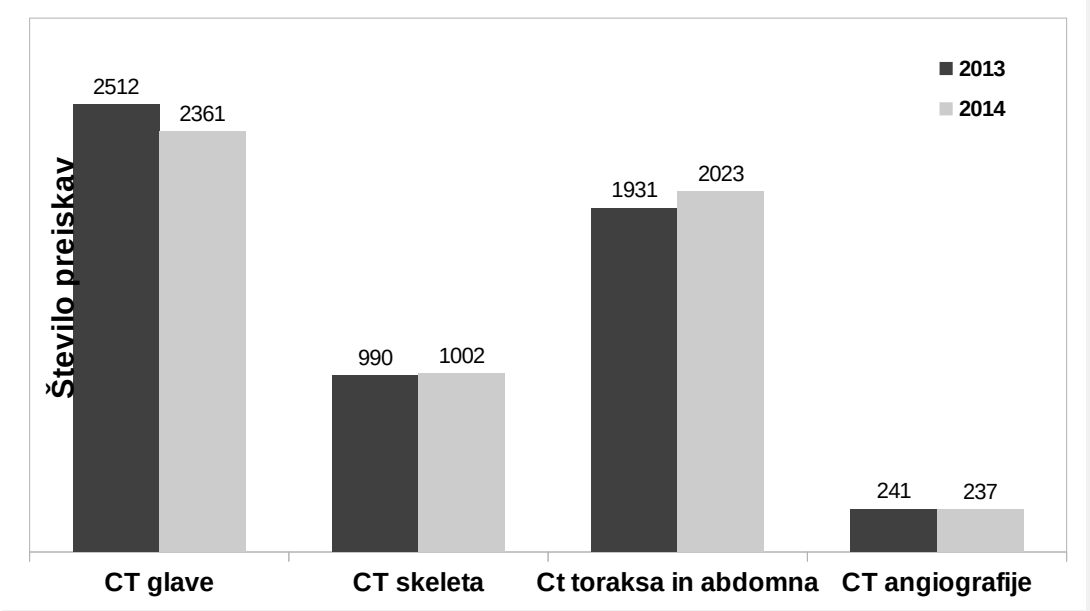
Graf 2: Primerjava števila diaskopskih preiskav med letoma 2013 in 2014

Upada tudi število intravenskih urografij (IVU), ki jih vedno bolj nadomešča CT intravenska urografija.

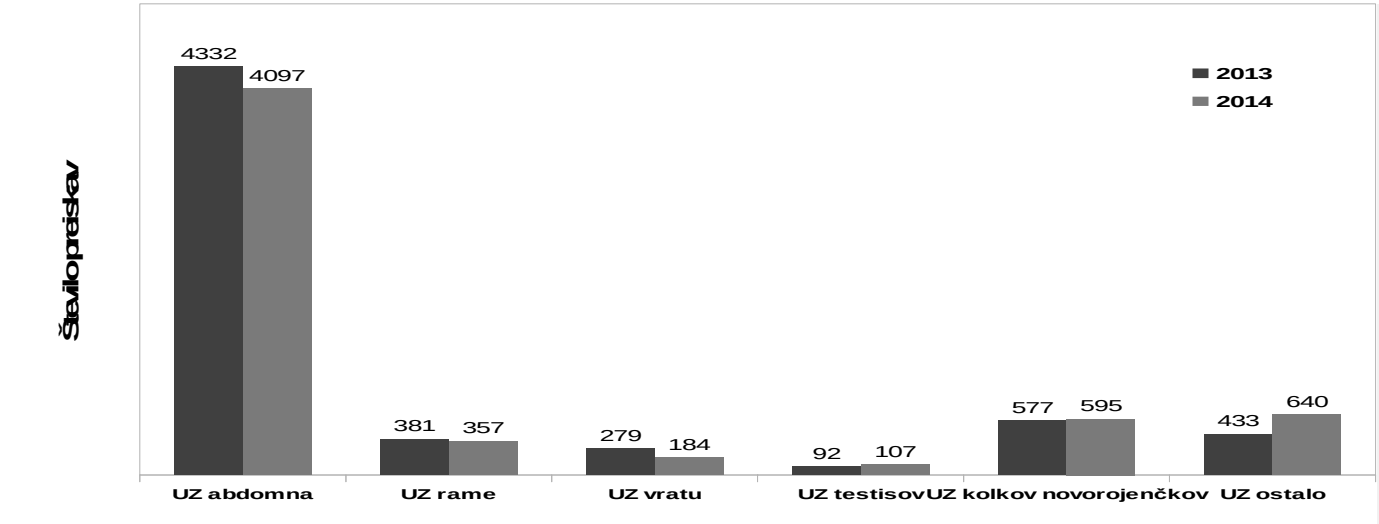
V upadanju je tudi število histerosalpingografij (HSG) in rtg mikcijskih cistouretrografij (MCUG).
Slednje v določeni meri nadomešča UZ MCUG, ki za pacienta ne predstavlja sevalne obremenitve in je enako povedna. Indikacija za rentgensko priskavo ostaja pri pacientih pred transplantacijo ledvic ter pri otrocih s sumom na patologijo mehurja ali sečnice ter predoperativno.



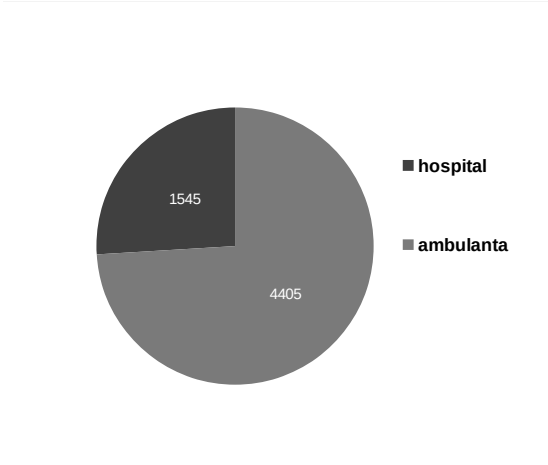
Graf 3: Število kontrastnih preiskav v letih 2013 in 2014



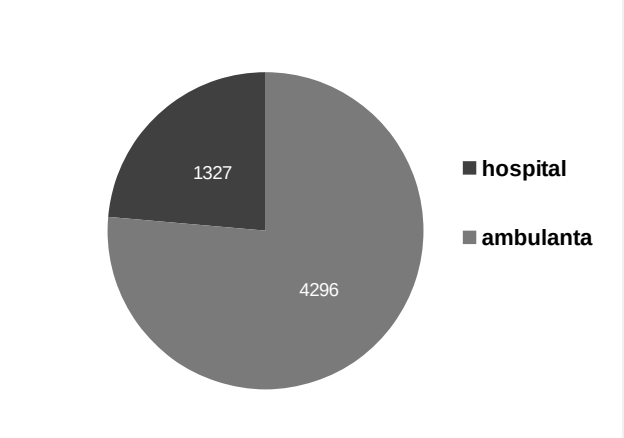
Graf 4: Število CT preiskav v letih 2012 in 2013



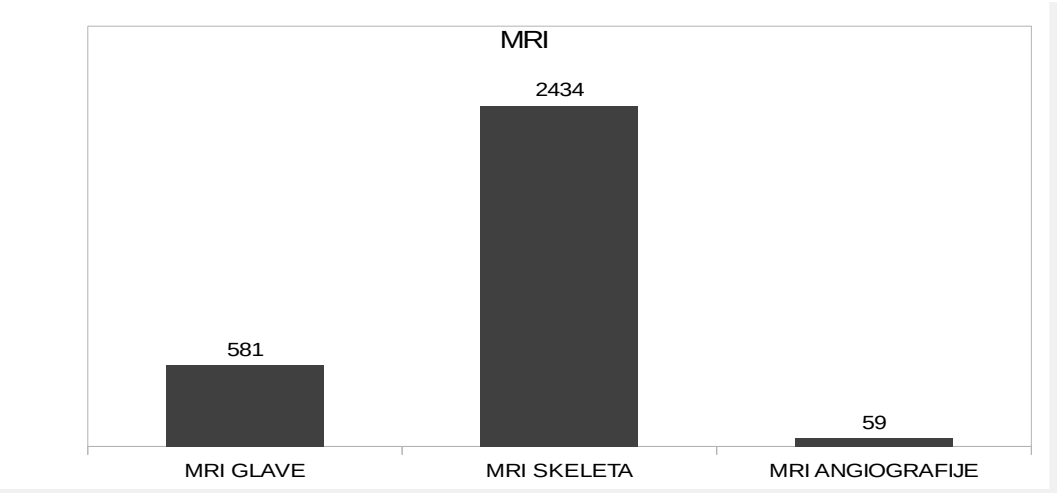
Graf 5: Število UZ preiskav v letih 2013 in 2014



Graf 6: Delež hospitalnih in ambulantnih UZ preiskav v letu 2014

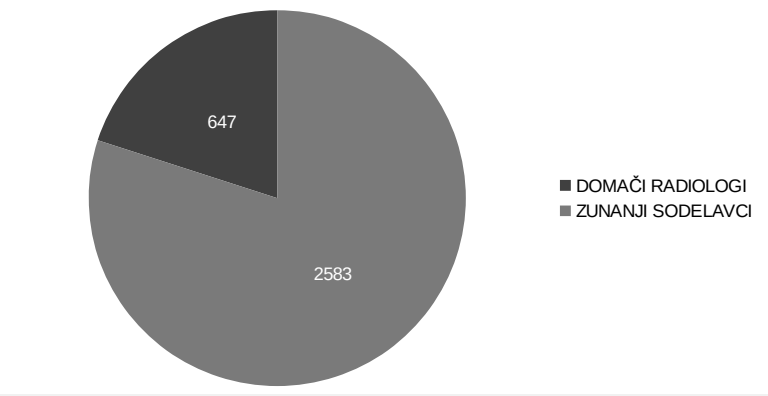


Graf 7: Delež hospitalnih in ambulantnih CT preiskav v letu 2014



Graf 8: Število MRI preiskav v letu 2014

MRI diagnostika je v tem letu postala del delokroga domačih radiologov, ki imamo za to diagnostiko dosti interesa, vendar mnogo premalo časa. Napišemo približno 20% izvidov, ostalo delo opravijo pogodbeni zunanji radiologi.
V letu 2014 smo začeli s pisanjem izvidov MRI skeleta, ob razbremenitvi z ostalimi preiskavami pa bi začeli tudi začeti s pisanjem izvidov MRI glave in abdomna, kar je v interesu hiše.



Graf 9: Delež MRI preiskav glede na izvajalce

4 KAZALNIKI KAKOVOSTI

4.1 ČAS ČAKANJA HOSPITALNIH PACIENTOV NA CT PREISKAVO

V letu 2014 je le 1 pacient čakal na CT preiskavo dlje kot 24 ur, s čimer smo zelo zadovoljni. Še vedno pa je naš cilj, da bi bile vse preiskave opravljene v 24 urah.
Pri tem je treba povedati, da se meri čas od napotitve do izvedbe CT preiskave. Za manj nujne preiskave se včasih dogovorimo za odlog preiskave za dan ali dva, tedaj je tudi napotitev napravljena na dan preiskave, kar vsekakor prispeva k boljšemu rezultatu.

4.2 SKLADNOST ULTRAZVOČNE DIAGNOZE Z INTRAOPERATIVNO DIAGNOZO PRI SUMU NA AKUTNI APENDICITIS

Šest mesecev smo preverjali skladnost UZ diagnoze pri sumu na akutni apendicitis z izidi kirurške diagnoze po apendektomiji in ugotovili 95% skladnost. Pri tem je potrebno poudariti, da naš UZ aparat nima ustrezne linearne sonde z intestinalnim programom in je diagnosika v tem primeru vedno tudi tehnični izziv, če ne celo problem in nam vzame precej časa.
Našo diagnozo smo primerjali z operativnih zapisnikom in histološko diagnozo v Birpis21.
Z rezultatom smo zadovoljni, a pričakujemo še boljši rezultat na novem UZ aparatu.

5 NOVOSTI IN IZBOLJŠAVE

5.1 CT AOTROCERVIKALNE ANGIOGRAFIJE IN ANGIOGRAFIJE MOŽGANSKIH ARTERIJ

V letu 2014 smo pričeli s CT aortocervikalnimi angiografijami in angiografijami cerebralnih arterij.
Z vključitvijo naše bolnišnice v sistem TELEKAP, sta to preiskavi, ki poleg nativnega CT slikanja glave in CT perfuzije možganov predstavljajo popolno slikovno diagnostiko pri akutni možganski kapi.
Programske opreme za CT perfuzijo možganov še nimamo, a za bolnišnico ne bi predstavljala večjega izdatka.

5.2 URGENTNA MRI SPINALNEGA KANALA PRI SUMU NA EPIDURALNI HEMATOM ALI ABSCES

Izdelan je bil protokol MRI spinalnega kanala s sumom na epiduralni hematom oz. absces pri porodnicah, ki so rodile v epiduralni analgeziji. Preiskavo bomo v najkrajšem možnem času opravili tudi v času 24-urne pripravljenosti.

5.3 MRI ARTROGRAFIJE RAME

6 ČAKALNE DOBE

Preiskava	Hitro	Redno
RTG skeleta	2 tedna	2-3 tedne
UZ preiskave	3 mesece	4-5 mesecev
CT preiskave	1 mesec	2-3 mesece
MRI	3-4 mesece	7 mesecev

7 STROKOVNO OZOBRAŽEVANJE

Evropski kongres radiologov, Dunaj, marec 2014, (Marjetka Berdajs Avsenek in Jasmina Koteska)
MRI šola, Novi sad, december 2014, (Jasmina Koteska)
Tečaj UZ muskuloskeletnega sistema, Zagreb, maj 2014, (Bojan Prosenik)
Diagnostic Course Davos – abdominalni CT in MRI, Davos, marec 2014, (Jana Rejc)
Ankilozantni spondilitis, Ljubljana (Jasmina Koteska)
Nevroradiološka sekcija, Ljubljana, (Marjetka berdajs Avsenek)
HCC forum, Ljubljana, (Aleš Agatonović)
Revmatološka sekcija, Ljubljana, (Aleš Agatonović).

8 TEHNIČNA OPREMA

Zelo smo zadovoljni z novim 24 – rezinskim CT aparatom, ki omogoča hitro in kvalitetno diagnostiko.
Za naše potrebe je zelo kvalitetna MR naprava, 1,5T, ki je stara 4 leta.

Celo leto smo si aktivno prizadevali, da bi 9let star UZ aparat, iU22 firme Philips, ki je dotrajan in pogosto povzroča tehnične motnje, zamenjali z novo aparaturo, višjega srednjega razreda. V ta namen smo testirali 7 različnih UZ aparatov. Nakup je bil v finančnem načrtu, a zaradi poostrenih varčevalnih ukrepov ni bil realiziran. Nakup je nujen in je preložen v leto 2015.

Izbrali smo mobilni UZ aparat za novi urgentni center.

Digitalni rtg aparat v kirurški urgenci je prav tako potreben zamenjave, saj je star 18 let in je izjemno obremenjen. Nadomestil ga bo nov primerljiv digitalni aparat, ki je vključen v opremo urgentnega centra.

Dotrajan je analogni rtg aparat na radiološkem oddelku, ki je namenjen slikanju prsnih organov in skeleta. Star je 22 let in bi ga bilo potrebno nadomestiti z novim, digitalnim.

Žal v opremo urgentnega centra ni vključen CT aparat, zaradi pomanjkanja sredstev.
CT aparat sodi v temeljno opremo sodobnega urgentnega centra in upamo, da se bo tudi ta nakup čim prej realiziral.

9 CILJI

V prihodnje želimo realizirati naslednje cilje:

- začeti s perifernimi CT angiografijami
- MRI diagnostiko razširiti na MRI abdomna (rektum, MRCP, jetra)
- zaposliti vsaj še dva radiologa ali vključiti v delo zunanje sodelavce
- izboljšati tehnično opremo, kot je navedeno v točki 8
- udeležba na kvalitetnih strokovnih srečanjih.

ZAKLJUČEK

Za nemoteno delo in strokovni napredek, bi bilo optimalno število radiologov 8. Ker tega števila nismo uspeli doseči oz. zadržati, bo za nemoten razvoj bolnišnice v delo potrebno vključiti še več zunanjih sodelavcev. Tako se radiologi ne bomo utopili v obilici rutinskega dela, ampak nam bo ostalo še nekaj časa in energije za sledenje napredku radiologije in implementacijo novosti v domači hiši.

STROKOVNO POROČILO RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

Renata Rabič, dipl. inž. rad.
vodja radioloških inženirjev

UVOD

V letu 2014 smo sledili zastavljenim ciljem in realizaciji programa. Cilje smo razen enega v celoti realizirali. Na magnetni resonanci smo v sodelovanju z radiologom pričeli z MR artrografijami rame. Prav tako smo pričeli opravljati CT preiskave karotid.
V SOP smo objavili tri navodila pacientom v angleškem jeziku, dopolnili smo SOP NA RTG 2 in SOP NA RTG 4, ter objavili tri nova navodila: SOP NA RTG 6, SOP NA RTG 7 IN SOP NA 72B.
V lanskem letu je pet rad. inženirk napisalo protokole za magnetno resonanco in CT preiskave.

1 MANAGEMENT V RADIOLOGIJI

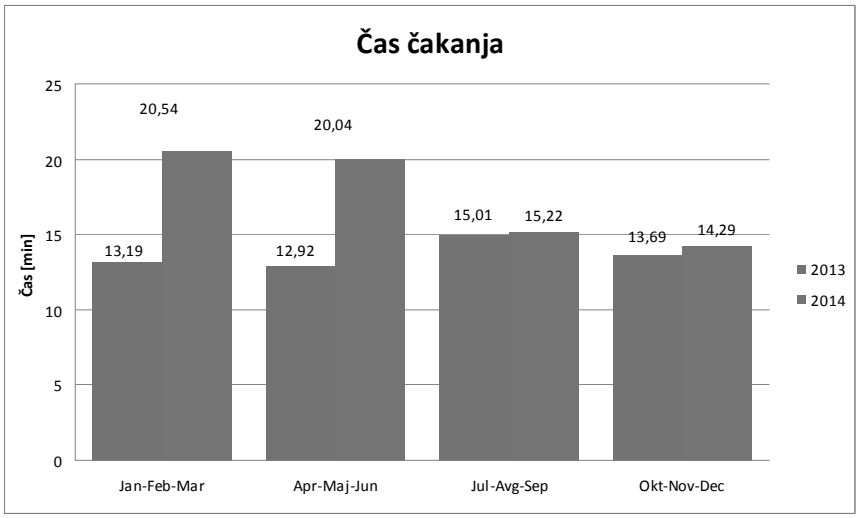
1.1 REALIZACIJA ZASTAVLJENIH CILJEV ZA LETO 2014

1. CILJ: Izvajanje varnostnih vizit	1X mesečno
AKTIVNOSTI: poročanje v polletnih in letnih poročilih	
EVALVACIJA: število opravljenih vizit	Opravili smo 9 VV, zastavljeni cilj smo dosegli v 85%.
2. CILJ: Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku	Anketo smo izvedli meseca novembra 2014.
AKTIVNOSTI: izvedba ankete na posameznih diagnostikah	Anketa izvedena na MRI, CT, MG in RTG slikanju.
EVALVACIJA:anketiranje pacientov	Anketirali smo 114 pacientov od tega je bilo 7 neveljavnih anket.
3. CILJ: Protokoli za rentgensko slikanje med operativnimi posegi	Cilj smo delno realizirali.
AKTIVNOSTI: -navodila za napotitve slikanja med operacijo - Izdelava protokolov za rtg.slikanja med kirurškimi in ortopedskimi operacijami	Navodilo objavljeno v SOP. Protokoli še niso napisani
EVALVACIJA: delo opravljeno po protokolu, pisni protokoli	
4. CILJ: MR artrografija rame	Realizirano, preiskave potekajo enkrat mesečno.
AKTIVNOSTI: izdelava protokola, izvedba preiskave	Protokol je izdelan v sodelovanju s radiologom.
EVALVACIJA:pisni protokoli	Protokol je napisan v protokolih za MRI.
5. CILJ: urejanje in vodenje napotnic za MR preiskave	Aktivnost realizirana.
AKTIVNOSTI: hranjenje in razvrščanje napotnic za MR preiskave	Napotnice se hranijo pri rad.inž. na magnetni resonanci, kjer se razvrščajo in pripravijo za naročene preiskave.
EVALVACIJA: delo opravljeno po protokolu	

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

2.1 KAZALNIK KAKOVOSTI

Čas od napotitve RTG slikanja do obračuna preiskave za ambulantne kirurške paciente (graf 1). Kazalnik se meri na vsake tri mesece.



Graf 1: čas od napotitve do obračuna rtg. slikanja

2.2 ANKETA

V letu 2014 meseca novembra smo na radiološkem oddelku izvedli anketo o zadovoljstvu z ambulantno obravnavo naših pacientov. V anketi letos ni bilo vprašanja o zadovoljstvu z radiologi na našem oddelku, ker pri preiskavah v večini ne sodelujejo. Novost letošnje ankete je, da smo ankete označili po diagnostikah: MRI, RTG slikanje, MG in CT. S tem smo predvsem želeli ugotoviti, kje je vzrok za slabše rezultate o zasebnosti. Poleg radioloških inženirjev so v anketo vključeni tudi medicinska sestra in administratorke. Z rezultati ankete smo zadovoljni. Izboljšal se je rezultat o splošnem zadovoljstvu s storitvami v naši ambulanti in tudi pri odgovorih na vprašanja pacientov. Za 3% je slabši rezultat v primerjavi z lanskim letom na vprašanje o obravnavi pacientov z strani radioloških inženirjev. Rezultat je še vedno nad 90%, kar je zadovoljivo, vendar bomo v bodoče še posebno pozorni na prijaznost in spoštljivost do pacientov. Prav tako je za 6% slabši rezultat o prijaznosti administratork na našem oddelku. Pri prejšnjih anketah smo imeli težavo z zasebnostjo. V letu 2014 se je rezultat nekoliko popravil. Anketirali smo po različnih diagnostikah in ugotovili, da imajo najmanj zasebnosti pacientke na mamografiji. Čeprav smo v ta namen na diagnostiki naredili kabine, pacientke še vedno menijo, da le -te nimajo dovolj. Razlog je lahko v tem, da sta v prostoru dva rad.inž. zaradi organizacije dela in pa da se kabine nahajajo v prostoru kjer poteka slikanje in sta na takšen način hkrati v vsaki kabini po ena pacientka.

2.3 ODKLONI

V letošnjem letu nismo dobili nobenega odklona, napisali pa smo tri odklone zaradi alergične reakcije po aplikaciji kontrastnega sredstva. Dodelili smo naslednje ukrepe**:**

1. menjava vsega kontrastnega sredstva iomeron 400 kar ga imamo na oddelku z novimi serijskimi številkami.
2. uvedba knjige na CT- ju, za vpisovanje vseh reakcij, ki nastanejo po apliciranju kontrastnega sredstva.
3. Dr. Avsenakova poda prijavo na JAZMP

4. če pacient omeni, da je imel kakršnokoli težavo po injiciranju kontrastnega sredstva, mu tega ne apliciramo ponovno. To velja samo za preiskave na magnetni resonanci, kjer delamo brez radiologov.

Ustanovljena je bila tudi komisija v kateri so sodelovali Tina Ahačič dr. med., Joško Fajdiga dr. med., Andreja Grilc dipl. inž. rad. in Jasmina Koteska spec. radiolog. Komisija je podala priporočilo, da se oblikuje skupina, ki bi izdelala natančna navodila za ukrepanje ob sumu reakcije na kontrastno sredstvo.

2.4 IZVAJANJE VARNOSTNIH VIZIT

Na radiološkem oddelku smo 90% realizirali izvedbo varnostnih vizit.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	V lanskem letu smo izvedli 9 VV, bili smo 85%.
Število izrečenih ukrepov	Izrekli smo 13 ukrepov.
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	Uspešno smo izvedli 10 ukrepov.
Skupna učinkovitost VV/VR	Večinoma smo ukrepe realizirali. Pri padcu pacienta iz vozička smo izrekli ukrep, vendar pa takega primera nismo več imeli. Eden izmed ukrepov ni realiziran, ker še vedno ne preverjamo po zaključku službe ali so rtg. slike poslane.

Izpostavila bi eno varnostno vizito.

Varnostni problem/zaplet	Korektivni ukrepi	Rezultat
Neobveščanje o bolnišničnih okužbah pred preiskavo na radiološkem oddelku.	beleženje odklonov s primeri v zvezek	Odklone sproti beležimo, ter bolnišnično higieničarko mesečno obveščamo o odklonih.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 LETNI RAZGOVORI

Letni razgovori bodo izvedeni do konca marca 2015.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

V lanskem letu se je zunanjih izobraževanj udeležilo večina dipl.inž.rad. in SMS. Na mamografski sekciji sta Nataša Potočnik in Tina Omanović imeli aktivno udeležbo. Udeležili smo se predavanj iz različnih področij v radiologiji: bolezni dojk in mamografska sekcija, CT-MR sekcija, kontrastna sredstva in iz radiološke tehnologije.

4 ZAKLJUČEK

V letu 2014 smo se radiološki inženirji predvsem posvetili CT in MR diagnostiki. Radoja Berlisk Omanović, Manca Kosmač in Andreja Grilc so napisale protokole za preiskave na magnetni resonanci, Tina Omanović in Teja Zalar pa sta napisali protokole za CT preiskave. Vsi protokoli so napisani v pisni in elektronski obliki, kar je v veliko pomoč radiološkim inženirjem pri vsakdanjem delu.

V sodelovanju z radiologi smo uvedli nekaj novih preiskav (CT angio žil vratu in glave, rekonstrukcije MIP pri pljučni angiografiji in aorti, ter MR artroskopija rame).

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

Cilji	Aktivnost	Realizacija
1. Izvajanje varnostnih vizit 1 krat mesečno	poročanje v polletnih in letnih poročilih	kontinuirano
2. Protokoli za rentgensko slikanje med operativnimi posegi	izdelava protokolov za rtg slikanja med kirurškimi in ortopedskimi operativnimi posegi	Konec 2015
3. MR trebuha	usposobiti 2 dipl.inž.rad., izdelava protokola, izvedba preiskave	Konec 2015
4. Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku	izvedba ankete na posameznih diagnostikah, obdelava podatkov	November 2015
5. izvajanje nadzorov na mamografski in slikovni diagnostiki	izvedba nadzora, obdelava podatkov	Maj in november 2015

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO

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

UVOD

Tudi v letu 2014 novosti na oddelku za patologijo ne beležimo, saj so bila vsa vlaganja ustavljena. 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 letu 2013 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 2014 so bili na oddelku za patologijo tako redno zaposleni 4 uslužbenci in 2 pogodbeno.

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2014

Od lanskoletnih ciljev smo uspeli zadostiti bolnišničnim potrebam, predvsem s področja patologije prebavil in kože.

Z izvajanjem preiskav za področje ginekopatologije nismo pričeli zaradi nezadostne kadrovske podpore.

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. Z uvedbo redne kurirske službe za transport vzorcev, preko zaposlenih za informacijskim pultom, takorekoč ni več zaostankov pri dostavi vzorcev.

V analitični fazi smo z dodatnim delom uspeli skrajšati čas, ki preteče do izdaje izvida, do te mere, da je preko 90 % 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 2014 smo tako sprejeli vzorce odvzete ob 2.822 (2.320 – 2013) obravnavah bolnikov – število biopsij. Delež preiskav je 17% višji ob ambulantnih obravnavah - 2022 obravnav (1.729 v 2013), še bolj, 35%, pa ob hospitalnih - 800 obravnav (591 v 2013). Skupno je bilo za pregled poslanih 3.387 (2.736 -2013) različnih tkivnih vzorcev (tabela 2). V naši obdelavi je bilo pripravljenih 8.598 (8.257 – 2013) 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**	
	2014	**2013**
endoskopije	1380	1075
ambulante	1275	1117
operacijski blok z dnevno kirurgijo	732	544
Skupaj	**3387**	**2736**

V prosekturi smo opravili 39 obdukcij (21 v letu 2013), fetalnih obdukcij ni bilo. Iz vzorčenih tkiv je v histopatološkem laboratoriju nastalo dodatnih 851 tkivnih blokov (tabela 3)

Tabela 3: Število naročenih obdukcij po oddelkih

Enota/oddelek	**Število obdukcij**	
	2014	**2013**
Interni oddelek	17	10
IIT	5	1
Urgentna internistična ambulanta	3	1
Kirurški oddelek	4	3
EITOS	10	4
Pediatrični oddelek	0	1
Ginekološko-porodniški oddelek	0	2
Skupaj	**39**	**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. V zadnjem letu je teh primerov malo, saj smo v obdukcijsko dejavnost vključili specializantko, nenujni histološki vzorci pa počakajo na zakasnjeni prevzem v našo enoto. 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, 2013 in 2014 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

Vključeni smo v delovanje raziskovalne enote SB Jesenice.

V letu 2014 smo aktivno sodelovali na slide seminarjih Onkološkega inštituta, imeli smo dve objavi:

1. JERIČEVIĆ, Anja, KALAN, Gregor, KERN Izidor. Detection of lymphatic vessel invasion in neuroendocrine neoplasms of the gastrointestinal tract. V: LUZAR, Boštjan (ur.). 3rd Pannonia Congress of Pathology, Bled, Slovenia, May 15-17, 2014 : proceedings. Ljubljana: Združenje za patologijo in sodno medicino SZD, 2014, str. 20-21. [COBISS.SI-ID]

2. REMS, Miran, KALAN, Gregor, JOVANOVIČ, Anja. Is primary perineal closure with omentoplasty after extralevator abdominoperineal excision appropriate method?. V: Innovation meets tradition : poster exhibition. Munich: Medkongress AG, 2014, str. 14. http://www.colorectalsurgery.eu/wa_files/Abstractbook_2014_web4.pdf. [COBISS.SI-ID 81127681]

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 2014. Skupno smo v tem času prejeli naročilo za pregled tkiv ob 2.822 obravnavah bolnikov. Podatke smo razdelili v tri velike skupine naročnikov naših preiskav, to so E - endoskopske ambulante N=1023 (N=708), O - operacijski blok z dnevno kirurgijo N=653 (N=591) in A - ostale ambulante N=1146 (N=1021). 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**	
	2014	*2013*	**2014**	*2013*	**2014**	*2013*
isti dan	**96,2**	96,2	**100**	100	**99,8**	98,8
naslednji dan	**2,3**	2,6	**0**	0	**0,1**	0,5
do 1 teden	**1,5**	0,9	**0**	0	**0,1**	0,5
več	**0**	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. V zadnjem letu smo na enak način organizirali tudi transport večine vzorcev iz operacijskih dvoran.

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 ostaja delež naročenih preiskav, ki so bile sprejete kasneje kot v 5 dneh, podobno visok. 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 ali praznikih, 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**	
	2014	*2013*	**2014**	*2013*	**2014**	*2013*
18 ur	**24,1**	21,6	**45,6**	45,3	**52,2**	51,1
1 dan	**60,1**	59,6	**40,3**	38,3	**24,8**	25,4
do 5 dni	**12,9**	15,0	**12,3**	14,8	**19,2**	20,1
več	**2,9**	3,8	**1,7**	1,6	**3,5**	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 18 naročilih (2013 pri 15 oz. 0,6 %), 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 96,5 % biopsij (2013 – 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**	
	2014	*2013*	**2014**	*2013*	**2014**	*2013*
1 dan	**23,2**	30,9	**13,4**	21,0	**14,5**	20,6
1 teden	**74,0**	55,4	**75,6**	61,4	**72,6**	62,1
2 tedna	**2,2**	9,3	**4,8**	10,1	**9,5**	10,6
1 mesec	**0,6**	4,1	**3,3**	4,8	**2,6**	5,9
več	**0**	0,3	**2,8**	2,7	**0,8**	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 48.379 (2013 – 43.839) storitev. V tem obdobju smo odkrili in zabeležili 119 (2013 – 107) 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 1 takšen primer (2013 – 4 primere), ko je prišlo do zmotne zavedbe izvida pod istoimensko pacientko.

V letu 2014 smo prejeli 9 revizijskih zahtevkov (2013 – 8). V prejetih revizijskih izvidih je bila ena diagnoza spremenjena, ena dopolnjena, pri ostalih pa bistvenih odstopanj od prvotnih nismo zaznali.

6 CILJI V LETU 2015 IN ZAKLJUČEK

Med primarnimi cilji za leto 2015 ostaja zadostiti potrebam zavoda, kljub naraščajočemu številu preiskav.

Pojavlja se povpraševanje po uslugah našega oddelka za zunanje naročnike, tako po histopatoloških preiskavah kot tudi po avtopsijski diagnostiki. Ocenjujemo, da je obseg tega dela zaenkrat majhen in še obvladljiv. Smiselna je uvedba te ponudbe, predvsem zaradi priprave potrebnih organizacijskih sprememb in novosti.

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.

Določene preiskave za uporabo imunohistokemičnih markerjev zahtevajo načine predobdelave, ki jih ne moremo izvajati. Tudi tu je realizacija pogojena z nabavo dodatne opreme, do česar še ni prišlo, kljub temu, da je finančni vložek relativno nizek.

Nameravamo nadaljevati s pozitivnim vplivom na predanalitično fazo preiskav in zmanjševati pogostnost maksimalnih odstopanj.

LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO

doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik
Vodja laboratorija

1 ORGANIZACIJA LABORATORIJA

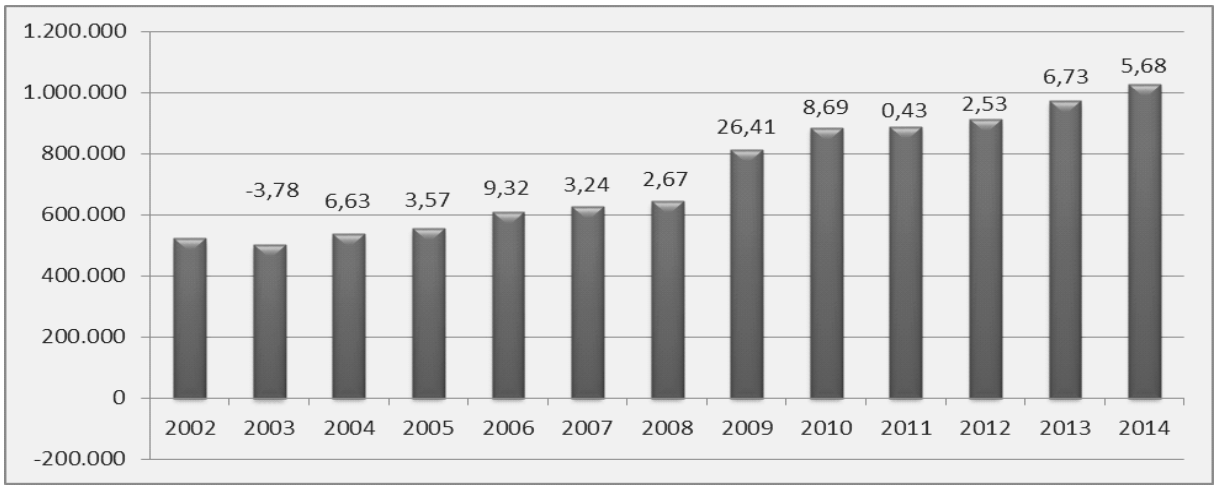
Laboratorij je opredeljen v Pravilniku o notranji organizaciji Splošne bolnišnice Jesenice kot Oddelek za laboratorijsko dejavnost. Ima Poslovnik, ki opredeljuje prostorsko in kadrovsko strukturo, navaja pristojnosti vodje in namestnika vodje, pooblastila laboratorijskemu osebju, obratovalni čas, katalog 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.
Za stroškovno obvladovanje naročanja laboratorijskih preiskav skrbi Komisija za laboratorijske preiskave, ki spremlja analize o porabljenih finančnih sredstvih za notranje preiskave in preiskave, ki jih zdravniki naročajo v zunanjih laboratorijih.

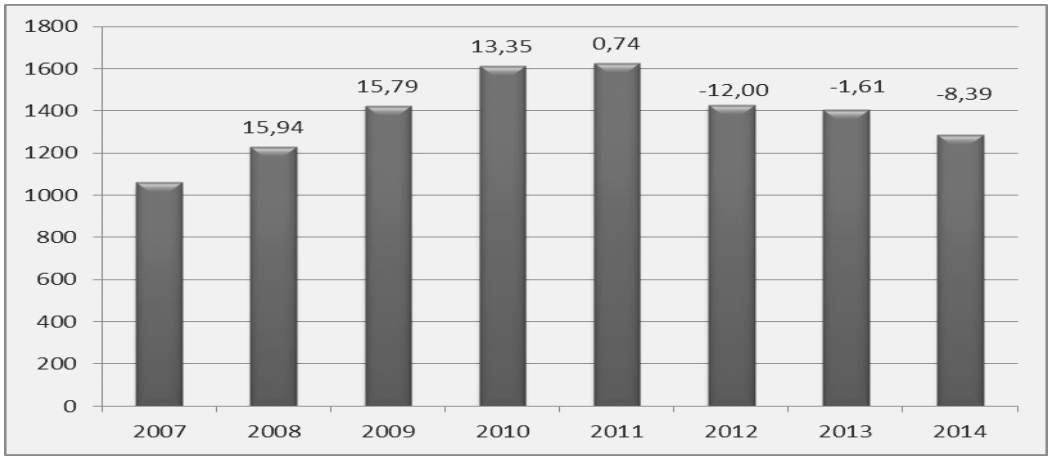
Vodja laboratorija je skupaj s člani Komisije za POCT odgovorna tudi za področje hitrih testov, ki se izvajajo ob pacientu na posameznih oddelkih in enotah. Nadzor nad testiranjem ob pacientu je namreč po Pravilniku (Uradni list RS 64/2004) v domeni specialista medicinske biokemije.

2 OBVLADOVANJE ŠTEVILA LABORATORIJSKIH PREISKAV

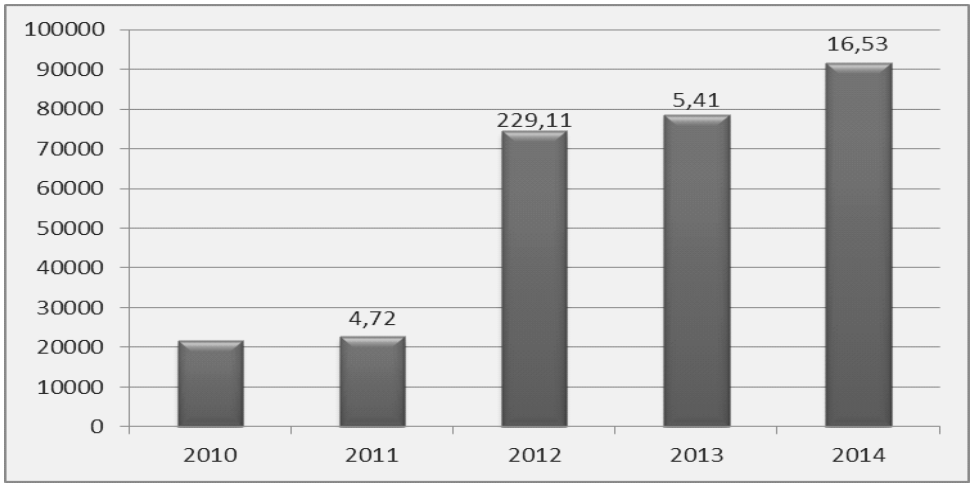
Laboratorijske preiskave so integralni del zdravstvene obravnave pacientov. V letu 2014 smo za ambulantni in hospitalni segment izdali 1.028.399 laboratorijskih rezultatov, kar je za 5,68% več kot v letu 2013 (Graf 1). Porast preiskav je posledica težje patologije in staranja prebivalcev.
Na področju števila odvzetih hemokultur je bilo skladno s strategijo Komisije za laboratorijske preiskave doseženo za 8,39% nižje število odvzetih hemokultur v primerjavi z letom 2013 (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 za primarno raven in Psihiatrično bolnišnico Begunje. V letu 2014 smo opravili za 16,53% več preiskav kot v letu 2013. 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 2014

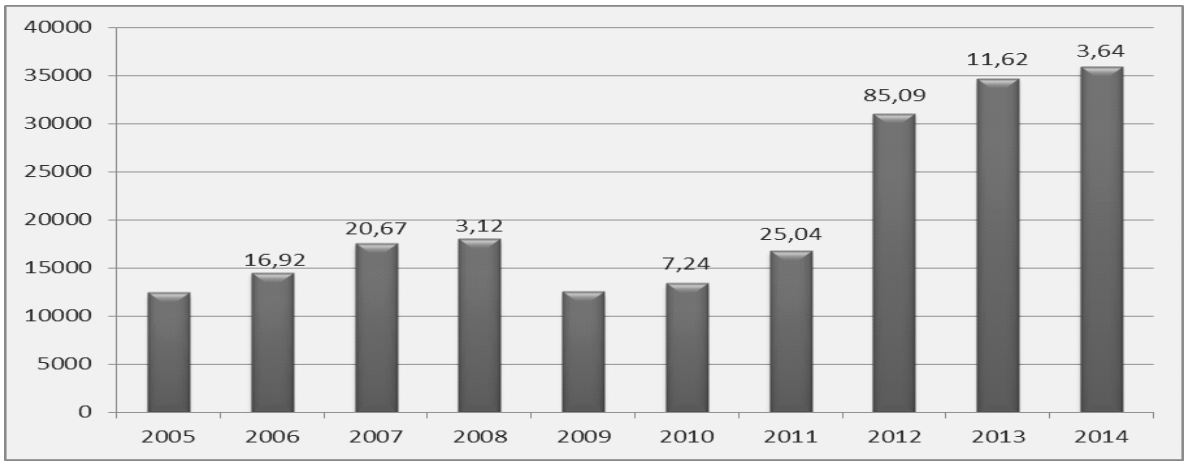


Graf 2. Število hemokultur v obdobju od 2007 do 2014



Graf 3. Opravljene preiskave za druge laboratorije v obdobju od 2010 do 2014

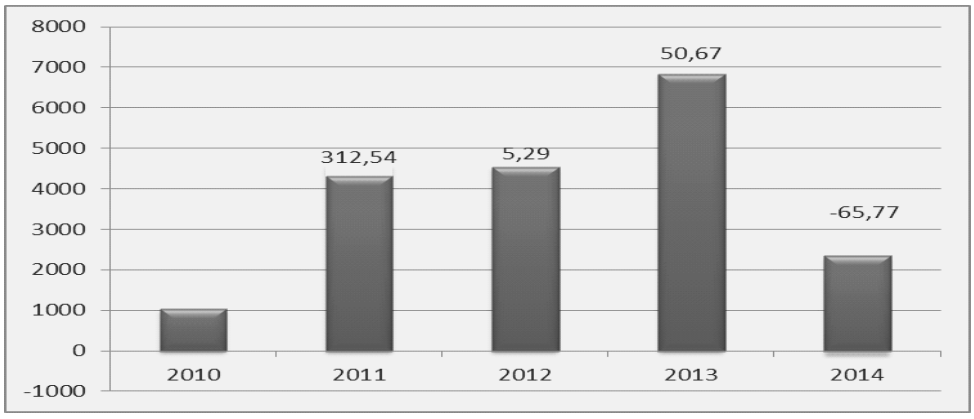
Potrebno je izpostaviti dejstvo, da smo v letu 2014 v zunanje laboratorije (NIJZ – Kranj, Mikrobiološki inštitut Ljubljana, Mikrobiološki laboratorij Golnik, Inštitut za klinično kemijo Ljubljana) odposlali za 3,64% več vzorcev kot v letu 2013. Področje naročanja laboratorijskih preiskav (predvsem mikrobioloških) ni bilo obvladovano (Graf 4).



Graf 4. Trendi v številu poslanih vzorcev v mikrobiloške in zunanje biokemične laboratorije

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.
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 4539, v letu 2013 je bilo opravljenih največ samoplačniških storitev (6839), v letu 2014 pa le 2341. Ta rezultat je posledica splošne ekonomske krize v naši državi. Plačna moč prebivalcev se je tako znižala, da se za samoplačniške storitve odločajo v manjšem obsegu.



Graf 5. Število opravljenih preiskav za samoplačnike od 2008 do 2014

4 TRENDI KAZALNIKOV LABORATORIJSKEGA PROCESA

V letu 2014 je laboratorijsko osebje izvajalo laboratorijski proces skladno z SOP – ji za obvladovanje predanalitične, analitične in poanalitične faze. Skladno z zastavljenimi cilji smo spremljali trende štirih 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 2014 je analiza trendov posameznih Kazalnikov pokazala:

- KK1: Skupno število predanalitičnih napak v letu 2014 znaša 1101. Zastavljen cilj je bil doseči 20% nižje število predanalitičnih napak kot v letu 2013. Cilj je dosežen, število predanalitičnih napak se je v letu 2014 znižalo za 28,6% v primerjavi z letom 2013 (tabela 1). Kažejo se pozitivni rezultati delovanja Projektne skupine za obvladovanje predanalitike. Projektna skupina je začela delovati v oktobru 2012.

Tabela1. Število predanalitičnih napak v letih 2012, 2013 in 2014

Leto	Število napak	Trend (%)
2012	2279	
2013	1543	32,5 % ↓
2014	1101	28,6 % ↓

- KK2: Število odstopov v kakovosti vzorcev za mikrobiološke preiskave je bilo v letu 2014 zelo nizko (n= 29), nizko je bilo že v letu 2013 (n= 53). Gre za neznačilen kazalnik, zato ga z letom 2015 ne bomo več vodili.

- K3: Število preiskav na obravnavo v ambulantah je bilo v letu 2014 za 8,1% nižje (cilj je bil znižanje za 2%) kot v letu 2013. Cilj je dosežen zaradi delovanja Komisije za laboratorijske preiskave (tabela2).

Tabela 2: Število preiskav v na obravnavo v letu 2014 in 2013

	2014 - Število preiskav / obravnavo	2013 – Število preiskav / obravnavo
URG INT.AMB.	324,2	327,5
KRG.AMB.	34,4	32,5
GIN AMB	29,3	28,1
DIAB AMB	71,1	88,7
DISP. ŽENE	73,3	54,7
SPL INT AMB	205	283,7
KARD AMB	113,1	142,4
ANIT AMB	59,6	18,5
NEFR AMB	490	569,2
GASTRO AMB	298,4	199,4
URG. PED.	87,6	87,8
EHO	24	26,3
CENTER ZA HD	28,1	97,3
CAPD	146,8	326,7
DERMA AMB	9	11,6
URO AMB	32,7	36,3

ORTOP AMB	3,28	0,94
OTOL AMB	0,67	1,97
ALERGO AMB	23,6	17,5
NEFRO PED	271,6	264,8
GASTRO PED	182,2	105,9
NEONAT PED	13,4	22,4
SKUPAJ	2521,35	2744,21

- K4: Povprečen čas izvedbe urgentnih naročenih preiskav in spremljanje trendov v številu preiskav, ki niso bile pravočasno izvedene (TAT), je pokazal, da se število urgentnih naročenih preiskav od leta 2011 veča, da pa se je povečal tudi delež preiskav s preseženim časom izvedbe (tabela 3). Določen cilj za 2014 je bil zmanjšati delež preiskav s TAT na 0,2%. Cilj ni bil dosežen, saj se je delež preiskav s TAT povečal za 1,35% glede na leto 2013.

Tabela 3: Trendi v številu urgentnih preiskav s TAT

PARAMETER / LETO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Število urgentnih preiskav		79664	64181	74538	78894	87907
Število urgentnih s TAT	/	2275	1384	632	194	1187
Delež URG preiskav s preseženim TAT	/	2,85%	2,17%	0,84%	0,24%	1,35

- Anketiranje o zadovoljstvu naročnikov laboratorijskih preiskav v letu 2014 ni bilo izvedeno.

- Za varno obravnavo bolnikov je zelo pomembno tudi sporočanje kritičnih rezultatov. V letu 2014 smo jih sporočili 431.

Tabela 4: Število sporočenih kritičnih vrednosti v posameznem letu

	2010	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***
Število kritičnih vrednosti	*264*	*232*	*217*	*299*	*431*

5 CILJI ZA LETO 2015

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 2015. To so:

- Spremljanje Kazalnikov laboratorijskega procesa in ukrepanje ob odstopih.
- Oblikovanje novega cenika laboratorijskih preiskav.
- Ponudba biomarkerjev osteoporoze za samoplačnice.
- Oblikovanje ponudb za primarno zdravstvo.
- Sprememba strategije na področju izvajanja presejalnih mikrobioloških testov.
- Dosledno obvladovanje predanalitične faze.

6 STROKOVNO DELO IN ZAKLJUČEK STROKOVNEGA POROČILA

Na raziskovalnem in strokovnem področju smo uspeli doseči tri bibliografske enote, ki so dostopne v podatkovni bazi SICRIS.

1.08 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci

1. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, GARTNER, Maja. Laboratorijske preiskave - orodje za spremljanje hiperlipidemije in sladkorne bolezni. V: GRMEK-KOŠNIK, Irena (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). *Kronične bolezni sodobne družbe : od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe : zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, 2014, str. 82-88. [COBISS.SI-ID 80125185]

Recenzent

2. GRMEK-KOŠNIK, Irena (urednik, recenzent), HVALIČ TOUZERY, Simona (urednik, recenzent), SKELA-SAVIČ, Brigita (urednik). *Kronične bolezni sodobne družbe : od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe : zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, 2014. 1 optični disk (CD-ROM). ISBN 978-961-6888-16-5. [COBISS.SI-ID 79520001]

Urednik

3. Zbornik delovanja ZLMS 2014 : Etika in kakovost v laboratorijski medicini : strateško delovanje zbornice : strokovni prispevki. Ljubljana: Zbornica laboratorijske medicine Slovenije, 2014. 87 str., ilustr. ISBN 978-961-93148-1-4. [COBISS.SI-ID 80435201]

Zaposleni v laboratoriju smo ponosni na obseg opravljenega analitičnega in strokovnega dela ter na rezultate uspešno opravljenih zunanjih (DIAS NIAHO, TEMOS) in notranjih presoj v letu 2014.

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
- 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
- beleženje porabe na bolnika
- sprejem materiala preko črtne kode in posledično začetek uvajanja evidenčnih skladišč

2 KADRI

V lekarni je zaposlenih 7 strokovnih delavcev:
- 1 mag. farmacije specialist
- 1 mag. farmacije
- 5 farmacevtskih tehnikov

2.1 STRATEŠKI CILJ ZAPOSLENIH

Aktivnosti na oddelku/enoti za doseganje strateškega cilja	**Cilj aktivnosti na oddelku/enoti**	**Predvideni čas izvajanja aktivnosti**	**Nosilci aktivnosti**	**Ocena* zunanjih stroškov aktivnosti**
Strokovni sestanki, poročila,razgovori	*Dobra informiranost, racionalna izraba delovnega časa,korektni odnosi*	*stalno*	*Farmacevti, farm. tehniki*	

3 OPRAVLJENO DELO

Osnovni namen lekarne je preskrba oddelkov in enot z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki.
Zaloge v lekarni so bile obvladljive, sproti naročamo manjše količine, kar predstavlja več dela vsemu kadru. Zaloge na koncu obdobja (meseca) so se gibale od 120 – 140 tisoč evrov.

Zmanjševali smo nekurantne zaloge in se z oddelki dogovorili, da so porabili artikle pred iztekom roka uporabe.
Zaradi manjšanja zalog na oddelkih, medicinsko tehnične pripomočke, del sterilnih raztopin in tudi zdravil izdajamo po komadih, kar pomeni dnevno povečan obseg dela (vse bi morali izdajati v originalni embalaži).
Večkrat se srečujemo z deficitarnostjo in dolgim dobavnim rokom za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke. V začetku je bila bolnica v manjših finančnih težavah, zato so dobavitelji ustavili redne dobave zdravil in MTP. Takrat smo se dogovorili za nakup cenejših paralel oz. smo se dogovarjali z dobavitelji za dodatne popuste. Od avgusta poteka nakup zdravil preko javnega naročila in zato so se težave na tem področju zmanjšale.
V sodelovanju s klinično farmacevtko na intranetni strani objavljamo listo medsebojno zamenljivih zdravil ter listo za pripravo in aplikacijo zdravil, ki se redno posodablja (v skladu z zdravili izbranimi na javnem razpisu).
Še vedno opažamo napačno zaračunavanje cen s strani dobaviteljev; izvajamo redno kontrolo ujemanja cen.
Postopek javnega naročila medicinsko tehničnih pripomočkov se izvaja direktno preko programa Go-Soft (ustreznejša izbira adekvatnih artiklov z lažjo primerjavo cen med dobavitelji). Vedno več veledrogerij ponuja naročanje preko njihovih spletnih strani, kar pomeni zmanjšanje napak pri prenosu naročil, delno smo začeli s prevzemom artiklov preko barkode, istočasno pa smo pripravljali program za uvoz elektronskih dobavnic, ki so opremljene s serijo in rokom uporabe artiklov.
Posodabljali smo SOP-e.

3.1 NABOR MATERIALA

Število kartic - zdravila in ostali material: 16749 (v l.2013 – 16254), število kartic se je povečalo na račun novega osteosintetskega materiala in endoprotez.
Promet je potekal na 8302 karticah (v l.2013 na 8028 karticah).
Realiziranih je bilo izdajnic 15437 (v l.2013- 15456).
Prevzemnic je bilo 9679 (v l.2013 - 8758).
Na področju analitike smo izvedli naslednje kontrole kakovosti skladno s predpisi Ph. Euro. 7th Ed.: opravljenih je bilo 196 analiz vhodne kontrole surovin in preverjanj A - testov surovin.

3.2 GALENSKI IN STERILNI PRIPRAVKI, MAGISTRALNA RECEPTURA

Glede na razpoložljivost na tržišču in smiselnosti lastne izdelave smo v letu 2014 izdelali:
- magistralni pripravki, reagenti: 6334kom (2012 - 5742kom).

4 STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE

Delavci v lekarni se izobražujemo čez celo leto; nekaj na kongresih in seminarjih za oba profila. Veliko pa se izobražujemo tudi sami; predavanja organizirajo podjetja, ki tržijo zdravila in medicinski material in ostalo, LZS in SFD.

5 CILJI V LETU 2015

- Doseganje največje kvalitete dela v skladu z SOP in spremljanje kazalnikov kakovosti.
- Posodobitev proizvodnih listov.
- Posodobitev opreme za izdelavo magistralnih pripravkov (nakup magnetnih mešal)
- Zadovoljstvo zaposlenih v kolektivu lekarne in ohranjanje dobrih odnosov z vsemi vključenimi v naš proces dela.
- Potrebno bi bilo vzpostaviti alarmni sistem za javljanje vloma.

- Zaposlitev zadostnega števila farmacevtov s specializacijo klinične farmacije (ustni predlog verifikacijske komisije).
- Preselitev garderobe v ustrezne prostore.
- Posodobitev (prezračevanje, odtok, javljalnik požara) prostora za shranjevanje jedkih in vnetljivih snovi.
- Dokončanje projekta prevzema in izdaje blaga preko barkode, ter vzpostavitev evidenčnih skladišč.
- Nov vhod za dostavo materiala.
- Projekt porabe na pacienta in eTTL.

6 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 z vsemi sodelavci v bolnici.

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI KLINIČNE FARMACIJE

Brigita Mavsar - Najdenov mag. farm., spec. klinične farmacije
pomočnica strokovnega direktorja za področje klinične farmacije

UVOD

Klinična farmacija je novejše področje sodobne farmacije, ki je v največji meri usmerjeno k bolniku in se izvaja v sodelovanju kliničnega farmacevta z zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem. 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). Klinični farmacevt je v SBJ aktivno vključen v vodenje Komisije za zdravila in Komisije za antibiotike, kakor tudi v članstvo ožjega sestava Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb in Enote za raziskovalno dejavnost SBJ.

Začetki klinične farmacije v SBJ segajo v leto 1997. V letu 2003 smo bili med prvimi bolnišnicami v Sloveniji, kjer smo pričeli z delom na oddelkih.

1 OPRAVLJENO DELO V I. 2014

1.1 FARMAKOTERAPIJSKI PREGLEDI PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA S SODELOVANJEM NA ODDELČNIH RAPORTIH IN GLAVNIH VIZITAH

Po načelih racionalne farmakoterapije okužb smo pregledali 1.936 primerov bolnikov, ki so imeli predpisano eno ali več PMZ, od tega 1.359 primerov na internem, 547 primerov na kirurškem oddelku in 30 primerov na OZZN /KKR. Klinični farmacevt je sodeloval na 41 raportih internega in 42 raportih kirurškega oddelka ter na 25 glavnih vizitah, ki so bile opravljene na odsekih internega oddelka.

Tabela 1: Število farmakoterapijskih pregledov protimikrobnega zdravljenja ter prisotnosti na oddelčnih raportih in glavnih vizitah

oddelek / odsek		Št. bolnikov s PMZ	raporti	Glavne vizite
INTERNI ODDELEK	IIT	48		
	Kardiološki odsek	304		6
	Endokrinološki odsek	473		7
	Gastroenterološki odsek	534		12
Skupaj interni oddelek		1.359	41	25
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abd. in spl. kirurgijo	310		-
	Odsek za travmatologijo	150		-
	Odsek za ortopedijo	87		-
Skupaj kirurški oddelek		547	42	-
KKR+OZZN		30	-	-
SKUPAJ OPRAVLJENO DELO NA ODDELKIH:		1.936	83	25

2.2 POSVETOVANJA NA PODROČJU UPRAVLJANJA Z ZDRAVILI

Skupaj je bilo opravljenih 180 posvetovanj z zdravniki, 28 z osebjem zdravstvene nege in po eno z osebjem oddelkov za radiologijo in laboratorijsko diagnostiko. Pri reševanju problemov je bilo potrebno vključiti v 11 primerih kliničnega mikrobiologa, v 4 primerih infektologa in v 5 primerih proizvajalce zdravil.

Tabela 2: Število opravljenih posvetovanj kliničnega farmacevta

ODDELEK		**VPRAŠANJA**		***DODATNO POTREBNA VKLJUČITEV***		
		ZDRAVNIKOV, KLIN. BIOKEMIKOV	**MEDICINSKIH SESTER, RADIOLOŠKIH TEHNIKOV**	**KLINIČNEGA MIKROBIOLOGA**	***INFEKTOLOGA***	***PROIZV. ZDRAVIL***
INTERNI ODDELEK	IIT	10	0	1	0	0
	Kardiološki odsek	21	0	1	0	0
	Endokrinološki odsek	29	0	2	3	1
	Gastroenterološki odsek	40	2	2	0	0
	Int. ambulante	3	0	0	0	0
Skupaj interni oddelek		**103**	**2**	**6**	**3**	**1**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abd. in spl. krg	21	8	2	2	1
	Odsek za travmatologijo	12	2	1	0	0
	Odsek za ortopedijo	22	2	2	1	0
	Krg. ambulante	3	0	0		0
Skupaj kirurški oddelek		**58**	**12**	**5**	**3**	**1**
URGENCA/SPREJEM		1	1	0	0	0
EITOS		2	7	0	0	0
AN.-RE. ODDELEK		2	3	0	0	0
OTROŠKI ODDELEK		5	0	0	0	1
GIN.-POR. ODDELEK		4	1	0	0	0
KKR		2	1	0	1	1
OZZN		2	1	0	0	1
DIALIZA		1	0	0	0	0
ODDELEK ZA RADIOLOGIJO		0	1	0	0	0
ODDELEK ZA LAB. DIAGNOSTIKO		1	0	0	0	0
SKUPAJ OPRAVLJENIH POSVET.		**181**	**29**	**11**	**4**	**5**

Z zdravniki smo najpogosteje reševali probleme v povezavi s protimikrobnim zdravljenjem bolnikov ob sprejemu, na oddelkih in v ambulantah, glede:

- izbire PMZ: empirično na začetku zdravljenja ali usmerjeno glede na mikrobiološki izvid, pri prehodu na peroralno zdravljenje in v primeru preobčutljivosti za določena PMZ
- odmerjanja PMZ: običajno (glede na mesto okužbe) in prilagojeno (glede na (pato)fiziološke značilnosti bolnikov in na plazemske nivoje PMZ - vankomicin, gentamicin)
- načina spremljanja plazemskih koncentracij PMZ (vankomicin, gentamicin)
- trajanja zdravljenja s PMZ
- protimikrobnega spektra delovanja PMZ
- 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

V manjšem obsegu pa tudi glede:

- protimikrobne zaščite pred op. posegi (kolonizacija z odpornimi bakterijami, alergija za PMZ izbire)
- medsebojnega delovanja predpisanih zdravil
- vpliva predpisanih zdravil na določena klinična stanja in vrednosti laboratorijskih izvidov
- priporočil in navodil za uporabo (odstop od priporočil, uporaba izven indikacij)
- načina poročanja NUZ in zastrupitev v sistem farmakovigilance
- možnosti preskrbe zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet v RS
- predpisovanja na recept za nadaljevanje zdravljenja po odpustu iz bolnišnice (osnovni podatki o zdravilih - lastniško ime, jakost zdravilne oblike, pakiranje)
- uporabe CBZ pri predpisovanju zdravil s terapevtskih skupin
- stroškovne primerjave zdravil v isti farmakodinamski podskupini
- načina pridobitve identa novega zdravila za uporabo v SBJ (redne in izredne odobritve)
- uporabe medicinskih pripomočkov (inhalacijski komplet, zaščitni respirator FFP3)
- varne uporabe generičnih zdravil (zamenjave)

Najpogostejša vprašanja medicinskih sester:

- farmakodinamska skupina in delovanje zdravil
- zdravilna učinkovina v zdravilu
- zaščiteno ime zdravila
- osnovni podatki o zdravilu (priprava, dajanje, previdnostni ukrepi)
- združljivost parenteralnih zdravil z nosilnimi raztopinami
- stabilnost zdravil za parenteralno uporabo po raztapljanju oz. redčenju
- 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
- preverjanje internih oddelčnih navodil za pripravo in aplikacijo zdravil za parenteralno uporabo
- način poročanja NUZ in zastrupitev v sistem farmakovigilance

2.3 NAČRTOVANJE INDIVIDUALNEGA ODMERJANJA VANKOMICINA Z ORODJEM *PHARMACALC*

Individualno načrtovanje zdravljenja z zdravili izvajamo na podlagi populacijskega enoprostornega farmakokinetičnega modela za napovedovanje plazemskih koncentracij vankomicina, ki smo ga razvili v sodelovanju s Fakulteto za farmacijo, na podlagi analize podatkov SBJ.
Devetnajstim bolnikom s tveganjem za nastanek ledvične okvare ali z že okvarjenim delovanjem ledvic smo prilagodili odmerjanje vankomicina s pomočjo računalniške farmakokinetične simulacije. Petim bolnikom smo morali prilagoditi odmerjanje vankomicina delovanju ledvic večkrat. Tako je bilo skupno opravljenih 27 primerov prilagoditve odmerjanja vankomicina delovanju ledvic. V devetnajstih primerih smo morali odmerjanje bistveno znižati od običajno priporočenega.

Tabela 3: Število opravljenih načrtovanj individualnega odmerjanja vankomicina na osnovi farmakokinetične simulacije s PharmaCalc orodjem

ODDELEK		Št. pregledanih terapij bolnikov
INTERNI ODDELEK	IIT	1
	Kardiološki odsek	4
	Endokrinološki odsek	3
	Gastroenterološki odsek	10
SKUPAJ INTERNI ODDELEK		**18**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abd. in spl. kirurgijo	3
	Odsek za travmatologijo	4
	Odsek za ortopedijo	1
Skupaj kirurški oddelek		**8**
OZZN		1
SKUPAJ OPRAVLJENIH INDIVIDUALNIH ODMERJANJ VANKOMICINA		**27**

2.4 FARMAKOTERAPIJSKI PREGLEDI GLEDE MOŽNIH INTERAKCIJ MED SOČASNO PREDPISANIMI ZDRAVILI IN HRANO Z DRUGS.COM INTERACTION CHECKER IN LEXICOMP

Farmakoterapijski pregled predpisanih zdravil smo opravili pri osmih posebej izpostavljenih bolnikih: z nepojasnjeno odpovedjo jeter, s povišanimi vrednostmi *p-Kreatinkinaze* in *p-Mioglobina*, z izgubo zavesti in s polifarmakoterapijo. Bolniki so imeli predpisanih od 4 do 19 zdravil. Povišane vrednosti *p-Kreatinkinaze* in *p-Mioglobina* ter vpliv na srčni ritem in stanje zavesti smo lahko potrdili kot posledico medsebojnega vpliva predpisanih zdravil. Skupaj smo pri vseh osmih bolnikih ugotovili 19 interakcij hude stopnje - ko je potrebno natančnejše spremljanje bolnikovega stanja in ukinitev zdravila ob ugotovljenem negativnem razmerju med koristjo ter tveganjem in 162 interakcij zmerne stopnje - ko je pri zdravljenju potrebna previdnost s spremljanjem bolnikovega stanja.

Tabela 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	17	36	9	3	31	6
KIRURŠKI ODDELEK	2	12	13	5	4	13	1
IIT	1	18	27	4	2	27	2
OZZN / KKR	3	45	104	14	17	91	10
SKUPAJ	**8**	**92**	**180**	**32**	**26**	**162**	**19**

2.5 DELO V KOMISIJAH

	aktivnost	**Opravljeno delo**
Komisija za zdravila	predsednica	izvedena 2 redna sestanka ter 4 korespondenčne seje, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
Komisija za antibiotike	predsednica	izvedena 2 sestanka, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
KOBO	članica ožjega sestava	udeležba na 3 od 3 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 z zdravili povezanih problemov (ZPP) v SBJ (Strokovna direktorica SBJ, Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege SBJ)
- Pregled oddelčnih depojev zdravil s seznama prepovedanih drog
- Nadzor predpisovanja rezervnih PMZ (R-PMZ) na vseh oddelkih in enotah SBJ (Strokovna direktorica SBJ, Komisija za antibiotike SBJ)
- Javna naročila zdravil (Lekarna SBJ, Nabavna služba SBJ, Komisija za zdravila SBJ)
- Projekt e-TTL (Strokovna direktorica SBJ, Lekarna SBJ, Komisija za zdravila SBJ)

2.7 OBRAVNAVANJE ODKLONOV NA PODROČJU UPRAVLJANJA Z ZDRAVILI

V letu 2014 je bilo evidentiranih 5 odklonov. Štirje so bili v povezavi z navodili v tujem jeziku, eden pa v povezavi z aplikacijo zdravila.

3 IZOBRAŽEVANJA

Udeležba na strokovnih srečanjih in izobraževanjih, ki so jih organizirali:

- SFD: Simpozij ob 39. skupščini
- SFD, Sekcija za klinično farmacijo: 4. simpozij
- SZD, Sekcija za protimikrobno zdravljenje: 5th Southeast European Conference on Chemotherapy and Infection (SEEC) in 20. Infektološki simpozij
- SZD, Sekcija za klinično toksikologijo: 2. slovensko srečanje o klinični farmakologiji, Toksikologija 2013
- Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini: 9. posvet o kronični bolezni srca
- SBJ, MZ, Društvo MS, ZT in babic Gorenjske: 7. Dnevi Angele Boškin (aktivna udeležba)

4 OBJAVLJENI PRISPEVKI

1.09 - OBJAVLJENI STROKOVNI PRISPEVEK NA KONFERENCI

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Proces predpisovanja in dajanja zdravil v krogu kakovosti. V: 7. dnevi Angele Boškin, 21. november 2014, Kranjska Gora. BAHUN, Mateja (ur.). *Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2014, str. 54-60. [COBISS.SI-ID 31819225]

5 ZAKLJUČEK

Po več kot desetletju obstoja je klinična farmacija v SBJ prepoznana dejavnost in se je uveljavila na različnih področjih upravljanja z zdravili, s poudarkom na upravljanju s PMZ. Glede doseženih vrednosti kazalnika kakovosti MZ bolnišnične porabe PMZ se naša bolnišnica vsa opazovana leta uvršča med štiri najboljše slovenske bolnišnice od skupno 29, kar kaže na obvladano rabo PMZ in na uspešno delo vseh sodelujočih v interdisciplinarnem timu upravljanja s PMZ. Po vzoru tujih in v zadnjem času tudi nekaterih slovenskih bolnišnic, kakor tudi glede na zahteve akreditacij po mednarodnih standardih kakovosti za bolnišnice, bi bilo tudi v SBJ upravičeno okrepiti kader z enega na več kliničnih farmacevtov in ustanoviti odsek za klinično farmacijo, kar bi omogočalo širitev dejavnosti na že vpeljanih področjih dela (področja upravljanja drugih skupin zdravil) kakor tudi na nova področja dela (usklajevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu in ob odpustu bolnikov iz bolnišnice).

DEJAVNOST DERMATOVENEROLOŠKE AMBULANTE

Tamara Levičnik, dr. med.
Lina Virnik Kovač, dr.med.

1 ORGANIZACIJA

V letu 2014 sva v dermatovenerološki ambulanti delali dermatologinji Tamara Levičnik, dr. med., zaposlena za polni delovni čas (40 ur tedensko) in Lina Virnik Kovač, dr. med., 24, od septembra pa 16 ur tedensko. Oktobra 2014 se je upokojila Milana Mežnarec, SMS, ki je vrsto let delala v dermatološki ambulanti. Nadomestila jo je Damjana Langus, SMS, ki je sicer delno delala v dermatološki ambulanti že prej, sedaj pa dela v ambulanti dr Levičnikove. Pridružila se nam je Mirela Bećirević, VMS, ki sodeluje v obeh ambulantah.
Sestri izvajata administrativna dela v ambulanti, pomagata pri oskrbi pacientov in sodelujeta pri izvajanju fototerpije UVB 311. V sprejemni ambulanti je organiziran sprejem pacientov in dostava kartotek iz arhiva.
V letošnjem letu smo izvedli prenos kompetenc pri oskrbi in terapiji virusnih bradavic na VMS, še vedno pa nadzor in vodenje pacienta izvaja zdravnik. Virusne bradavice so že vrsto let najpogostejši razlog za obiske pacientov v dermatološki ambulanti, potrebujejo pa številne in pogoste kontrole. Pacienti so posledično bremenili termine za kontrole ostalih pacientov. Sistem smo na ta način nekoliko razbremenili, pomoč s strani VMS Bećirovič je dobrodošla in precej olajša delo obeh zdravnic.

2 PLAN IN REALIZACIJA

V letu 2014 je pregledano 8.850 pacientov, od tega 3.631 so bili prvi pregledi, ponovnih pregledov je bilo 5.219. Razmerje prvi/ponovni je bilo 0,70. Opravljeno je 50.203,99 točk, index realizacije je bil 96,97. Indeks realizacije pri obiskih je bil 102,58. Najbolj pogost razlog obravnav so bile virusne bradavice, sledijo pregledi zaradi nevusov po koži, luskavica, seboroične keratoze, aktinične keratoze, navadna mozoljavost, varice ven spodnjih udov, nato še ostale dermatološke bolezni in stanja. V okviru kirurških ekscizij nam je uspelo delno izboljšati ovrednotenje izreza malignih in benignih sprememb.
V okviru bolnišnične laboratorijske diagnostike nadaljujemo z mikološkimi nativnimi pregledi in kulturiranjem vzorcev, ki jih odčitava Lina Virnik Kovač.
V okviru fleboloških pregledov Lina Virnik Kovač izvaja UZ preglede ven sp. okončin. V mesecu decembru smo začeli s sklerozacijami, ki pa jih zaradi težav pri dobavi materiala zaenkrat nismo nadaljevali.

3 IZOBRAŽEVANJE

Tamara Levičnik, dr.med., se je udeležila naslednjih izobraževanj: marca 2014 letno spomladansko srečanje ZSD »Iz prakse za prakso« in 10. Šola o melanomu. Aprila 2014 aktivno predavanje za Društvo pacientov z osteoporozo na temo kožnega raka (melanom), sledile so pasivne udeležbe maja na EADV Beogradu, oktobra na strokovnem srečanju »Vloga zavore osi IL23/Th17 pri doseganju trajnega kliničnega odgovora« ter v Madridu PEARLSi3 meeting, »Pathways into practice: innovation across the psoriatic spectrum«
Dr Levičnikova in dr Kovačeva sta junija lani imeli predavanje za družinske zdravnike in zaposlene v ZD Jesenice na temo »Novosti pri zdravljenju bazalnoceličnega karcinoma«.

Lina Virnik Kovač, dr. med., se je v mesecu juliju udeležila Fortbildungswoche v Munchnu ter EADV kongresa v Amsterdamu v mescu oktobru. Jeseni se je udeležila še dveh izobraževanj s področja flebologije in sicer delavnice UZ ven spodnjih okončin v Ljubljani in jubilejnega srečanja avstrijskega flebološkega združenja na Dunaju.

4 VIZIJA

Planiramo odprtje samoplačniške ambulante, kjer bi bili v ospredju predvsem estetski posegi, kar pa je povezano z nakupom dodatne opreme in sicer aparata za RF ablacijo.

STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI

Janja Borič, dr. med., spec. nevrologije

UVOD

V letu 2013 je v SB Jesenice potekala nevrološka dejavnost tretje leto.

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2014

1.1 POTEK DELA

Delo je potekalo v obliki ambulantnih nevroloških pregledov, elektromiografskih (EMG) meritev in konziliarnih pregledov. Nekaj pacientov je bilo sprejetih na dnevno obravnavo zaradi diagnostike ali zdravljenja multiple skleroze.

Ob ponedeljkih in petkih sem se udeleževala jutranjega rednega delovnega sestanka na Internem oddelku, občasno pa tudi popoldanske predaje službe.

1.2 ZAPOSLENI

Program nevrološke ambulante skupaj z EMG-jem smo opravljali: nosilka dejavnosti Janja Borič, dr. med., spec. nevrologije, nevrofiziološka EMG asistentka Tadeja Petrović, dipl. m.s., medicinske sestre v Centralnem naročanju in administratorke po razporedu.

Tudi letos je večinoma ob ponedeljkih enkrat tedensko prihajal specializant Luka Notar, dr. med., ki je opravljal posamezne nevrološke preglede ter se vključeval v program Internistične službe s konziliarnimi pregledi in Dopplerjem vratnih arterij.

1.3 PROGRAM IN REALIZACIJA

V letu 2014 smo imeli za ambulantno dejavnost skupaj z EMG-jem postavljen plan za 0.8 nosilca. V decembru 2014 smo glede na Aneks k splošnemu dogovoru za leto 2014 prejeli dodatni program za 0.2 nosilca namenjen izključno nevrološkim pregledom.

Tabela 1: V letu 2014 planirano in realizirano delo

Nevrološka ambulanta	Načrt	Realizacija	Index
točke	34.537	35.472,41	102,71
obiski	1.989	2.055	103,32

Tabela 2: Realizacija opravljenega dela in primerjava z letoma 2012 in 2013 za vse plačnike

	Prvi pregledi	Ponovni pregledi	Skupaj prvi in ponovni pregledi	Razmerje prvi/ponovni	Od tega EMG	Konziliarni pregledi /konziliarni EMG-ji
2012	1829	378	2207	4.84	613	322
2013	1706	505	2210	3.38	582	359
2014	1650	510	2160	3,23	500	462/12

1.4 IZOBRAŽEVANJA

Pasivna udeležba na:

- Simpoziju Akutna možganska kap IX, ki je v maju potekal v Ljubljani
- Faganelovih dnevov na temo: Spastičnost in motorična kontrola, ki so potekali v septembru v Ljubljani ter
- Nevrofiziološkem seminarju s prikazom zanimivih kliničnih primerov iz iztekajočega se leta, ki je potekalo na Nevrološki kliniki v Ljubljani.

Organizirala sem dvoje izobraževanj v SB Jesenice v sklopu projekta TeleKap. Predaval je Matija Zupan, dr.med., spec nevrolog iz Nevrološke klinike.
Pripravila sem Klinično pot za obravnavo pacienta, ki je kandidat za trombolizo in v zadnjih mesecih leta smo vzpostavili in začeli uporabljati tako videokonferenčni sistem kot tudi pošiljanje CT slik v TelePacs.

2 CILJI ZA LETO 2015

- pridobitev samostojnega prostora za ambulantno delo
- vključitev specializantke nevrologije Aleksandre Veljanovske, dr. med. v ambulantno delo SB Jesenice
- vključitev ambulantne pomoči nevrologa iz druge ustanove, da obdržimo in realiziramo pridobljen program
- usmerjanje aktivnosti v pridobitev programa in kadra za EEG
- načrtovanje poti za ustanovitev Enote za možgansko kap na Internem oddelku

STROKOVNO POROČILO O OKULISTIČNI DEJAVNOSTI

Majda Volčini Krumpestar, dr. med., spec. oftalmolgije

UVOD

Po utečenem urniku so se tudi v letu 2014 v okviru okulistične dejavnosti izvajali:

- ambulantni okulistični pregledi,
- preiskave vidnega polja
- konziliarni pregledi

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2014

1.1 ZAPOSLENI

K timskemu delu prispevata medicinski sestri Stanislava Struna in Damijana Langus, ter administratorke po razporedu.

1.2 PROGRAM

V letu 2014 smo realizirali 0.33 tima v ambulanti, ki deluje enkrat tedensko. Planirano realizacijo smo dosegli 100%, prav tako je bila realizacija 2014 glede na 2013 100%.

1.3 REALIZACIJA OPRAVLJENEGA DELA

Tabela 1: Najpogostejše glavne diagnoze za okulistične preglede v ambulanti v letu 2014

H522 Astigmatizem	143
E119 Sladkorna bolezen tipa 2 brez zapletov	110
Z961 Prisotnost očesne leče	68
H521 Kratkovidnost (miopija)	65
E11 Sladkorna bolezen tipa 2	61
H40 Glavkom (zelena mrena)	51
I10 Esencialna (primarna) arterijska hipertenzija	47
H25 Starostna siva mrena (katarakta)	44
H524 Starostna slabovidnost (presbiopija)	43
H520 Daljnovidnost (hipermetropija)	32
H041 Druge okvare solzne žleze	29
H409 Glavkom, neopredeljen	29
H53 Motnje vida	29
R51 Glavobol	19
H353 Degeneracija makule in zadajšnega pola	16
H169 Keratitis, neopredeljen	15
H534 Izpadi v vidnem polju	15
E113 Sladkorna bolezen tipa 2 z očesnim zapletom	13
B005 Herpesvirusno vnetje očesa	11
H102 Druge vrste akutni konjunktivitis	10
H433 Druge motnjave v steklovini	10
H010 Blefaritis (vnetje veke)	9
H250 Starostna začetna siva mrena	9

Tabela 2: Obseg opravljenega dela v letu 2014 in primerjava z letom 2013:

				konziliarni pregledi	
	realizacija 2013	*načrt 2014*	*realizacija 2014*	*2013*	*2014*
skupaj št. obiskov	1.005	1.093	1.046	13	6
točke	16.269	16.189	16.225		

1.4 ČAKALNE DOBE

Okulistična ambulanta:
- prvi pregled 4 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: Euretina – Evropski kongres o mrežnici, London, september 2014
Aktivna udeležba: strokovna srečanja glavkomske skupine oftalmologov

2 CILJI ZA LETO 2015:

- ohranitev dosedanjega ambulantnega dela
- realizacija načrtovanega obsega dela za 2015
- sodelovanje z diabetološko ambulanto SBJ za direktno naročanje diabetikov v našo ambulanto
- izobraževanje medicinskih sester na strokovnem srečanju Združenja oftalmoloških sester Slovenije
- aktivna udeležba na srečanjih oftalmologov Slovenije

POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI

Bašić Narić Brankica, dr. med., spec. otorinolaringolog
Vodja spec. amb. dejavnosti

1 ORGANIZACIJA

ORL ambulanta dela v dveh timih, en tim deluje v ambulanti v SBJ, drugi pa v ambulanti v ZD Kranj.

1.1 ZAPOSLENI

	ORL Kranj	ORL Jesenice
Zdravnik otorinolaringolog	Branka Krek Petrina, dr.med.	Brankica Bašić Narić, dr. med.
avdiometristka	Jožica Pogačnik, d.m.s.	Alenka Sredanović, d.m.s.
medicinska sestra	Sabina Telalović, s.m.s	Janja Bavdaž, s.m.s
administratorka	Zdenka Ažman	Katja Vidovič/Petra Kutnjak

2 PLAN IN REALIZACIJA

Plan za ORL team je nekaj malega manj kot 38.000 točk (ena koncesija). SBJ ima priznanega in plačanega s strani zavarovalnice 2,77 tima. Kljub samo dvema zdravnicama, smo delo za ZZZS opravili. Dodatno še 290 konziliarnih pregledov in 124 operacij.
Narašča nam čakalna doba za prvi pregled (preje 4-5, sedaj 5-6 mesecev), predvsem pa je večje število nujnih in hitrih pregledov.

Tabela 1: Opravljene ambulantne točke za ZZZS januar - december 2014

	realizacija 2012	realizacija 2013	načrt 2014	realizacija 2014	Index real/načrt	Index 14/13
Otološka amb. Kranj	65.527	63.297	65.813	65.518	99,55	103,51
Otološka amb.Jesenice	57.911	61.718	58.645	59.583	101,60	96,54
Skupaj otološka amb.	123.438	125.015	124.458	125.100	100,52	100,07

Tabela 2: Opravljene storitve (pregledi in operacije) v letu 2014

Leto 2014	ORL Kranj	ORL Jesenice	SKUPAJ
št.storitev (točke za ZZZS)	65.517,64	59.582,81	125.100,45
št.pregledov (za ZZZS)	5.319	4.740	10.059
- prvi pregledi	2.673	1.830	4.503
- ponovni pregledi	2.646	2.910	5.556
konziliarni pregledi	1	289	290
mali kirurški posegi	162	228	390
- ambulantni	162	203	365
- hospitalni	0	25	25
kirurške operacije	87	37	124

Tabela 3: Obseg opravljenega dela po letih od 2010 do 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Amb.preg. Kranj	4.950	5.116	5.518	5.143	5.319
-prvi pregled	3.363	2.578	2.555	2.460	2.673
-ponovni pregled	1.587	2.538	2.963	2.683	2.646
Amb. preg. Jesenice	4.774	4.634	4.922	4.874	4.740
-prvi pregled	2.629	1.729	1.899	1.890	1.830
-ponovni pregled	2.145	2.905	3.023	2.984	2.910
Konziliarni preg.	370	393	419	297	290
-Kranj	5	4	2	0	1
-Jesenice	365	389	417	297	289
Mali KRG posegi	395	447	429	496	390
-Kranj amb	212	207	237	227	162
-Kranj hospit	0	0	0	1	0
-Jesenice amb	162	221	168	243	203
-Jesenice hospit	21	19	24	25	25
KRG operacije	129	143	188	130	124
-Kranj	99	107	156	94	87
-Jesenice	30	36	32	36	37

Tabela 4: Klinični postopki pri hospitaliziranih pacientih od leta 2011 do 2014

Koda	Opis	2011	2012	2013	2014
41653-00	Pregled nosne votline in zgornjega žrela	329	369	261	246
41849-00	Laringoskopija (tudi 41846-00)	137	141	0	118
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	53	56	41	46
41671-03	Septoplastika s submukozno resekcijo nosnega pretina	62	65	51	42
92046-00	Zamenjava kanile pri traheostomi	18	4	5	14
41704-00	Aspiracija in lavaža obnosnih votlin skozi ustje	33	52	49	7
41677-00	Zaustavitev krvavitve v sprednjem delu nosu s tamponado in/ali	11	12	11	13
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	31	27	13	7
47726-00	Pridobitev kosti za presadek skozi drugo incizijo	5	7	5	11
92047-00	Odstranitev kanile pri traheostomi	3	4	4	8
30278-00	Frenulotomija (plikotomija) jezika	12	17	12	20
48242-00	Kostni presadek z osteosintezo, ki ni uvrščena drugje	6	5	1	0
41662-00	Odstranitev nosnih polipov brez splošne anestezije	8	10	7	0
30052-00	Oskrba rane zunanjega ušesa	8	0	2	6
47738-00	Zaprta naravnava zloma nosne kosti	3	13	8	12
11312-00	Zračna in kostna prevodn. avdiometrija, stand. tehnika				43
11324-00	Timpanometrija s standard. preizkus. Tonom				68
11333-00	Kalorični labirintni test				21
Skupaj		719	782	470	682

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	2014
30278-02	Frenulotomija (plikotomija) jezika	17	12	20
30283-00	Ekstirpacija ciste v ustih		1	0
31230-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva nosu	1	1	7
31230-02	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva uhlja		3	4
31230-03	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva ustnice		1	4
31235-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva vratu	9	7	9
41668-00	Odstranitev nosnega polipa		2	0
41671-00	Submukozna resekcija nosnega pretina	4	1	1
41671-03	Septoplastika s submukozno resekcijo nosnega pretina	61	50	42
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	27	13	7
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	56	41	46
48242-00	Kostni presadek z osteosintezo, ki ni uvrščena drugje	5	1	-
30052-03	Reparacija rane nosu	0	0	6
število pacientov, pri katerih so bili opravljeni zgornji klinični postopki:		155	123	135

3 IZOBRAŽEVANJE

Obe zdravnici sva se udeleževali ORL in sorodnih izobraževanj tako doma kot v tujini. V septembru 2014 sem govorila v oddaji Nasveti na prvem, na prvem programu Radia Slovenije o slušnih aparatih.
Lani je izobraževanje na področju vestibulometrije opravila diplomirana medicinska sestra na Jesenicah. V letu 2015 moramo izobraziti še eno avdiometristko, predvsem zaradi nadomeščanja v primeru odsotnosti.

4 VIZIJA

V letošnjem letu želimo urediti prostore za ORL ambulanto Kranj in tudi Jesenice, predvsem s selitvijo ambulantnega dela nevrologije in dermatologije.
V lanskem letu smo zamenjali timpanometer, v istem aparatu je tudi TOAE - aparat za merjenje otoakustične emisije, ki nam pomeni objektivno avdiometrijo. Planiramo nabavo nove opreme: endoskopi, mikroskop, dokup osnovnih instrumentov.
Že v letu 2013 je zaključila specializacijo nova specialistka, ki je zaradi omejitve po ZUJF-u nismo zaposlili, upamo pa na zaposlitev novega otorinolaringologa z izboljšanjem finančnih pogojev za zdravstvo in predvsem boljšega razumevanja za naše potrebe.

SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO

POROČILO O DOSEGANJU CILJEV SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE

Tanja Pristavec, mag. zdr. nege
Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe

UVOD

V letu 2014 je bilo, kot v preteklosti, v ospredje našega delovanja usmerjeno k učinkoviti in kakovostni zdravstveni negi pacienta. Zavedamo se, da je največji kazalnik kakovosti zadovoljen pacient, pri čemer upoštevamo in spoštujemo vse človeške vrednote kot so dostojanstvo, pravičnost, zasebnost, solidarnost ter etični odnos. Delovali smo v smeri v skrbi za posameznika ob razvijanju timskega dela, vzpodbujanju odgovornosti in učinkovitega vodenja, izobraževanja in usposabljanju zaposlenih v sodelovanju z ostalimi službami in drugimi zdravstvenimi zavodi. Nadaljevali smo z aktivnostmi in nalogami, ki smo si jih načrtovali v ciljih in strategiji in usmerili poglavitne aktivnosti k realizaciji planiranih obveznosti, dvigu kakovosti zdravstvene nege in veliko časa in energije posvečali področju obvladovanja bolnišničnih okužb. Delovali smo v prizadevanju za kakovost in 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 2014 smo veliko pozornost namenili uvajanju novo zaposlenih, usposabljanju pripravnikov in praktičnemu izobraževanju študentov, zadovoljstvu zaposlenih in gospodarnosti. Nadaljevali smo z ukrepi za večanje učinkovitosti dela, povečanje zaupanja, osebnega in profesionalnega razvoja zaposlenih.

1.1 UČINKOVITOST CILJEV KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZNO V LETU 2014

Na osnovi sprejetih ciljev bolnišnice, smo tudi v ZNO načrtovali cilje na začetku leta 2014. Sledili smo ciljem bolnišnice in realizirali cilje v okviru stroke ZNO.

Realizacija zastavljenih strateških ciljev V ZNO za leto 2014 SB Jesenice:

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
Učinkovitost	izvedli smo 90 % načrtovanih aktivnosti in dosegli 86% skladnost s kriteriji SOP razdeljevanje zdravil
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 2013 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
Učinkovitost	izvedli smo 95% aktivnosti, sledili kazalnikom kakovosti sledili številu dokumentiranih odklonom
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
Učinkovitost	Cilj je bil delno dosežen
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
Učinkovitost	50%, del aktivnosti se prenese v leto 2015
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
Učinkovitost	izvedli 80% aktivnosti
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
Učinkovitost	dosegli 80% učinkovitost (protokol družinske konference)
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
Učinkovitost	dosegli 97% učinkovitost
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 z SOP pri izvedbi nadzora 2x letno
	93% skladnost
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%.
Učinkovitost	- 96% učinkovitost
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.
Učinkovitost	Izvedli smo vse aktivnosti (poročilo)
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 pazcientov 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
Učinkovitost	- število pacientov s pridobljeno MRSA je presegalo število 10 - incidenca v bolnišnici pridobljene MRSA v letu 2014 je bila več kot 12 - 86% skladnost s kriteriji SOP izolacijski ukrepi - 93% 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)
Učinkovitost	Cilj delno prenesen v leto 2015
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
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen - Incidenca vseh pacientov z RZP je 7,54% - Incidenca pacientov z RZP ob sprejemu je 6,85% - Incidenca pacientov s pridobljeno RZP je 0,69%
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
Učinkovitost	Cilj je bil delno dosežen - rezultati ankete o zadovoljstvu notranjih uporabnikov s storitvami Centralne sterilizacije so 0,02% slabši - rezultati ankete o zadovoljstvu porodnic in otročnic na porodniškem oddelku so v primerjavi z letom prej 0,5% boljši - rezultati ankete notranjih uporabnikov z delom zunanjega izvajalca čiščenja in oskrbe s tekstilijam so v primerjavi spreteklim letom slabši za 0,5%

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
Učinkovitost	cilj je delno dosežen - 62% zaposlenih v ZNO se je udeležilo internih in eksternih izobraževanj - 100% smo merili učinkovitosti izobraževanj
2. 2. Cilj	**Letni razgovori narejeni z 91% zaposlenimi, 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
Učinkovitost	- 100% število opravljenih letnih razgovorov pri ključnih kadrih - 100% izdelane fleksibilne matrike znanj za vse zaposlene - 99% delež vodji, ki so se udeležili izobraževanja
2. 4. Cilj	**Ponovna opredelitev pristojnosti in delokrogov zaposlenih v ZNO**
Aktivnosti	- Sistemizacija delavnih mest - Pregled že pripravljenih delokrogov za zaposlene v ZNO
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Prenova sistemizacija za vse zaposlene v ZNO
Učinkovitost	Cilj se prenese v leto 2015
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
Učinkovitost	Cilj je v celoti dosežen Vsi kazalniki so spremljani

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
Učinkovitost	- 100% zmanjšan delež neustreznih vzorcev hrane na preteklo leto - Izvajale so se vse aktivnosti za izboljšanje znanja zaposlenih v prehranski službi na področju zagotavljanja higienskih izhodišč, upoštevanje HACCP sistema in področja prehrane pacientov in negovalnega tima s področja prehrane pacienta

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
Učinkovitost	- Cilj je 100% dosežen - Izvajale so se vse zastavljene aktivnosti in naloge

1. 2. DELO STROKOVNEGA SVETA ZDRAVSTVENE NEGE IN KOLEGIJA SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

V letu 2014 smo imeli 7 rednih in eno izredno sejo Strokovnega sveta zdravstvene nege in oskrbe ter 11 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
- Bolnišnične okužbe
- Kultura varnosti
- Delo projektnih timov
- Sledenje kazalnikom kakovosti in varnosti
- Priprava spremenjene dokumentacije v ZN z uporabo negovalnih diagnoz
- Priprava in izvedba internih rednih strokovnih nadzorov
- Mentorstvo in vodenje klinične prakse
- Priprava in izvedba dneva odprtih vrat
- 7. dnevi Angele Boškin
- Spremembe pravilnika o izobraževanju

Najpogostejše teme in sklepi Kolegija zdravstvene nege in oskrbe:
- Poročila o delu na oddelkih in enotah
- Kadrovska problematika in organizacija dela na oddelkih/enotah
- Vodenje kazalnikov kakovosti in varnosti ter korektivnih ukrepov
- Racionalizacija stroškov
- Kultura varnosti
- Proces vodenja ZNO
- Priprava na presoje ISO; DIAS; TEMOS
- Problematika čiščenja in sodelovanje z ISS službo
- Plan in izvedba strokovnih izobraževanj tudi v drugih ustanovah
- Preprečevanje bolnišničnih okužb in nadzorne kužnine
- Urejanje področja rokovanja z zdravili
- Spremembe pravilnika o izobraževanju
- Sodelovanje z tehnično vzdrževalno službo
- Priprava in potrditev Pravilnika o organizaciji ZNO
- Predlogi za podelitev srebrnega znaka Gorenjskega društva medicinskih sester
- Letni cilji in poročila iz preteklega leta
- Poročanje o nesrečnih dogodkih
- Sodelovanje z nabavno službo

Realizacija sklepov sprejetih na Strokovnem svetu ZN in Kolegiju službe zdravstvene nege je bila 98%.

2 UVAJANJE IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI

V letu 2014 smo uvedli na področju zdravstvene nege in oskrbe v sodelovanju z ostalimi službami kar nekaj izboljšav in dobrih praks:

- projekt Telekap - V letu 2014 smo pričeli z telemetrijsko obravnavo pacientov na internem oddelku, natančneje v pol intenzivni terapiji (PIT), v sobi 18. Preko telemetrijskih aparatov smo letno obravnavali 260 pacientov. Medicinska sestra je stalno prisotna ob pacientu. Z drugačnim pristopom in obravnavo pacienta smo naredili tudi kadrovski premik. Na kardiološkem odseku in endokrinološko nefrološkem odseku sta tako po dve medicinski sestri. Zdravstvena nega je ob pacientu natančnejša, zmanjšali smo s tem tudi število padcev.
- prenova klinične poti za punkcijo, ki je enotna tako za abdominalno, plevralno kot lumbalno punkcijo.
- nova klinična pot za elektrokonverzijo
- na celotnem internem oddelku uvedba plastificiranega kartončka za beleženje sterilizacije in preiskav

- ukinili smo skupen depo za medicinsko tehnični in obvezilni material ter tako zmanjšali porabo. Pridobili smo prostor na gastroenterološkem odseku za shranjevanje glos air aparata in medicinsko tehničnih pripomočkov.
- na internem kardiološkem odseku na tablo piši briši beležimo intravenozno terapijo, odvzem laboratorijskih preiskav, RZP in dolgotrajno hospitalizacijo. Uporablja se legenda z magnetki, s tem skrbimo za okolje, saj prihranimo na ta račun lepo količino papirja.
- Uvedli smo infomativne mape za paciente in svojce ter s tem zmanjšali uporabo informativnih zloženk.
- v dermatološki ambulanti izvajamo sklerozacijo žil
- dipl.m. s. je prevzela oskrbo bradavic z dušikom
- v otolaringološki ambulanti smo uvedli delo z aparatom za TEOAE (merjenje otoakustične emisije), ki nam pomeni objektivno oceno sluha
- na ginekološko porodniškem oddelku smo vzpostavili ambulantno histeroskopijo,
- prekinitev nosečnosti z zdravili doma,
- oddelek za otročnice vodijo babice,
- povečalo se je število porodov
- Organizacija pripravljenosti v porodnem bloku v primeru večjega števila porodov.

Kultura varnosti in vzpostavitev varnega dela

Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima. Zagotavljanje in nenehno uvajanje kakovosti in varnosti v okviru celostne oskrbe pacientov smo že v veliki meri vgradili v naše neposredno delo, tako smo kot pretekla leta izvedli anketo o zaznavanju kulture varnosti pacientov. V okviru varnost pacientov na oddelkih deluje 6 medicinskih sester kot promotorke. Zelo dobro deluje 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.
Prav tako so v letu 2014 potekali redni nadzori dokumentiranja, ki ga izvajajo koordinatorice zdravstvene nege. Tudi sistem poročanja farmacevtu o zlorabah/izgubah kontroliranih substanc je potekal dobro. Spremenili in racionalizirali smo terapevtske liste. Procese zdravstvene nege spremenili uporabniku prijaznejše. Dopolnili smo jih z ponujenimi negovalnimi diagnozami, kar omogoča hitrejše in lažje dokumentiranje.
V letu 2014 smo glede na načrt izvedli ponovne nadzore razdeljevanja in rokovanja z zdravili in opredelili korektivne ukrepe.

2.3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Zagotavljanje kakovosti in varnosti je praktično naša stalnica. Zavedamo se, da so na nekaterih področjih možne izboljšave. V letu 2015 je predvsem področje MRSA in rokovanje z zdravili. V letu 2014 beležimo slabše rezultate na področju preprečevanja RZP in padcev. V primerjavi z letom 2013 smo kolonizacije osrednjih venskih katetrov (OVK).

Tabela 3: Prikaz incidence MRSA, RZP, vseh padcev pacientov, katetrske sepse in kolonizacije OVK

Kazalnik	2012	Cilj 2013	2013	Cilj 2014	2014
MRSA	0,15	0	0,13	0,13	0,11
RZP	2,8	0,47%	0,78 %.	0,57%	0,69%
Padci s postelje	0,27	0,3	0,4	0,3	0,4
Vsi padci	1,1	1,0	1,7	1,0	1,3
Katetrska sepsa	2	0	0	0	2
Kolonizacija OVK	0,9	0	0,8	0	0,2%

2.4 NADZOR SKLADNOSTI IZVAJANJA STANDARDOV KAKOVOSTI (SOP)

Članice delovnih skupin za izvajanje internih strokovnih nadzor v zdravstveni negi so v letu 2014 opravile nadzore na: internih oddelkih, na pediatričnih oddelkih, v enoti intenzivne terapije operativnih strok, na kirurških oddelkih, na ginekološko porodniškem oddelku, na oddelku za zdravstveno nego, v internistični intenzivni terapiji, urgenci, dnevnem oddelku, hemodializi, anesteziji, fizioterapiji. Članice nadzornih skupin so medicinske sestre, ki so notranji presojevalci za sistem kakovosti. Na uvodnem sestanku so se izvajalke nadzora seznanile s potekom in vsebino nadzora.
Rezultati prikazujejo kazalnike učinkovitosti in kakovosti pri izvajanju zdravstvene nege.

Skladnost izvajanja SOP- a zdravstvene nege je bil izveden na naslednjih zdravstveno-negovalnih aktivnostih:

- 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 2013, smo v letu 2014 beležili boljše izide kot leto poprej.
Izvedli smo korektivne in preventivne ukrepe in merimo njihovo učinkovitost. Pri rezultatih pod 90% smo organizirali delavnico in ponovno merili uspešnost.

Tabela 1: Prikaz kazalnikov skladnosti izvajanja SOP- a zdravstvene nege

KAZALNIKI	**%2014**	**%2013**	**%2012**
Jutranje umivanje	91,5	91,2	82,2
Ustna nega	88,85	87,83	91,4
Odvzem venske krvi	97,64	97,64	93,7
Uvedba i.v. kanile	93,9	93,7	92,7
Oskrba i.v. kanile	96,5	96,0	92,8
Oskrba vbodnega mesta OVK	97,9	98,36	0
menjava infuzijske steklenice	96,8	96,34	90,7
Preventiva RZP	93,5	93,0	90,0
Oskrba pooperativne rane	93,5	93,3	0
Oskrba kronične rane	93,2	93,0	96,4
Timska predaja pacienta	92,5	92,0	92,0
Posebni varovalni ukrep	93,8	93,5	76,61
Razdeljevanje zdravil	87	79,80	
Kontaktan izolacija	88,0	87,0	79,0
Ločevanje odpadkov	97,5	97,0	92,0
Vsi oddelki skupaj	**92,9**	**91,4**	**89,2**

Ukrepi pri timski predaji pacienta med vsemi službami
Učinkovitost timske predaje pacientov v zdravstveni negi se je v letu 2014 še nekoliko izboljšala. Protokol timske predaje pacienta z leta 2013 smo ponovno spremenili in dopolnili, tako na področju poteka, kot na vsebini posredovanja podatkov. Preverjali smo uporabo strukturnega obrazca v obliki opomnika. Izvedli smo pregled skladnosti glede na kriterije, ki so opredeljeni v protokolu timske predaje pacienta. Z rezultati so dobri. V letu 2015 bo delovna skupina ponovno presojala skladnost SOP-a.

Tabela 2: Prikaz rezultatov skladnosti kriterijev protokola timske predaje pacienta

Oddelek	**2014**	**2013**
Interni oddelek skupaj	89,5	89,2
IIT	94,5	94,4
Kirurški oddelek skupaj	92,0	91,85
Pediatrija	97,9	97,78
Ginekološko porodniški odd.	89,5	88,89
OZZN	92,5	91,11
EITOS	98,6	97,78
Dnevni oddelek	99,2	98,89
Vsi oddelki skupaj	93,9	92,22

Ukrepi na redne nadzore zdravstvene dokumentacije
V letu 2014 smo nadaljevali z rednimi pregledi zdravstveno negovalne dokumentacije. Pregled so izvajale koordinatorice zdravstvene nege oddelkov in enot.
Koordinatorice zdravstvene nege so pregled izvedle na enajstih oddelkih in enotah, skupaj je bilo pregledanih 563 dokumentacij pacientov. Doslednost pri pravilnem izpolnjevanju in dokumentiranju je bila 89 %. V primerjavi z letom 2013 smo izboljšali rezultat za 0,5%. Na osnovi rezultatov smo izvedli korektivne ukrepe.

Ukrepi skladnosti kategoriziranja zdravstvene nege pacientov
V mesecu oktobru 2014 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 smo 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.

Tabela 3: skladnosti kategorizacije v zdravstveni negi

	% skladnosti meril	% skladnosti kategorij
2009	88,1	87,1
2010	90,8	84,0
2011	93,4	91,0
2012	92,9	91.2
2013	92,3	87,7
2014	93,1	89,3

Uspešnost pri merilih kategorizacije je boljša v primerjavi s prejšnjim letom.
V primerjavi s preverjanjem skladnosti kategorizacije v mesecu maju 2014 smo izboljšanje rezultatov zabeležili na gineko-porodniškem oddelku in kirurškem oddelku. Slabši rezultat smo opazili pri ujemanju meril na internem oddelku.

2.8 VARNOSTNE VIZITE/VARNOSTNI RAZGOVORI

V okviru izboljšanja varnosti in kakovosti smo v preteklem letu izvedli 458 varnostnih vizit in razgovorov ter pri tem izvedli 1012 ukrepov, od teh jih je bilo uspešno izvedenih. Učinkovitost izvedenih ukrepov je bila 95,5 %. Vse to kaže na veliko ozaveščenost zaposlenih na področju kakovostne in varne obravnave pacientov.

Tabela 7 : 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	1012/ 996	97,5 %

Tabela 8 : Delež izvedenih varnostnih vizit in ukrepov.

	2011	***2012***	***2013***	***2014***
Število VV/VR	602	675	532	518
Število izrečenih ukrepov	876	900	1126	656
Št./delež realiziranih ukrepov	838/95,6 %	1469/98 %	1100/97,7	618/94,2 %

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 2014 smo odklone in varnostne zaplete spremljali tako kot v letu 2013 v računalniško aplikacijo ART. Zaposleni so sporočili 81 odklonov, kar je glede na leto 2013 precej manj saj smo jih takrat zabeležili 116. V okviru določenem roku je bilo uspešno realizirano 62 odklonov (96,1 %), kar je zelo pohvalno. Zaposleni so sporočili 51 strokovnih odklonov, 16 tehničnih odklonov, 4 zaradi neprimernega odnosa pacient/zaposleni, ter 6 odklonov, ni bilo definiranih, ampak so bili označeni kot »drugo«. 12 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 86 ukrepov.

8. UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

Tudi v letu 2014 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

Zavedamo se, da samo izobraženi kadri lahko zagotavljajo kakovostno zdravstveno nego naših pacientov. Spodbujali smo udeležbo na strokovnih srečanjih in tudi sami organizirali izobraževanja. S to dejavnostjo bomo nadaljevali tudi v tem letu, saj ugotavljamo, da kažejo zaposleni vedno večji interes za udeležbo in pridobivanje novih znanj. Ker tudi sami razpolagamo z znanjem in izkušnjami, smo vključili tudi naše sodelavce s področja zdravstvene nege. Strokovne vsebine izobraževanj so izbrane na predlog zaposlenih v zdravstveni negi in vsebine, ki so obvezne za podaljšanje licence. Kot vsako leto smo tudi v letu 2014 pripravili načrt izobraževanj.

Tabela 9: 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;
Učinkovitost	- Izobraževanj se je udeležilo 989 zaposlenih v zdravstveni negi; - Izvedenih je bilo 18 izobraževanj ovrednotenih z licenčnimi točkami; - Izvedenih je bilo še 22 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; - Skupno je bilo 132 ur izobraževanj; - Izvedena je bila obvezna licenčna vsebina Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja.

Tabela 10: Primerjava ur internega strokovnega izobraževanja v letih 2010 do 2014

Leto	Število ur izobraževanj	Število udeležencev
2010	59	985
2011	68	951
2012	108	813
2013	147	1105
2014	132	989

6. Dnevi Angele Boškin

21. 11. 2014 smo v Kranjski Gori izpeljali strokovno izobraževanje v okviru 7. tradicionalnih dnevov Angele Boškin. Tokratna tema je bila »Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti«. Beležili smo do sedaj največje število udeležencev, preko 110.

8.3 DODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO

V letu 2014 s strani bolnišnice ni bilo sofinanciranih novih vpisov na visokošolsko izobraževanje na področju ZNO, saj ZUJF to onemogoča. V poteku izobraževanja je še 8 študentov na dodiplomskem študiju in 5 na magistrskem izobraževanju.

Tabela 11: Prikaz števila zaposlenih v ZNO, ki se izobražujejo ob delu

letnik	I.	II.	III.	absolventi	Skupaj
dipl. m. s.	0	1	5	3	8
mag. ZN	0			5	5

8.4 DOBITNICI PRIZNANJ SREBRNEGA ZNAKA DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV GORENJSKE

V letu 2014 sta iz naše bolnišnice prejeli najvišje priznanje društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske dve medicinski sestri. Helena Dovžan Lindič in Aleksandra Vodopivec.
Helena Dolžan Lindič diplomirana medicinska sestra je zaposlena v Splošni bolnišnici Jesenice kot samostojna strokovna sodelavka v zdravstveni negi in opravlja delo koordinatorice na dnevnem oddelku. Delo Helene Lindič Dovžan je pomemben prispevek v zdravstveni obravnavi pacientov v dnevni bolnišnici kot tudi na področju razvoja kliničnih poti. Vse težave, ovire s katerimi se srečuje na poklicni poti vzame kot velik izziv in se jih loti z vso vnemo in predanostjo. Poleg strokovnega znanja jo odlikuje natančnost, srčnost, moralne vrednote, human profesionalni odnosom do pacientov in vedno je pripravljena pomagati.
Aleksandra Vodopivec v diabetološki ambulanti dela od leta 2010, kjer je v teh letih bistveno pripomogla k razvoju ambulante. Njen prispevek h kakovosti dela in prepoznavnosti vloge medicinske sestre je tu nesporen in viden. Strokovni vidik se izraža predvsem v delu s pacienti z diabetično nogo. V svoji delovni okolici se vključuje oz. sodeluje pri edukaciji pacientov. Svoje strokovno znanje na področju diabetesa stalno nadgrajuje na izobraževanjih, sodeluje z lokalnim Društvom diabetikov Jesenice. Je neposredna, vedno prijazna in priljubljena med pacienti in sodelavci. Vzdržuje in širi dobre odnose med pacienti in člani zdravstvenega tima.
Obema dobitnicama iskrene čestitke!

9. GLAVNI STRATEŠKI CILJI V ZNO V LETU 2015

PODROČJE : KAKOVOSTNA IN VARNA CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA	
1.1. Cilj	**Izboljšati učinkovitost na področju ravnanja z zdravili**
Aktivnosti	- Vzpostaviti večjo motivacijo zaposlenih o poročanju napak v zvezi z ravnanjem z zdravili z dodatnim izobraževanjem - Izvajanje VV/VR na področju ravnanja z zdravili - sodeluje farmacevtskega tehnika pri razdeljevanju zdravil - Redni nadzor nad izpolnjevanjem dokumentacije - Definiranje ukrepov glede na poročila in spremljanje učinkovitosti
Vrednotenje/ kazalniki kakovosti	- Število odklonov in napak največ 12 letno - Vsake dva do štiri Mesece poročila o izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije, več kot 90% skladnost
1. 2. Cilj	**Nenehno izboljševanje kulture varnosti in kakovosti pri vsakdanjem delu**
Aktivnosti	- oblikovanje strategije in ciljev na področju varnosti in kakovosti v okviru celostne oskrbe pacientov - akcijski načrt ukrepov glede na ugotovitve ankete o kulturi varnosti iz leta 2014 - usmerjeno izobraževanje zaposlenih in vključitev znanj o varnosti v fleksibilno matriko znanj - izvajanje strokovnih nadzorov v okviru celostne oskrbe pacientov,

	aktivnosti za realizacijo ukrepov glede na nadzore - izvajanje preventivnih ukrepov (padci, RZP, bolnišnične okužbe, posebni varovalni ukrep, ravnanje z zdravili, kazalniki pri nadzoru svežnja ukrepov za preprečevanje ventilatorske pljučnice, osrednjega venskega katetra, urinskega katetra) - zagotovitev pogojev za zasebnost pacientov v bolniških sobah - aktivnosti na področju zagotavljanje zasebnosti pri neposrednem delu pri pacientu - anketa o zadovoljstvu pacientov - redni nadzori po planih - izobraževanja zaposlenih o kulturi varnosti 2 x letno - izvajanje varnostnih vizit / razgovor - konference o izidih in zapletih, redne varnostne vizite in razgovori - izvedba delavnic - motiviranje in spodbujanje zaposlenih za sporočanje odklonov, - ukrepanje glede na vsebino odklonov in sledenje učinkovitosti - Beleženje odklonov kakovosti na Obr. 065
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- izboljšanje rezultatov ankete, glede na leto 2014, o zaznavanju kulture varnosti pacientov v SBJ in izvedba ukrepov - več kot 95% skladnost z SOP in realizacija ciljne vrednosti kazalnikov in rezultatov nadzorov celostne oskrbe pacientov in kazalnikov kakovosti - izvedba vzročno posledičnih analize 3 – 4 x letno glede na letni načrt - 80% udeležba zaposlenih v ZN na delavnicah o kulturi varnosti - 100 odklonov sporočenih v računalniški program - Znižati število odstopov od kakovosti vzorcev za laboratorijske preiskave iz 1101 (v letu 2014) na 1000
1.3 Cilj	**Zagotavljanje osebne integritete pacientom**
Aktivnosti	- aktivno delo projektnega tima, redni sestanki in opredelitev ciljev na področju osebne integritete pacientov - izobraževanje v zdravstveni negi o vsebini osebne integriteti, etika - izobraževanje v zdravstveni negi o pacientovih pravicah - izobraževanje v zdravstveni negi o varstvo osebnih podatkov in varstvo poklicne skrivnosti - Izvajanje strokovnih nadzorov v ZN - zagotovitev pogojev za zasebnost pacientov v bolniških sobah - aktivnosti na področju zagotavljanja zasebnosti pri neposrednem delu pri pacientu
Kazalnik	- za 1% izboljšanje rezultata v nacionalni anketi o zadovoljstvu pacientov s področja osebnostne integritete, glede na anketo predhodnega leta - 50 % udeležba zaposlenih na izobraževanju o pacientovih pravicah, etiki in komunikaciji s pacientom - 50 % udeležba zaposlenih na izobraževanju o informacijski varnosti - 85 % skladnost, pri izvajanju strokovnih nadzorov v ZN, z SOP glede zagotavljanja integritete pacientov
1. 4 Cilj	**Izboljšati informiranost pacientov in njihovih svojcev o zdravstveni oskrbi in poteku priprave na odpust, zdravstveni negi ter zdravstveno vzgojnem delu (ZV)**
Aktivnosti	- ozaveščanje zaposlenih in pacientov o pomembnosti pravice pacientov in njihovih svojcev do ustrezne informiranosti o sprejemu in odpustu - vodenje kazalnikov koordinatorja zdravstvene oskrbe na kirurškem in internem oddelku - nadzori - sledenje zdravstveno vzgojnemu delu na različnih področjih oskrbe pacientov - objava informacij za paciente na intranetni strani - izdelati protokol organiziranosti družinskih konferenc pri pacientih, pri katerih je zaznati težaven odpust
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Za 2% dvig zadovoljstva pacientov glede na anketo o zadovoljstvu pacientov v predhodnem letu - 100% delež pravilno izpolnjenih obrazcev o pojasnilni dolžnosti (OBR 48 -

	1krat letno, po en teden) - uvesti eno novo ZV področje - število dokumentiranih ZV objavljenih na internetu - število družinskih konferenc
1. 5 Cilj	**Zmanjšati možnost napačne identifikacije pacienta**
Aktivnosti	- Izdelava standarda kakovosti »Identifikacija pacienta« - Izobraževanje zaposlenih o pravilni identifikaciji pacienta - Izvedba nadzora nad izvajanjem standarda kakovosti - Število ukrepov po izvedenem nadzoru in merjenje njihove učinkovitosti
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- 100 % pravilna identifikacija pacientov - 90 % udeležba zaposlenih v ZN Izobraževanja o pravilni identifikaciji pacienta - 90 % skladnost nadzora nad izvajanjem standarda kakovosti
1. 6 Cilj	**Izboljšanje predaje pacienta med vsemi službami**
Aktivnosti	- pregled in dopolnitev SOP predaje pacienta, - opredeliti ustrezno orodje za kakovostno in varno predajo službe na vseh nivojih - nadzor nad izvajanjem SOP predaje pacienta - izobraževanje o pomenu predaje pacienta na vseh nivojih
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	90% skladnost z SOP pri izvedbi nadzora
1. 7 Cilj	**Izboljšanje rezultatov ankete o zadovoljstvu pacientov in notranjih uporabnikov**
Aktivnosti	Analiza odstopanj v anketah o zadovoljstvu pacientov: - s specialistično ambulantno obravnavo, - s storitvami na radiološkem oddelku, - zadovoljstvo zdravnikov in medicinskih sester z storitvami oddelka za laboratorijsko diagnostiko, - FTH, dnevnem oddelku, - OZZN, - na hemodializi, - v enotah intenzivne terapije, - zadovoljstvu porodnic in otročnic na porodniškem oddelku, - ankete notranjih uporabnikov z delom zunanjega izvajalca čiščenja in oskrbe s tekstilijami, - ankete o zadovoljstvu notranjih uporabnikov s storitvami Centralne sterilizacije, - ankete o zadovoljstvu notranjih uporabnikov s storitvami lekarne, določitev ukrepov glede na odstopanja in merjenje učinkovitosti
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Izboljšanje rezultatov ankete glede na rezultate preteklih let
1. 8 Cilj	**Izboljšati kakovost meritev ob pacientu**
Aktivnosti	- Rezultati zunanje kontrole POCT - Organizacija izobraževanj za POCT promotorje
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Zmanjšati odstopanja od ciljnih vrednosti kontrole iz 7 na 5 - Povečati število organiziranih strokovnih izobraževanj za POCT na 2 izobraževanji letno - Začeti z vodenjem števila odklonov pri terapiji z inzulinom
1. 9 Cilj	**Organizacija delovanja urgentne službe na začasnem mestu vojaške bolnišnice**
Aktivnosti	- Začasna preselitev delovanja urgence v vojaško bolnišnico. - Postavitev organizacije dela kirurške in interne urgentne službe, reanimacijske sobe, operacijske sobe, RTG slikanja, mavčarne in kontrolne kirurške ambulante
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Število organizacijskih zapletov, - pohvale oziroma pritožbe pacientov in zaposlenih
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	**Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb**
Aktivnosti	- Spremljanje hospitaliziranih bolnikov z bolnišničnimi okužbami - Spremljanje bolnikov z VOB, spremljanje poti prenosa - Stalno izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa VOB in aktivno iskanje pacientov z VOB - pregled vzrokov prenosa VOB 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 - preverjanje uspešnosti razkuževanja rok po posameznih oddelkih in enotah z detektorjem - izvedba varnostnih vizit in razgovorov - nadaljevanje izobraževanja vseh zaposlenih o higieni rok in izolacijskih ukrepih - Promocija higiene rok in drugih ukrepov za preprečevanje prenosa okužb, - 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; - raziskava o številu koloniziranih pacientov z VOB, ki prihajajo iz DSO
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	- Zmanjšanje števila bolnišničnih okužb z VOB - Zmanjšanje števila v bolnišnici pridobljenih bolnišničnih okužb z VOB - 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. 12. 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

PODROČJE : 2. VODITELJSTVO IN ZAPOSLENI	
2. 1. Cilj	**Kontinuirani strokovni razvoj zaposlenih in vodij**
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	- realizacija plana izobraževanja - delež zaposlenih, ki se je udeležilo izključno internih in eksternih izobraževanj - merjenje učinkovitosti izobraževanj (spremljanje predajanje novega znanja, pozitivni učinki izobraževanj,…)
2. 2. Cilj	**Izvedba letnih razgovorov in sledenje matriki znanj**
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	- 100% izvedba letnih razgovorov pri ključnih kadrih - 90% izvedba letnih razgovorov pri ostalih zaposlenih - 100% revidiranje fleksibilnih matrik znanj za vse zaposlene
2. 3. 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	- vsaj eno izobraževanje o raziskovanju - rast aplikativnih raziskovanj v ZNO - rast habilitiranih sodelavcev v ZNO
PODROČJE : 3. ZUNANJE OKOLJE	
3. 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

PRIPRAVNIŠTVO V ZDRAVSTVENI NEGI

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

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 (TZN) Uradni list RS, 10//2012. Poleg pripravnikov TZN iz SBJ, del kroženja v okviru pripravništva opravljajo tudi TZN 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.

	PRIPRAVNIKI SBJ	PRIPRAVNIKI IZ DRUGIH ZDRAVSTVENIH USTANOV
TZN	3	68
Dipl. inženir radiologije	1	
Diplomirana fizioterapevtka		3
Dipl. m.s. (bolonja)	13	
Univ. diplomirana delovna terapevtka		5
SKUPAJ	17	76

Cilj	Kakovosten potek pripravništva TZN in uvajanja v delo dipl. m.s./dipl. zn.
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 usmeritvi; - 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 TZN ni bilo, zaradi manjšega števila pripravnikov. Pripravnikom TZN je bila posredovana strokovna literatura in opravljene individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoretičnega znanja ZN. Vsi novo zaposleni so se udeležili uvajalnega seminarja, varstva pri delu ter uspešno opravili tečaj temeljnih postopkov oživljanja z uporabo defibrilatorja, udeleževali pa so se tudi internih in eksternih izobraževanj. - Pripravnice TZN in vse dipl. m. s. so preverjanje teoretičnega in praktičnega znanja uspešno opravile v prvem roku. - Poročilo pripravnika o poteku pripravništva in kroženja je oddalo 87 pripravnikov od 93, kar je 94 %; - 48% jih je stalno delalo z mentorjem, 51% občasno, 1% pa nikoli; - 73% mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 23% prav dobro, 3% povprečno in 1% zadovoljivo; - 90% pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah, 10% občasno; - vsi pripravniki – 100% so nadgradili svoje znanje; - 61% pripravnikov se čuti sposobnega za samostojno delo, 39% pa je usposobljenih bolj kot na začetku pripravništva.

POROČILO O IZVEDENEM INTERNEM STROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

Izobraževanje poteka skozi vsa obdobja človekovega življenja in se ne konča z zaključkom formalnega izobraževanja. Vodstvo ZN 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 pridobitev in podaljšanje licence.

Tabela 1: Interna strokovna izobraževanja leto 2014

Naslov predavanja,delavnice	Št. ur na udelež.	Št. udelež.	Lic.tč.	Ocena
1. TPO in uporaba avtomatskega defibrilatorja za ZT in fizioterapevte 20.1.2014	4 (4x45 min)	15	NE	4,9
2. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 27.1.2014	2 (2x45min)		DA	
3. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 31.1.2014	2 (2x45min)		DA	
4. Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti 3.2.2014	2 (2x45min)	Skupaj 64	DA	4,6
5. Priprava, shranjevanje, distribucija in transfuzija krvnih komponent 5.2.2014	2 (2x45min)	24	NE	4,8
6. Priprava, shranjevanje, distribucija in transfuzija krvnih komponent 3.4.2014	2 (2x45min)	17	NE	4,8
7. Preprečevanje in obvladovanje BO 13.3.2014	2 (2x45min)	39	DA	4,8
8. TPO in uporaba avtomatskega defibrilatorja za ZT in fizioterapevte 14.4.2014	4 (4x45 min)	18	NE	4,9
9. Varen prevoz in transfer pacientov za zaposlene ISS 27.2.2014, 17.3.2014	2 (2x45min)	17	NE	---
10. Zdrava prehrana za upravo in centralno administracijo 15.5.2014	2 (2x45min)	30	NE	4,2
11. VIII. Izobraževalni dan EITOS – Motnje strjevanja krvi/invazivne meritve pritiskov in pretokov/nekatera etična vprašanja zdravljenja v EIT 29.5.2014	6 (6x45min)	31	DA	4,9
12. Posebni varovalni ukrepi, 16.6.2014	2 (2x45min)	21	NE	---
13. Novosti na področju obravnave sladkornega pacienta, 18.6.2014	2 (2x45min)	39	NE	4,8
14. Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja za ZT in fizioterapevte 22.9.2014	4 (4x45 min)	12	NE	4,7
15. 2. simpozij o kirurgiji s pospešenim okrevanjem 3. in 4.10.2014	12(745 min)	22	DA	---
16. Dojenje v porodnišnici in doma 13.10.2014	4 (225 min)	17	DA	---
17. Novosti na področju obravnave sladkornega pacienta II. del 24.10.2014	2 (2x45 min)	20	NE	4,8
18. Preprečevanje in obvladovanje BO 5.11.2014	2 (2x45 min)	40	DA	4,3
19. 7. dnevi Angele Boškin 21.11.2014	9 (9x45) min	51	DA	4,8
20. Obravnava pacienta z demenco 26.11.2014	2 (2x45 min)	41	NE	5,0
21. Gorenjska pediatrija: Motnje hranjenja pri otrocih in mladostnikih 3.12.2014	4 (4x54) min	17	DA	__
22. Trpinčenje na delovnem mestu in mirno reševanje sporov 10.12.2014	2 (2x45 min)	42	NE	4,5

Cilj	Izvedba planiranih internih strokovnih izobraževanj
Izvedene aktivnosti	- Razpored izobraževanj enakomerno po mesecih; - Oblikovanje napovednika izobraževanj za Zbornico - Zvezo za pridobitev pedagoških točk in Ministrstvo za zdravje 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 562 zaposlenih v zdravstveni negi; - Izvedenih je bilo 7 izobraževanj ovrednotenih pedagoškimi točkami; - Izvedenih je bilo še 12 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; - Izvedena so bila 3 izobraževanja za pridobitev in podaljšanje licenčnih točk - Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti. - Skupno je bilo 75 ur izobraževanj; - Ankete o zadovoljstvu so bile posredovane pri 77% izobraževanj; - Srednja ocena zadovoljstva je bila 4,7 od 5,0 točk.

Tabela 2: Primerjava ur internega strokovnega izobraževanja 2011, 2012, 2013, 2014

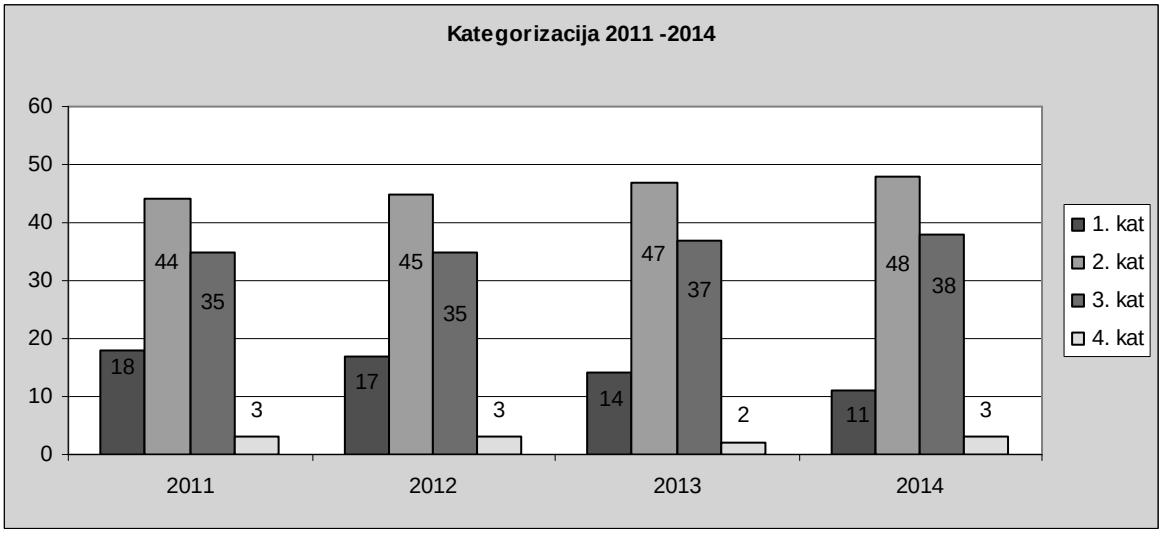
Leto	Število ur izobraževanj	Število udeležencev
2011	68	951
2012	108	813
2013	147	1105
2014	75	562

POROČILO O KATEGORIZACIJI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

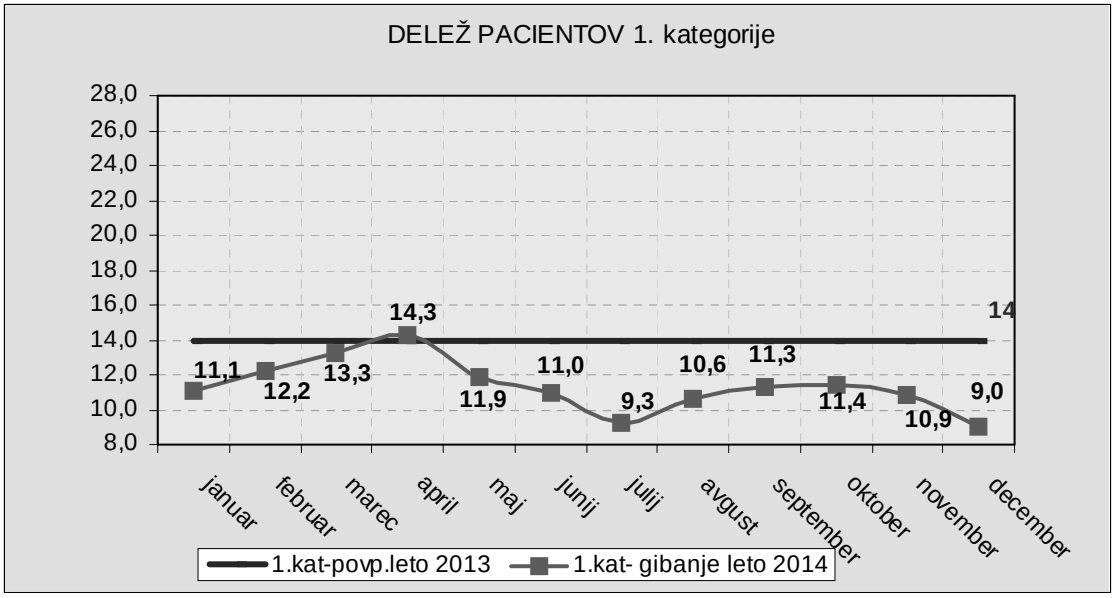
Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

Tabela 1: Prikaz deleža kategorij zdravstvene nege po mesecih v letu 2014 in primerjava z letom 2013

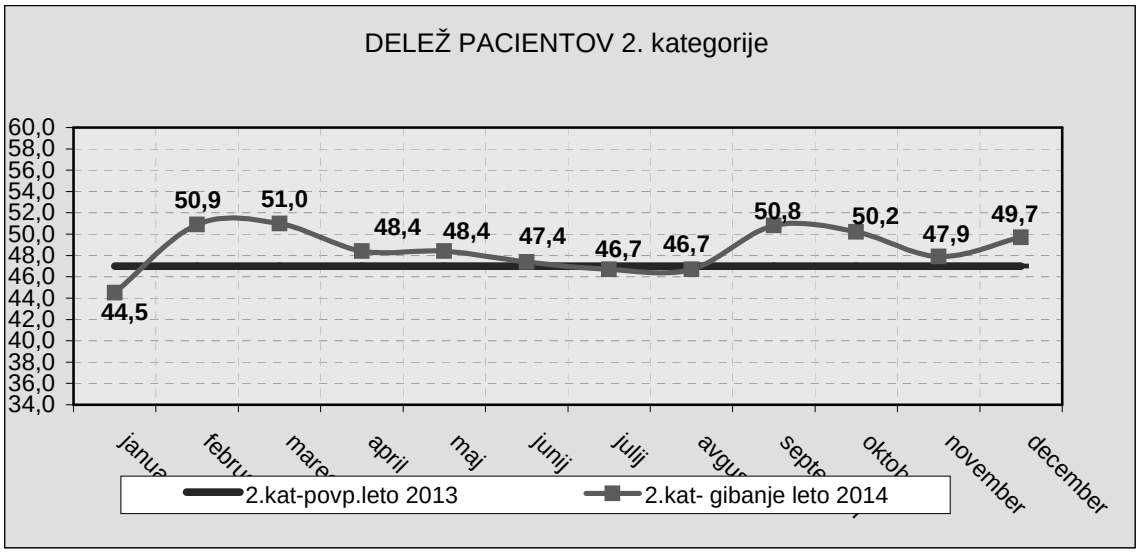
2014	**2013**	januar	februar	marec	april	maj	junij	julij	avg	sept	okt	nov	dec
1.kat	**14,0**	11,1	12,2	13,3	14,3	11,9	11,0	9,3	10,6	11,3	11,4	10,9	9,0
2.kat	**47,0**	44,5	50,9	51,0	48,4	48,4	47,4	46,7	46,7	50,8	50,2	47,9	49,7
3.kat	**37,0**	42,2	35,4	35,4	35,8	37,0	38,6	40,9	40,4	36,3	36,9	38,8	37,6
4.kat	**2,0**	2,1	1,4	0,3	1,5	2,6	3,0	3,0	2,2	1,6	1,4	2,4	3,7



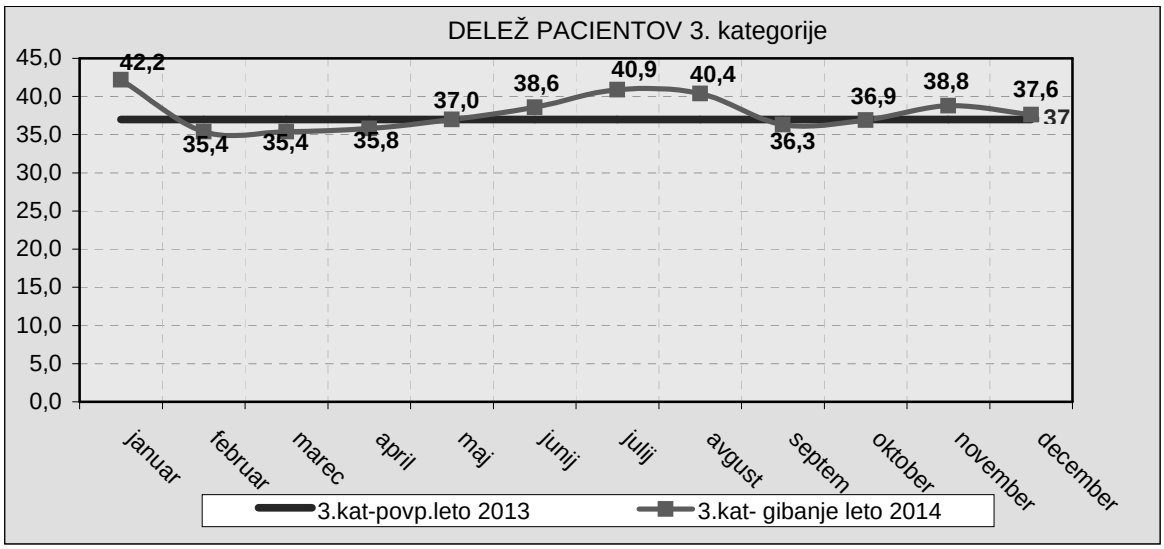
Graf 1: Prikaz gibanja posameznih kategorij ZN v letih 2011 do 2014



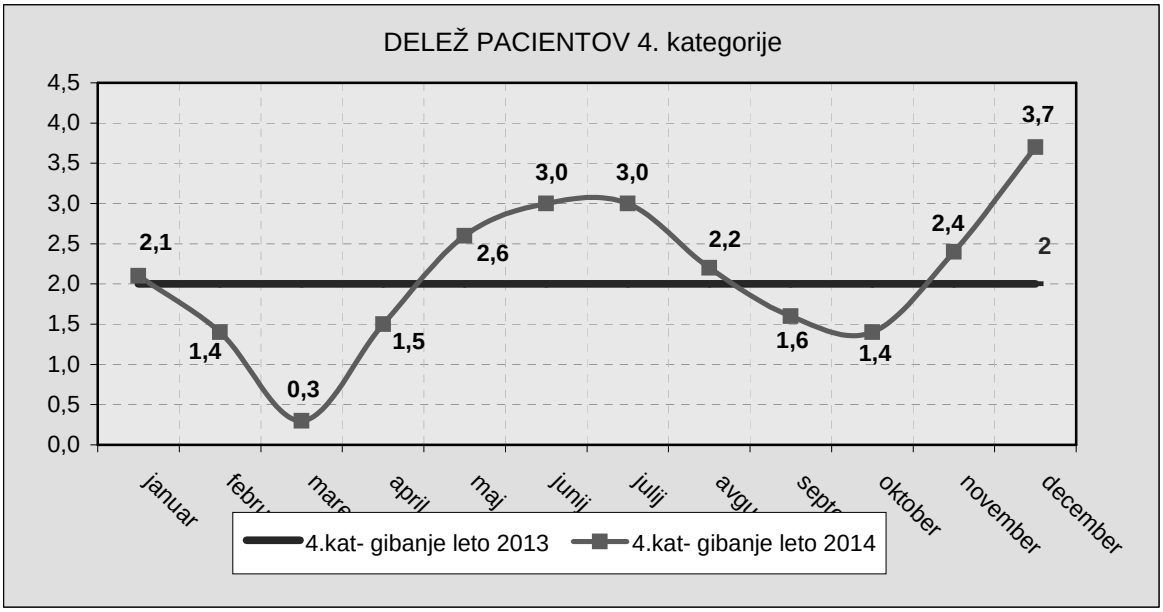
Graf 2: Prikaz gibanje 1. KZN po mesecih v letu 2014 v primerjavi s povprečjem leta 2013



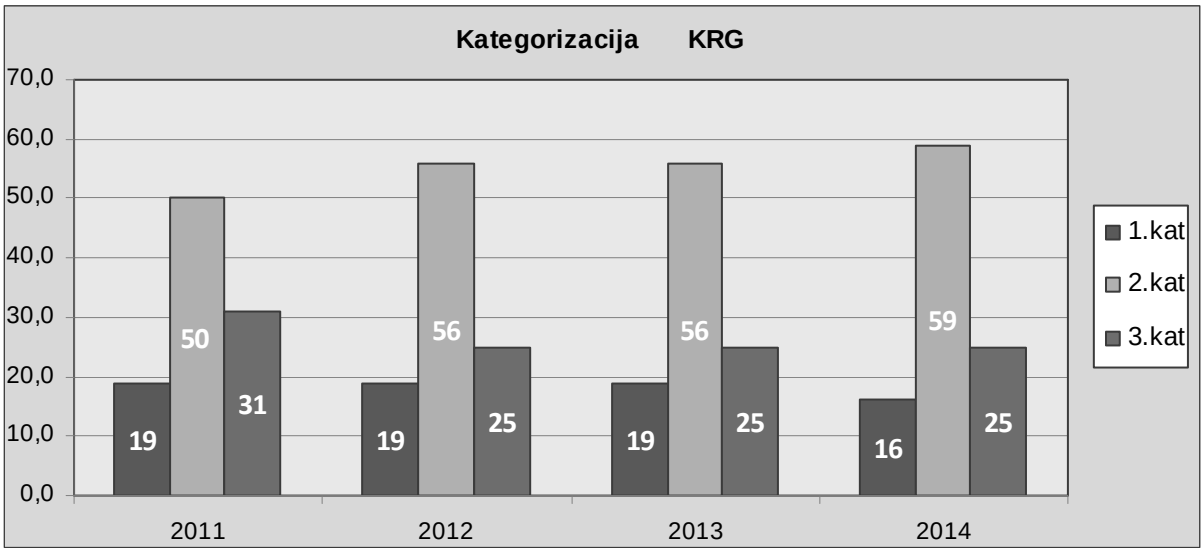
Graf 3: Prikaz gibanja 2. KZN po mesecih v letu 2014 v primerjavi s povprečjem leta 2013



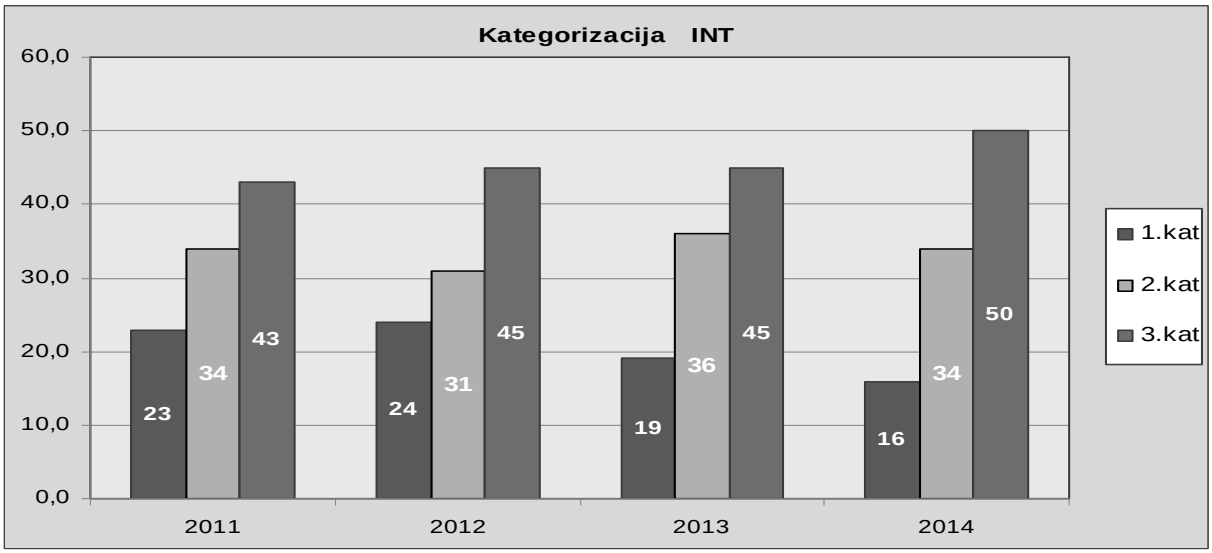
Graf 4: Prikaz gibanja 3. KZN po mesecih v letu 2014 v primerjavi s povprečjem leta 2013



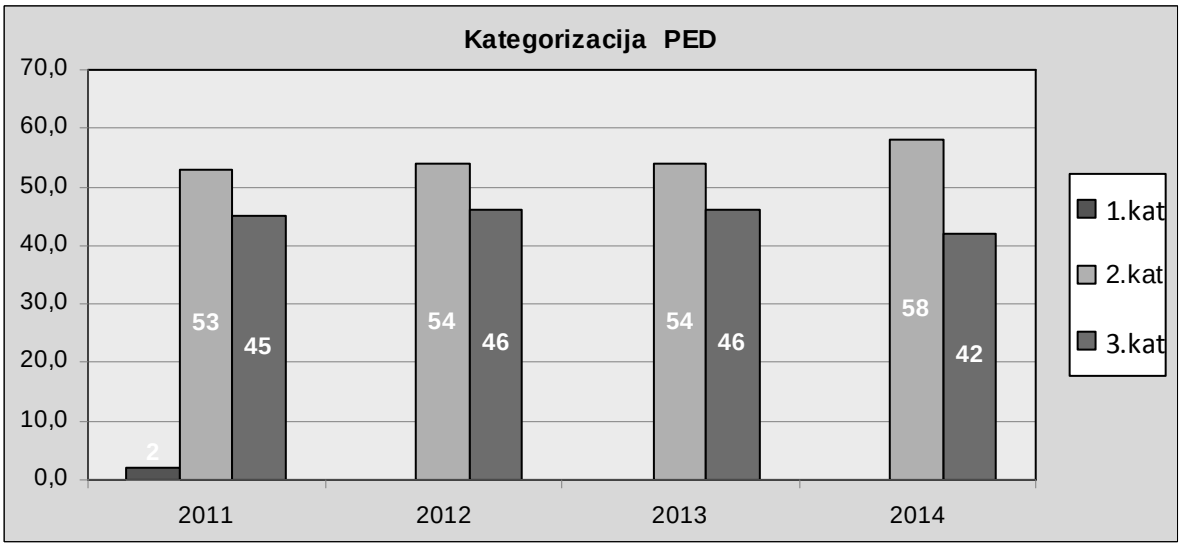
Graf 5: Prikaz gibanja 4. KZN po mesecih v letu 2014 v primerjavi s povprečjem leta 2013



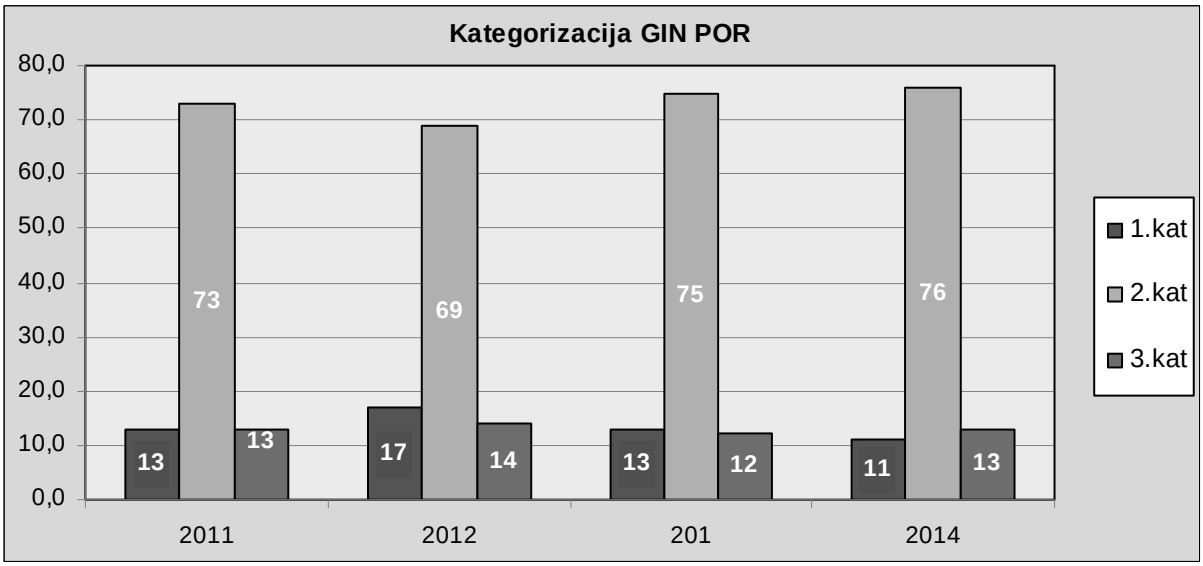
Graf 6: Primerjava kategorizacije ZN 2011 – 2014 na kirurškem oddelku



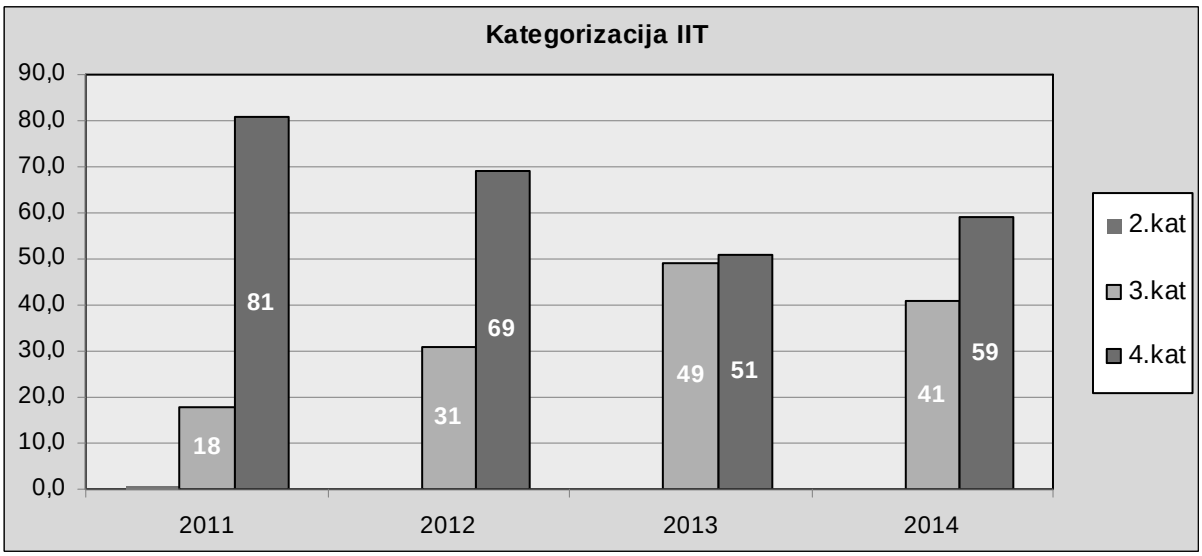
Graf 7: Primerjava kategorizacije ZN 2011 - 2014 na internem oddelku



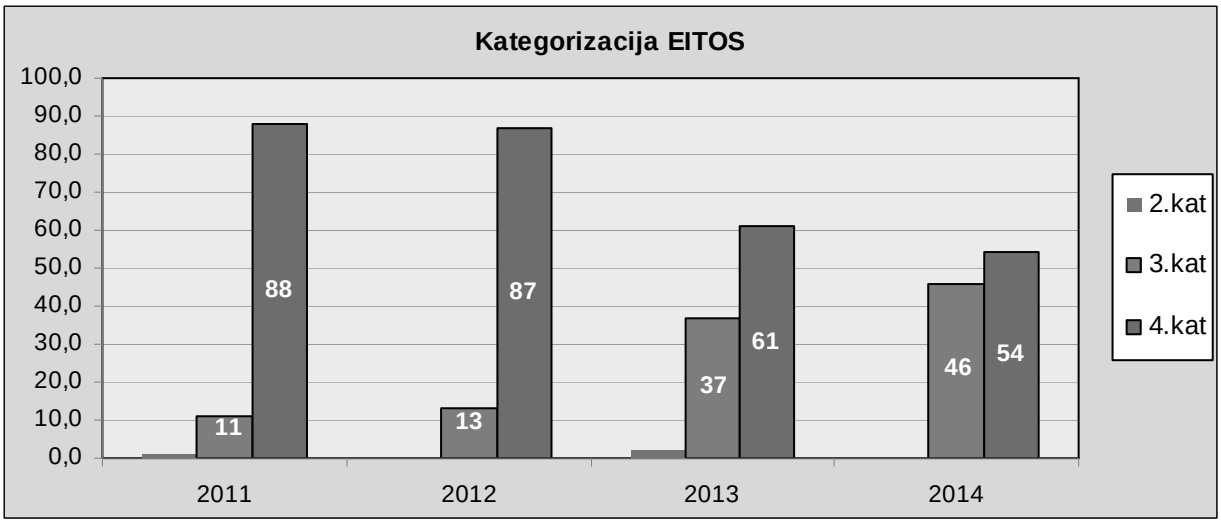
Graf 8: Primerjava kategorizacije ZN 2011 – 2014 na pediatričnem oddelku



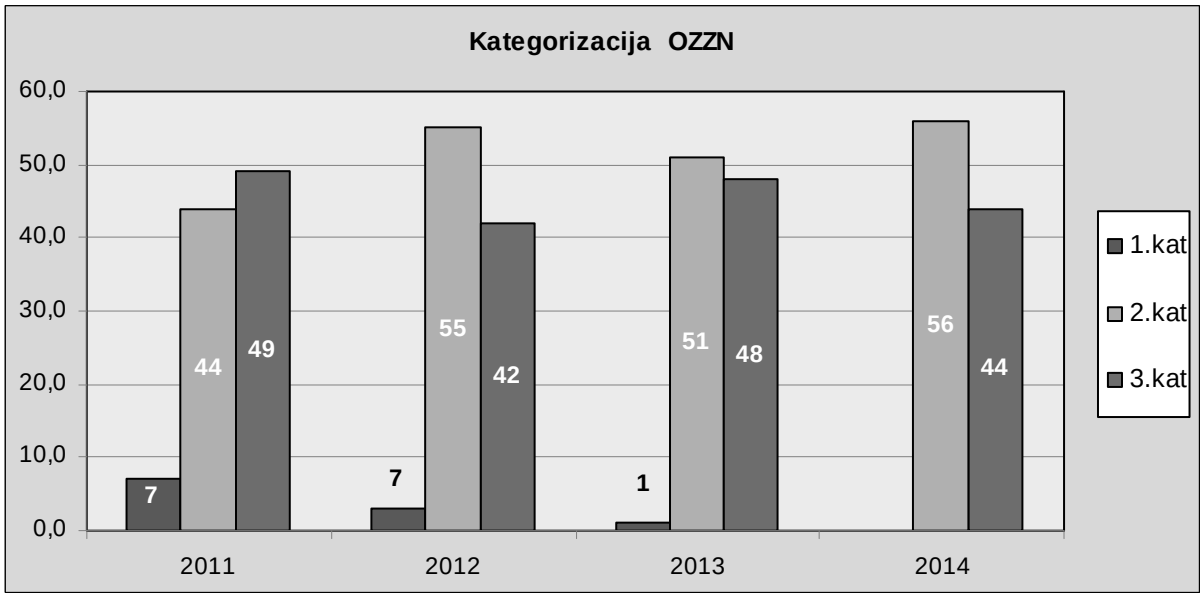
Graf 9: Primerjava kategorizacije ZN 2011 – 2014 na ginekološko porodniškem oddelku



Graf 10: Primerjava kategorizacije ZN 2011 - 2014 v enoti IIT



Graf 11:Primerjava kategorizacije ZN 2011 – 2014 v EITOS



Graf 12:Primerjava kategorizacije ZN 2011 – 2014 na OZZN

POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

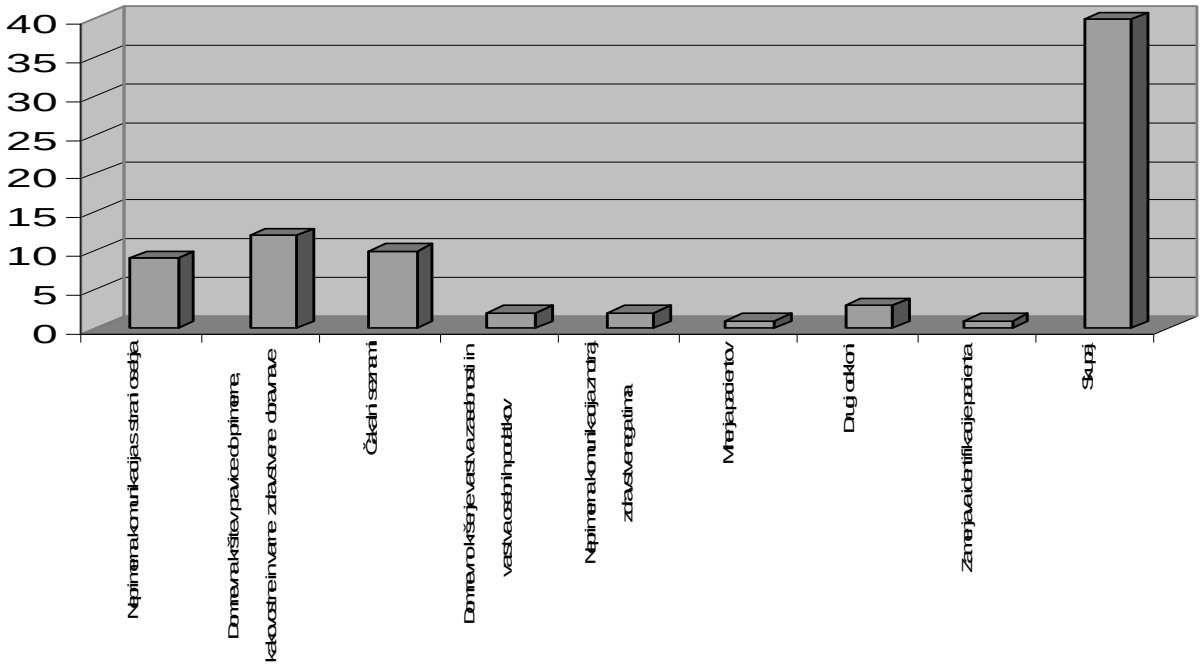
Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

V letu 2014 so pacienti ali njihovi svojci 40 krat naslovili vprašanja ali pritožbo na pristojno osebo za prvo prijavo kršitve pacientovih pravic. V vseh primerih smo napravili analizo dogodkov, se s pacienti ali svojci pogovorili in izvedli korektivne ukrepe z namenom, da se dogodki ne bi ponovili. V večini primerov smo se s pacienti ali njihovimi svojci uspeli dogovoriti za ustrezno rešitev. Nerešen primer pritožbe je še vedno v obravnavi Komisije Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic. Ker poravnalni narok ni bil uspešen, se postopek nadaljuje.

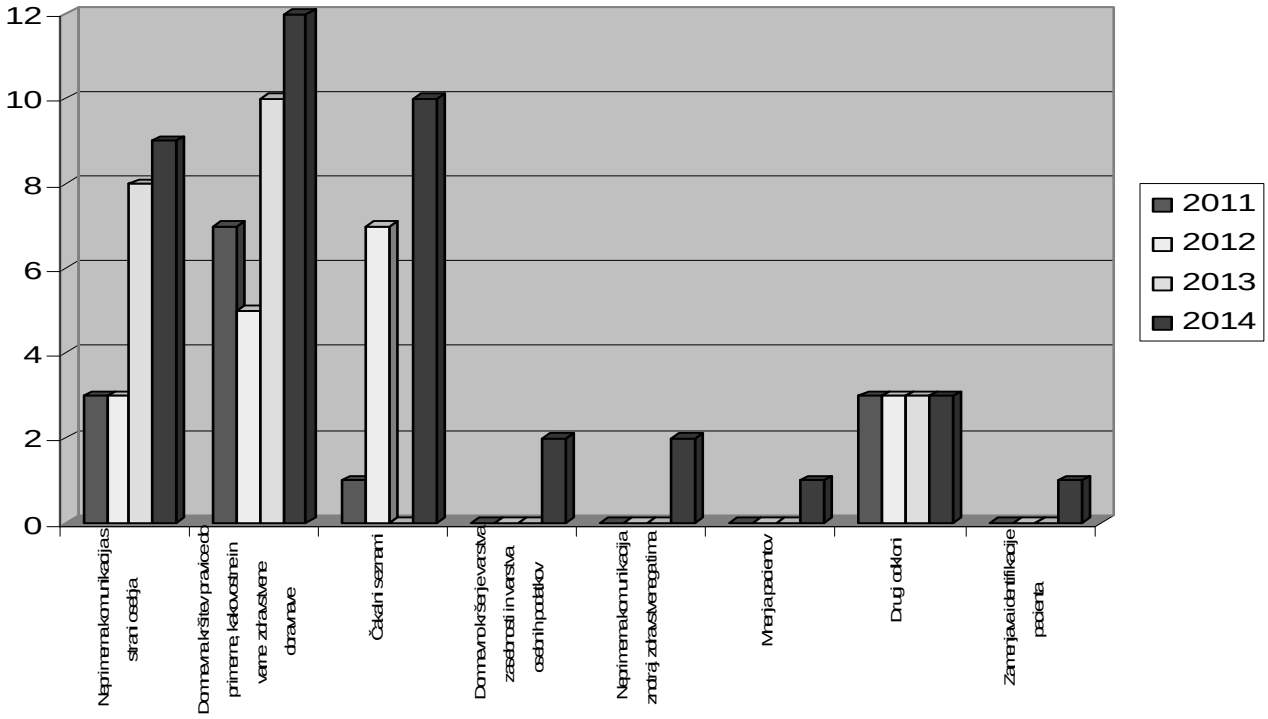
Izpostavljeni problemi	Št.	Poročilo in ukrepi	Rezultat
Neprimerna komunikacija s strani osebja	9	Pogovor z zaposlenimi, razgovor s pacienti, ureditev dodatnega datuma za pregled, skoraj v vseh primerih opravičilo pacientom.	Zaposleni so pritožbo vzeli zelo resno in se opravičili, v primerih, ko je bilo to potrebno. Izboljšali so komunikacijo s pacienti. Pacienti so bili z obravnavo zadovoljni.
Domnevna kršitev pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave	12	Izvedeni so bili razgovori in soočenja s pacienti, uvedeni so bili ukrepi, ki so bili v celoti realizirani. Ustna obravnava je bila sklicana v 5 primerih. V enem primeru je bilo podano nestrokovno delovanje, vendar je potrebno poudariti, da je pacient osebnostno spremenjen in gre za psihične motnje, vse pritožbe so neutemeljene. V dveh primerih je bila omogočena pravica vpogleda v zdravstveno dokumentacijo.	Pacienti in njihovi svojci so aktivno sodelovali pri vseh dogovorih in ostalih aktivnostih in bili z obravnavo zadovoljni. V enem primeru je bila posredovana dokumentacija in postopek predan Zavarovalnici Triglav v nadaljnjo obravnavo. V enem primeru se postopek nadaljuje pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic v senatni obravnavi.
Domnevno kršenje varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov	2	Opravljen razgovor z zaposlenimi in dosledno upoštevanje izjave o posredovanju podatkov o zdravstvenem stanju in obiskih. Priprava protokola o obisku MS iz socialno varstvene ustanove, ki želi pridobiti podatke o potrebi po ZN pri pacientu pred sprejemom.	Zaposleni so upoštevali doslednost pri posredovanju informacij in obiskov. Protokol je v pripravi.
Podano mnenje za organizacijsko spremembo	1	Proučili smo mnenje, uredili bomo organizacijske spremembe po sprejetju novih zaposlenih.	Zahvalimo se gospodu za mnenje in se mu opravičimo za težave.
Neprimerna komunikacija znotraj zdravstvenega tima.	2	Proučitev dogodka in dogovor med zaposlenimi, ustvarjanje pozitivne klime med zaposlenimi, izobraževanja na temo profesionalne komunikacije.	Ni ponovne pritožbe o neprimerni komunikaciji.
Naročanje na ambulantne preglede, programske operativne posege (čakalni seznami)	10	Težave pri telefonskem naročanju, ni določenih datumov za preglede, dolge čakalne vrste za operativni poseg.	Dogovor o načinu naročanj, obvestilo na internet in v ZD na Gorenjskem, izboljšanje lahko pričakujemo po uvedbi nove telefonske centrale. V vseh primerih razgovor s pacienti, seznanitev s čakalno listo, predstavitev stopenj nujnosti zdravstvene obravnave (nujno, hitro, redno).
Drugi dogodki	3	Tehnični odklon, pozabljena osebna obleka, izguba zobne proteze, poškodovanje zob med operativnim posegom.	Obleko pošljemo po pošti. Posredovanje odškodninskega zahtevka iz zavarovanja civilne odgovornosti
Zamenjava identifikacije pacienta	1	V SBJ je bil, z reševalnim vozilom pripeljan pacient pod napačnim imenom. Ob sprejemu ni bilo preverjanje identifikacije. Kartice ZZV pacient ni imel. Razgovor z zaposlenimi, ureditev zdravstvene dokumentacije na pravega uporabnika.	Odstopanj pri preverjanju identifikacije pacienta nismo zaznali.
Skupaj prijav	**40**		

Tabela 1: Število prvih prijav od leta 2011 do 2014

Leto	Število vseh prijav
2011	14
2012	20
2013	21
2014	40



Graf1: Število prvih prijav v letu 2014



Graf 2: Prikaz vzrokov prvih prijav od leta 2011 do leta 2014

ANALIZA VPISOV V KNJIGO POHVAL IN PRITOŽB ZA LETO 2014 V PRIMERJAVI Z LETOM 2013

V letu 2014 je bilo v Knjigo pohval in pritožb vpisanih 100 vtisov pacientov, svojcev in obiskovalcev, od tega je 91 pohval in 9 pritožb. V letu 2013 smo beležili 158 zapisov. Letos smo zabeležili 58 mnenj manj, kar znaša 37%.
Pohvale se nanašajo se na prijaznost, strokovnost in profesionalnost, korekten in topel odnos do pacientov. Namenjene so celotnemu timu v bolnišnici.
Pritožbe: Nanašajo se na neprimeren odnos osebja, nestrokovnost, neprijaznost, čakanje na prevoz z reševalnim vozilom, cena parkirišča, čakanje pred ambulantami, nezadovoljstvo nad odnosom, obravnavo ter seznanjenostjo s potekom zdravstvene obravnave, ni na razpolago datumov za preglede v specialističnih ambulantah.

Skupaj	Št. vpisov pohval in pritožb 2014	Poročilo in ukrepi	Št. vpisov pohval in pritožb 2013 **N=158**
Število pohval	91 / 91%	Pohvale se nanašajo se na prijaznost, strokovnost in profesionalnost, korekten in topel odnos do pacientov. Namenjene so celotnemu timu v bolnišnici.	151 / 96%
Število pritožb	9 / 9%	Nanašajo se na neprimeren odnos osebja, nestrokovnost, neprijaznost, čakanje na prevoz z reševalnim vozilom, cena parkirišča, čakanje pred ambulantami, nezadovoljstvo nad odnosom, obravnavo ter seznanjenostjo s potekom zdravstvene obravnave, ni na razpolago datumov za preglede v specialističnih ambulantah	5 / 3%
Pobude/ priporočila	/		2 / 1%

Tabela 2: Prikaz števila/deleža pohval in pritožb od leta 2011 do 2014

Knjiga pohval in pritožb	Število/delež pohval	Število/delež pritožb
2011	22/73 %	8/27 %
2012	65/84,2 %	12/15,5 %
2013	158/96 %	5/3 %
2014	91 /91%	9 / 9 %

POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA RAZVIJANJE STANDARDOV KAKOVOSTI

Mateja Bahun, prof. zdr.vzg., pred.
koordinatorica skupine za razvijanje standardov kakovosti

Začetki delovanje skupine segajo že v leto 1995. Člani skupine za razvijanje standardov kakovosti so se v letu 2014 sestali 4x. Za pregled vsebine nekaterih standardov kakovosti smo uporabili korespondenco preko e- pošte.

1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ 1: revizija 100 % standardov kakovosti, ki so stari več kot tri leta
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 7 novih standardov kakovosti
AKTIVNOSTI: delo skupine za standarde kakovosti in aktivnosti koordinatorice skupine za standarde M. Bahun
EVALVACIJA: število novih standardov kakovosti
REALIZACIJA: 4 standardi kakovosti – 57 %

2 DOPOLNJENI STANDARDI KAKOVOSTI V 2014

	OZNAKA	IME STANDARDA KAKOVOSTI	DATUM
1	A.8.6.	Oskrba popka pri novorojenčku_V3	6.1.2014
2	B.3.1.7.	Odvzem krvi iz osrednjega venskega katetra_V4	13.1.2014
3	B.1.1.6.	Aplikacija zdravil po želodčni sondi_V3	3.2.2014
4	B.5.14.	Voziček za reanimacijo_V4	7.3.2014
5	B.5.4.	Pakiranje materiala pred sterilizacijo_V3	24.3.2014
6	B.5.8.	Higiensko vzdrževanje parnih sterilizatorjev V3	24.3.2014
7	B.5.9.	Rokovanje in shranjevanje sterilnega materiala na odd/e in nadzor_V4	24.3.2014
8	B.5.10.	Sterilizacija s plazmo_V3	24.3.2014
9	B.6.1.	Sestava jedilnika, dost. in skladišč. živil, pripr. in razd. hrane za P_V2	28.3.2014
10	B.4.1.1.	Umivanje rok_V 4	5.5.2014
11	B.4.1.2.	Razkuževanje rok_V4	5.5.2014
12	A.1.9.	Oskrba traheostome_V2	12.5.2014
13	A.8.1.	Kopel v postelji_V3	12.5.2014
14	A.8.14.	Anogenitalna nega_V3	12.5.2014
15	B.1.1.9.	Aplikacija klizme_V2	12.5.2014
16	B.1.2.7.	Oskrba vbodnega mesta arterijske kanile_V3	12.5.2014
17	B.1.2.9.	Menjava infuzijske steklenice_V3	12.5.2014
18	B.1.2.10.	Uvajanje osrednjega venskega katetra_V3	12.5.2014

19	B.1.3.5.	Uvajanje epiduralnega katetra_V2	12.5.2014
20	B.1.3.6.	Oskrba vbodnega mesta EDK in perifernih katetrov za protibol th_V2	12.5.2014
21	B.1.3.7.	Odstranitev EDK in perifernih katetrov za protibol th_V2	12.5.2014
22	B.1.3.8.	Oskrba kronične/okužene rane/razjede_V2	12.5.2014
23	B.2.3.	Priprava in nameščanje manšete za krvno stazo_V2	12.5.2014
24	B.3.1.15.	Izvedba Mantoux kožnega tuberkulinskega testa_V2	12.5.2014
25	B.4.2.4.	Priprava pacientove koza na invazivni poseg_V3	12.5.2014
26	B.5.2.	Prevoz nesterilnega in sterilnega materiala_V3	12.5.2014
27	B.5.17.	Priprava infuzijske kasete ali vrečke za CADD črpalko_V2	12.5.2014
28	B.5.15.	Osnovni intervencijski anestezijski voziček_V2	2.6.2014
29	B.5.16.	Intervencijski voziček za dodatne posege na AN-RE odd_V2	2.6.2014
30	A.8.7.	Izpiranje ustne votline_V3	6.6.2014
31	A.8.8.	Ustna nega pri zavestnem pacientu_V3	6.6.2014
32	A.8.10.	Ustna nega pri pacientu ki ima moteno zavest_V3	6.6.2014
33	A.8.11	Ustna nega intubiranega pacienta_V3	6.6.2014
34	A.8.12.	Ustna nega traheotomiranega pacienta_V3	6.6.2014
35	A.8.13	Ustna nega dojenčka -1-4- izraščenih zob_V3	6.6.2014
36	B.6.1.	Sestava jedilnika, dost. in skladišč. živil, pripr. in razd. hrane za P _V3	14.7.2014
37	B.3.1.1.	Odvzem krvi za hemokulturo_V3	7.8.2014
38	B.5.14.	Voziček za reanimacijo_V5	11.8.2014
39	B.1.2.1.	Uvajanje perifernega osrednjega venskega katetra_V4	16.8.2014
40	B.1.2.4.	Oskrba vbd. mesta v. kanile in ohranjanje preh. periferne v. poti_V4	16.8.2014

3 NOVI STANDARDI KAKOVOSTI V 2014

1	B.3.1.10.	Abdominalna punkcija_V1	11.3.2014
2	B.4.3.1.	Deratizacija, dezinsekcija, dezinfekcija_V1	2.4.2014
3	B.3.2.5.	Snemanje elektrokardiograma_V1	7.7.2014
4	B.1.3.11.	Preveza nefrostome in oskrba nefrostomskega katetra_V1	4.2.2014
5.	A.1.11.	Subglotična aspiracija_V1	16.8.2014

4 CILJ SKUPINE ZA LETO 2015

CILJ 1: revizija 100 % standardov kakovosti, ki so stari več kot tri leta
CILJ 2: sprejetje 7 novih standardov kakovosti (predlogi: Torakalna drenaža, Bris rane, Preprečevanje ventilacijske pljučnice, Priprava posteljne enote v EITOSu, Odstranitev drenaže, Priprava endoskopa na dezinfekcijo)

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA PREPREČEVANJE PADCEV

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Kordinatorica skupine

Skupina za preprečevanje padcev je tudi v letu 2014 nadaljevala s svojim delom. V projektni skupini sodeluje 24 članov in 16 njihovih namestnikov.

Organizirali smo 4 srečanja, obisk srečanj je bil slab in tudi aktivnost nekaterih članov ni prav pohvalna. Na sestankih smo obravnavali dejavnike tveganja za padec, preventivo le-teh, analizirali vzroke za padce, se pogovarjali o prepoznavnih znakih za uporabo posebnega varovalnega ukrepa (PVU) in pomembnosti vnosa v računalniški sistem B 21, saj od leta 2013 spremljamo nov kazalnik kakovosti, število vseh pacientov s PVU.

Cilj	**Izvajanje rednih aktivnosti pri realizaciji dogovorov za preventivo padcev**
Izvedene aktivnosti	- Dopolnitev seznama članov skupine in njihovih namestnikov; - 4 sestanki skupine za preprečevanje padcev; - Izobraževanje o pravilnem izpolnjevanju lista Varovalnega ukrepa; - Nadzor nad evidenco in shranjevanjem sredstev za PVU; - Osnovanje promotorjev za pravilno izbiro in uporabo PVU; - Organizacija izobraževanja za promotorje pravilne izbire in uporabe PVU v Psihiatrični bolnišnici Begunje; - Aktivno vključevanje v izobraževanje pravilne uporabe sredstev za PVU na oddelkih/enotah; - Dodatno označevanje pacientov, ki so ogroženi za padec (rumena identifikacijska zapestnica, rumene nogavice, rumene pižame za paciente, ki so že utrpeli padec); - Postopna zamenjava trebušnih pasov za fizično omejevanje pacientov, ki niso varni, z varnimi; - Priprava dodatnega opomnika za preprečevanje padcev; - Prenos informacij in dogovorov do timov ZN na oddelkih/enotah.
Učinkovitost	- V skupini so zastopani vsi oddelki/enote, toda udeležba na srečanjih ni zadovoljiva. V povprečju se je sestanka udeležilo 14 članov. Udeležba se ni povečala kljub temu, da smo se dogovorili za namestnike članov, tudi aktivnost članov je nizka; - Zamenjava trebušnih pasov za fizično omejevanje pacientov, ki niso varni, z varnimi poteka; - Plakat za preprečevanje padcev za paciente in svojce je izdelan in je priloga informacij za paciente, ki se nahajajo v bolniških sobah; - Dodatni opomnik za preprečevanje padcev je v končni fazi priprave; - 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 pa se 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 stani članstva ni bilo odziva, niti pozitivnega oz. negativnega odgovora. Poteka dogovor z Infonetom, za preoblikovanje lestvice, ki pa še ni dokončen. - Izvedena je bila delavnica o pravilni izbiri in uporabi sredstev za PVU.

1 CILJI 2015

- 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;
- Priprava plakata za preprečevanje padca pri otrocih in seznanjanje staršev s preventivnimi aktivnostmi za padec;
- Vključevanje članov v strokovne nadzore o izpolnjevanju dokumentacije in izvedbe PVU;
- Vključitev zdravnika v skupino za preventivo padcev.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA OBVLADOVANJE PREDANALITIČNE FAZE

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Koordinatorica skupine

Skupina za obvladovanje predanalitične faze šteje 11 članov s kliničnih oddelkov in ambulantne dejavnosti ter 2 člana, zaposlena v laboratoriju.

V letu 2014 sta bila organizirana dva sestanka in en sestanek na pobudo doc. dr. Ivice Avberšek Lužnik, ko smo zaznali povečanje nepravilnosti v predanalitični fazi. Na rednih sestankih smo obravnavali problematiko v predanalitični fazi vzorčenja.

V okviru skupine smo sproti odpravljali zaznane nepravilnosti v predanalitični fazi vzorčenja, zaposlena v laboratoriju sta članom skupine posredovala dodatne informacije o izvajanju procesa laboratorijskih preiskav, trendih vodenja predanalitičnih napak in obveščala o odklonih vnašanja laboratorijskih preiskav v računalniški sistem.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA OBLIKOVANJE KLINIČNIH POTI

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Koordinatorica skupine

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 2014 je bilo organiziranih šest formalnih sestankov, srečanja sodelujočih pri pripravi KP pa so potekala tudi glede na potrebe pri oblikovanju oziroma prenovi KP.
V letu 2014 smo pripravili 2 novi klinični poti:

Št.	Oznaka	Naslov	Oddelek/enota
1.	SOP KP 29	Klinična pot za operacijo zdrsa medvretenčne ploščice (Hernije diska)	Kirurški oddelek/odsek za ortopedijo
2.	SOP KP 45	Klinična pot za sprejem otroka v urgentno pediatrično ambulanto	Pediatrični oddelek

V preteklem letu smo prenovili 3 klinične poti:

Št.	Oznaka	Naslov	Oddelek/enota
1.	SOP KP 1	Klinična pot operacija dimeljske kile (enodnevna obravnava)	Dnevni oddelek
2.	SOP KP 2	Klinična pot artroskopija (enodnevna obravnava)	Dnevni oddelek
3.	SOP KP 18	Klinična pot za sprejem pacienta v urgentno ambulanto	Služba za nujno medicinsko pomoč

1 CILJI ZA LETO 2015

V letu 2015 bomo pripravili tri nove klinične poti:
- Klinična pot vodenje zdrave otročnice; ginekološko – porodniški oddelek,
- Klinična pot operacija radiusa; kirurški oddelek,
- Klinična pot mrtvorojeni otrok; ginekološko porodniški oddelek.

Prenova obstoječih kliničnih poti po potrebi, glede na spremembe v stroki:
- dnevni oddelek,
- kirurški oddelek,
- pediatrični oddelek,
- ginekološko porodniški oddelek.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE POCT (point of care testing)

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., pred.
koordinatorica skupine

Skupina koordinatorjev za POCT (16 oseb – iz vsakega oddelka in enote eden) se je v letu 2014 sestala 4x. Od tega je bilo eno srečanje namenjeno usposabljanju koordinatorjev POCT na bolniških oddelkih/ v enotah.

Naloge koordinatorjev POCT:
- odgovorni so za strokovno izvajanje meritev glukoze v krvi (GVK) na svojem oddelku/enoti
- sodelujejo pri usposabljanju sodelavcev, predvsem usposabljanje novozaposlenih
- skrbijo za vzdrževanje merilnika (baterije, pravilnost razkuževanja, roki uporabnosti testnih senzorjev, datumi odprtja testnih senzorjev…)
- izvajajo nadzor nad izvajanjem meritev med sodelavci na oddelku/enoti
- obveščajo koordinatorja skupine o zamenjavah pokvarjenih, dotrajanih merilnikov

Novosti v delu skupine v letu 2014:
- Pripravili smo elektronski obrazec za spremljanje nadzorov.
- Dogovorili smo se, da izobraževanje zaposlenih za svoje sodelavce začnejo izvajati koordinatorji sami.
- Sklenili, da se mora vsak zaposleni, ki izvaja POCT, udeležiti usposabljanje na 3 leta, novozaposleni pa takoj, ko je mogoče (uredi koordinator na oddelku).
- Zaposleni so z novostmi seznanjeni preko objav na intranetni strani bolnišnice – zavihek Komisije - Komisija za POCT.

Izvedena so bila tudi 4 predavanja/delavnice za POCT, ki se jih je skupaj udeležilo 85 zaposlenih iz bolniških oddelkov/enot.

V letu 2014 so koordinatorji izvedli 208 nadzorov nad pravilnostjo aktivnosti meritve glukoze v kapilarni krvi.

Uvedene so tri skupine ukrepov:
Ukrepi 1. stopnje: za odstope v območju od 100 do 91 % ni potrebno reagirati
Ukrepi 2. stopnje: za odstope v območju od 90 – 82 % je potrebno reagirati - po analizi odstopanja se ukrepa na področju točk nadzora, ki odstopajo – varnostna vizita ali oddelčni sestanek, kjer koordinator POCT predstavi rezultate in odstopanja, razgovor o pravilni izvedbi

Ukrepi 3. stopnje: za odstope v območju 81 % ali manj potrebno reagirati – varnostna vizita ali oddelčni sestanek ter predavanje na oddelku, udeleženi vsi zaposleni – organizira in vodi koordinator POCT

1 REZULTATI NADZOROV PO DELOVIŠČIH

	POVPREČJE VSEH MERITEV		
	PRVA POL. 2014	DRUGA POL. 2014	TREND
AN-RE	96,5	96,6	⇑
EITOS	98,3	90,9	⇓
DNEVNI ODDELEK	88,6	100	⇑
OZZN	93,5	98,8	⇑
IIT	100	98,2	⇓
interna I desno – ENDO.	93,9	92,6	⇓
interna I levo - KARDIO.	93,9	98,1	⇑
Interna II levo – GASTRO.	95,4	96,6	⇑
kirurgija abdomen	95,4	97,7	⇑
kirurgija travma	93,1	97,7	⇑
kirurgija ortopedija	98,8	100	⇑
PEDIATRIJA	97,7	99,3	⇑
GIN- POR ODDELEK	98,5	100	⇑
ŠTACIJA (PNN)	98,5	97,7	⇓
DIALIZA	ni podatka	94,8	
URGENCA	89,4	92,3	⇑
PROTIBOLEČINSKA AMB	100	ni podatka	
DIABETOLOŠKA AMB	100	ni potrebno	
KIRURŠKA AMB	100	ni podatka	

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA DOKUMENTACIJO

Mateja Bahun, prof. zdr.vzg., pred.
koordinatorica skupine

V letu 2014 se skupina, v postavi kot prejšnje leto, ni sestajala. Vsebinski in oblikovni popravki dokumentov, kjer je bilo to potrebno, so se pripravljali v manjših skupinah, vabljene so bile osebe katerih delo se je na posamezni dokument nanašalo. Tako smo racionalizirali čas in pa obremenjenost članov skupine.

Za leto 2014 smo si postavili 2 cilja:

CILJ 1: oblikovanje enotnih navodil za paciente, ki bodo sprejeti na oddelke Splošne bolnišnice Jesenice (brošura) in racionalizacija tiska (sedaj obstajajo 3 delna navodila)
EVALVACIJA: oblikovana enotna navodila
AKTIVNOSTI: delo skupine za dokumentacijo in aktivnosti koordinatorice skupine M. Bahun
REALIZACIJA: 0 %, ker je oblikovanje in tiskanje zaustavljeno po navodilih vodstva

CILJ 2: pregled dokumentacije oblikovane pred letom 2011 in oblikovne dopolnitve ter vsebinske po potrebi
EVALVACIJA: število dopolnjenih dokumentov
AKTIVNOSTI: delo skupine za dokumentacijo in aktivnosti koordinatorice skupine M. Bahun
REALIZACIJA: novih ali dopolnjenih dokumentov (SOP, navodila, OBR, klinične poti) – 376 (100%)

V letu 2014 so bile izvedene naslednje aktivnosti:

- natančen dogovor in pregled, kateri dokumenti se bodo tiskali v letu 2015, v ta namen je bilo pregledanih 159 dokumentov in za vsakega dogovorjeno s skrbnikom o potrebnosti tiskanja in predvideni količini za tisk v letu 2015, ob tem še preverjena ustreznost vsebine

- na intranetni strani je bila ob dokumentih, ki se tiskajo osvežena oznaka - NAROCILO V SKLADISCU, ki uporabnika opominja, naj tega dokumenta ne tiska na oddelku, ker ima skladišče tiskano zalogo iz tiskarne (ti dokumenti so v pdf formatu še dodatno zavarovani proti tiskanju na tiskalnikih v ustanovi).

Dodatno je bilo izvedeno še:

	Splošni SOP	Navodila	Obrazci	Klinične poti	Skupaj
novi	14	38	57	3	112
dopolnjena verzija	23	22	105	2	264

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA KLINIČNO PREHRANO V ZDRAVSTVENI NEGI

Pavla Lavrinec, dipl.m.s., bolnišnični dietetik
Koordinatorica skupine

UVOD

Ustrezna prehranjenost pacienta je bistvenega pomena za njegovo kvaliteto življenja in izid zdravljenja. Za zagotavljanje ustrezne prehranjenosti pacienta je potrebno sodelovanje celotnega zdravstvenega tima, ki obravnava pacienta. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki imajo pri tem pomembno vlogo.

1 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) – še ni uvedena,
- sodelovanje pri uvajanju prehranske podpore pacientom ogroženih za razvoj RZP in pacientom s prisotno RZP – še ni realizirano,
- identifikacija vzrokov, ki pri pacientu poslabšajo prehranski vnos.

2 OPIS AKTIVNOSTI

V letu 2014 so bila organizirani 4 srečanja. Vsebina:

- Pregled kriterijev za ocenjevanje prehranskega vnosa pri Bradenovi lestvici za oceno ogroženosti za nastanek RZP. Iskali smo možnosti, kako na najenostavnejši način zbirati podatke o dejanski količini zaužite hrane – aktivnost še ni zaključena.
- Zagotavljanje tekočine ob omejenem vnosu – srčno popuščanje, ledvična odpoved.
- Prilagajanje velikosti obroka pacientovemu apetitu.

3 CILJI ZA LETO 2015

- Organizacija 5 sestankov projektnega tima.
- Izobraževanje projektnega tima o prepoznavanju tveganja za podhranjenost.
- Izobraževanje projektnega tima o ukrepih za preprečevanje podhranjenosti.
- Izobraževanje projektnega tima o načelih terapevtske prehrane pri posameznih obolenjih.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA IZBOLJŠANJE PREHRANE PACIENTOV

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Koordinatorica skupine

Cilj, projektnega tima za izboljšanje prehrane pacientov, je pacientu nuditi čim bolj kakovostno, higiensko neoporečno in raznoliko prehrano z upoštevanjem smernic terapevtske prehrane pri posameznih obolenjih.

V letu 2014 smo imeli 21 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, spremljali pa smo tudi količino ostankov hrane.

1.9.2014 se je kuhinja selila na začasno lokacijo, ker smo pričeli s prenovo in bili prisiljeni poenostaviti jedilnike. Člani skupine projektnega tima za izboljšanje prehrane pacientov smo se aktivno vključevali v združevanje nekaterih vrst dietne prehrane, ki imajo skupne značilnosti, sodelovali pri pripravi predlogov za selitev kuhinje na nadomestno lokacijo in ob tem še posebno skrbno spremljali higienske razmere na nadomestni lokaciji.

Člani skupine smo se aktivno vključili tudi v aktivnosti za zmanjševanje stroškov na področju prehrane za paciente in zaposlene. Pripravili smo kar nekaj konstruktivnih predlogov, ki so bili v večini sprejeti in realizirani.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA PREVENTIVO IN OSKRBO RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Oti Mertelj, dipl. m. s.
Koordinatorica skupine

Projektni tim za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska je v letu 2014 imel 37 članov. Projektni tim je imel 17 sestankov. Na sestankih je bila obravnavana tekoča problematike v zvezi s preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska. Štiri sestanke skupine je bilo namenjenih ocenjevanju pacientove ogroženosti za nastanek RZP po Bradenovi. Člani skupine so predstavili paciente iz svojih oddelkov in enot in na podlagi predstavitve izvedli oceno ogroženosti po Bradenovi – lestvici, ki se bo v prihodnje uporabljala namesto Nortonove. Oblikovali so dodatne razlage za posamezne parametre ocenjevanja. Dva sestanka skupine sta bila namenjena predstaviti črpalk z negativnim tlakom. Člani skupine so sprejeli sklep, ki je obvezujoč za vse člane negovalnega tima po vseh oddelkih in enotah, da po umivanju AG

predela kožo vedno zaščitijo z zaščitno kremo, čeprav je koža še brez sprememb. Izdelan je bil tudi list za nadzor nad pravilno razbremenitvijo pet.

MEDNARODNI DAN RAZJEDE ZARADI PRITISKA, 20. 11. 2014

Ob mednarodnem dnevu ozaveščanja o razjedi zaradi pritiska so člani skupine v avli bolnišnice pripravili stojnice. Na stojnicah so obiskovalci poleg zloženk, dobili informacije o dejavnikih tveganja za nastanek RZP in možnostih s katerimi se RZP lahko preprečijo. Članice skupine so s pomočjo lutke prikazale menjavo lege telesa in pravilno razbremenitev ogroženih predelov. Na stojnicah je potekalo svetovanje o ustrezni prehrani in prehranski podpori, predstavljeni so bili tudi pripomočki, ki se jih uporablja pri inkontinenci in obloge za oskrbo ran.

CILJI SKUPINE ZA PREVENTIVO IN OSKRBO RZP ZA LETO 2015

- Nadgradnja zloženke Stop RZP,
- protokol o zaščiti kože v AG predelu,
- delavnice o povijanju krnov po amputaciji (podkolenska, nadkolenska),
- delavnica o povijanju nog z dolgoelastčnimi povoji,
- izdelava plakata o povijanju nog,
- reševanje tekoče problematike v zvezi z RZP,
- priprava prispevkov ob mednarodnem dnevu RZP,
- izobraževanje novo zaposlenih o preventivi RZP ob postelji pacienta,
- strokovna ekskurzija članov skupine.

ZAKLJUČEK

Tudi v letu 2015 bo glavni poudarek na ozaveščenosti in znanju zaposlenih, da bodo s sredstvi, ki so nam na voljo, pacientom zagotavljali najboljšo možno preventivo.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA INKONTINENCO

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.
Koordinatorica skupine

Skupina za inkontinenco je v letu 2014 ponovno pričela s svojim delom. Organizirali smo 3 srečanja. Številčno je v skupini slaba udeležba, vsekakor si v prihodnje želimo številčnejše in aktivnejše udeležbe članov. Na prvem sestanku smo pregledali zapisnik zadnjega sestanka skupine, ki je bil 26.4.2013. Člani so predlagali pregled rezultatov nadzora, vendar smo se potem odločili, da je potrebno pripraviti osnove za ponovni nadzor nad namestitvijo inkontinenčnih pripomočkov v ZN. Postavili smo si prvi cilj in skupina je tekom srečanj oblikovala prvi standard kakovosti Namestitev inkontinenčnega pripomočka pri odraslem in otroku.

Cilj	**Izvajanje rednih aktivnosti pri realizaciji dogovorov skupine za inkontinenco**
Izvedene aktivnosti	- Dopolnitev seznama članov skupine in njihovih namestnikov; - 3 Redni sestanki; - Standard kakovosti: Namestitev inkontinenčnega pripomočka pri odraslem in otroku;

	- Aktivno vključevanje članov skupine v ozaveščanje članov tima ZN o pomembnosti nameščanja oz. spodbujanja opustitve inkontinenčnega pripomočka; - Prenos informacij in dogovorov v time ZN.
Učinkovitost	- V skupini so zastopani vsi oddelki/enote, toda udeležba na srečanjih ni zadovoljiva. V povprečju se je sestanka udeležilo 8 članov. V letu 2014 so bila organizirana tri srečanja. - Standard kakovosti je bil izdelan.

CILJI 2015

- Ponoven pregled seznama članov skupine, z zamenjavo tistih, ki se želijo vključiti drugam oz. s tistimi, ki se želijo skupini priključiti;
- Izvedba 3 oz. 4 srečanj;
- Izvedba delavnic o pravilni izbiri in namestitvi inkontinenčnega pripomočka skupaj s koordinatorjem za preprečevanje RZP;
- S pomočjo članov skupine za inkontinenco ozaveščanje članov tima ZN o pomembnosti nameščanja oz. spodbujanja opustitve inkontinenčnega pripomočka;
- Sodelovanje pri pripravi in testiranju novih pripomočkov;
- Vključevanje članov v strokovne nadzore o izpolnjevanju dokumentacije in namestitve inkontinenčnega pripomočka;
- Vključitev enterostomalnih terapevtk v skupino.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA PRIPRAVO NEGOVALNIH DIAGNOZ

Mojca Strgar, dipl.m.s.
Koordinatorica skupine

UVOD

V letu 2014 se je skupina sestala dvakrat, kljub temu, da je bila postavljena časovnica z postavljenimi termini za vsaj šest srečanj skupine. Delovanje skupine je bilo okrnjeno tudi zaradi postavljanja nove dokumentacije v zdravstveni negi, ki se je dokončno oblikovala poleti 2015 in je bilo potrebno počakati na odziv zaposlenih.
V letu 2015 bo skupina s svojim delom nadaljevala, postaviti pa bo potrebno drugačno usmeritev in namen projektne skupine.

1 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: Enotna klasifikacija negovalnih diagnoz v SBJ	**Realizacija učinkovitost**

AKTIVNOSTI: 1. Predstavitev NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz – slovenski prevod vsem zaposlenim v ZN 2. Izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi o uporabi NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz 3. Sprememba PZN na oddelkih in enotah 4. Uporaba NANDA klasifikacije v PZN v Splošni bolnišnici Jesenice 5. Izdelava pilotnega projekta - PZN in negovalne diagnoze v elektronski obliki	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Prevod še ni dokončno oblikovan in pripravljen v slovenskem prostoru 2.1 Ni bilo izvedeno 3.1 PZN je spremenjen 4.1 NANDA klasifikacija je še v fazi preverjanja in oblikovanja 5.1 Ni bil izdelan	

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

1. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 6 sestankov projektne skupine v letu 2015 Število sestankov v letu 2015 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 Izdelava pilotnega projekta - PZN in negovalne diagnoze v elektronski obliki	Kontinuirano, celo leto December 2015	 Koordinatorica projektne skupine

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA ZASEBNOST IN DOSTOJANSTVO PACIENTOV

Jana Lavtižar, dipl. m. s.
Koordinatorica skupine

V letu 2014 se je skupina sestala trikrat in enkrat je sestanek odpadel ker je bila udeležba zelo slaba. Sodelovanje članov ni bilo tako zelo aktivno.

Skupino je bolj ali manj redno obiskovalo 26 članov. V skupino so vključene dipl.m.s. in zdravstveni tehniki z vseh oddelkov in enot bolnišnice, fizioterapevtka, Mateja Bahun in Sandra Jerebic.

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
Realizacija	Motivacija tima ni bila najbolj uspešna. Sestanki so bili štirje. Enega nismo uspeli izpeljati ker je bila udeležba slaba. Vrata bolniških sob se zapirajo bolj dosledno po izjavah članov skupine saj je v sobah večkrat izolacije. Paravane imajo zdaj vsi oddelki, tudi dializa. Uporabljajo se pri izvajanju aktivnosti kjer je okrnjena zasebnost. Zaves v letu zaradi finančnih težav nismo uspeli kupiti. Na novo so nameščene v sobi za intenzivno nego na kardiološkem odseku internega oddelka. Torej ena soba več. Pacienti podpišejo obrazec ob sprejemu, da sami odgovarjajo za osebno lastnino. Vprašalnik ni bil izveden na RTG. O nazivanju pacientov ob klicanju v ambulanto smo se pogovarjali in dogovorili za bolj dosledno uporabo naziva gospod in gospa.
Cilj	**Doseči čim višji nivo upoštevanja etičnih načel z upoštevanjem osebne integritete pacientov in pacientovih pravic**
Aktivnosti	• Izvedba ankete za zaposlene o zagotavljanju zasebnosti (Bahun Mateja) • 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 (Mateja Bahun)
Realizacija	Mateja Bahun je izvedla anketiranje zaposlenih. Magistrska naloga in interpretacija rezultatov še v izdelavi. Delavnic in izobraževanja o zasebnosti nismo izvedli v letu 2014. Nadzor nad zagotavljanjem zasebnosti se opazuje pri nadzoru izvajanja osebne higiene/jutranje nege pacienta. Zaposleni upoštevajo navodila. Tudi člani skupine so izvedli nadzor na svojih oddelkih in enotah. Rezultati manjšega vzorca (8 primerov) je 97%. Tudi v nacionalni anketi se pojavi to vprašanje in je pokazatelj izvajanja zagotavljanja zasebnosti.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Mojca Strgar, dipl.m.s.
Koordinatorica skupine

UVOD

Projektna skupina za raziskovanje v zdravstveni negi se je v letu 2014 srečala dvakrat. Sestanki so bili sklicani štirikrat, vendar so bili zaradi slabe udeležbe (manj kot polovica članov skupine) ali velikega števila izostankov odpovedani. Na sestanku skupine smo se člani poskušali dogovoriti o namenu in ciljih, ki jih projektna skupina želi doseči.

Članstvo v skupini se je v začetku leta 2013 dokončno oblikovalo in je stalno, sprememb v letu 2014 ni bilo.

1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2014

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 SBJ	Ni realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izobraževanje ni bilo izpeljano	
CILJ: Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOST: Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izdelana je bila 1 raziskovalna naloga iz področja zdravstvene nege 2.1 Predstavitev ni bila izvedena	

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 6 sestankov projektne skupine v letu 2015 Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izobraževanje članov projektne skupine	2x letno	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 iz področja zdravstvene nege Predstavitev raziskovalnih nalog	Kontinuirano, celo leto	

3 ZAKLJUČEK

Raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice je pomembno za razvoj in je podlaga za večjo profesionalizacijo zaposlenih v zdravstveni negi, pomembno je tudi zaradi kakovostne in varne obravnave pacientov. Zdravstvena nega mora slediti razvoju na področju zdravstvene nege, delo mora temeljiti tudi z rezultati na dokazih podprte prakse, ki je posledica raziskovanja znotraj ustanove.

V letu 2015 bo potrebno področju motivacije članov skupine za raziskovanje v zdravstveni negi posvetiti posebno pozornost, menim, da je delo na podlagi rezultatov lastnih raziskav eno izmed dejavnikov zadovoljstva zaposlenih in skupna vrednota.

POROČILO O DELU PROJEKTNEGA TIMA ZA BOLNIŠNIČNO HIGIENO

Jana Lavtižar, dipl. m. s.
Koordinatorica skupine

UVOD

Delovna skupina za bolnišnično higieno deluje od leta 2010. V skupini delujejo predstavnice službe zdravstvene nege in oskrbe različnih oddelkov in enot v bolnišnici.

1 REALIZACIJA CILJEV PROJEKTNEGA TIMA ZA LETO 2014

Cilj	Obnova plakatov za označevanje izolacijskih sob
Realizacija	Obnovljeni so bili plakati za označevanje izolacijskih sob
Cilj	Obeleženje 5. maja mednarodnega dneva higiene rok
Realizacija	5. maja smo izvedli dan higiene rok v sodelovanju z Fakulteto za zdravstvo Jesenice. V avli bolnišnice je bila postavljena stojnica higiene rok. Na stojnici sta študenta ponudila možnost preverjanja uspešnosti razkuževanja rok mimoidočim ter predstavila plakat higiene rok.
Cilj	Izvajanje tematskih dni samokontrole higiene rok
Realizacija	Izvedeni so bili tematski dnevi higiene rok kjer je bilo 77 udeležencev.

Realizirane naloge v letu 2014:

Skupina za bolnišnično higieno se je v letu 2014 sestala devetkrat.
Člani skupine so aktivno sodelovali pri nadzoru:

- preskrbe s pitno vodo:
  - nadzor nad izvajanjem točenja vode na manj pretočnih izlivkah;
  - pregled izvajanja preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele na oddelkih/enotah;
- odpadkov:
  - pregled izvajanja ločevanja odpadkov na mestu nastanka;
- higiene rok:
  - promotorji preverjajo uspešnost razkuževanja rok s pomočjo pripomočka za ugotavljanje uspešnosti razkuževanja (Black box).

2 CILJI PROJEKTNEGA TIMA ZA LETO 2015

Cilj 1	Izvesti pregled izvajanja ločevanja odpadkov na mestu nastanka 4 x letno
Cilj 2	izvesti pregled nad izvajanjem preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele na oddelkih/enotah 4xletno
Cilj 3	Izvesti nadzor uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom 4x letno in ob izrednih dogodkih
Cilj 4	Predstaviti se s temo sporočanje incidentov na dnevu odprtih vrat; izdelati zloženko ali plakat
Cilj 5	Izvesti dan higiene rok ob 5. maju v sodelovanju s študenti FZJ
Cilj 6	Izdelati navodila za preverjanje uspešnosti higiene rok z Black -box

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA

Pavla Lavrinec, dipl.m.s., bolnišnični dietetik

UVOD

Z ustrezno prehransko oskrbo lahko zmanjšamo tveganje za poslabšanje pacientovega prehranskega stanja med hospitalizacijo. Delo bolnišničnega dietetika je usmerjeno v prehransko obravnavo hospitaliziranih pacientov, kot tudi v edukacijo o ustrezni prehrani pri ambulantno obravnavane paciente in njihove svojce.

1 POROČILO O IZVEDENIH AKTIVNOSTIH V LETU 2014

V enoti za intenzivno terapijo operativnih strok sem bila v letu 2014 vključena v prehransko obravnavo kritično bolnih pri 63 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 113 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). **Za več podatkov glede vsebine ZV glejte skupno poročilo o izvedenem zdravstveno vzgojnem delu.**

V letu 2014 je bilo poleg utečenih dejavnosti tudi veliko aktivnosti usmerjenih v pripravo za nemoteno zagotavljanje prehrane pacientom v času prenove kuhinje. Jedilnike je bilo potrebno prilagoditi trenutnim prostorskim omejitvam in ob tem upoštevati vse terapevtske zahteve naročene prehrane. Žal smo bili prisiljeni za čas prenove ukiniti izbirne jedilnike na ginekološko porodniškem in pediatričnem oddelku.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: Povečati osveščenost pacientov o ustrezni prehrani pri posameznih zdravstvenih težavah	Realizacija učinkovitost
AKTIVNOSTI: Izdelava prehranskih navodil – vsaj 3	
EVALVACIJA: Priprava prehranskih navodil • Vitamin B12 v vegetarijanski prehrani • Omega-3 maščobne kisline v prehrani • Vegetarijanski viri beljakovin Prenovljena prehranska navodila • Prehrana pri preprečevanju razjede zaradi pritiska	Cilj delno dosežen – 3 navodila še v postopku obvladovanja
CILJ: Uvajanje prehranske podpore pri razjedi zaradi pritiska	Ni realizirano

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: Maj: 98,4 %; December: 96,6 %	V letu 2012 je bila najvišje dosežena skladnost 96 %; v letu 2013 najvišje dosežena skladnost 98,4%
Pacientom zagotoviti ustrezno temperaturo hrane – vsaj pri 90% jedi bo ob koncu razdeljevanja obrokov na oddelku temperatura med 60 in 70°C • ustrezna temperatura pri 84 % jedi	Ustrezno temperaturo je imelo: 2011 - 84% jedi 2012 - 80 % jedi 2013 – 87 % jedi
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 5.4.2014 in 18.4.2014 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki oddelek za 33 minut, • oddelek za abdominalno kirurgijo za 13 minut, • ortopedski oddelek za 14 minut • oddelek za zdravstveno nego za 20 minute • kardiološki oddelek za 2 minut • gastroenterološki oddelek za 2 minuto. Med 6.10.2014 in 20.10.2014 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki odsek za 2 minuti, • abdominalni odsek za 19 minut, • ortopedski odsek za 4 minute, • oddelek za zdravstveno nego za 3 minute, • kardiološki oddelek za 9 minut, • gastroenterološki oddelek za 8 minut.	Podaljšanje časa razdeljevanja zajtrkov v primerjavi z zadnjo analizo v preteklem letu: oddelek za zdravstveno nego, kardiološki odsek endokrinološki odsek, travmatološki odsek, ginekološko porodniški oddelek
Zagotoviti ustrezno hranilno energetsko vrednost obrokov – doseči 100% ustreznost Za analizo hranilno energetskih vrednosti so bili odvzeti 4 obroki. Odstopanj ni bilo.	V letu 2012 je bilo razmerje med hranili neustrezno pri dveh obrokih, v letu 2013 pri enem obroku

Ob ugotovljenih odstopanjih pri presoji skladnosti upoštevanja standarda A.2.1. so bili v negovalnem timu opravljeni varnostni razgovori.
Nižji odstotek ciljne temperature obroka je najverjetneje posledica prostorskih omejitev kuhinje. V kuhinji so kontinuirano potekali razgovori o zagotavljanju ustreznih temperatur jedi, kontinuirano poteka tudi nadzor nad ogrevanjem servirne posode in nad temperaturo jedi pred delitvijo. Glede na začetne temperature in čas razdeljevanja obrokov, odstopanja ne predstavljajo večjega tveganja.

2.2 PRIJAVLJENI ODKLONI PREHRANSKI SLUŽBI

Skupno število odklonov	Sporočili sami / dodelili drugi	Odkloni sporočeni anonimno	Strokovni odklon	Pritožba pacienta/ svojca	Poškodba osebja	Neprimeren odnos	Tehnični odklon	Varnostni incident informacij	Kaznivo dejanje	Drugo	Št. ukrepov
7	1 / 0	6	3	0	0	1	2	0	0	1	7

Tehnični odkloni so posledica iztrošenosti opreme. Strokovni odkloni so posledica nepazljivosti pri razdeljevanju obrokov (na pladnju manjka kruh, dodatek mleka, manjka napitek za diabetike). Vsi ukrepi so bili realizirani.

3 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2014

V letu 2014 sem se udeležila izobraževanj po planu, ki je bil izdelan v začetku leta. Na seminarju Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji z naslovom Moč nefarmakološkega zdravljenja sem aktivno sodelovala na okrogli mizi o prehranski edukaciji pri sladkorni bolezni. V Splošni bolnišnici Jesenice sem bila aktivna s predavanji: Zdrava prehrana v luči modnih trendov, Zagotavljanje ustrezne prehranjenosti hospitaliziranih pacientov, Prehrana pri celiakiji. Za društvo diabetikov Jesenice sem izvedla predavanje Ogljikohidratna živila v prehrani sladkornega bolnika - več kot samo zagotavljanje potrebnih kalorij. Za območno združenje rdečega križa Radovljica sem izvedla predavanje Zdrava prehrana v preprečevanju in zdravljenju sladkorne bolezni.

4 CILJI ZA LETO 2015

- Nadaljevanje utečenega dela
- Uvedba prehranskega presejanja in prehranske podpore pri pacientih z razjedo zaradi pritiska
- Prenova šifranta bolniške prehrane in šifranta dodatkov

5 ZAKLJUČEK

Skrb za ustrezno prehranjenost pacientov je pomemben del zdravstvene obravnave. Za preprečevanje in/ali zmanjševanje podhranjenosti pacienta je potrebna timska obravnava.

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO (OZZN)

Gordana Sivec, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN na oddelku za zdravstveno nego

UVOD

Pacienti se premestijo na ne akutno obravnavo, ko so zaključili akutno zdravljenje in potrebujejo pomoč pri opravljanju življenjskih aktivnosti, imajo kronično rano ali potrebujejo nadaljnjo rehabilitacijo. Bivanje na oddelku je omejeno na 30 dni. Oddelek vodi diplomirana medicinska sestra, v obravnavo se vključujejo: zdravnik ob poslabšanju zdravstvenega stanja pacienta, koordinator za kronične rane, dietetik in socialna delavka. Na oddelku je prisotna tudi delovna terapevtka, ki skrbi za pomoč pacientu pri dnevnih aktivnostih in fizioterapevtka za nadaljnjo rehabilitacijo.
Na oddelek je 20 postelj, od katerih je pet namenjenih akutni obravnavi kirurških pacientov. Ostale so namenjene za neakutno obravnavo, tako kirurških kot internističnih in ginekoloških pacientov.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI IN KADROVSKA ZASEDBA

1.1 KADROVSKA ZASEDBA

V letu 2014 je tim na OZZN sestavljen iz Koordinatorice zdravstvene nege, 1 diplomirane medicinske sestre, ki je od meseca novembra na porodniškem dopustu in 11 zdravstvenih tehnikov.

1.2 OBRAVNAVA PACIENTOV

V letu 2014 smo na ne akutni obravnavi poskrbeli za 237 pacientov. 116 pacientov je prišlo iz internega oddelka, 119 pacientov iz kirurškega oddelka in 2 pacientki iz ginekološko porodniškega oddelka. V mesecu januarju je bil oddelek dalj časa zaprt zaradi obnove internega oddelka. Vendar smo s pridnim delom dosegli zastavljeni cilj oskrbnih dni.

1.3 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Tabela 1: Varnostne vizite/razgovori

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	48
Število izrečenih ukrepov	69
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	64
Skupna učinkovitost VV/VR	93%

1.4 ODKLONI

V letu 2014 smo zabeležili 3 odklone, vsi so se navezovali na napačno aplikacijo terapije.
V enem primeru so bili vključeni študentje Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Vsi odkloni so bili uspešno rešeni.

2 STATISTIČNI PRIKAZ IZVEDENIH AKTIVNOSTI NA ODDELKU

Tabela 2: Število obračunanih bolnikov na OZZN za plačnika ZZZS

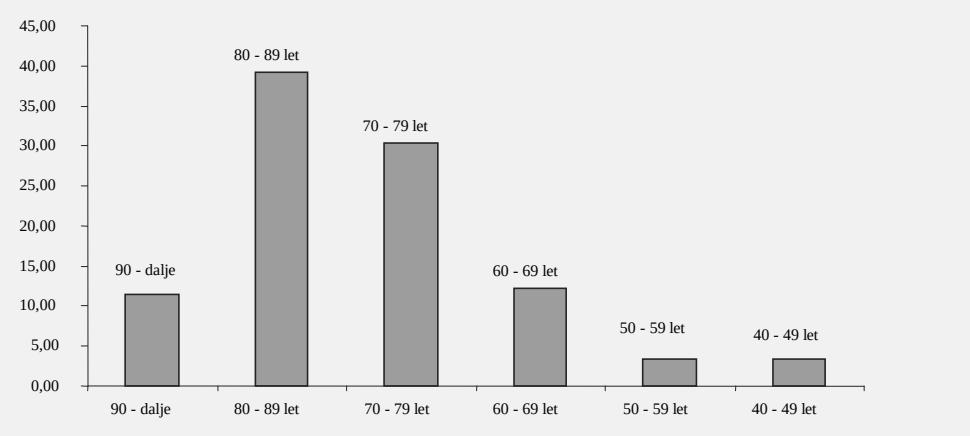
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	2014
OZZN	4	13	16	19	18	16	26	18	19	25	19	18	211

Tabela 3: Letni načrt in realizacija ne akutne obravnave v BOD-ih

	načrt	uresničeno	indeks
OZZN	4.315	4.582	106,19

Tabela 4: Povprečna ležalna doba po mesecih (pri obračunanih bolnikih)

jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec
5,78	13,5	17,1	17,9	18,0	18,6	18,7	18,9	19,5	19,5	19,5	19,9



Graf 1: Starost pacientov na OZZN

Tabela 5: Odpuščeni pacienti

kraj odpusta	število	%
iz SBJ	182	76,8
umrli	16	6,8
na INT oddelek	18	7,6
na KRG oddelek	20	8,4
na GIN oddelek	1	0,4
SKUPAJ	**237**	**100,0**

3 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

V letu 2014 smo ne oddelku spremljali kazalnike kakovosti. Pri doseganju smo bili zelo uspešni, saj smo dva kazalnika dosegli sto odstotno. Pri prenosu MRSA je prišlo do enega prenosa. Uspešno smo dekolonizirali tri MRSA pozitivne paciente.
Cilji, ki so bili zastavljeni v smeri družinskih sestankov niso bili v celoti realizirani. Sami družinski sestanki so potekali po ustaljenem načrtu, nismo pa uspeli izdelati protokola o družinskih sestankih. V letu 2014 je bilo izvedenih 84 družinskih sestankov, v katere je bila vključena koordinatorica na oddelku za zdravstveno nego, socialna delavka, svojci in če je bilo le možno tudi pacient.
Anketa o zadovoljstvu svojcev in pacientov, ni bila realizirana zaradi zdravstvenega stanja pacientov (demenca, zmedenost…). Z anketiranjem bi dosegli premajhen vzorec anketirancev in anketiranje ne bi imelo prave teže.
Aktivnost za ugotavljanje stopnje samooskrbe pacienta ob sprejemu in odpustu je v teku, narejen je bil obrazec in pridobljeno določeno število primerov. Potrebna pa je še statistična obdelava pridobljenih podatkov.

V letu 2015 smo postavili nekaj pomembnih ciljev za oddelek.
Cilj 1: Izdelava protokola družinskih sestankov
Cilj 2: Izvesti družinske sestanke pri vseh socialno ogroženih pacientih
Cilj 3: Dokončna izdelava klinične poti za ne akutne paciente

4 KADROVSKI VIRI

Letni razgovori so bili izvedeni z vsemi zaposlenimi, razen z osebami, ki so bile na porodniškem dopustu in tistimi, ki so nadomeščali porodniške dopuste. Pogovori so potekali individualno. Internih izobraževanj se glede na plan udeležuje celotni tim na OZZN. Poročila se po končanem izobraževanju odda v kadrovsko službo in predstavi na oddelčnem sestanku.

5 DOBRA PRAKSA

Na oddelku je dvakrat tedensko potekala telovadba. Ob torkih so se telovadbi pridružili tudi rdeči noski, ki so poskrbeli za pozitivno energijo med pacienti. Enkrat mesečno so potekale konzultacije z mag. farmacije, ki je prenesla svoja opažanja glede predpisovanja antibiotične terapije na zdravnike.

6 ZAKLJUČEK

Zaposleni na oddelku za zdravstveno nego se trudimo, da se pacienti v času hospitalizacije počutijo čim bolje. Za doseganje takega rezultata je potreben multidisciplinarni pristop. Poleg tega pa seveda tudi, dobra komunikacija na vseh ravneh, motivacija zaposlenih in njihovo strokovno znanje.

STROKOVNO POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE ZA POLIKLINIČNO DEJAVNOST IN URGENCO

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 urgentne in ambulantne dejavnosti, zato je pomembno pri tem zagotavljati tudi ustrezno število usposobljenih medicinskih sester.
Poleg tega imamo vzpostavljen sistem, ki omogoča sprotno evidentiranje vseh odklonov, analizo neposrednih vzrokov, ki so pripeljali do nekega dogodka in izvedbo ukrepov, ki preprečujejo ponovno pojavljanje enakega odklona oziroma učinkovitost izvedbe le-teh.
V drugi polovici leta 2014 smo zaradi povečanega števila napotnic s stopnjo nujnosti hitro in zaradi pomanjkanja terminov pričeli s triažo teh napotnic s strani zdravnikov, kar nam je omogočilo lažjo organizacijo dela. Z novo reorganizacijo in vodenjem ambulant smo prav tako uspeli v večini ambulant odpreti termine za več kot tri mesece.
V letu 2014 pa najbolj izstopata projekta obnove endoskopij in izgradnje urgentnega centra.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

V letu 2014 sta se upokojili dve naši sodelavki, nekaj eno smo nadomestili iz notranjih resursov, drugo pa dobili iz drugega oddelka. V urgentni ambulanti smo imeli tri dipl.m.s. na porodniškem dopustu, ki smo jih tudi nadomestili z novozaposlenimi. V kirurški ambulanto smo proti koncu leta dobili novega TZN, ki naj bi po uvajanju prevzel delov v mavčarni. Na Fakulteti za zdravstvo je uspešno diplomiralo 5 diplomantk in tako pridobilo naziv diplomirana medicinska sestra.

Na koncu leta 2014 je bilo tako v zdravstveni negi specialističnih ambulant in urgence zaposlenih 39 tehnikov zdravstvene nege in 21 diplomiranih medicinskih sester. Tudi to leto so nam pri delu v urgentni internistični in kirurški ambulanti pomagali pripadniki Slovenske vojske.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

1. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Redni letni razgovori	Kontinuirano	delno realizirano opravljenih je bilo 15 letnih razgovorov
Kazalnik: Število opravljenih letnih razgovorov na število zaposlenih		
2. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Varnost in kakovost - izvajanje varnostnih vizit	Kontinuirano, celo leto	opravljenih je bilo 62 VV/VR Učinkovitost: 85%
Kazalnik: Število varnostnih vizit, Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti le-teh		
3. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	ni realizirano - z ZV delom v nevrološki in dermatološki ambulanti bomo pričeli v drugi polovici, v kardiološkem laboratoriju poskusno testiramo program za srčno popuščanje
Kazalnik: Število ZV intervencij v nevrološki, dermatološki ambulanti in kardiološkem laboratoriju		
4. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Izdelava protokolov in dokumentacije*	Kontinuirano, celo leto	Delno realizirano
Kazalnik: KP 18 – Klinična pot za sprejem pacienta v urgentno ambulanto – obnovljena popravki oz. dopolnitve obstoječe dokumentacije: OBR ENDO 01, Kartončki za centralno naročanje,…		
5. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Izdelava triažnega sistema	Kontinuirano, celo leto	Ni realizirano, še vedno poteka izobraževanje dipl.m.s.
Kazalnik: Obravnava pacienta po Manchestrskem triažnem sistemu		

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V letu 2014 smo revidirali večino obrazcev. V dermatovenerološki ambulanti smo z zaposlitvijo oz. prerazporeditvijo dipl.m.s. pričeli z izvajanjem krioterapije oz. oskrbo bradavic s tekočim dušikom. Prav tako so tudi potekale priprave na selitev urgentne službe v vojaško bolnišnico.

2.1 KLINIČNE POTI

V urgentni ambulanti obravnavamo vse paciente po Klinični poti za sprejem pacienta v urgentno ambulanto, obravnavamo naročene paciente po klinični poti za punkcijo, elektrokonverzijo in PEG.

2.2 DELOVNI SESTANEK

Tekom leta smo izvedli 8 rednih delovnih sestankov in 3 izredne sestanke, kjer smo obravnavali tekočo problematiko, predstavili novosti, 2 delovna sestanka pa sta bila deloma tudi v obliki izobraževanja.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Tudi v tem letu smo se trudili na področju kulture varnosti. Na začetku leta so se zaposleni prav tako udeležili izobraževanja na tem področju. Izboljšali smo se tudi na področju dokumentiranja

glede na nadzore, ki so bili izvedeni. V izogib izgube pacientove lastnine, smo izdelali obrazec Obvestilo o pacientovi lastnini, kjer jih pozivamo naj večjo količino lastnine puščajo bodisi doma, ali shranijo v bolnišnični trezor. Tekom leta smo zaposlene pozivali tudi k beleženju odklonov.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

Oddelek/ enota	Skupno število odklonov	Sporočili sami / dodelili	Odkloni sporočeni anonimno	Strokovni odklon	Pritožba pacienta/ svojca	Poškodba osebja	Neprimeren odnos	Tehnični odklon	Varnostni incident informacij	Kaznivo dejanje	Št- ukrepov
KIR AMB	3	1/0	2	1	0	0	2	0	0	0	3
SPEC. AMB	1	1/0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Urgenca	1	1/0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

Na odklone je bilo izrečenih 5 ukrepov, ki so bili uspešno zaključeni.

3.2 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN	10	12	96%
Odgovorne MS enot	48	72	94%
Skupaj	58	84	94%

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedenih je bilo malo letnih razgovor takoj na začetku leta. Zaposleni so bili z izvedbo zadovoljni. Večinoma so na razgovor prišli pripravljeni. Z organizacijo in vodenjem so zadovoljni, prav tako z delom v timu. Večina pa jih je opozorila, da se zelo težko udeležijo internih strokovnih izobraževanj zaradi neprimernega časa le-teh, kajti takrat so v ambulantah še pacienti in zaposleni težko zapustijo delovišča.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni so se udeleževali izobraževanj, internih in zunanjih po planu za leto 2014.

Vseh izobraževanj = 40	Izobraževalo se je 54 med. sester (85 % vseh zaposlenih)
Eksternih izobraževanj = 39	21 pasivnih udeležb, 3 aktivne udeležbe
Internih izobraževanj = 15	3 aktivne udeležbe, 25mrazličnih slušateljev

5 ZAKLJUČEK

V prvi polovici leta smo uredili večino negovalne dokumentacije. Na centralnem naročanju se velikokrat srečujemo s pomanjkanjem odprtih terminov za ambulante preglede. V ta namen smo izdelali obrazec 80 in 80a (seznanjenost pacientov o preseganju čakalnih dob).
Na splošno smo lahko zaposleni v specialističnih ambulantah zadovoljni. Nadomestili smo vse upokojitve in nadomeščali tudi vse porodniške dopuste. Akreditacije niso pokazale velikih odstopanj, vsa priporočila, ki so bila podana, smo skušali urediti sistemsko.

Proti koncu leta nas je čakala še ena velika preizkušnja in sicer ureditev vojaške bolnišnice ROLE2ML za preselitev urgentne dejavnosti v času gradnje urgentnega centra. Ta dogodek je bil velik izziv za vse zaposlene, kajti v pripravo smo se vključili praktično vsi.
V letu 2015 se nam obetajo tudi novi prostori na endoskopijah, kjer bosta ločeni čista in nečista pot ter dodatna pridobitev prostora za prebujevalnico, kjer bodo pacienti lahko po opravljenih preiskavah na opazovanju ali bodo prejemali ustrezno terapijo v namen priprave za preiskavo.
Na koncu pa mi ostane še zahvala in pohvala vsem zaposlenim v specialističnih ambulantah, centralnem naročanju in urgentnih ambulantah za njihovo delo, sodelovanje in pozitivno komunikacijo skozi celo leto.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

1. Cilj: Izobraževanje	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Udeležba na izobraževanjih Priprava izobraževanj za zaposlene (stres na delovnem mestu, mobing na delovnem mestu, organizacijska klima in kultura, bolnišnične okužbe, pravice in dolžnosti zaposlenih)	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN
2. Cilj: Izdelava protokolov in dokumentacije Revizija obstoječih dokumentov Standard kakovosti čiščenje endoskopov	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN
3. Cilj: Varnost in kakovost Število varnostnih vizit Beleženje odklonov Preventiva padcev	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS
4. Cilj: Zdravstveno vzgojno delo Število ZV pacientov s srčnim popuščanjem, pacientov na antikoagulantni terapiji, pacientov z Multiplo sklerozo	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS v specialističnih ambulantah
5. Cilj: Razkuževanje rok Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih 1x/četrtletje Uspešnost razkuževanja rok 97%	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Promotorji projektne skupine za BO na odd.
6. Cilj: Izdelava triažnega sistema Obravnava pacienta po Manchestrskem triažnem sistemu	Kontinuirano, celo leto	31.10.2015

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI CENTRALNE STERILIZACIJE

Adrijana Ilievski, dipl. upr. ved
Vodja ZN v centralni sterilizaciji

UVOD

Delo v sterilizaciji je sestavni del zdravstvene nege, ki s svojo dejavnostjo oskrbuje celotno bolnišnico in tudi zunanje uporabnike s sterilnim materialom, pripravljenim v skladu z zahtevami varne uporabe pri oskrbi pacienta. Trudimo se in se bomo tudi v prihodnje, da nadgradimo sistem kakovosti reprocesiranja medicinskih pripomočkov, stremimo k preprečevanju okužb, ki bi nastale zaradi pomanjkljivosti pri reprocesiranju medicinskih pripomočkov., ter k kakovosti z vidika sterilnosti in funkcije.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V letu 2014 se nam je število reprocesiranih setov zmanjšalo, primerjava-v letu 2013 smo reprocesirali 150.835 setov in leto 2014 144.090 setov, kar je 6.745 setov manj. Razlog je v prenovi operacijskega bloka, kjer so nameščali nov sistem klimatizacije in s tem posledično manj operativnega programa.
Kazalniki kakovosti kažejo večji delež odstopanj pri e-naročilnicah in s tem posledično manjše število reprocesiranih setov, odstopanja rešujemo sprotno, po telefonu ali ustni dogovor, na delovnih sestankih in varnostnih vizitah.
V letu 2014 se je število zaposlenih v centralni sterilizaciji zmanjšalo, takratna vodja centralne sterilizacije je začasno nadomestila takratno pomočnico direktorja za zdravstveno nego in oskrbo, konec leta pa je prišlo tudi do menjava vodstva v centralni sterilizaciji in pridobili smo 1 ZT.

Tabela 1: Kadrovska struktura

	Nedoločen čas	Bolniška
ZT	8	1
Dipl.m.s.	1 (4 urni delavnik)	/
Vodja CS	1	/

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

Tabela 2: Realizacija ciljev

1. CILJ: Elektronsko sledenje	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: Dopolnitev obstoječega elektronskega programa T-DOC	Ni realizirano
EVALVACIJA: Dopolnitev ni bila izvedena	
2. CILJ: Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: Beleženje odstopanj in primerni korektivno ukrepi	Kontinuirano Sprotno rešeno
EVALVACIJA: Od 1.1. 2014 do 31.12.2014 je bilo zabeleženih 32 odstopanj pri reprocesiranju	Manj kot 0,02 % od vseh naročil
3. CILJ: Validacija vse strojne opreme: dveh parnih sterilizatorjev in dveh termodezinfektorjev	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: Validacija enkrat letno neodvisnega zunanjega pooblaščenega izvajalca validacij- Validacija Robek	
EVALVACIJA: Brezhibno in varno delovanje strojne opreme	100% realizirano
4. CILJ: Izboljšanja znanja MS in ZT o procesu sterilizacije	**Realizacija**
AKTIVNOSTI: Priprava internega izobraževanja v okviru preprečevanja BO in delavnic	
EVALVACIJA: Izobraževanje ni bilo izvedeno	Ni realizirano

2 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije je eden izmed kazalnikov kakovosti, kjer smo v letu 2014 zabeležili 32 odstopanj. Te kazalnike redno spremljamo, pripombe in pritožbe sprotno rešujemo s korektivnimi ukrepi.

Pravilnost shranjevanja sterilnega materiala na oddelkih/enotah je drugi kazalnik, ki ga redno spremljamo in beležimo. Cilj teh nadzorov je 100% pravilnost shranjevanja sterilnega materiala, v prvem polletju je bil realiziran cilj 98%, prav tako tudi v drugem polletju.

2.1 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Tabela 3: Število VV/VR in ukrepov

število VV/VR	8
število izrečenih ukrepov	22
število/delež uspešno izvedenih ukrepov	19
skupna učinkovitost VV/VR	90%

2.2 KRATKO POROČILO ANKETE: ZADOVOLJSTVO S STORITVAMI CENTRALNE STERILIZACIJE

Eden od kazalnikov kakovosti je tudi zadovoljstvo s storitvami centralne sterilizacije, rezultate teh kazalnikov pridobimo s pomočjo elektronske ankete, ki jo pošljemo enkrat letno našim uporabnikom v Splošni bolnišnici Jesenice. Kakovost naših storitev so anketiranci ocenili kot zelo dobro oz. odlično. Izboljšanje iz prejšnjih let se je pokazalo pri času od oddaje do prejema materiala in sicer so anketiranci ocenili, da je čas oddaje in prejema materiala dober in zadovoljiv. Delovni čas centralne sterilizacije je v okviru potreb anketirancev. Anketiranci so zaposlene in vodjo v centralni sterilizaciji ocenili kot prijazne, strokovne, dostopne za informacije, hitro odzivne in, da z nami zelo dobro sodelujejo. Sistem naročanja je za anketirane zelo enostaven, učinkovit in nadzoren. Mnenja, želje in pobude, ki so jih anketirani izrazili, so zelo dobrodošle in bodo pripomogle k večji kakovosti v procesu sterilizacije.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2014 je bilo izvedenih 9 letnih razgovorov z zaposlenimi v centralni sterilizaciji. Opravila jih je prejšnja vodja zdravstvene nege v centralni sterilizaciji, zato jih analiziramo po njenem ovrednotenju. Zaposleni so z veseljem sodelovali pri letnem razgovoru, saj pri tem vidijo tudi možnosti za izboljšave pri procesu samega dela. Podali so veliko različnih mnenj, želijo pa si več možnosti za izobraževanja, ker bi pripomogli k izboljšanju kakovosti v procesu sterilizacije.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni v centralni sterilizaciji smo se udeležili izobraževanja po načrtovanem planu za leto 2014. Štiri zaposlene so se udeležile strokovnega seminarja sekcije MS in ZT v sterilizaciji - Varnost ni naključje in sicer 20.3. in 21.3. v Termah Zreče. Takratna vodja centralne sterilizacije je tudi aktivno sodelovala s predstavitvijo članka: Vsakodnevne tegobe v procesu sterilizacije. Udeležile smo se tudi tradicionalnega izobraževanja za varno delo s sterilizatorji, ki je bilo v Ljubljani. Dve od zaposlenih sta se udeležili tudi seminarja Organizacijska kultura na Bledu. Zaposleni v enoti centralne sterilizacije so se redno udeleževali internih predavanj, tema preprečevanja BO je bila tudi večkrat nadzorno predstavljena na delovnih sestankih.

4 CILJI ZA LETO 2015

1. cilj: Doseči pravilno izpolnjevanje e-naročilnic oddelkov in enot	Aktivnost: Beleženje odstopanj in poročanje
2. cilj: Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije	Aktivnost: Beleženje odstopanj in primerni korektivni ukrepi
3. cilj: Boljša sledljivost reprocesiranih setov	Aktivnost: Spremembe pri oddaji e-naročilnic, oz. elektronsko sledenje
4. cilj: Validacija vse strojne opreme: dveh termodezinfektorjev, dveh parnih sterilizatorjev, ter dveh varilnih aparatov.	Aktivnost: Validacija enkrat letno

5 ZAKLJUČEK

Z dobrim sodelovanjem in dobro komunikacijo bomo pripomogli k še večji varnosti in kakovosti pri celostni obravnavi pacienta. Kljub strnjeni kadrovski zasedbi se bomo zaposleni v enoti centralne sterilizacije trudili, da bo odstopanj čim manj.

POROČILO O DELU KOORDINATORJEV ZDRAVSTVENE NEGE ZA OSKRBO KRONIČNE RANE

Oti Mertelj, dipl. m. s.
Koordinatorica za oskrbo kroničnih ran

UVOD

V letu 2014 sta koordinatorja poleg aktivnosti v zvezi s preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska (RZP) ter vodenjem kazalnika RZP obravnavala tudi ostale kronične rane in bila vključena v izobraževanje zaposlenih. Bila sta mentorja pripravnikom in študentom Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PREVENTIVE RZP TER OSKRBE KRONIČNIH RAN

Svetovanje in oskrba kronične rane je potekala po oddelkih in enotah, občasno pa tudi v ambulantah. V letu 2014 sta koordinatorja imela 1695 obravnav, tako pri pacientih s kronično rano kot pri pacientih z akutno rano. Obravnave so se nadaljevale vse do odpusta, pogostnost obravnav je bila odvisna od stanja in vrste rane. Zdravljenje rane z negativnim tlakom je bilo izvedeno pri 74 pacientih. Namestitev oziroma oskrbe ran je bilo skupaj 272. V prvi polovici leta sta koordinatorja izvedla nadzore nad preventivo RZP ter oskrbo akutne in kronične rane po oddelkih in enotah. Glede na ugotovitve nadzorov so bila izvedena izobraževanja s področja preventive RZP in oskrbe rane. Potekala so v obliki delavnic in ob postelji pacienta.
Koordinatorja sta tudi izvajala izobraževanja v zvezi z novo ocenjevalno lestvico (Braden) za ocenjevanje ogroženosti pacientov za nastanek RZP.
Delo s študenti in pripravniki je obsegalo 738 ur to je za 248 ur več kot v preteklem letu.
Pregled in ocena stanja uporabnosti preventivnih blazin sta izvedla dvakrat. Pri vodenju kazalnika pridobljenih RZP je bil dodan kriterij za oceno stanja pridobljenih RZP ob odpustu.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: Kontinuirano izobraževanje članov negovalnega tima na temo preventive RZP ter oskrbe ran.	**Realizacija/učinkovitost:**
AKTIVNOSTI: Organizacija delavnic, izvajanje nadzorov, organizacija izobraževalnega dne.	Preventiva RZP od sprejema do odpusta – 5 delavnic. Praktični prikaz in namestitev VAC sistema – 9 delavnic. Predstavitev lestvice Braden – 11delavnic.
EVALVACIJA: Delavnice Preventiva RZP od sprejema do odpusta – končni rezultat testa 74 %.	
CILJ: Incidenca RZP, ki so nastale v bolnišnici, naj ne bi presegala 0,57 %	**Realizacija/učinkovitost:**
AKTIVNOSTI: Izvajanje in nadzor nad preventivnimi aktivnostmi, skrb za dovolj veliko št. preventivnih blazin v bolnišnici.	Izvedba delavnic, nadzorov.
EVALVACIJA: Cilj je delno dosežen, incidenca znaša 0,69 % in je za 0,12% večja, kot je bilo načrtovano.	

Ostalih ciljev, kot so nadaljevanje študije pri pacientih, ki doma nadaljujejo zdravljenje z negativnim tlakom, evidentiranje zdravstveno vzgojnega dela v sistem Birpis ter izboljšanje predaje pacientov med koordinatorjema in odgovornimi MS oddelkov in enot nismo realizirali.

2 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

Število VV/VR glede na nivo izvedbe (RZP)	13
Število izrečenih ukrepov v zvezi z RZP	17
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	14
Skupna učinkovitost VV/VR	72 %
Skupna učinkovitost izrečenih ukrepov	69 %

Korektivni ukrepi na področju preventive RZP so potekali v obliki izobraževanj, delavnic, varnostnih razgovorov, predstavitev študij primerov ter nadzorov po oddelkih in enotah.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 IZOBRAŽEVANJA ZNOTRAJ BOLNIŠNICE – IZVEDBA PREDAVANJ IN DELAVNIC

Naslov delavnic	**Št. delavnic**	**Št. udeležencev**
Preventiva RZP od sprejema do odpusta	5	31
Praktični prikaz in namestitev VAC sistema pod mentorstvom koordinatorja (za dipl. medicinske sestre kirurškega oddelka).	9	9
Oskrba akutne, kronične rane (korektivni ukrep glede na nadzore 2013).	8	29
Predstavitev črpalke za zdravljenja ran z negativnim tlakom VAC INFO (predstavnica podjetja v sodelovanju s koordinatorjem).	3	55
Predstavitev črpalke za zdravljenja ran z negativnim tlakom Vivano (predstavnica podjetja v sodelovanju s koordinatorjem).	3	33
Predstavitev črpalke za zdravljenja ran z negativnim tlakom za enkratno uporabo PICO (predstavnica podjetja v sodelovanju s koordinatorjem).	1	12
Predstavitev nove ocenjevalne lestvice za ocenjevanje ogroženosti – Braden po oddelkih in enotah.	11	61

4 CILJI ZA LETO 2015

- število pacientov s pridobljeno RZP naj ne bi presegalo števila 47,
- incidenca pridobljenih RZP 0,61 % ali manj,
- nabava dodatnih blazin in pripomočkov za preprečevanje nastanka RZP,
- kontinuirano izobraževanje zaposlenih,
- izobraževalni dan »Stop RZP«,
- morebitna uvedba nove ocenjevalne lestvice,
- sprememba standarda za preventivo RZP,
- sprememba študije primera,
- tudi ocena stopnje prinesenih RZP ob odpustu,
- redno izvajanje nadzorov,
- testiranje novih materialov za preventivo in oskrbo RZP,
- evidentiranje zdravstveno vzgojnega dela v sistem Birpis.

POROČILO STROKOVNE SODELAVKE ZA PEDAGOŠKO PODROČJE

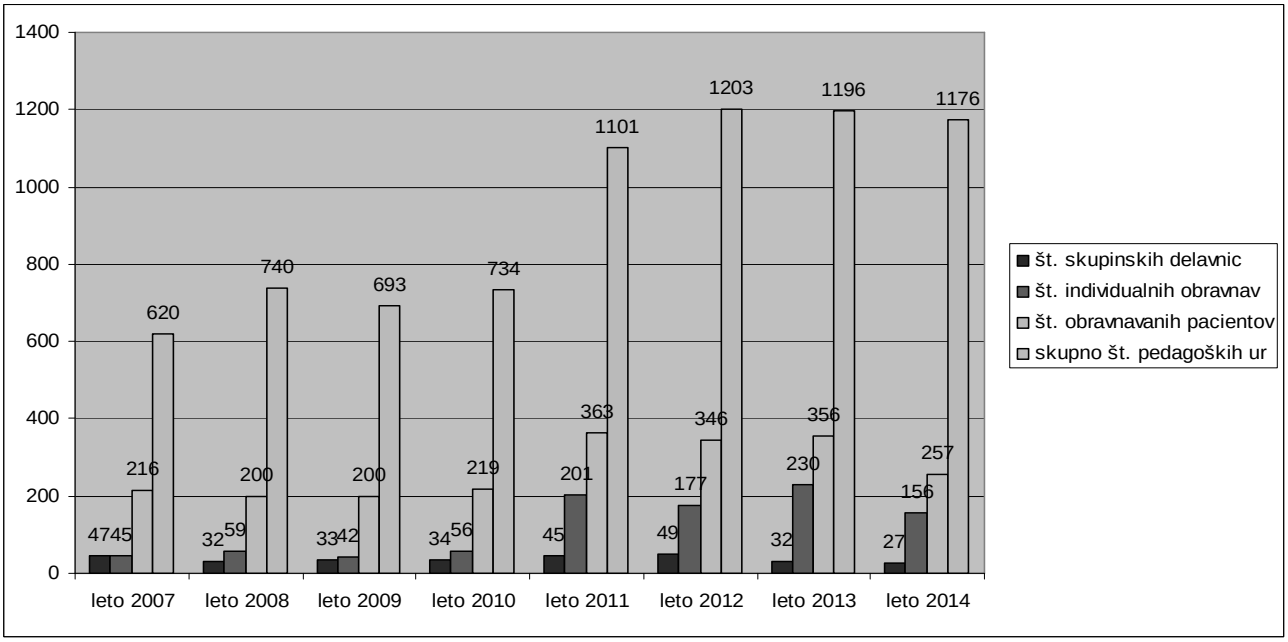
Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., pred.

Strokovna sodelavka za pedagoško področje je v letu 2014 delovala na naslednjih področjih:

- edukacija pacientov s sladkorno boleznijo – ambulantno in hospitalno obravnavanih v SBJ
- koordinatorica skupine za oblikovanje standardov kakovosti v SBJ - Za več podatkov glede dela skupine za standarde kakovosti v letu 2014 glejte poročilo o projektnih skupinah.
- koordinatorica zdravstveno vzgojnega tima SBJ
- koordinatorica razvoja dokumentacije zdravstvene nege v SBJ - Za več podatkov glede dela skupine za dokumentacijo v letu 2014 glejte poročilo o projektnih skupinah.
- koordinatorica bolnišnice v Slovenski mreži za promocijo zdravja v bolnišnicah
- notranja presojevalka SBJ za sistem kakovosti ISO 9001
- članica skupine za oblikovanje in uvajanje negovalnih diagnoz v prakso v SBJ
- članica skupine za redne in izredne strokovne nadzore v zdravstveni negi v SBJ
- članica skupine za raziskovanje v ZN
- članica komisije za POCT (point of control testing) - Za več podatkov glede dela skupine za POCT in rezultatov nadzorov v letu 2014 glejte poročilo o POCT.
- članica komisije za potrditev raziskovanja v zdravstveni negi SBJ
- članica skupine za oblikovanje in izvajanje politike oglaševanja v SBJ
- članica uredniškega odbora internega glasila Bolje
- urednica zbornika strokovnega srečanja Angele Boškin

1 IZVAJANJE ZDRAVSTVENO VZGOJNEGA DELA (ZV)

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 osmih letih

Kot je razvidno iz grafa 1 smo sicer v letu 2014 obravnavali nekaj manj pacientov. To je na račun tega, da smo izvedli zelo malo presejalnih testov za diabetično nogo v primerjavi s preteklimi leti, četudi je v smernicah opredeljeno, da naj se izvede pri vsakem pacientu vsaj 1x letno, težava pa je predvsem v pomanjkanju prostora, kjer bi se testi lahko izvajali.

Za več podatkov glede vsebine ZV glejte skupno poročilo o izvedenem zdravstveno vzgojnem delu.

2 ODKLONI

Za področje zdravstvene vzgoje pacientov s sladkorno boleznijo v letu 2014 ni bilo sporočenega nobenega odklona.
Ves čas se pojavljajo težave s časom predpisa oz. aplikacije 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 (avgust 2014).

4 SLOVENSKA MREŽA ZA PROMOCIJO ZDRAVJA V BOLNIŠNICAH

Z 21. oktobrom 2014 smo se pridružili Mednarodni mreži promocije zdravja v bolnišnicah (International Network of Health Promoting Hospitals & health services) ali na kratko HPH. V Sloveniji je koordinatorka Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah asist. dr. Jerneja Farkaš - Lainščak, dr. med.
V ta namen je direktor Splošne bolnišnice Jesenice podpisal pismo na nameri, ki služi kot dogovor, da si bo bolnišnica prizadevala za sistematično izvajanje aktivnosti promocije zdravja v

vsakodnevni praksi. Strategija zdravstvenih ustanov, ki promovirajo zdravje se osredotoča na 4 področja: Promocija zdravja pacientov, Promocija zdravja zaposlenih, Spreminjanje zdravstvenih ustanov v podporna okolja, Promocija zdravja lokalne skupnosti v območju okrog zdravstvene ustanove.
Sestavili smo delovno skupino, ki jo sestavljajo člani različnih poklicnih skupin (Alenka Pirih, Anica Oblak, Breda Pavlenč, Dubravka Karadžič Šmitran, Jana Lavtižar, Primož Štraus, Sandra Jerebic, Mojca Strgar, Tina Zalokar, Tina Ahačič, Karmen Janša, ter koordinatorica Mateja Bahun).

V pripravi je akcijski načrt dela, v sodelovanju z vodstvom bolnišnice in sindikati pa se bomo v letu 2015 dogovorili, katere aktivnosti, ki spodbujajo zdravje zaposlenih bomo implementirali.

Pripravili smo tudi zavihek na intranetu (na levi strani) z imenom PROMOCIJA ZDRAVJA, kjer zaposlene obveščamo o novostih na področju promocije zdravja in objavljamo gradiva Slovenske in Mednarodne mreže HPH.

5 IZOBRAŽEVANJE

Stalno se izobražujem ter aktivno s predavanji sodelujem predvsem na področju povezanim z diabetesom. Enkrat letno pripravim predavanje za člane Društva diabetikov Jesenice ter sodelujem pri izvajanju praktičnih delavnic za društvo. V letu 2014 sem izvedla predavanje o sladkorni bolezni za območno združenje Rdečega križa Radovljica.

3rd International Diaming Meeting	13.3.2014
POCT - pravilno izvajanje meritev ob pacientu	1.4.2014, 4.4.2014, 10.9.2014, 24.9.2014
Sladkorna bolezen in zn pacienta s sladkorno boleznijo - novosti na področju obravnave sladkornega bolnika	18.6.2014
7. Dnevi Angele Boškin - strokovno srečanje Splošne bolnišnice Jesenice	21.11.2014
Moja kariera Quo vadis - 7. Posvet z mednarodno udeležbo	27.3.2014
Pomen samokontrole in njena motivacija	7.6.2014
FEND - Foundation of european nurses in diabetes Dunaj pasivna udeležba na evropskem kongresu	11.9.- 13.9. 2014
4th Danube - eregion Conference (Medobčinska pobuda: Čezmejno e-sodelovanje v Podonavski eregiji)- gospodarska zbornica Slovenije	23.9.2014
Poklicna etika v praksi zdravstvene in babiške nege - obvezno izobraževanje za licenco, organizator Društvo MSBZT Gorenjske	25.9.2014
Strokovno srečanje sekcije MS in ZT v endokrinologiji in sestanek izvršnega odbora sekcije	17.10. – 18.10. 2014
23. Konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost	13.11. – 14.11.2014

POROČILO O ZDRAVSTVENO VZGOJNEM DELU

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., pred.

Zdravstvena vzgoja (ZV) je proces, ki se izvaja v štirih fazah:
1. zbiranje in analiziranje informacij, ki se zaključi z definiranjem zdravstveno vzgojnih potreb, 2. planiranje dela s postavljanjem ciljev, 3. izvajanje ZV, 4. vrednotenje uspešnosti ZV dela. Iz tega izhaja, da je ZV delo načrtovano, ciljno usmerjeno, vsebinsko strukturirano in časovno dalj časa (> 15 min) trajajoče delo z vrednotenjem. Vsak pogovor s pacientom /svojcem še ni ZV.

V Splošni bolnišnici Jesenice se je v letu 2014 zdravstveno vzgojno delo izvajalo na več področjih in sicer:

Tabela 1. Zdravstveno vzgojno delo pri pacientih s sladkorno boleznijo - izvajalka Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., strokovna sodelavka za pedagoško področje, presejalni testi za noge še Bojana Nemeček, ZT in Aleksandra Vodopivec, ZT

	število skupinskih delavnic	**število individualnih obravnav**	**skupaj število obravnavanih pacientov**	**povprečne ped. ure na obravnavo**	**skupno št. pedagoških ur**
novoodkriti pacienti s sladkorno boleznijo	13	4	60	4	68
prvo svetovanje	-	-	-	0,45	-
nosečnice – gestacijski diabetes	-	1	1	4	4
prehod na inzulin - ambulantno obravnavani pac. + nosečnice	11	26	64	15	555
prehod na inzulin – hospitalizirani pacienti	-	9	9	9	81
Reedukacije per os th	-	1	1	2	2
reedukacije insulin	-	44	44	8	352
reedukacije za merilnik glukoze v krvi	-	-	-	2	-
Edukacije za Glukagon	-	-	-	2	-
Edukacije za GLP 1	3	7	14	2	20
presejalni test za noge	-	49	49	0,7	34
Funkcionalna inzulinska terapija	-	15	15	4	60
hipoglikemija	-	-	-	2	-
ketoacidoza	-	-	-	2	-
SKUPAJ	**27**	**156**	**257**	**-**	**1176**

Tabela 2. Zdravstveno vzgojno delo - Tečaj vzpodbujanje dojenja – izvajalci: Čimžar Irena, dipl. babica, Sfiligoj Barbara, dipl. babica, Legat Monika, dipl. babica, Zupan Katja, dipl. babica

	Skupaj obravnavanih pacientk	**število skupinskih delavnic**	**povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**skupno št. pedagoških ur**
Tečaj vzpodbujanje dojenja	37	12	1,3	16
SKUPAJ	**37**	**12**	**-**	**16**

Tabela 3. Zdravstveno vzgojno delo na fizioterapiji – izvajalci dipl. fizioterapevti

	skupaj obravnavanih pacientov	**povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**skupno število pedagoških ur**
kirurgija pospešenega okrevanja	65	0,6	39
Perioperativna šola pri TEP kolka in kolena	37	0,5 (2 izvajaj. naenkrat)	37
SKUPAJ	**102**	-	**76**

Tabela 4. Poročilo o ZV delu – dietetik - Pavla Lavrinec, dipl. m.s.

	Število skupinskih svetovanj	Število individualnih obravnav	Skupno število obravnavanih oseb	Povprečne pedagoške ure na obravnavo	Skupno število pedagoških ur
Prehrana novoodkrit diabetes	13	9	65	2	44
Prehrana nosečnic z gestacijskim diabetesom	29	11	91	2	80
Prehrana ob prehodu na insulin	13	10	54	3	69
Reedukacija diabetikov	0	33	33	3	99
Edukacija GLP 1	2	4	8	3	18
Funkcionalna insulinska terapija	0	8	8	4	32
Prehrana ob dojenju	58	12	202	1	70
Resekcija debelega črevesa- obravnava po klinični poti	0	55	55	1	55
Prehrana otroka ob alergiji na hrano	0	16	16	2	32
Prehrana otrok- ostala obolenja	0	6	6	1	12
Prehrana po PEG-u	0	11	11	2	22
Prehrana pri vnetnih črevesnih boleznih, celiakiji	0	24	24	1	24
Prehrana odrasli- ostala obolenja	0	16	16	2	32
SKUPAJ	**115**	**215**	**589**	**-**	**589**

Svojci, ki so bili prisotni pri ZV delu niso všteti.

Tabela 5. Zdravstveno vzgojno delo na internem oddelku – izvajalka Dubravka Karadžič Šmitran, dipl. m. s., koordinatorica zdravstvene obravnave

	skupaj obravnavanih pacientov	povprečne pedagoške ure na obravnavo	skupno število pedagoških ur
srčno popuščanje	64	1,3	83
hranjenje po PEG	16	1	16
rokovanje z urinskim katetrom, nefrostomo	16	0,7	11
preventiva razjede zaradi pritiska	31	0,7	22
infekti v domačem okolju (MRSA, ESBL,…)	23	0,7	16
Aplikacija nizkomolekularnega heparina	15	0,3	5
SKUPAJ	**165**	**-**	**153**

Tabela 6. Zdravstveno vzgojno delo na otroškem oddelku /v ambulantah – izvajalke dipl. m. s.

	skupaj obravnavanih pacientov	povprečne pedagoške ure na obravnavo	skupno št. pedagoških ur
Astma šola ambulanta	76	0,7	53
Astma šola bolniški oddelek	110	0,7	77
SKUPAJ	**186**	**-**	**130**

Tabela 7. Zdravstveno vzgojno delo na delovni terapiji – izvajalka dipl. delovna terapevtka

	Št. edukacij svojcev, skrbnikov pac.	Skupaj št. individualnih obravnav	Povprečne ped. ure na obravnavo	skupno št. ped. ur
Obravnavani pac. na internih odd.	15	139	0,6	9
Obravnavani pac. na kirurških odd.	20	148	0,6	12
SKUPAJ	**35**	**287**	**-**	**172**

Tabela 8. Zdravstveno vzgojno delo na oddelku za dializo – izvajalci: Jožica Murnik, dipl. m. s., Igor Stojanovič, dipl. zn., Matic Ržen, dipl. zn., Tanja Bertoncelj, dipl. m. s., Aleksandra Hadžič dipl. m. s., Nalvedina Omanovič dipl. m. s., Nevenka Svetina dipl. m. s., Viorela Memič dipl. m. s., Mateja Perko, VMS

	skupaj obravnavanih pacientov	**Število individualnih obravnav**	**povprečne ped. ure na obravnavo**	**skupno št. pedagoških ur**
preddializna edukacija	16	40	0,7	28
edukacija med dializno proceduro	3	5	0,4	2
SKUPAJ	**19**	**45**	**-**	**30**

Tabela 9. Zdravstveno vzgojno delo na kirurškem oddelku – izvajalke dipl. m. s. na oddelku in koordinatorice zdravstvene obravnave

	skupaj obravnavanih pacientov	**povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**skupno št. ped. ur**
črevesne izločalne stome	24	2	48
kirurgija pospešenega okrevanja	65	dipl. m. s. na oddelku - 0,7 dipl.m.s. iz protibol. ambulante – 0,3	65
predoperativna šola ortopedije	37	1	37
edukacija pacientov/svojcev - nedefinirano	127	0,6	76
SKUPAJ	**253**	**-**	**226**

POROČILO SOCIALNE SLUŽBE

Nina Waldner, univ. dipl. soc. del.

UVOD

Socialna služba bolnišnice je del multidisciplinarnega tima, ki načrtuje kakovostno in varno obravnavo pacienta po zaključku hospitalizacije. Po zaključku zdravljenja sledi načrtovan odpust v okolje, kjer je pacientu glede na njegovo zdravstveno stanje in trenutne negovalne potrebe zagotovljena primerna oskrba, pomoč ter nenazadnje tudi psihosocialna podpora.

Socialna služba je vključena ob izraženih stiskah odraslih in mladoletnih pacientov, zaznanem nasilju, brezdomstvu in ob drugih različnih osebnih okoliščinah, kjer se z namenom celovite pomoči in oskrbe tudi po odpustu povezuje z institucijami v lokalnem okolju. V primeru oteženega odpusta pacienta ne moremo obravnavati izven njegove socialne mreže, ki je pa pogosto skupaj z njim prizadeta in v čustveni stiski, kar pomeni hkrati tudi zavzeto delo s svojci. Pogosto zadoščajo razbremenilni razgovori, v nadaljevanju pa tudi napotitve na strokovno individualno obravnavo v okviru osebne pomoči v pristojni ustanovi. Čedalje pogosteje se na socialno službo obračajo tudi zaposleni v naši bolnišnici.

Prva pobuda za vključitev socialne službe prihaja tako od pacientov samih, svojcev, koordinatorjev zdravstvene oskrbe, z oddelka ali s strani zunanjih institucij (centri za socialno delo, domovi za starejše, patronažna služba, socialna služba drugih bolnišnic, kjer je bil pacient predhodno obravnavan).

Velik del obravnave socialne službe predstavlja pomoč in svetovanje pacientom in svojcem pri iskanje ustrezne namestitve v domovih starejših občanov. Posledice hospitalizacije, zdravstveno stanje in zahtevne negovalne potrebe pogosto porušijo željo po samostojnem bivanju v domačem okolju. Ob tem so pogoste stiske tako pacienta kot svojcev, ko je glede na predviden zaključek hospitalizacije 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 tesno sodeluje s koordinatorkami zdravstvene oskrbe na internem in kirurškem oddelku ter na oddelku za zdravstveno nego.

1 POROČILO O IZVEDENIH CILJIH V LETU 2014

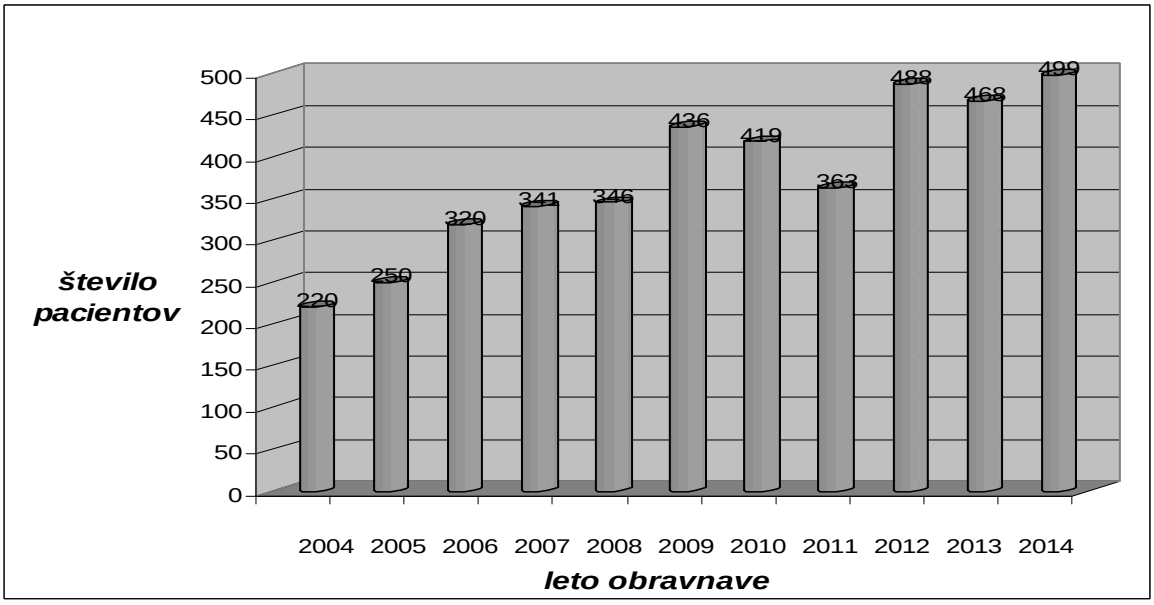
1.1 DRUŽINSKI SESTANKI NA ODDELKU ZA ZDRAVSTVENO NEGO

V letu 2014 je bilo na oddelku za zdravstveno nego izvedenih 84 družinskih sestankov. Družinski sestanek je vnaprej dogovorjen pogovor s pacientom in svojci glede načrtovanja oskrbe pacienta po odpustu. Na pogovoru sva prisotni koordinatorka zdravstvene nege in oskrbe na oddelku in socialna delavka, po potrebi pa so vključeni tudi lečeči zdravnik, fizioterapevtka, delovna terapevta, koordinatorka za oskrbo ran ali bolnišnična dietetičarka. Namen srečanja je skupen dogovor glede odpusta pacienta, ob upoštevanju njegovih želja, s predhodno predstavitvijo njegovih negovalnih in ostalih potreb, svetovanje glede organiziranja ostalih podpornih služb in priporočenih medicinsko tehničnih pripomočkov.

1.2 ŠTEVILO OBRAVNAV PO POSAMEZNIH LETIH

Tabela 1: Število obravnav po posameznih letih

Leto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Število obravnav	220	250	320	341	346	436	419	363	488	468	499



Graf 1: Socialna obravnava pacientov 2004-2014

Tabela 2: Kraj odpusta po končanem zdravljenju za leto 2014

Kraj odpusta	**DSO**	**domov**	**umrli**	**v drugo (zdravstveno) institucijo**	**premeščanje znotraj bolnišnice**
Število /odstotek	207 / 42% 63% v domove na območju Gorenjske 37% v domove izven območja Gorenjske	188 / 38%, od tega s pomočjo na domu 44%	64 13%	31 / 8%	8 / 2%

Število obravnav pacientov v socialni službi je v porastu od začetka delovanja službe. Povečuje se tudi zahtevnost in kompleksnost obravnave posameznega pacienta, saj odpuste, pri katerih ni pričakovati zapletov ali so povezani z edukacijo pacienta in svojcev, običajno uredijo koordinatorke zdravstvene obravnave.

Lani je samo v domove odšlo 207 pacientov, kar predstavlja 42 odstotkov vseh obravnavanih. Število namestitev v domove starejših občanov stalno narašča, saj je v letu 2014 domove odšlo 38 pacientov več kot v letu 2013, kar predstavlja 6 odstotno povečanje. Ob tem število umrlih oziroma število premestitev v druge institucije ostaja primerljivo med obema letoma.

Še bolj izrazita je primerjava glede namestitev je z letom 2011, ko je v domove odšlo skupaj 81 pacientov, kar je bilo 22 odstotkov vseh obravnavanih. Zaključimo lahko, da je v letu 2014 odšlo 20% več pacientov v domove kot v letu 2011.

Dve tretjini pacientov je imelo v letu 2014 možnost namestitve v domove v lokalnem okolju, pretežno tudi zaradi premestitve na oddelek za zdravstveno nego in s tem podaljšanja hospitalizacije, kar je povečajo možnost sprostitve mest v prednostno zaželenih domovih.

Obratno sorazmerno z nameščanjem v domove se manjša število odpustov v domače okolje, lani je odšlo v domačo oskrbo 38 odstotkov obravnavanih pacientov, v letu 2013 pa 41 odstotkov.

V letu 2014 so največji delež obravnav v socialni službi predstavljali pacienti stari več kot 65 let, ki potrebujejo popolno nego in pomoč druge osebe in so pri nas ocenjeni s III. kategorijo zdravstvene nege (67 odstotkov). Tudi ta odstotek se je v primerjavi z letom 2014 povzpel iz 63 odstotkov, se pravi za 4 odstotke.

V socialni službi je bilo v lanskem letu obravnavanih približno 10 odstotkov mlajših od 65 let, od tega dvakrat več moških kot žensk. Obravnave so bile pretežno povezane z težavami zaradi alkohola ali prepovedanih drog, brezdomstvom ali z zaznanim nasiljem v družini.

Obravnava posameznega pacienta v socialni službi ne pomeni le usklajen medsebojni dogovor glede premeščanja, temveč v veliko primerih predhodno ureditev statusa pacienta (ureditev zdravstvenega zavarovanja, uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, obveščanje in koordinacija institucij v lokalnem okolju, pridobitev pomembnih zunanjih oseb pacientu brez svojcev, ki so pripravljene zanj urejati določene zadeve glede premeščanja v domsko namestitev, organiziranje socialne mreže in storitev v lokalnem okolju v primeru odpusta pacienta domov, pacientom se priskrbi oblačila, obutev ob odpustu, ipd).

1.3 PROSTOVOLJNO DELO

V Splošni bolnišnici Jesenice so s prostovoljnim delom pričele tri dijakinje predšolske vzgoje, na pediatričnem oddelku in na oddelku za zdravstveno nego. Na oddelku za zdravstveno nego so potrebe po tovrstnem udejstvovanju največje, pacienti pa na oddelku ostajajo dlje časa. Istočasno je s prostovoljnim delom nadaljevala naša že dolgoletna prostovoljka.

1.4 KOMISIJA PRVE STOPNJE ZA UMETNO PREKINITEV NOSEČNOSTI

V okviru bolnišnice deluje tudi komisija prve stopnje za umetno prekinitev nosečnosti, kjer je obvezni član socialna delavka. 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 2014 je bilo obravnavanih 55 prošenj, od tega za sterilizacijo 30, vazektomijo 21 in za umetno prekinitev nosečnosti 4 prošnje.

2 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2014

Izobraževanje je bilo glede na postavljene cilje in področja realizirano, med drugim tudi uspešno opravljen strokovni izpit iz zdravstva.

3 CILJI ZA LETO 2015

Cilj socialne službe v letu 2015 je še naprej sodelovati kot del tima pri zagotavljanju uspešne in učinkovite koordinacije aktivnosti, povezanih z odpustom pacienta.

Eden od ciljev je tudi priprava protokola za izvajanje družinskih srečanj na oddelku za zdravstveno nego ter preverjanje možnosti izvajanja tudi na drugih oddelkih.

Na novo je potrebno postaviti tudi kazalnike, ki bi lahko objektivno kazali uspešnost delovanja socialne službe.

4 ZAKLJUČEK

Varen in načrtovan odpust pacienta v okolje, ki mu zagotavlja oskrbo in pomoč, kot jo glede na zdravstveno stanje in negovalne potrebe potrebuje, je pomemben dejavnik pri ohranjanju in nadaljevanju kvalitetnega načina življenjskega stila tudi po zaključku hospitalizacije. K temu kot del tima pripomore tudi socialna služba, ki ob pravočasni vključitve deluje tudi kot povezovalni element med pacientom, svojci in okoljem, iz katerega pacienta izhaja.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Helena Ribič, dr. med., spec. klin. mikrobiologije
ZOBO, predsednica KOBO

UVOD

Okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), so dandanes najpogostejši zaplet obravnave bolnikov in prizadenejo 5 do 10 % vseh hospitaliziranih bolnikov. Vse večji problem v Sloveniji in v svetu predstavljajo okužbe z večkratno odpornimi bakterijami.

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 OPZ, skladno s potrebami stroke, strokovnjakov bolnišnice in zahtevami strokovne direktorice. KOBO je imel v letu 2014 17 članov.

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2014

Za leto 2014 smo opredelili sledeče cilje:

1. zagotoviti kakovostno in z vidika bolnišničnih okužb varno oskrbo bolnikov;
2. vzdrževati nizko incidenco v bolnišnici pridobljenih večkratno-odpornih bakterij: bakterij proti meticilinu odporne bakterije *Staphylococcus aureus*, (MRSA) proti vankomicinu odpornih enterokokov (VRE), bakterij z encimi ESBL (angl. extended specturm beta-lactamases, beta-laktamaze razširjenega spektra) in karbapenemazami ter drugih;
3. zagotoviti ničelno incidenco seps v povezavi z žilnimi katetri;
4. okrepiti dejavnosti na področju epidemiološkega spremljanja bolnišničnih okužb;
5. nadaljevati z aktivnostmi na področju higiene rok in povečevanja ozaveščenosti zaposlenih o pomenu preprečevanja bolnišničnih okužb.

Vse aktivnosti komisije so bile usmerjene k zagotavljanju kakovostne in varne oskrbe bolnikov (cilj 1). Nadaljevali smo z aktivnostmi na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb in z reševanjem aktualnih problemov. Realizirali smo cilj 5; delno smo realizirali cilj 4, ciljev 2 in 3 nismo realizirali. Incidenca odpornih bakterij MRSA, pridobljenih v bolnišnici (cilj 2), je bila nekoliko manjša kot v letu 2013, vendar še vedno večja od pričakovanega. Pomembno se je povečala incidenca *Acinetobacter baumanii* VOB (44 bolnikov, kar znaša 0,34 primera/100 bolnikov) in incidenca primerov VRE (22 bolnikov ali 0,17/100 bolnikov). Zabeležili smo 3 primere sepse v povezavi z osrednjim venskim katetrom (več v poročilu vodje projektne skupine za oskrbo OVK).

3 NATANČNEJŠI PREGLED OPRAVLJENEGA DELA

3.1 Sestanki KOBO

KOBO se je v letu 2014 sestala tri-krat (sestanki št. 72, 73 in 74). Zapisniki sestankov so objavljeni na intranetu bolnišnice (Komisije/ KOBO). Člani smo na sestankih obravnavali

aktualno problematiko s področja OPZ, pripravili in sprejeli navodila za delo ter druge dokumente. Pripravili smo dokumente:

- Navodila za obvladovanje VOB *Acinetobacter baumanii*
- Navodila za nadzor fleksibilnih endoskopov
- Ukrepi in postopki za preprečevanje okužb v zvezi z osrednjimi žilnimi katetri,
- Ukrepi in postopki za preprečevanje ventilatorske pljučnice
- Protokol obravnave bolnika s sumom na ebola virusno bolezen (objavljeno pod KOBO, delovna verzija 3)

Opravili smo revizijo dokumentov:

- Navodila za preprečevanje prenosa MRSA, VRE, ESBL in drugih odpornih bakterij v ambulantni dejavnosti
- Poročilo o poteku mikrobiološke preiskave
- Dejavniki tveganja za odvzem nadzornih kužnin na MRSA, ESBL, VRE in kontaktno izolacijo

Na sestankih KOBO smo sprejeli 21 sklepov, izvršili smo jih 14 (66,7 %) , delno smo jih izvršili 5 (23,8 %), neizvršena sta ostala 2 sklepa (9,5 %) podrobnejše poročilo je v prilogah zapisnika KOBO 75.

3.2 Epidemiološko spremljanje okužb, povezanih z zdravstvom

Epidemiološko spremljanje je eden temeljnih procesov pri preprečevanju in obvladovanju OPZ. Z njim pridobimo podatke o prevalenci posameznih okužb v bolnišnici ali v organizacijski enoti bolnišnice in druge podatke, ki so pomembni za oceno stanja in načrtovanje ukrepov za preprečevanje in obvladovanje okužb. Epidemiološko spremljanje je tudi orodje za ugotavljanje učinkovitosti izvedenih ukrepov.

SB Jesenice sodeluje pri spremljanju okužb kirurških ran v Sloveniji, ki ga koordinirajo strokovnjaki NIJZ po protokolu (verzija 1.0 z dne 25.3. 2013), usklajenem s protokolom Evropskega centra za obvladovanje bolezni, ECDC.

V SB Jesenice spremljamo tudi okužbe in kolonizacijo v zvezi z osrednjimi venskimi katetri in pojavnost večkratno odpornih bakterij MRSA, VRE, ESBL in AB VOB (poglavje 4.4. in poročilo Jane Lavtižar, dipl.m.s., SOBO SBJ).

3.3 Higiena rok

Higiena rok je bila že v preteklih letih v SB Jesenice prepoznana kot ena najpomembnejših aktivnosti preprečevanja in obvladovanja OPZ. V letu 2014 smo z aktivnostmi na tem področju nadaljevali, poudarek je bil na izobraževanju, nadzoru izvajanja in izboljšavah. Podrobnejši podatki in rezultati so v poročilu Jane Lavtižar, dipl.m.s.

3.4 Obvladovanje MRSA, VRE, bakterij z ESBL in drugih proti antibiotikom odpornih bakterij

Obravnavali smo številne primere bolnikov, koloniziranih in/ali okuženih z večkratno odpornimi bakterijami (VOB): MRSA, VRE, bakterij z encimi ESBL in vrste *Acinetobacter*

baumanii. Podatki o pojavnosti so v tabeli 1, podrobnejše poročilo pa v poročilu Jane Lavtižar, dipl.m.s.

Tabela 1. Število in incidenca bolnikov z odpornimi bakterijami MRSA, VRE, ESBL in A. baumanii VOB v bolnišnici letu 2014

bakterija	Število bolnikov z odporno bakterijo	število bolnikov z odporno bakterijo na 100 bolnikov	Število bolnikov z odporno bakterijo, preneseno v SBJ	število bolnikov z odporno bakterijo, pridobljeno v SBJ na 100 bolnikov
MRSA	138*	1,05	18	0,14
Acinetobacter baumanii VOB	44	0,34	43	0,33
VRE	22	0,17	20	0,15
ESBL	192*	1,46	NP	

Legenda: * vključeni bolniki, znani klicenosci v preteklosti; NP = ni podatka

Po poročilu Oddelka za medicinsko mikrobiologijo Kranj (Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, NLZOH) smo bakterije MRSA, bakterije z encimi ESBL, vrste *A. baumanii* in VRE iz krvi ob invazivni okužbi osamili pri 11-tih bolnikih. Delež obravnavanih odpornih bakterij je podoben kot v letu 2013, tabela 2.

Tabela 2. Invazivne večkratno odporne bakterije MRSA, VRE, ESBL in A. baumanii VOB, izolirane iz hemokultur v letih 2013 in 2014 ter primerjava z rezultati za Slovenijo za leto 2013 (podatkih mreže EARS-net)

Vrsta bakterije, izolirana iz hemokulture / leto	2013	2014	2013 Slovenija*
Vsi sevi *S. aureus* vključno z MRSA	13	16	465
***S. aureus* MRSA: število (delež)**	**3 (23,1 %)**	**4 (21 %)**	**42 (9 %)**
Enterococcus faecium in *E. faecalis vključno z VRE*	NP	9	248
***E. faecium* VRE in *E. faecalis* VR: število (delež)**	**0**	**1 (11 %)**	**1 (0,4 %)**
E. coli	74	62	1224
***E. coli* ESBL: število (delež)**	**5 (6,8 %)**	**4 (6,5 %)**	**117 (9,5 %)****
Klebisella pneumoniae	4	8	245
***K. pneumoniae* ESBL: število (delež)**	**2 (50 %)**	**1 (12,5 %)**	**72 (29,4 %)****
Acinetobacter baumanii	0	2	NP
***A. baumanii* VOB: število (delež)**	**0**	**1 (50 %)**	**NP**
Skupaj bakterije	**91**	**97**	**NP**
SKUPAJ odporne bakterije: število (delež)	**10 (11 %)**	**11 (11,4 %)**	**NP**

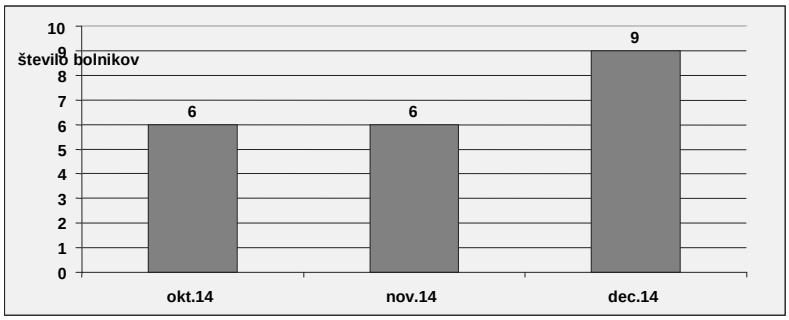
Opombe: * Podatki mreže EARS-net, dosegljivo na spletni strani ECDC. (Podatkov za leto 2014 še ni.) ** Sevi, intermediarni in odporni proti ceflaosporinom III.generacije, večinoma gre za ESBL seve. NP – ni podatkov

3.5 Izbruh VRE

V letu 2014 smo bakterijo *E. faecium* VRE (VREm) ugotovili pri 22 bolnikih. Prvi bolnik je imel VREm (sev *E. faecium* VanA) ugotovljen v vzorcu urina iz stalnega urinskega katetra po premestitvi iz CIT UKC Ljubljana v aprilu. Ostali primeri VREm so bili ugotovljeni v času od 4.

10. do 31.12. 2014, izvora epidemije nismo ugotovili. Pojavljanje VRE po mesecih od oktobra dalje je v prikazano v grafu 1. Razen enega primera, ki je bil povezan z drugo bolnišnico (bolnišnica v Vojvodini, sev *E. faecium* VanA), so bili vsi VREm najverjetneje pridobljeni v SB Jesenice. Na to kažejo epidemiološki podatki in rezistotip ugotovljenih sevov – šlo je za sev *E. faecium van*B, z zmerno do visoko stopnjo odpornosti proti vankomicinu in občutljivostjo za teikoplanin in lionezolid. Genotip *van*B je bil potrjen z molekularno preiskavo. Med 22 bolniki z ugotovljenim VRE jih je imelo 5 to bakterijo v rani, pri dveh smo jo ugotovili iz urina in pri eni bolnici iz krvi (mikrobiološko potrjena VRE sepsa). Od 22 bolnikov z VRE jih je 5 umrlo, 3 so bili odpuščeni v različne varstvene ustanove in 14 v domačo oskrbo.

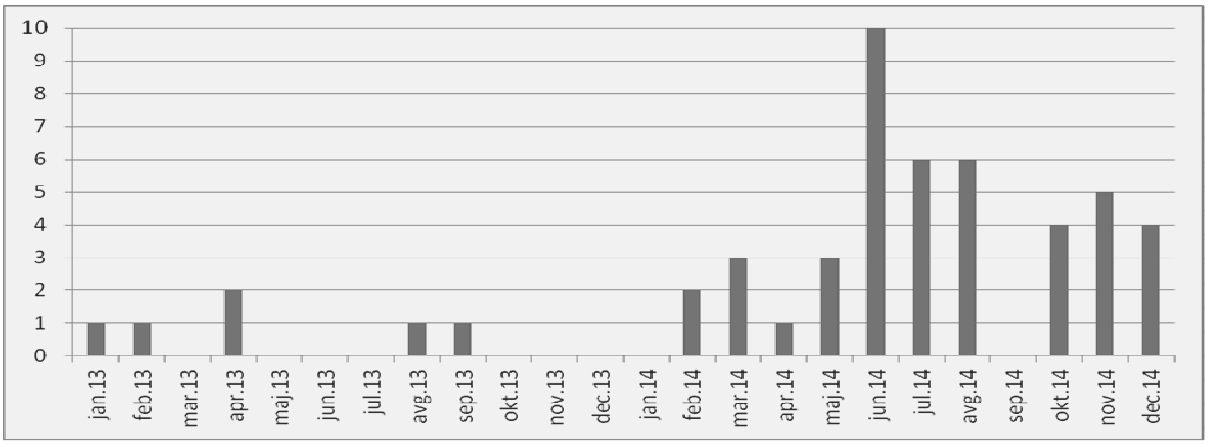
Za obvladovanje izbruha smo poostrili obstoječe ukrepe bolnišnične higiene, uvedli številne dodatne ukrepe in okrepili nadzor izvajanja. Izvedli smo več izobraževanj, na novo smo opredelili dejavnike tveganja za ugotavljanje VRE in za osamitev bolnikov. Kljub vsem navedenim ukrepom izbruha nismo uspeli zamejiti.



Graf 1. Število primerov E. faecium VRE po mesecih od 1.10. 2014 do 31.12. 2014

3.6 Izbruh večkratno odporne bakterije *Acinetobacter baumanii* VOB

Bakterijo *A. baumanii* VOB (AB VOB), odporno proti karbapenemom smo v bolnišnici zaznali v letu 2013 pri 6 bolnikih, od tega jih je bilo pet premeščenih iz bolnišnice v osrednji slovenski regiji. V letu 2014 se je pojavljanje AB VOB nadaljevalo, bakterijo smo ugotovili pri 44 bolnikih. Z molekularno diagnostiko z metodo PFGE (pulse-field gel electorphoresis, NLZOH Maribor) smo pri večini sevov, ugotovljenih v prvi polovici leta 2014 potrdili prenos seva, ki se je v bolnišnici pojavil leta 2013. Pojavljanje AB VOB po mesecih je prikazano v grafu 2.



Graf 2. Število primerov A. baumanii VOB v SB Jesenice od 1.1. 2013 do 31.12. 2014.

Bolniki z AB VOB so bili obravnavani na internem in na kirurškem oddelku. Pri 18 bolnikih smo ugotovili AB VOB iz ene ali več kliničnih kužnin (pri 7 bolnikih iz spodnjih dihal, pri 7 bolnikih iz sečil, pri eni bolnici iz osrednjega venskega katetra in iz hemokulture, pri 7 bolnikih iz rane ali vnetja kože). Pri 26 bolnikih smo AB VOB ugotovili le iz nadzornih kužnin. Vsi sevi AB VOB so bili odporni na vse testirane antibiotike (karbapeneme, aminoglikozide, flurokinolone, cefalosporine), razen na kolistin in pri manjšem številu bolnikov na trimetoprim s sulfametoksazolom.

Za obvladovanje izbruha smo izvedli ukrepe, ki so navedeni v poglavju 4.5. Na novo smo opredelili dejavnike tveganja za ugotavljanje *A. baumanii* VOB in za osamitev bolnikov. Kljub temu izbruha nismo uspeli povsem zamejiti.

3.7 Obvladovanje okužb dihal, črevesnih in drugih okužb

Aktivno smo sodelovali pri preprečevanju širjenja gripe v sezonah 2013/2014 in 2014/2015, pri obvladovanju črevesnih in drugih nalezljivih bolezni.

Na internem oddelku vključno z internističnimi ambulantami smo RNK norovirusov v blatu dokazali pri desetih bolnikih, antigene rotavirusov pa pri treh bolnikih. RNK norovirusov smo dokazali tudi pri enem bolniku na Oddelku za zdravstveno nego in pri štirih bolnikih na pediatričnem oddelku in v pediatrični ambulanti (podatki iz informacijskega sistema Oddelka za medicinsko mikrobiologijo NLZOH Kranj).

V zadnjem tednu februarja smo na Oddelku za zdravstveno nego zaznali izbruh respiratornih okužb. V času od 24.02.2014 do 27.02.2014 je zbolelo 11 oseb: 10 bolnikov (od 17 izpostavljenih, stopnja napada 59 %) in 1 zaposlena (od skupaj 21 izpostavljenih, stopnja napada 5 %). Večina (8) bolnikov je bilo starejših od 65 let, le 2 sta bila v starostni skupini 45-64 let. Ker z običajnimi preiskavami na respiratorne viruse etiologije nismo ugotovili, smo pri 3 bolnicah in eni zaposleni izvedli razširjeno preiskavo PCR na respiratorne viruse (RSV, hMPV, rinoviruse, človeške koronaviruse, viruse parainfluence, viruse influence A in B, adenoviruse, humane boka viruse - HBoV in enteroviruse). Pri zaposleni je bil rezultat negativen, pri eni bolnici je bil pozitiven HBoV, pri ostalih dveh pa je bil pozitiven enterovirus/ rinovirus – PCR test namreč teh dveh virusov ne loči. Glede na epidemiološke podatke smo zaključili, da je bil pri večini primerov povzročitelj iz skupine enterovirus/ rinovirus.

Delež cepljenih zaposlenih proti gripi je (podobno kot v preteklih letih) kljub intenzivnemu ozaveščanju izredno majhen.

V letu 2014 smo obravnavali en primer suma na tuberkulozo.

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. Podrobnejše poročilo je v poročilu Jane Lavtižar, dipl.m.s.

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 2014 je bilo prijavljenih 26 primerov incidentov, kar je pomembno manj kot preteklih treh letih (2013: 45 primerov, 2012: 33 primerov in 2011: 39 primerov). Prijavljanje poškodb še vedno

ni zadovoljivo, potrebno je nadaljevati z osveščanjem zaposlenih, spremljanjem pojavljanja in poročanjem.

3.9 Izobraževanje zaposlenih

Izobraževanje in seznanjanje zaposlenih z vsebinami področja preprečevanja in obvladovanja OPZ je ena temeljnih aktivnosti ZOBO in SOBO SB Jesenice. Izobraževanja smo izvajali skozi vse leto. Podrobnejše poročilo je v poročilu Jane Lavtižar, dipl.m.s.

3.10 Druge izvedene aktivnosti

- 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.
- ZOBO je s sodelavci Oddelka za medicinsko mikrobiologijo NLZOH Kranj s podatki o občutljivosti bakterij pri bolnikih SBJ v letu 2013 sodelovala pri pripravi **poročila SKUOPZ** (Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila v Sloveniji) »Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2013«, ki je objavljeno na spletni strani SKUOPZ.
- S podatki o invazivnih izolatih (iz krvi ali likvorja) in njihovi občutljivosti za antibiotike je SB Jesenice skupaj s sodelavci Oddelka za medicinsko mikrobiologijo NLZOH Kranj kot v preteklih letih sodelovala **v evropski mreži EARS-Net** (European antimicrobial resistance surveillance network). Rezultati so dosegljivi na spletni strani *ECDC.*
- ZOBO je s sodelavci Oddelka za medicinsko mikrobiologijo NLZOH Kranj pripravila **podatke o občutljivosti bakterij in gliv pri bolnikih SBJ v letu 2014.** Poročilo je objavljeno na intranetu bolnišnice.
- ZOBO je s sodelavci aktivno sodelovala **na strokovnem srečanju 18. novembra,** ob evropskem dnevu antibiotikov z vabljenim predavanjem Ali so večkratno odporne bakterije problem tudi v regijskih bolnišnicah in varstvenih ustanovah?
- Aktivno smo sodelovali na enosemestrskem podiplomskem tečaju Bolnišnična higiena 2013/2014 za medicinske sestre, 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 mentorstvom pri treh problemskih nalogah.
- SOBO se je udeležila strokovnega srečanja predstavnikov KOBO aprila 2014 v UKC Maribor.
- SOBO in ZOBO sta se udeležili strokovnega srečanja predstavnikov KOBO novembra 2014 na Kliniki Golnik. Tema srečanja je bila higiena rok.

4 CILJI ZA LETO 2014

Glavni cilj je zagotoviti kakovostno in z vidika okužb, povezanih z zdravstvom, varno oskrbo bolnikov.

Merljivi cilji so:

- doseči nizko incidenco v bolnišnici pridobljenih večkratno-odpornih bakterij MRSA in bakterij z encimi ESBL

- zagotoviti ničelno incidenco v bolnišnici pridobljenih okužb z večkratno-odpornimi bakterijami VRE in AB VOB v drugi polovici leta
- 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 2014 smo izvedli večino načrtovanih aktivnosti. Večja incidenca odpornih bakterij, predvsem *A. baumanii* VOB in ponovno širjenje VRE po sedmih letih zatišja, so posledica več dejavnikov, med njimi so pomembni predvsem: prostorske omejitve pri namestitvi bolnikov (majhno število eno in dvoposteljnih sob, površina na bolnika je zelo majhna, večina sob je brez toaletnih prostorov, le-ti so skupni za več bolnikov), pomanjkanje informacij o pojavljanju odpornih bakterij v drugih zdravstvenih in socialnih ustanovah, (pre)ozko opredeljeni dejavniki tveganja za presejalno testiranje na *A. baumanii* VOB in VRE ob sprejemu bolnikov, kadrovske omejitve in pomanjkljivosti na področju bolnišnične higiene, predvsem na področju čiščenja in higiene rok. Na področju MRSA je razlog tudi povečano število klincenoscev ob sprejemu v bolnišnico.

Za obvladovanje izbruhov smo izvedli številne ukrepe, vendar izbruhov do konca leta nismo uspeli povsem zamejiti. Ocenjujemo, da bolnišnica potrebuje večji delež delovnega časa strokovnjakov za obvladovanje okužb.

Helena Ribič je članica Nacionalne komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO, *www.mz.gov.si*), Komisije za smiselno rabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji (*www.si-map.org)* pri Ministrstvu za zdravje in Komisije za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila v Sloveniji (SKUOPZ). Je habilitirana kot višja predavateljica na Fakulteti za zdravstveno nego Jesenice in sodeluje kot nosilka predmetov Zdravstvena nega in preprečevanje bolnišničnih okužb v prvem in tretjem letniku ter kot predavateljica pri predmetu Mikrobiologija z imunologijo. Kot klinični mikrobiolog je zaposlena na Oddelku za medicinsko mikrobiologijo Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano, lokacija Kranj.

Objave:

1. Štrumbelj I, Berce I, Čretnik-Žohar T,... Ribič H.,...et al. Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2013. Ljubljana. Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti na protimikrobna zdravila (SKUOPZ); 2014. 1. izdaja. Dosegljivo na http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz.
2. Ribič H, Ahec L. Ali so večkratno odporne bakterije problem tudi v regijskih bolnišnicah in varstvenih ustanovah? Strokovno srečanje ob dnevu antibiotikov 2014, Komisija za smiselno rabo protimikrobnih zdravil pri Ministrstvu za zdravje, NAKOBO, organizatorja. Vabljeno predavanje, Ljubljana, 2014.
3. Minor outbreak of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in an intensive care unit probably facilitated by inappropriate air-conditioning. Članek pripravljen za objavo v tuji strokovni reviji.

ENOTA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Jana Lavtižar, dipl. m. s.
Vodja enote za obvladovanje bolnišničnih okužb

UVOD

S programom obvladovanja in preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom oz. zdravstveno oskrbo v bolnišnici si prizadevamo zaščititi paciente, obiskovalce, druge osebe, ki so prisotne v bolnišničnem okolju in zdravstvene delavce. Program obsega področja zagotavljanja varne oskrbe in zdravstvene nege pacientov, objektne higiene, ravnanja z odpadki, ravnanje v primeru poškodb z možnostjo prenosa okužbe, higienski nadzor v okviru HACCAP v kuhinji, delovanja klim, sodelovanja pri javnih naročilih, sodelovanja z zunanjim izvajalcem dezinsekcije in deratizacije, čiščenja prostorov ter skrbi za neoporečno pitno vodo predvsem preprečevanje razmnoževanja legionel v vodovodnem sistemu ter izobraževanja zaposlenih.

1 REALIZACIJA CILJEV

Cilj	**Preprečiti število prenosa MRSA v bolnišnici**
Aktivnosti	• nadzor izvajanja izolacijskih ukrepov • izvedba tematskih dni higiena rok • nadzor higiene rok po WHO metodi 5 trenutkov • odvzem kužnin za aktivno iskanje pacientov z MRSA glede na kriterije • izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA • pregled vzrokov prenosa MRSA in analiza primerov
Kazalnik	• 85%skladnost izolacijskih ukrepov • Število udeležencev na tematskih dnevih • Skladnost higiene rok nad 80% • Število odvzetih kužnin na MRSA • incidenca v bolnišnici pridobljene MRSA v letu 2014 naj ne bi presegla 0,12 oziroma 16-18 % od vseh sprejeti pacientov
Realizacija	Skladnost izvajanja izolacijskih ukrepov je bila 92,5% Na tematskih dneh je bilo 77 udeležb. Skladnost razkuževanja rok v SBJ, po metodi WHO je bila 85%. 2997 pacientom so bile odvzete nadzorne kužnine na MRSA.
Cilj	**Povečati znanje na področju obvladovanja in preprečevanja BO**
Aktivnosti	• izobraževanje z delavnicami o higieni rok
Kazalnik	• 10% povečati delež udeležencev na izobraževanjih
Realizacija	Izvedena izobraževanja. Udeležb na izobraževanjih je bilo 476 (lani 271 udeležb) v SBJ in 74 udeležb zunanjega izvajalca čiščenja. V letu 2014 je bilo kar 43% več udeležb.

2 POROČILO O VEČKRATNO ODPORNIH BAKTERIJAH

2.1 KAZALNIK KAKOVOSTI MRSA

V letu 2014 smo v bolnišnico sprejeli 138 pacientov z znano in v bolnišnico prineseno MRSA in zabeležili 18 primerov v bolnišnici prenesene MRSA.

Tabela 1: Prikaz števila primerov znane, v bolnišnico prinesene in v bolnišnici pridobljene, prenesene ter skupno število MRSA v letu 2014

MRSA	Jan	Febr.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Skupno
prinešena	7	3	9	8	16	7	10	10	11	7	13	19	120
prenešena	1	0	1	1	4	3	0	0	3	0	1	4	18
skupno	8	3	10	9	20	10	10	10	14	7	14	23	138

Tabela 2: Prikaz števila primerov MRSA;števec (v bolnišnici pridobljene MRSA) in imenovalec (število vseh pacientov, pri katerih smo ugotovili MRSA v tekočem letu)

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec	Skupno
števec	1	0	1	1	4	3	0	0	3	0	1	4	18
imenovalec	8	3	10	9	20	10	10	10	14	7	13	23	138
Kazalnik 2014	0,13	0	0,1	0,11	0,2	0,3	0	0	0,27	0	0,07	0,17	0,13
Kazalnik 2013	0,13												

Tabela 3: Prikaz števila pacientov z odvzetimi nadzornimi brisi na MRSA v letu 2014, število sprejetih pacientov v letu 2014, odstotek pacientov z odvzetimi nadzornimi brisi 2014 in primerjava z letom 2013

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec	Skupaj
število NB 2014	214	194	253	273	259	291	268	249	230	247	256	277	2997
Število sprejetih pacientov	1434	1241	1447	1337	1263	1196	1118	1095	1417	1430	1362	1420	15760
% 2014	14,9	15,6	17,5	20,4	20,5	24,3	24	23	16	17	18,8	19,5	19,1
% 2013	19,4												

Tabela 4: Prikaz števila primerov znane, v bolnišnico prinešene in v bolnišnici pridobljene, prenešene ter skupno število MRSA v letih 2014, 2013, 2012, 2011

MRSA	2014	2013	2012	2011
prinešena	120	111	78	53
prenešena	18	17	23	2
skupno	138	128	101	55

2.2 DRUGE VEČKRATNO ODPORNE BAKTERIJE: VRE, ESBL, ACINETOBAKTER BAUMANI

Tabela 5: Prikaz števila primerov VOB (okuženi ali kolonizirani pacienti) v SBJ v letih 2014, 2013, 2012, 2011

VOB/ leto	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**
VRE	31	0	1	1
ESBL	192	149	216	157
Acinetobacter Baumanii odporen proti karbapenemom	58	8	4	1

3 HIGIENA ROK

3.1 NADZOR HIGIENE ROK PO METODI WHO

Izvedli smo opazovanje rok po metodologiji pet trenutkov za higieno rok v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2009). Opazovanje je bilo izvedeno v treh časovnih obdobjih in sicer v mesecu marcu, maju in novembru 2014. Opazovanih je bilo naslednjih 5 trenutkov za higieno rok, ki predstavljajo priložnosti za higieno rok: pred stikom s pacientom, pred čistimi/ aseptičnimi postopki, po stiku s telesnimi tekočinami in izločki, po stiku s pacientom, po stiku s pacientovo neposredno okolico.

Tabela 6: prikaz doslednosti higiene rok po oddelkih, po metodi WHO, 5 korakov v letu 2014 in primerjava skupnih podatkov z letom 2013

2014				upoštevanje higiene rok % po indikacijah				
oddelki enote	**število opazovanj**	**število priložnosti**	**doslednost upoštevanja higiene rok %**	**1.korak**	**2.korak**	**3.korak**	**4.korak**	**5korak**
Ginekološko porodniški oddelek	9	18	96	100			90	
Adominalni oddelek	27	93	83	84	100	65	90	75
Travmatološki oddelek	23	113	80	68	89	80	89	94
Ortopedski oddelek	14	73	81	93	80	67	77	82
EITOS	37	132	83	73	39	77	85	95
IIT	44	188	84	96	50	83	90	68
OZZN	6	49	90	100	50	50	100	100
Kardiološki odsek	18	43	88	93		100	100	66
Endokrinološki odsek	19	51	80	65	75	100	100	67
Gastroenterološki odsek	17	61	70	70	50		75	70
Spodnja OP	10	33	91	85	100	67	100	100
Kirurška OP	10	22	86	78	100		100	100
Kirurška ambulanta	11	49	86	86	100	25	94	33
Urgenca	23	53	81	65	67	100	84	88
Dializa	6	27	89	83	0	100	100	100
Dnevni oddelek	4	11	91	100		0	75	100
SKUPAJ	**278**	**1016**	**85%**	**84%**	**70%**	**70%**	**90%**	**83%**
2013 SKUPAJ	**56**	**760**	**86%**	**81%**	**80%**	**85%**	**92%**	**89%**

Skupni rezultati nadzorov dosegajo 85% vendar bomo na osnovi pridobljenih podatkov iskali možnosti za izboljšave. Rezultat v letu 2014 je v korakih nekoliko slabši kot v letu 2013.

3.2 PREVERJANJE USPEŠNOSTI HIGIENE ROK Z BLACK BOX

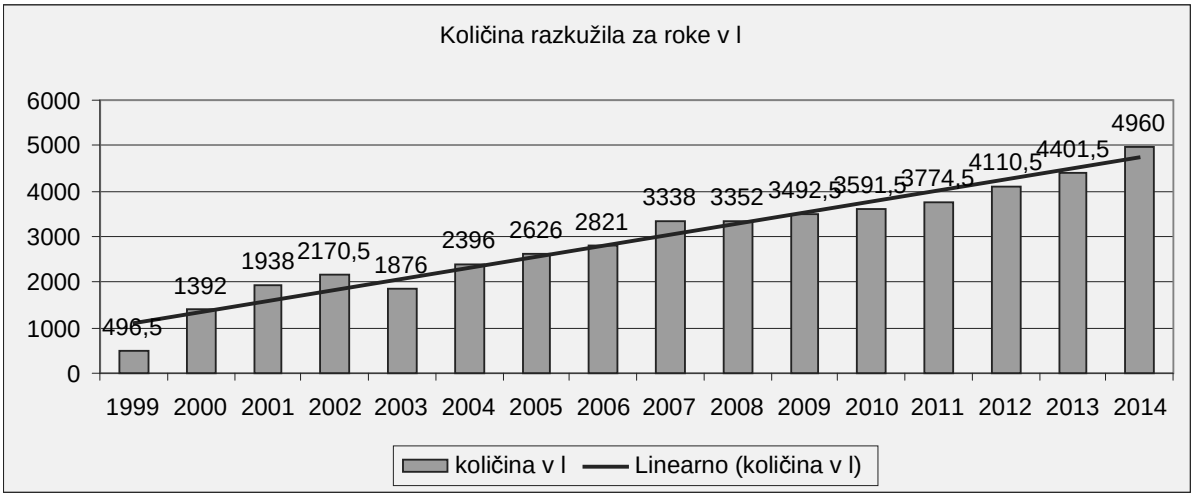
Preverjanje uspešnosti razkuževanja rok izvajajo promotorji higiene rok s pomočjo pripomočka za ugotavljanje uspešnosti razkuževanja (Black box). Uspešnost ocenimo z ocenami od 1 do 5, pri čemer oceni 5 in 4 pomenita USTREZNO, ocene 3, 2, 1 pomenijo NEUSTREZNO.

Tabela 7: Prikaz uspešnosti razkuževanja rok, v SBJ, s pomočjo Black box v letih 2014, 2013, 2012

LETO 2014	**ŠTEVILO preverjenih**	**OCENA 5 ustrezno**	**OCENA 4 ustrezno**	**OCENA 3 neustrezno**	**OCENA 2 neustrezno**	**OCENA 1 neustrezno**
ŠT. OSEB	216	86	117	13	0	0
DELEŽI		40%	54%	6%		
2014	216	94% ustrezno		6% neustrezno		
2013	260	92% ustrezno		8% neustrezno		
2012	335	69% ustrezno		31% neustrezno		

3.3 PORABA RAZKUŽILA ZA ROKE

V bolnišnici že od leta 1998 spremljamo porabo razkužila 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. Poraba se je tudi v letu 2014 povečala in sicer za 558,5 litrov (iz 4401 l na 4960 l).



Graf 1: Prikaz porabljenega razkužila za roke od leta 1998 do 2014

4 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH/ RAZGOVORIH O VARNOSTI

Varnostne vizite in razgovori so pomemben element uvajanja in implementiranja kulture varnosti. So orodja, s katerim pripomoremo k vzpostavitvi varnost in kakovosti tudi na področju bolnišnične higiene.

Tabela 8: Prikaz števila izvedeni varnostnih vizit/razgovorov (VV/VR,) število udeležencev na vizitah v letih 2014, 2013, 2012

	2014	**2013**	**2012**	**2011**
Število VV/VR	37	38	20	26
Število udeležencev	323	172	99	153

5 POŠKODBE Z MOŽNOSTJO PRENOSA OKUŽBE

Tabela 9: Prikaz števila poškodb z možnostjo prenosa okužbe v letih 2014, 2013, 2012

Leto	2014	2013	2012
vrsta poškodbe		Število poškodb	
vbod	17 (krvava igla) 3 (čista igla)	36	24
urez	3	5	7
politje s krvjo	1	2	2
politje s telesno tekočino ali izločkom	2	2	0
skupaj št. poškodb	26	45	33

Prenosa okužbe krvno prenosljivih bolezni v letu 2014 nismo dokazali.

6 OBVLADOVANJE OKUŽB Z LEGIONELO

Pregrevanje vodovodnega sistema smo izvedli v noči 14.2. – 15.2.2014. Na vseh izlivkah je bila dosežena temperatura najmanj 65°C, Na vseh izlivkah smo točili toplo vodo (65°C in več) 15 min. 18.2.2013 je bil opravljen odvzem vzorcev tople in hladne vode na 8 izlivkah za preiskavo na legionele, rezultati so bili skladni – pod 100 CFU/L.
V mesecu juliju smo vzorčenje vode opravili po gradbenem posegu v porodnem bloku, v septembru v kuhinji, vsi rezultati so bili ustrezni. Ponovno smo odvzeli vzorce 4.7.2014 v porodnem bloku in 11.9.2014 v centralni kuhinji. Vsi vzorci so bili ustrezni. Preventivni ukrepi za preprečevanje razmnoževanja legionele na oddelkih/enotah so bili redno izvajani.

7 ODPADKI V BOLNIŠNICI

Tabela 10: Pregled količine odpadkov posameznih klasifikacijskih vrst

Klasifikacijska številka	Naziv odpadka	Količina v tonah			
		2011	2012	2013	2014
18 01 04	odpadki zdravstvo	134.130	131.350	133.590	157.880
18 01 03*	infektivni	20.256	18.503	15.677	14.612
20 03 01	komunalni	39.120	46.740	64.000	63.060
18 01 09 15 00 10*	embalaža zdravila	4.658	5.015	4.689	5.678
18 01 06	kemikalije	1.717	1.977	1955	0,845
18 01 06	razvijalec na vodni osnovi	0.782	0.759	0,616	0,449
18 01 06	fiksirne raztopine	0.766	0.863	0,088	1,039
09 01 07	filmi	3.394	1.394	0,017	0,001
15 01 07	steklo	1.991	1.434	1.527	0,944
15 01 10*	plastična embalaža z ostankom nevarnih snovi	1.806	2.176	2.393	2.515
15 01 02	plastika	5.432	5.521	5.121	5.242
20 01 21	fluorescentne cevi	0.132	0.096	0,101	0,182
20 01 08	organski kuhinjski	75.043	73.402	72.912	70,019
16 06 05	baterije	0.117	0.165	0,105	0,036
20 01 01	papir	35.600	34.600	29.740	32.680
08 03 18	odpadni tonerji	0.09	0.124	0,122	0,62
15 03 18	absorbenti	0.117	0.023	0,049	0,007
18 01 02	deli telesa in organov	0.520	0.580	0,650	0,900

8 PREHRANA

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. Sanitarno higienski pregled Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano, lokacija Kranj je bil v skladu s pogodbo izveden 4X. Pri izbiri področja nadzornih brisov in živila smo izbrali vzorce iz potencialno najbolj kritičnih področij.

Tabela 11: Prikaz števila odvzetih brisov na snažnost v kuhinji in skladnost le teh v letih 2011, 2012, 2013, 2014

leto	število brisov	% skladnosti
2011	56	96,4%
2012	52	92%
2013	67	94%
2014	49	98%

9 HIGIENSKI PREGLED ČIŠČENJA PROSTOROV IN OPREME

Redni higienski vizualni pregledi prostorov in opreme, ki so v domeni zunanjega izvajalca, so bili izvedeni.

Tabela 12: Prikaz rezultatov nadzora zunanjega izvajalca čiščenja v letih 2012, 2013, 2014

Nadzor/ leto	2014	2013	2012
Nadzor osebja	97%	93%	88%
Priprava čistilnih in razkuževalnih raztopin in pripomočkov	100%	100%	94,5%
Higienski pregled prostorov	87%	85%	91%

Vzet je bil 101 bris na snažnost. Odstopanje je bilo pri dveh vzorcih - operacijska luč v spodnji operacijski sobi in pri vzorcu na vodovodni pipi v bolniški sobi, kjer korektivni ukrepi niso bili potrebni. Izvedeni so bili korektivni ukrepi na področju operacijske luči: temeljito čiščenje, nadzor s strani operacijske medicinske sestre in ponovni odvzem 20 brisov v vseh operacijskih sobah - spodnja, ortopedska in dnevni oddelek.
Dezinsekcija, deratizacija in dezinfekcija je bila opravljena po rednem programu in na podlagi urgentnih klicev zaradi pojava insektov ali glodalcev.

10 IZOBRAŽEVANJE

Bolnišnica je področje, kjer se pacienti, zaposleni in obiskovalci srečujejo z različnimi nevarnostmi. Le te je potrebno prepoznati, jih v največji možni meri zmanjševati in preprečiti morebitno škodo za vse udeležence. Zavedanje, da smo močni tako kot je močan najšibkejši, nas pripelje do zaključka, da je izobraževanje pri obvladovanju bolnišničnih okužb ne obhodno potrebno in nikoli zaključeno delo. Na izobraževanjih je bilo udeleženih 476 zaposlenih iz SBJ in 74 oseb zunanjega izvajalca čiščenja. Število udeleženih na izobraževanjih se je v primerjavi z letom 2013 povečalo za 42%.

11 CILJI 2015

Cilj	**Zmanjšati število prenosa MRSA in drugih večkratno odpornih bakterij v bolnišnici**
Aktivnosti	• Izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA • odvzem kužnin za aktivno iskanje pacientov z MRSA glede na kriterije • nadzor izvajanja izolacijskih ukrepov • nadzor nad izvajanjem higiene prostorov in pripomočkov v sobah in sanitarnih prostorih (markiranje) • nadzor nad izvajanjem higiene prostorov in pripomočkov v sobah in sanitarnih prostorov (vizuelni pregled) • prenova dokumentov na področju obvladovanja bolnišničnih okužb

	• izobraževanje zaposlenih na tem področju
Kazalnik	• število prenosov MRSA (16 primerov) • število prenosov VRE, ESBL in Acinetobakter b. • število odvzetih kužnin na MRSA • skladnost izvajanja izolacijskih ukrepov (nad 80%) • skladnost izvedenega čiščenja (nad 90%) • število prenovljenih dokumentov
Cilj	**Izboljšati higieno rok zaposlenih v SBJ**
Aktivnosti	• nadzor higiene rok po WHO metodi 5 trenutkov • ugotavljanje uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom • izobraževanje za vse zaposlene, ki vstopajo na delo ali prakso v SBJ • namestitev razkužila znotraj sob na oddelkih
Kazalnik	• Skladnost higiene rok v SBJ po WHO metodi (nad 80%) • Uspešnost higiene rok z Black boxom (nad 90%) • Število udeležb na izobraževanjih
Cilj	**Zvečati število prijav poškodb z možnostjo prenosa**
Aktivnosti	• izobraževanje zaposlenih • dan za poškodbe z možnostjo prenosa • izdelava plakata • zbiranje prijav
Kazalnik	• Število prijavljenih poškodb z možnostjo prenosa povečati za 20%

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA

Brigita Mavsar-Najdenov mag. farm., spec. klinične farmacije
predsednica

UVOD

Komisija za zdravila je posvetovalni organ strokovnega direktorja zavoda. Člane komisije imenuje strokovni svet, v sestavi: predstojniki temeljnih bolnišničnih služb in klinični farmacevt. Delovanje komisije je določeno s *Poslovnikom komisije za zdravila zavoda*. Komisija za zdravila je bila v SBJ ustanovljena 24.05.1994.

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 izvajanja kliničnih raziskav zdravil v SBJ
- izobraževanje in informacijska dejavnost
- sodelovanje z ostalimi strokovnimi in upravnimi organi SBJ
  (Komisija za antibiotike, Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb, Komisija za medicinsko tehnične pripomočke, Komisija za transfuzijsko medicino, Enota za raziskovalno dejavnost, strokovni kolegij zdravnikov, strokovni kolegij zdravstvene nege, upravni kolegij)

2 CILJI

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
- izobraževanje in informiranje strokovnega osebja na področju uporabe zdravil

Osnovni cilj vseh aktivnosti komisije je varna, učinkovita in kakovostna oskrba bolnikov z zdravili v SBJ.

3 ČLANI

Brigita Mavsar Najdenov, mag. farm. spec. kl.farm.	predsednica
prim Igor Rus, dr. med. spec. int.	predstojnik internistične službe
prim.asist. Janez Pšenica, dr. med. spec. krg	predstojnik kirurške službe
Vlado Jurekovič, dr. med. spec. anest.	predstojnik službe za anestezijo in reanimacijo
Eva Macun, dr. med. spec. gin.	predstojnica ginekološko porodniške službe
Peter Najdenov, dr. med. spec. ped.	predstojnik pediatrične službe

4 OPRAVLJENO DELO V LETU 2014

4.1 SESTANKI KOMISIJE ZA ZDRAVILA

Člani smo se sestali na dveh rednih sestankih, štiri seje so bile izvedene korespondenčno.

4.2 SPREMLJANJE IN ANALIZA PORABE ZDRAVIL

Trend zniževanja porabe denarja za zdravila v SBJ je opazen od leta 2010 dalje in je v letu 2014 dosegel vrednost 1.325.136,81 EUR, kar je najnižja vrednost v zadnjih sedmih letih (*podatke za zadnji dve leti prikazujemo v tabeli 1*). Podobno opažamo tudi na nivoju hospitalne dejavnosti: v letu 2014 je strošek za zdravila nižji, število obračunanih pacientov pa višje kot je bilo v letu 2013 (*podatke za zadnji dve leti prikazujemo v tabeli 2*). Delež stroška za zdravila v strošku vsega lekarniškega materiala se v opazovanih letih znižuje in je na nivoju hospitalne dejavnosti v l. 2014 dosegel vrednost 28,3%. Delež stroška za antibiotike v strošku vseh zdravil pa je v l. 2014 malenkost višji kot v l. 2013 in je na hospitalni ravni dosegel vrednost 26,6%. V primerjavi z letom 2013, so se na hospitalni ravni v letu 2014 znižali stroški za albumine, za antibiotike in za narkotike, povišali pa stroški za nizkomolekularne heparine, dezinfekcijska sredstva ter za dietetično hrano. Enako se v opazovanih letih znižujeta stroška za porabljena zdravila na pacienta in strošek za porabljene antibiotike na pacienta.

Tabela 1: Prikaz porabe zdravil v evrih za leti 2013 in 2014 na nivoju hospitalne dejavnosti; vključeno: krg, CIT, int, IIT, gin por, ped, OZZN

Vir podatkov: finančno-računovodska služba SBJ

HOSPITALNA DEJAVNOST	PORABA V LETU 2013	PORABA V LETU 2014	2014 / 2013
	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	
ŠTEVILO OBRAČUNANIH PACIENTOV	**12.736**	**12.985**	**101,96%**
CELOTNA PORABA LEK. MAT. + KRI + PLAZMA	3.712.869,47	3.794.334,77	102,19%
ZDRAVILA	1.094.515,46	1.074.750,61	98,19%
delež zdravil v celokupni porabi	29,48%	28,33%	

ZDRAVILA / PACIENTA	85,94	82,77	96,31%
NARKOTIKI	14.219,02	12.306,66	86,55%
ANTIBIOTIKI	**289.985,93**	**286.387,69**	**98,76%**
delež antibiotikov v porabi zdravil	26,49%	26,65%	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	22,77	22,06	96,87%
NM HEPARINI	53.788,39	63.511,81	118,08%
delež NMH v porabi zdravil	4,91%	5,91%	
ALERGENI	0,00	0,00	#DEL/0!
KRI	256.905,03	278.574,15	108,43%
SERUMI	5.287,71	7.611,09	143,94%
PLAZMA	28.920,50	28.794,50	99,56%
ALBUMINI	62.477,60	45.497,87	72,82%
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	61.611,07	71.217,52	115,59%
DIETETIČNA HRANA	3.473,01	3.603,75	103,76%

Tabela 2: Prikaz porabe zdravil v evrih za leti 2013 in 2014 na nivoju SBJ; vključeno: hospitalna dejavnost, ambulantna dejavnost, dializa in ostalo

Vir podatkov: finančno-računovodska služba SBJ

SBJ	**PORABA V LETU 2013**	**PORABA V LETU 2014**	**2014 / 2013**
	(1.1.-31.12.)	**(1.1.-31.12.)**	
ŠTEVILO OBRAČUNANIH PACIENTOV			**#DEL/0!**
CELOTNA PORABA LEK. MAT. + KRI + PLAZMA	5.627.290,57	5.693.458,35	101,18%
ZDRAVILA	1.325.136,81	1.299.566,69	98,07%
delež zdravil v celokupni porabi	23,55%	22,83%	
ZDRAVILA / PACIENTA	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!
NARKOTIKI	18.297,37	14.174,97	77,47%
ANTIBIOTIKI	**292.570,30**	**288.850,46**	**98,73%**
delež antibiotikov v porabi zdravil	22,08%	22,23%	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!
NM HEPARINI	55.254,40	64.462,38	116,66%
delež NMH v porabi zdravil	4,17%	4,96%	
ALERGENI	1.802,31	1.588,75	88,15%
KRI	264.776,72	288.777,18	109,06%
SERUMI	7.492,53	10.108,68	134,92%
PLAZMA	28.920,50	28.794,50	99,56%
ALBUMINI	62.532,60	45.804,11	73,25%
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	110.486,66	118.151,10	106,94%
DIETETIČNA HRANA	30.659,35	33.756,92	110,10%

4.3 ODOBRITVE NOVIH IDENTOV ZDRAVIL

Obravnavali smo 37 in odobrili 35 predlogov novih identov zdravil, od katerih so bili 4 odobreni izredno. Največ predlogov novih zdravil je bilo podanih s strani internega oddelka (14) in nevrološke ambulante (12).

4.4 NEREGISTRIRANA ZDRAVILA

Na seznamu je 100 zdravil, od teh jih je 32 na *Seznamu nujno potrebnih zdravil za uporabo v humani medicini Ministrstva za zdravje RS.*

4.5. VARNOST, UČINKOVITOST IN KAKOVOST UPORABE ZDRAVIL

Na področju javnih naročil bioloških zdravil za spodbujanje eritropoeze smo sprejeli sklep, da je odločitev in odgovornost za zdravljenje ter predpisovanje inovativnih ali podobnih bioloških zdravil za spodbujanje eritropoeze izključno v domeni specialista internista s poglobljenim znanjem iz nefrologije.

4.6 PRIJAVLJANJE NEŽELENIH UČINKOV ZDRAVIL IN ZASTRUPITEV Z ZDRAVILI

V letu 2014 je bilo poslanih 15 prijav zastrupitev in neželenih učinkov zdravil. Štiri so bile poslane z oddelka za radiologijo, ostalih 11 pa z otroškega oddelka SBJ.

4.7 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

V letu 2014 smo objavili 24 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 2014 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*

5 NAČRT DELA V LETU 2015

Področje	Naloga
Spremljanje in analiza porabe zdravil	- Stroškovna in količinska analiza porabe zdravil od 01.01. do 31.12.2015 - Stroškovna in količinska analiza porabe zdravil od 01.01. do 31.08.2015 - Zbiranje podatkov o porabi bioloških zdravil za Ministrstvo za zdravje (koordinator prof.dr. Milan Čižman)
Predpisovanje zdravil	- spremljanje projekta *e-TTL*

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE

Brigita Mavsar-Najdenov mag. farm. spec. klinične farmacije
Predsednica

UVOD

Komisija za antibiotike je posvetovalni organ strokovnega direktorja zavoda. Člane komisije imenuje strokovni svet, v sestavi: zdravniki specialisti - predstavniki temeljnih bolnišničnih služb, 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 22.03.2001.

1 OSNOVNE NALOGE KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE

- spremljanje in analiza porabe PMZ
- nadzor nad uvajanjem novih identov PMZ
- oblikovanje in prenavljanje internih 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 Ministrstva za zdravje (MZ) št. 64 - bolnišnična poraba PMZ
  (*Priročnik o kazalnikih kakovosti MZ- sklop kazalnikov učinkovitosti zdravstvene oskrbe, december 2010)*
- izvajanje nacionalnega Programa smotrne rabe in spremljanja porabe PMZ

(Pravilnik o dopolnitvah Pravilnika o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb MZ RS, Ur.l RS št.10/2011)
- 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 organi SBJ
  (Komisija za zdravila, Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb, Komisija za medicinsko tehnične pripomočke, Komisija za transfuzijsko medicino, Enota za raziskovalno dejavnost, strokovni kolegij zdravnikov, strokovni kolegij zdravstvene nege, upravni kolegij)

2 CILJI

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

Brigita Mavsar Najdenov, mag. farm. spec. klinične farmacije	predsednica
Helena Ribič, dr. med. spec. klinične mikrobiologije	predsednica KOBO in ZOBO SBJ
Matej Dolenc, dr. med. spec. kirurgije	kirurška služba
Joško Fajdiga, dr. med. spec. interne medicine	internistična služba
Vlado Jurekovič, dr. med. spec. anesteziologije	služba za anestezijo in reanimacijo
Drago Sredanovič, dr. med. spec. ginekologije in porodništva	ginekološko porodniška služba
Tina Šavs Požek, dr. med. spec. pediatrije	pediatrična služba

4 OPRAVLJENO DELO V LETU 2014

4.1 SESTANKI KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE

Člani smo se sestali na dveh sestankih.

4.2 ANALIZA PORABE PMZ

Stroškovno in količinsko smo analizirali 8-mesečno porabo PMZ v l. 2014 in porabo PMZ v letu 2013.
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.
Po odredbi strokovne direktorice je bil 9. julija izveden nadzor predpisovanja rezervnih PMZ (R-PMZ) na vseh oddelkih in enotah SBJ, z namenom ugotoviti stanje glede upoštevanja *SOP NA 11 - Navodila za predpisovanje protimikrobnih zdravil v SBJ* in izpolnjevanja

dodatnih zahtev v *SOP NA 12 – Rezervna lista PMZ*, za zagotavljanje nadzorovanega predpisovanja PMZ v SBJ.

4.3 OBLIKOVANJE IN PRENAVLJANJE INTERNIH PRIPOROČIL TER NAVODIL ZA VARNO IN UČINKOVITO UPORABO PMZ

Na podlagi izsledkov raziskave za diplomsko nalogo absolventke Fakultete za farmacijo UL, ki smo jo opravili v letu 2013, smo 14. aprila sprejeli dopolnila k slovenskim priporočilom za protimikrobno zaščito pri posegih na kosteh, vključno z vstavljanjem sklepnih protez ter jih objavili na intranetu SBJ, v rubriki Komisije za antibiotike.

4.4 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 ATC/DDD klasifikacijskega sistema 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.
V tabelah 1 in 2 prikazujemo podatke za leto prej (l. 2013), ker so podatki za leto, ki ga strokovno poročilo obsega (l. 2014), obdelani po izdaji strokovnega poročila.

Tabela 1: Primerjava porabe protibakterijskih zdravil (J01) v SBJ s povprečnimi vrednostmi slovenskih splošnih bolnišnic (v številu DDD/100 BOD)

Vir podatkov: https://anbico.si-map.org/, (dostopno tudi na intranetni strani Komisije za antibiotike SBJ)
Podatki so obdelani po metodologiji **ATC/DDD 2013.**

	2012		2013	
	slovensko povprečje	SBJ	slovensko povprečje	SBJ
Celotna bolniš. poraba	57,64	54,21	59,06	55,62
IIT	132,50	50,30	176,40	47,85
KIT-CIT-EITOS	204,81	136,78	197,50	140,53
INTERNI ODD.	63,69	69,54	76,24	69,84
KIRURŠKI ODD.	54,23	46,03	60,62	49,49
GIN-POR ODD.	31,32	22,83	24,19	23,33
OTROŠKI ODD.	42,35	24,42	34,35	16,60

Podatki za Slovenijo kažejo porast bolnišnične porabe antibiotikov. Prav tako opažamo rahel porast porabe v l. 2014 tudi v SBJ, vendar se naša bolnišnica vsa opazovana leta uvršča med bolnišnice z nižjo porabo antibiotikov, z vrednostmi pod slovenskim povprečjem. Kljub temu pa bo v SBJ potrebna večja pozornost in nadzor nad predpisovanjem protibakterijskih zdravil na oddelkih, ki so dosegli višje vrednosti kot v letu prej: EITOS, interni in kirurški oddelek. Opažamo porast porabe penicilinov, karbapenemov, makrolidov, kinolonov, kolistina, nitrofurantoina, vankomicina in teikoplanina.

Tabela 2: Primerjava porabe protiglivičnih zdravil (J02) v SBJ s povprečnimi vrednostmi slovenskih splošnih bolnišnic (v številu DDD/100 BOD)

Vir podatkov: https://anbico.si-map.org/, (dostopno tudi na intranetni strani Komisije za antibiotike SBJ)
Podatki so obdelani po metodologiji:**ATC/DDD 2013.**

	2012		2013	
	slovensko povprečje	SBJ	slovensko povprečje	SBJ
Celotna bolniš. poraba	1,93	1,36	1,97	1,39
IIT	14,1	7,43	21,07	6,88
KIT-CIT-EITOS	21,25	21,40	38,09	21,10
INTERNI ODD.	2,8	1,62	3,41	1,68
KIRURŠKI ODD.	0,88	0,32	1,33	0,58
GIN-POR ODD.	0,55	0,06	0,10	0
OTROŠKI ODD.	1,48	0,03	0,02	0

Na področju bolnišnične porabe protiglivičnih zdravil (PGZ) opažamo porast porabe tako na državnem nivoju, kakor tudi v naši bolnišnici. V letu 2013 opažamo večje vrednosti kot v letu prej na internem in kirurškem oddelku. Opažamo porast porabe anidulafungina in vorikonazola, ki sta se uporabljala v EITOS.

4.5 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	2014
kolorektalne operacije	80 %	91,3 %	74,5 %	87,8%
zamenjave kolka	79,7 %	99 %	73,7 %	90,6%
histerektomije	22,7 %	65,2 %	89 %	91,3%

4.6 SODELOVANJE V DRŽAVNI IN EVROPSKI MREŽI SPREMLJANJA PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL (*ESAC – EUROPEAN SURVEILLANCE OF ANTIMICROBIAL CONSUMPTION*)

Letos teče že trinajsto 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.

4.7 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

- 12. februarja je bilo izvedeno sponzorirano strokovno izobraževanje z vabljenim predavanjem doc.dr. Tatjane Lejko Zupanc z naslovom: *Zinforo (ceftarolin) – novi cefalosporin z delovanjem na MRSA* in *Zdravljenje okužb z večkratno odpornimi po Gramu negativnimi mikroorganizmi*
- 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
- 22. oktobra smo v rubriki Komisije za antibiotike objavili 1. verzijo preglednice *Cene najpogostejših dnevnih odmerjanj PMZ*
- prenovljena je bila spletna stran Komisije za antibiotike

5 NAČRT DELA V LETU 2014

Področje	Naloga
Spremljanje in analiza porabe PMZ	- Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 01.01. do 31.12.2014 - Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 01.01. do 31.08.2015 - 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 (MZ), št. 64 - Spremljanje profilaktične rabe antibiotikov - obvezen kazalnik kakovosti Ministrstva za zdravje (MZ) ,št. 46

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE

doc. dr. Ivica Avberšek-Lužnik
Vodja laboratorija

1 DELOVANJE KOMISIJE ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE

Komisija za laboratorijske preiskave je začela delovati na začetku leta 2011. Prva seja komisije je bila izvedena 23. 5. 2011. Glavni cilj delovanja komisije je bil usmerjen v obvladovanje naraščajočih trendov naročanja laboratorijskih preiskav. Komisija se je sestajala vsake tri mesece. Analizirala je trende v naročanju dražjih preiskav (CRP, PCT, BNP, Troponin T, Uroquick, Bactec HK, ...). Člani komisije so bili seznanjeni s cenikom laboratorijskih preiskav in z analizami o številu normalnih in patoloških izvidov. Konec leta 2011 je komisija dosegla prvi uspeh, število laboratorijskih preiskav je porastlo samo za 0.43 % v primerjavi z letom 2010, ko je znašal delež porasta 8,89%.
V letu 2014 je bil izdan sklep, s katerim se je sestava komisije razširila na sedem članov:

- doc.dr. Ivica Avberšek-Lužnik, predsednica komisije,
- Karmen Janša, dr.med., strokovna direktorica,
- Sandra Tušar, dr.med., predstavnica kirurškega oddelka.
- Prim. Igor Rus, dr. med., predstojnik internega oddelka,

- Robert Carrota, dr.med., predstojnik urgentne službe.
- Vladimir Jurekovič, dr.med., predstojnik intenzivnih enot,
- Peter Najdenov, dr.med., predstojnik pediatričnega oddelka.

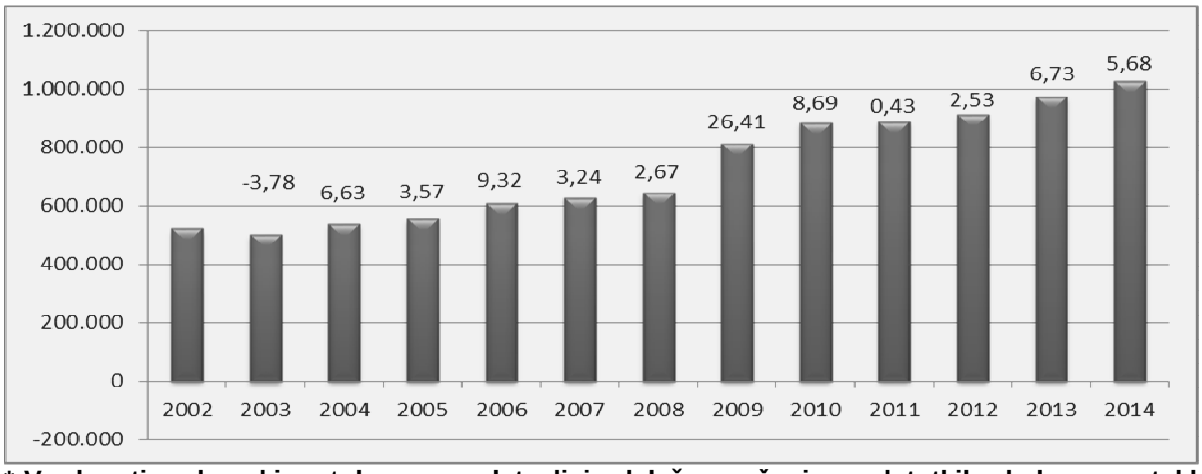
Temeljne naloge komisije so:

- spremljanje in statistična analiza laboratorijskih preiskav,
- izbor novih, diagnostičnih preiskav,
- oblikovanje internih smernic in algoritmov za naročanje preiskav,
- sodelovanje s strokovnim direktorjem na področju racionalizacije stroškov,
- priprava letnega poročila o opravljenem delu komisije.

Komisija je imenovana kot svetovalno telo strokovnega direktorja. Od leta 2011 do konca leta 2014 se je sestala na petnajstih sejah. Izvedla je analizo vzrokov za povečan obseg naročanja laboratorijskih preiskav, preučila rezultate objavljenih publikacij o naročanju laboratorijskih preiskav v drugih državah in podala načrt ukrepov za prihodnost.

2 ANALIZA VZROKOV ZA VEČJI OBSEG NAROČANJA LABORATORIJSKIH PREISKAV

Laboratorijsko testiranje je integralni del zdravstvene obravnave pacientov. Je orodje za postavitev diagnoze, za spremljanje učinkovitosti terapije in za odkrivanje sprememb v poteku bolezni. Podobno kot druge diagnostične storitve, so tudi laboratorijske preiskave često uporabljene v prekomernem in neselektivnem obsegu. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je ocenjen strošek za laboratorijske preiskave na 5 do 6 % celotnih stroškov zdravstvene obravnave pacientov. Na leto pa se stroški za laboratorijske preiskave v povprečju dvignejo za 5 do 10%, kar predstavlja alarm za ukrepanje, pripravo letnih načrtov in obvladovanje dejavnikov, ki vplivajo na naraščajoče naročanje preiskav. V Splošni bolnišnici Jesenice je število laboratorijskih preiskav (graf 1) porastlo leta 2011 za 0,43%, v letu 2012 pa za 2,53% v primerjavi s predhodnim letom. V letih 2013 in 2014 pa je delež porasta presegel 5%, kar predstavlja signal za ukrepanje Komisije za laboratorijske preiskave.



*** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja v odstotkih glede na preteklo leto**.

Graf 1. Laboratorijske preiskave v obdobju od 2002 do 2014

Komisija je ugotovila, da na obseg naročanja preiskav in posledično na stroške za laboratorij vplivajo različni dejavniki:

Izvajalci laboratorijskih preiskav
Laboratorij odloča o izboru analitičnih metod, ki zagotavljajo točne in varne rezultate. Ker mora izvajanje preiskav potekati po standardnih postopkih, laboratorij troši več sredstev za vzdrževanje sistema kakovosti, kar je povezano tudi z višjo ceno preiskav.
Tehnološki razvoj
Razvoj avtomatizacije in informacijske tehnologije omogoča hitro detekcijo različnih analitov in dovršen prenos rezultatov. To posredno stimulira zdravnike k večjemu naročanju preiskav.
Raziskovalci
Raziskovalci z dobro načrtovanimi študijami spodbujajo zdravnike k naročanju novih in običajno dražjih preiskav.
Zdravstvena zavarovalnica
Zavarovalnica kot plačnica laboratorijskih storitev deluje stereotipno. Pri pripravi strateških in letnih načrtov za preiskave načrtno izpušča izvajalce in naročnike preiskav. Finančne vire za laboratorijsko testiranje vgrajuje v stroške obravnave pacientov in prenaša breme reševanja na direktorje zdravstvenih zavodov.
Zdravniki
Zdravniki se kot naročniki preiskav srečujejo z dilemami o številu in vrsti preiskav, ki jih lahko naročijo, da bi dobili pravilen odgovor na klinično vprašanje, ki je pri vsakem pacientu drugačno. Nesporno dejstvo je, da mlajši in manj izkušeni zdravniki naročajo več preiskav, še posebej, če so razporejeni v urgentno in kirurško ambulanto.

3 PODATKI O STROŠKIH ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE V TUJINI

V raziskavah (1) vzrokov in posledic naročanja laboratorijskih preiskav je nakazano, da je v povprečju 30% laboratorijskih preiskav naročenih neustrezno in nepotrebno. Modeli obvladovanja stroškov za preiskave se med državami razlikujejo. V Združenih državah Amerike imajo podatke o opravljenem številu in vrstah laboratorijskih preiskav v vsakem letnem obdobju. Podatke sproti analizirajo in ukrepajo v dobrobit pacientov, ki so plačniki laboratorijskih preiskav v privatni in javni zdravstveni mreži. V Sloveniji tovrstnih podatkov ni mogoče dobiti za celo državo, ker nimamo enotnega informacijskega sistema in tako tudi ne možnosti strateškega reševanja neustreznega naročanja laboratorijskih preiskav, zato se vsak zdravstveni zavod spopada z racionalizacijo teh stroškov sam.
Ming Zhi in sodelavci (1) so leta 2013 objavili rezultate raziskave, ki je pokazala, da je približno 30% laboratorijskih preiskav naročenih v neustreznem obsegu. Vendar je nemogoče najti metodo, s katero bi odkrili tisto vrsto neustreznih preiskav, ker se te ne porazdeljujejo po nobenem pravilu na zdravnike, niti na populacijo pacientov in tudi ne po vrsti metode za detekcijo laboratorijskih parametrov. Rešitev je v identifikaciji problema, ki se pojavlja v dnevni klinični praksi in se mora znotraj vsakega okolja reševati v okviru danih možnosti. Zdravniki morajo v vsakdanji klinični praksi upoštevati tri zlata pravila:
1. Klinično vprašanje morajo formulirati tako, da jim rezultat izbrane preiskave nudi pravi odgovor na klinično vprašanje pri danem pacientu.
2. Zavedati se morajo, da je laboratorijsko testiranje namenjeno preiskovancem, ki so bolni. Laboratorijske preiskave lahko pri potencialno zdravih ljudeh naročajo samo v omejenih primerih. Takšne so preiskave lipidnega statusa, merjenje glukoze in odkrivanje prirojenih motenj pri novorojenčkih.
3. Smiselno je naročilo selektivno izbranih preiskav. Zdravniki morajo vedeti, da veliko število naročenih laboratorijskih preiskav nudi enak rezultat kot naročilo enega samega neustreznega testa.

4 PREDLAGANI UKREPI ZA USTREZNO NAROČANJE LABORATORIJSKIH PREISKAV

Člani komisije so preučili vzorce naročanja preiskav na posameznih oddelkih in predlagali ukrepe:

1. Preiskave se naročajo brez podvajanja.
2. Za naročanje dražjih preiskav je pristojen samo zdravnik- specialist.
3. V urgentni medicini se naročajo samo preiskave urgentnega panela.
4. Pri naročanju preiskav se upoštevajo cirkadialni ritmi analitov.
5. Predstojniki prejemajo mesečno statistiko laboratorijskih preiskav po oddelkih.
6. Predstojniki prejemajo mesečno analizo stroškov za laboratorijske preiskave.
7. Vsako novo preiskavo pred uvedbo v rutino potrdi strokovni svet.

Komisija za laboratorijske preiskave je ob koncu leta 2014 predlagala tudi štiri postopke za obvladovanje stroškov na laboratorijskem področju:
1. Zdravniki morajo imeti ob naročanju laboratorijskih preiskav neposredno informacijo o ceni posamezne preiskave. Dokazano je, da zdravniki ob znanih cenah preiskav ocenijo nujnost in uporabnost vsake preiskave in naročajo v povprečju 20 do 30% manj preiskav kot zdravniki, ki teh podatkov nimajo.
2. Informacijska služba mora zgotoviti zdravnikom, da bodo imeli ob naročanju elektronske povezave do smernic laboratorijske diagnostike sindromov in bolezni.
3. Laboratorij mora skupaj z zdravniki razvijati lastne algoritme naročanja preiskav. Pet algoritmov je že izdelanih. Primer algoritma za pregled diferencialne krvne slike pri trombocitopeniji je v prilogi.
4. Zdravniki naj nebi laboratorijskih preiskav naročali v panelih, zato komisija priporoča, da se paneli preiskav izločijo iz vzorcev rutinskega naročanja preiskav.

5 ZAKLJUČEK

Napredek na področju laboratorijske tehnologije je dvignil pomen rezultatov laboratorijskih preiskav pri odkrivanju organskih in sistemskih disfunkcij in bolezni. Glavna naloga Komisije za laboratorijske preiskave za prihodnost je, da sproti analizira trende prekomernega in/ali neustreznega naročanja preiskav. Komisija mora analizirati tudi primere, ko določena preiskava ni naročena, pa bi morala biti. V navedenih primerih mora Komisija pripraviti poročilo in predloge ukrepov za strokovni svet. Zaradi intenzivne racionalizacije procesa zdravstvene obravnave pacientov čakajo Komisijo za laboratorijske preiskave pomembne naloge in izzivi.

6 LITERATURA

1. Zhi M, Ding EL, Theisen-Toupal J, Whelan J, Arnaout R. The landscape of inappropriate laboratory testing: A 15-year meta-analysis. PLoS One. 2013; 8: e78962.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA POCT

doc.dr. Ivica Avberšek-Lužnik
Pedsednica komisije

1 DELOVANJE KOMISIJE ZA POCT

Začetek delovanja članov Komisije za POCT sega v leto 2008. Formalni status komisije je bil urejen šele 12. 11. 2012 s sklepom direktorja. Po sklepu direktorja so bili imenovani štirje člani komisije:

- doc.dr. Ivica Avberšek-Lužnik, predsednica komisije,
- Zdenka Kramar, pomočnica direktorja za področje Zdravstvene nege,
- Mateja Bahun, prof. zdravstvene vzgoje
- Goran Sedlovski, laboratorijski tehnik s specialnimi znanji, koordinator POCT.

V navedeni sestavi je komisija delovala do 5. 12. 2014, ko je bila imenovana nova sestava komisije. Komisija v prenovljeni sestavi šteje pet članov:

- doc.dr. Ivica Avberšek-Lužnik, predsednica komisije,
- Tanja Pristavec, mag. zdr. nege in pomočnica direktorja za področje ZN,
- asist. Mateja Bahun, prof. zdr. vzgoje,
- Goran Sedlovski, lab. tehnik s specialnimi znanji,
- Karmen Janša, dr. med., strokovna direktorica.

Komisija skrbi za varno in kakovostno izvajanje POCT, ki je v skladu s sprejetimi analitičnimi in kliničnimi standardi.

2 POCT – TESTIRANJE OB PACIENTU

Po standardih ISO/FDIS 22870 je POCT »testiranje, ki se izvaja ob ali v bližini pacienta, s tem, da rezultat privede do možne takojšnje spremembe pri oskrbi pacienta«. Izraz POCT (Point of Care Testing) se nanaša na vsako testiranje, ki je izvedeno izven okolja tradicionalnega laboratorija. V Sloveniji ureja organiziranost in delo medicinskih laboratorijev Pravilnik, ki je izšel v Uradnem listu Republike Slovenije št. 64/2004. V II. poglavju tega Pravilnika je v 6. členu navedeno, kako se morajo izvajati hitri laboratorijski testi ob bolniku.

Ker je cilj hitrega izvajanja testov ob bolniku pravočasen in pravilen razultat, je potrebno tudi na področju POCT izvajati notranjo in zunanjo kontrolo kakovosti rezultatov. Za obvladovanje in nadzor nad sistemov kakovosti POCT testiranja pa je potrebno neprekinjeno delovanje članov Komisije za POCT.

3 NALOGE KOMISIJE ZA POCT

POCT komisija skrbi zato, da je POCT v zavodu kakovostno izvajan in ekonomsko učinkovit. Komisija oceni in izbere POCT merilnike, nadzira odgovorne izvajalce, skrbi za izobraževanje izvajalcev, organizira kontrolo kakovosti, ukrepa ob odstopih, rešuje nastale probleme in ima redne sestanke.

Predsednica komisije skrbi za izvajanje in spremljanje kontrole kakovosti. Regulira interakcije med izvajalci in zdravniki. Na podlagi odstopov od ciljnih vrednosti rezultatov zunanje kontrole merilnikov predlaga ukrepe.
Pomočnica direktorja za področje Zdravstvene nege nadzira izvajalce POCT, predlaga letni načrt izobraževanja izvajalcev POCT in skrbi za izvajanje ukrepov ob odstopih.

Strokovna sodelavka za pedagoško področje skrbi za nadzor, izobraževanje in praktično usposabljanje MS- promotorjev za delo z merilniki.
Laboratorijski koordinator skrbi za tehnično izvajanje zunanje kontrole merilnikov in za pripravo statističnih poročil. Predsednici komisije pomaga pri oblikovanju in pripravi gradiv za objavo na intranetni strani SBJ.
Strokovna direktorica zastopa interese zdravnikov, ki so naročniki hitrih testov in imajo po svoji funkciji v procesu zdravstvene obravnave dolžnost in pravico predlagati vrsto preiskav, ki jih potrebujejo neposredno ob bolniku.

4 OPRAVLJENO DELO KOMISIJE ZA POCT

V obdobju od leta 2008 do leta 2013 so rezultati dela Komisije za POCT sledeči:

1. Vzpostavljen in voden je Register vseh POCT analizatorjev v SBJ
2. Vzpostavljeni so sistemi rednega izvajanja notranje kontrole POCT aparatov, vodenje zapisov in ukrepov ob odstopih od ciljnih vrednosti kontrolnega materiala.
3. Izvedeni so korektivni ukrepi in napisana pripadajoča poročila.
4. Imenovane so medicinske sestre - promotorji POCT.
5. Pripravljeni so predlogi letnih načrtov za izobraževanje promotorjev in izvajalcev POCT.
6. Izdelan je protokol za izvajanje POCT v SBJ (SOP 60, V1 z dne 1.9.2013).
7. Izvaja se laboratorijska validacija POCT merilnikov pred rutinsko uporabo.

Primarni cilj delovanja Komisije za POCT v letu 2014 pa je bil usmerjen v strokovno izvajanje POCT na vseh oddelkih, odsekih in v ambulantah v SBJ.

Skladno z zastavljenimi ciliji za leto 2014 so člani Komisije za POCT izvedli sledeče naloge:

1. **Laboratorijska kontrola vseh merilnikov** je bila izvedena 2-krat (3.3.2014 in 28.08.2014 + dodatno testiranje).
2. **Zunanja kontrola merilnikov SNEQAS** je bila izvedena 4- krat (19.03.2014, 23.05.2014, 22.09.2014 in 24.11.2014)
3. **Izobraževanje promotorjev** je bilo izvedeno 1 x, sestanek skupine je bil izveden 2x.
4. **Objavljeni so vsi dokumenti** POCT Komisije na intranetu SBJ.
5. **Organizirana in izvedena** so bila štiri predavanja za zaposlene (84 udeležencev).
6. **Spremljali smo dva kazalnika POCT** procesa.

Kazalnik POCT 1: Število odstopov od priporočenih vrednosti kontrolnega materiala.

Datum kontrole	Merilnik	Oddelek Odsek	Parameter (% odstopa)	Ukrep
28.06.2013	I-STAT	CIT	Saturacija (-16,6%)	Preveriti postopek hranjenja in uporabe kartuše.
24.10.2013	Contour XT	URG	Glukoza (-12,5%)	Preveriti postopek hranjenja testnih lističev.
	I-STAT	OTR	pCO2 (+13,9%)	Preveriti postopek hranjenja in uporabe kartuše, ponoviti meritve kontrolnega materiala
	I-STAT	CIT	pCO2 (+17,6%) Glukoza (+22,4%)	Preveriti postopek hranjenja in uporabe kartuše, ponoviti meritve kontrolnega materiala
3.03.2014	Contour XT SN8266830 SN8269421	INT IIL	Glukoza (+12,8%) Glukoza (+12,8%)	Preveriti postopek hranjenja testnih lističev.
28.08.2014	Contour XT	Vsi	Odstopa kontrola z	Ponoviti izvedbo kontrole na

		oddelki	nizko konc. Glukoze.	vseh oddelkih. Izvedeno 22.09.2014
22.09.2014	Contour XT SN8266830 SN2151892	INT IIL ID	Glukoza (+13,3%) Glukoza (+13,3%)	Preveriti postopek hranjenja testnih lističev, vzdrževanje merilnika, rok uporabnosti testnih senzorjev,

Kazalnik POCT 2: Število izobraževanj za izvajalce POCT.
V letu 2014 je bilo izvedeno eno organizirano izobraževanje za koordinatorje POCT na bolniških oddelkih/enotah, udeležilo se ga je 16 oseb.

5 ZAKLJUČEK

Komisija za POCT skrbi za varno in kakovostno izvajanje POCT meritev. Medicinske sestre so najpomembnejše izvajalke POCT, njihove dolžnosti izvirajo iz organizacijske strukture, ki je tesno povezana s potrebami zdravnikov in bolnikov. Integracija POCT v klinično okolje mora biti izvedena skladno s strokovnimi odločitvami zdravnikov, analitičnimi merili laboratorijske stroke in kakovostno izvedbo s strani medicinskih sester. Zato bo Komisija za POCT v prihodnosti poskušala doseči nadgradnjo obstoječega sistema POCT z informacijsko podprto tehnologijo za zagotavljanje sledljivosti POCT rezultatov v celoti.

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA TRANSFUZIJSKEGA ODBORA (BTO) SB JESENICE

Vodja: ***mag. Miha Tonejc, dr.med., spec.***
Amir Bešić dipl. zn.

BTO SB Jesenice se je v letu 2014 sestal dvakrat. Na prvem sestanku v marcu 2014 je bila izvoljena predsednica BTO Eva Černe dr. med. spec. anest. Potrjena je bila sestava BTO z novo imenovanimi člani BTO SB Jesenice.

Sprejeti so bili sklepi:
- poročilo o delu CTD Jesenice bo predstavljeno na strokovnem svetu SB Jesenice,
- s strokovno direktorico SB Jesenice (SBJ) je dogovorjeno, da preveri ali je poslovnik o delu BTO že sprejet oziroma potrjen s strani strokovne službe SBJ,
- potrebno je preveriti poti sodelovanja med SBJ in primarnim nivojem dejavnosti v primerih, ko napotijo pacienta na zdravljenje s krvjo – v izogib nepotrebnemu čakanju bolnika,
- preveriti oziroma po potrebi posodobiti protokole dela ob naravnih in drugih masovnih nesrečah (strokovna direktorica Karmen Janša odgovori: protokol dela ob naravnih in drugih masovnih nesrečah v SB Jesenice je bil dopolnjen po vaji Karavanke 2013, tudi za področje transfuziologije),
- preveriti oziroma po potrebi posodobiti protokol dela ob obravnavi pacienta z masovno krvavitvijo,
- v bolnišnici bo potrebno večjo skrb posvetiti indikacijam za transfuzije in celotnemu upravljanju s transfuzijami,
- dogovorjeno je, da ZTM Ljubljana v letu 2014 pripravi predavanja o prenatalni diagnostiki, ki jo izvaja ZTM RS (prim. Bricl Irena,dr.med., spec.), poročilo hemovigilanci za leto 2013 (prim. Bricl Irena, dr.med., spec.) in osvežitveno predavanje o naročanju krvi in produktov ter

pravilnem izpolnjevanju naročilnic (mag. Miha Tonejc, dr.med., spec., Amir Bešić dipl. zn.) (izvedeno).

Drugi sestanek BTO SBJ je bil sklican 21. 10. 2014, žal pa je bil nesklepčen zaradi opravičene odsotnosti večine članov. Kljub temu je bil sestanek izveden po dnevnem redu z dogovorom, da se potrebna sklepčnost za sprejemanje sklepov zagotovi dopisno. Izpostavljena je bila tekoča problematika v SBJ na področju transfuziološkega dela:

- Sprejme se dogovor, da se opravi osvežitveno seznanjanje o načinu naročanja krvi in pripravkov – po posameznih oddelkih SBJ v dogovoru z njimi. Kontaktna oseba je strokovna direktorica SBJ, K. Janša. Sprejme se tudi predlog strokovne direktorice, da bi se zdravnike specializante z vsemi postopki pri naročanju dodatno seznanjalo na CTD Jesenice (ni še izvedeno).
- Poudarjen je bil pomen hemovigilance, ponovno se opozori na pomembnost sledenja in beleženja ter tudi poročanja o vseh zapletih v povezavi z zdravljenjem s krvjo in krvnimi produkti.
- Predstavljen je povzetek neskladij v tekočem letu, ponovno izpostavljena potreba po doslednem upoštevanju navodil o postopkih pri naročanju in uporabi krvi in produktov.
- S strani SB Jesenice je bil izpostavljen problem z ponovnim naročanjem KS pri nosečnicah, ki pridejo na GIN-POR odd. Z originalnim izvidom KS v pisni obliki, zaradi neskladnosti računalniških sistemov pa je tak izvid za CTD Jesenice neuporaben.
- Predstavljen je tudi predlog novih smernic pri zdravljenju s krvjo in krvnimi produkti.
- Podana je bila pobuda, da se uvede elektronsko naročanje krvi in krvnih produktov iz SBJ na CTD.

Večina sprejetih sklepov v letu 2014 je bila tudi izvedena, nekateri se izvajajo skozi celo leto (osvežitvena izobraževanja), nekateri sklepi se bodo izvedli, ko bo dosežen dogovor na nivoju celotne države (računalniška povezava med ZTM in bolnišnicami, nov, enote IS transfuzijske medicine).

POROČILO O POTEKU IZOBRAŽEVANJA IZ URGENTNE MEDICINE ZA ZDRAVNIKE

Jelena Vilman, dr.med.

Kot je bilo dogovorjeno pred leti na Strokovnem svetu bolnišnice, so se specializanti tudi v letu 2014 udeležili tečajev ALS (Advanced life support), ATLS (Advanced travma life support), APLS (Advanced pediatric life support) in ETC (Europian travma course). Vse to so svetovno priznani in certificirani tečaji, ki se izvajajo v Sloveniji. Namen in želja je, da vsi zdravniki, ki dežurajo v naši bolnišnici, pridobijo to znanje, pač glede na področje, na katerem delujejo. Ker ta projekt teče že nekaj let, imamo v bolnišnici zavidljivo visok odstotek zdravnikov, ki znajo obravnavati urgentna stanja na strokovno najbolj primeren način.
V bolnišnici imamo tudi lepo število aktivnih inštruktorjev, ki sodelujejo na teh tečajih.
Ob tem so v bolnišnici potekali redni tečaji ALS za zdravnike pripravnike. Organizirani so bili na 2-3 mesece. Izvajali smo jih v dopoldanskem času.
Konec leta 2014 smo v bolnišnici izvedli tudi enodnevni tečaj ALS za zdravnike iz ambulantne dejavnosti.

POROČILO POOBLAŠČENKE ZA VARNOST PACIENTOV

Tina Ahačič, dr.med.
Pooblaščenka za varnost pacientov

V letu 2014 nismo obravnavali nobenega opozorilnega nevarnega dogodka.
Kot pooblaščenka za varnost pacientov sem sodelovala pri štirih varnostnih analizah.

Redno sem predavala na predavanjih za novozaposlene. Z namenom promocije varnosti pacientov sem napisala članek za Bolje in sodelovala na Boškinovih dnevih.

POROČILO O RAZISKOVALNI DEJAVNOSTI

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. Za vodenje Raziskovalne dejavnosti je bila imenovana tudi v letu 2014 ob menjavi ožjega vodstva bolnišnice. Vodja Raziskovalne enote je avtorica številnih člankov in strokovnih prispevkov. Za obdobje 2004-2014 ima 83 čistih citatov, med katerimi je 46 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 2014 je število dosežkov v posamezni kategoriji prikazano v Tabeli 1. V tabeli so od leta 2009 do 2014 prikazani tudi podatki o številu in karakteristikah raziskovalcev. Število raziskovalcev z veljavnimi nazivi je bilo od leta 2010 do 2013 višje kot v letu 2014. Sicer pa je bilo leto 2014 na področju raziskovalne dejavnosti zelo dinamično.

V skladu z načrtovanim delom, so raziskovalci sledili zastavljenim nalogam in ciljem, ter odgovorno pristopili k njihovi realizaciji. Največji dosežek predstavlja povezovanje naših raziskovalcev s partnerji sosednjih držav za kandidiranje na EU razpise za projekte Obzorje 2020. Primeri uspešne kandidature za EU projekte bodo v prihodnosti vodili v subvencioniranje nakupov raziskovalne opreme in olajšane možnosti za habilitacijo raziskovalcev.

Tabela 1. Zaposleni, ki delujejo v Raziskovalni enoti Splošne bolnišnice Jesenice.

Kazalnik \ Leto	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Št. registriranih raziskovalcev	17	20	21	23	23	17
Raziskovalci z veljavnimi nazivi	17	20	21	23	14	17
Raziskovalci mentorji diplomantom (I.in II. bolonjska)	3	3	6	6	5	6
Raziskovalci z veljavnim habilitacijskim nazivom	3	4	5	6	5	7
Število raziskovalnih skupin	5	5	5	5	6	7
Število čistih citatov raziskovalcev SBJ WOS/SCOPUS	26	176	185	178	180	118
Število izvirnih znanstvenih člankov (1.01.)	5		5	1	3	1
Število preglednih znanstvenih člankov (1.02.)			1			
Kratki znanstveni prispevek (1.03.)				2	1	
Število strokovnih člankov (1.04.)			3	2		1
Število objavljenih znanstvenih prispevkov na konferencah (1.08.)	5	1	6	4	2	4
Število objavljenih strokovnih prispevkov na konferencah (1.09.)	1	9	17	9	6	4

2 CILJI RAZISKOVALNE ENOTE ZA LETO 2014

Cilji raziskovalne enote za leto 2014 so bili oblikovani konec leta 2013. Na prvem mestu so bile aktivnosti za doseganje boljših rezultatov na področju bibliografskih kazalcev raziskovalne uspešnosti po ARRS metodologiji. Ostali cilji so bili:

- priprava navodila za vnos bibliografij v Cobiss,
- priprava seznama habilitiranih delavcev SBJ,
- priprava algoritma za Razvojni proces – Raziskovalna dejavnost,
- vodenje seznama komercialnih študij,
- vodenje seznama aplikativnih raziskav v SBJ,
- vodenja seznama aktivnih udeležb zaposlenih na izobraževanjih.

3 OPRAVLJENO DELO V LETU 2014

Primarni cilj delovanja Raziskovalne enote je bil usmerjen v izboljšave na področju bibliografskih kazalcev raziskovalcev SBJ.
Pripravili smo

- SOP »Razvojni proces – Raziskovalna dejavnost«,
- uredili podatkovno bazo raziskovalcev SBJ za obdobje 2005-2014,
- zbrali podatke za Kazalnik citiranosti raziskovalcev SBJ za obdobje 2005-2014,
- organizirali Zbor raziskovalcev (8.12.2014),
- sprožili postopek habilitacije naših raziskovalcev na MF-Univerze Maribor,
- uredili Register komercialnih študij,
- uredili Seznam habilitiranih raziskovalcev,
- pričeli z razgovori za vključevanje v EU projekte.

Spremljanje Kazalnikov raziskovalne dejavnosti:

- Kazalnik RE1: Trend raziskovalcev z urejeno bibliografijo (Podatkovno baza SBJ za obdobje 2005-2014 je objavljena na intranetu).
- Kazalnik RE2: Trend števila komercialnih in aplikativnih študij (Register študij je dostopen na intranetu SBJ)

- Kazalnik RE3: Število čistih citatov raziskovalcev SBJ in primerjava z drugimi raziskovalnimi skupinami **(Tabeli 2 in 3).** Iz tabele 2 je razvidno, da smo bili v letu 2014 manj uspešni na področju citiranja kot v letu 2013. Podatki v tabeli 3 pa kažejo, da smo med primerljivi bolnišnicami na raziskovalnem področju precej uspešni.

Tabela 2. RE3 -Raziskovalna organizacija 2833: CITATI 2005-2014

Število citatov po letih za znanstvena in strokovna dela (2005-2014)															
	Citati Wos					Citati Scopus					Citati Wos/Scopus				
Leto	TC	AC	CI	CIAu	NC	TC	AC	CI	CIAu	NC	TC	AC	CI	CIAu	NC
2005	6	1	5	2.50	3	7	1	6	3.00	4	7	1	6	3.00	4
2006	12	0	12	6.00	7	16	0	16	8.00	9	16	0	16	8.00	9
2007	13	1	12	4.50	6	13	1	12	4.33	6	14	1	13	4.67	7
2008	9	0	9	4.00	5	11	0	11	4.83	6	12	0	12	5.17	7
2009	27	2	25	8.32	12	28	2	26	7.89	12	28	2	26	7.89	12
2010	133	1	132	5.69	51	175	0	175	7.46	67	176	0	176	7.79	68
2011	155	2	153	8.44	59	187	3	184	9.35	70	188	3	185	9.68	71
2012	133	0	133	7.12	51	179	1	178	9.78	69	179	1	178	9.78	69
2013	154	3	151	9.38	61	183	3	180	10.55	71	183	3	180	10.55	73
2014	112	2	110	5.46	44	117	0	117	5.72	46	120	2	118	5.78	47
Skupaj	**754**	**12**	**742**	**61.41**	**298**	**916**	**11**	**905**	**70.92**	**356**	**923**	**13**	**910**	**72.30**	**361**

Legenda:
Citati Wos - število citatov za članke, ki so povezani z Wos.
Citati Scopus - število citatov za članke, ki so povezani s Scopus.
Citati Wos/Scopus - upošteva se višja vrednost števila čistih citatov iz Wos oziroma Scopus.
TC - število citatov
AC - število avtocitatov
CI - število čistih citatov
CIAu - število čistih citatov deljeno s številom avtorjev
NC - normirano število čistih citatov

Tabela 3. Prikaz citiranosti v primerljivih bolnišnicah

BOLNIŠNICA	**CITATI WOS/SCOPUS**	**ČISTI CITATI WOS/SCOPUS**
SB Jesenice	**767 / 930**	**755 / 919**
SB Celje	1861 / 2348	1756 / 2240
SB Slovenj Gradec	168 / 207	141 / 180
SB Murska Sobota	152 / 166	143 / 155
Psihiatrična bolnišnica Idrija	76 / 167	51 / 129
SB Ptuj	51 / 68	47 / 63
SB Novo Mesto	/	/
SB Brežice	/	/
SB Trbovlje	/	/
Psihiatrična bolnišnica Begunje	/	/

5 ZAKLJUČEK

V prihodnosti lahko pričakujemo prehod na e-dokumentacijo v veliki meri, ne pa v celoti. Zato je potrebno v finančnem načrtu za leto 2015 predvideti ureditev dveh prostorov v bloku za varno hranjenje dokumentacije, ki nastaja tekom raziskav. Arhivska skladišča morajo biti:

- ločena od drugih prostorov,

- na mestu, varnem pred vdorom vode, primerno oddaljena od plinskih, vodovodnih, kanalizacijskih napeljav, kurišč, dimovodov, glavnih vodov centralne kurjave in podobnih nevarnih napeljav in sistemov,
- grajena protipotresno, iz požarnovarnih materialov,
- grajena tako, da zagotavljajo pravilne mikroklimatske pogoje za hrambo gradiva,
- ustrezno hidro in toplotno izolirana,
- zavarovana pred požarom, vlomom in strelo,
- opremljena z ustrezno električno napeljavo z napravami za izklopitev električnega toka v vseh skladiščih,
- opremljena s svetili, ki so zavarovana pred škodljivimi sevanji.

Arhivska skladišča morajo imeti:

- kovinsko opremo,
- ustrezne gasilne aparate in sisteme,
- higrometre in termometre,
- naprave za javljanje požara, vloma in izliva vode,
- zaščito pred vdorom ultravijoličnih žarkov, tudi če je gradivo s tehnično opremo dovolj zavarovano,
- ustrezno tehnično opremo za vse zvrsti in formate gradiva.

Zaključujemo s trdno vero v rezultate delovanja raziskovalne enote, ki bodo v prihodnosti predstavljali temelj novih razvojnih programov in dviga kakovosti zdravstvene obravnave bolnikov v naši bolnišnici.

TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST

Nataša Viher Rutar, dr. med.
Bolnišnični transplantacijski koordinator

Področja dejavnosti:
1. Neposredna dejavnost
2. Organizacijsko – administrativno

V obdobju 1.1. – 31.12.2014 je, po podatkih iz knjig sprejetih pacientov, v enotah intenzivne terapije (EITOS, IIT) umrlo 50 bolnikov.
a) V kirurški intenzivni terapiji (EITOS) je umrlo 22 bolnikov; večina zaradi nemožganskih vzrokov (septični šok z večorgansko odpovedjo, ireverzibilni hemoragični šok, kombinacija septičnega s kardiogenim ali obstruktivnim šokom ali kronična respiratorna insuficienca).
Trije bolniki so bili sprejeti zaradi hude poškodbe glave:
- Pri prvi bolnici smo klinično in instrumentalno dokazali možgansko smrt, vendar se, ob mejni primernosti organa oz. relativnih medicinskih kontraindikacijah, postopek za odvzem ni nadaljeval.
- Pri drugem bolniku z razširjenim karcinomom rektuma, kjer se je kmalu razvila hemodinamska nestabilnost, smo ves čas hospitalizacije ugotavljali reakcijo na aspiracijo in prisotnost spontanih vdihov.
- Stanje tretjega pacienta se je, kljub ukrepom za preprečevanje nadaljnih okvar pri poškodbi glave, poslabševalo in po protokolu napravljeni klinični in instrumentalni testi so potrdili možgansko smrt. Vključen je bil v donorski program.

b) V internistični intenzivni terapiji (IIT) je umrlo 28 bolnikov. Prav tako večina zaradi nemožganskih vzrokov (septični šok z večorgansko odpovedjo, kardiogeni šok, obstruktivni šok, ireverzibilni hipovolemični šok ob krvavitvi, respiratorna insuficienca, akutna jetrna odpoved).
Pri eni bolnici se je po uspešnem oživljanju po srčnem zastoju razvila huda ishemična okvara možgan, vendar je, kljub intenzivnemu zdravljenju, še isti dan umrla.
Štirje pacienti so utrpeli ishemični insult ali krvavitev. Pri nobenem od teh pacientov postopki za ugotavljanje možganske smrti niso bili niti začeti. Pri treh se je hemodinamska nestabilnost hitro poglabljala, četrta bolnica je imela paliativno oskrbo.

- Od leta 2012 SBJ sodeluje v projektu QAP (Quality assurance program), ki ga je Slovenija Transplant (ST) vpeljal za izboljšanje detekcije spregledanih možnih mrtvih darovalcev in specifičnih dejavnikov pri posameznih ustanovah. Potrebno je redno elektronsko vnašanje podatkov, četrtletno poročanje ST ter priprava letnega poročila.
- Zbiranje in shranjevanje dokumentacije, povezane z odvzemi.
- Beleženje odstopanj od dogovorjene prakse.
- Sodelovanje in komunikacija s ST zaradi tekočega dela in koordinacije dejavnosti.
- Posodobitev obrazcev SOP transplantacija.
    - Sodelovanje pri izobraževanju – izobraževalni dan EITOS.
    - Vsakoletna udeležba treh zaposlenih v SBJ tridnevnega intenzivnega tečaja s področja pridobivanja in presaditve organov (Transplant Procurement Management). Namen tečaja je razvoj donorskega programa v enotah intenzivne terapije.
    - Sodelovanje na delavnici Asertivno komuniciranje.
- Sodelovanje v procesu notranje presoje dejavnosti preskrbe s tkivi, celicami in organi (Eva Pogačar, dr. med; Nataša Viher Rutar, dr. med.) 26. 11.2015

POROČILO O DEJAVNOSTI PRESKRBE S TKIVI IN CELICAMI

Eva Pogačar, dr. med.
Branka Gruden Repe, dr. med.
Odgovorna oseba in namestnica odgovorne osebe za preskrbo s tkivi in celicami v SBJ
Oddelek za anesteziologijo in reanimacijo

Dejavnost se odvija na treh osnovnih področjih:

- Neposredna dejavnost
- Organizacijsko – administrativno
- Pravno – formalno

1. NEPOSREDNA DEJAVNOST

a) Odvzemi popkovnične krvi (PK) in tkiva popkovnice (TP) izvajajo (na željo mater) zdravniki in babice na ginekološko – porodniškem oddelku.
V letu 2014 je bilo 11 odvzemov popkovnične krvi in 4 odvzem tkiva popkovnice. 1 odvzem tkiva popkovnice ni bil realiziran.
Porazdelitev odvzemov po tkivnih bankah je bila sledeča:
- Neocelica: 7 PK in 4 TP
- Biobanka: 3 PK
- ESPOK: 1 PK

b) Odvzem drugih tkiv
- Očesna klinika: 1 par roženic pri mrtvem darovalcu

2 ORGANIZACIJSKO – ADMINISTRATIVNO PODROČJE

- Sprotno poročanje Slovenija Transplantu (ST) o vsakem odvzemu in odklonu, tudi z elektronskim poročanjem. Priprava letnega poročila ST.
- Zbiranje in shranjevanje dokumentacije, povezane z odvzemi.
- Beleženje in analiza neizvedenih odvzemov in odstopanj od dogovorjene prakse. V letu 2014 ni bilo neželenih dogodkov niti hudih reakcij.
- Pridobitev poročil tkivnih bank o kvaliteti vzorcev, odvzetih v SBJ.
- Organizacija sestankov s sodelujočimi v procesu darovanja in odvzema tkiv in celic.
- Sodelovanje in komunikacija s ST zaradi tekočega dela in koordinacije dejavnosti.
- Sodelovanje v rednem inšpekcijskem nadzoru JAZMP, ki je bil 10. in 11.9.2015 in izvedba ukrepov za odpravo ugotovljenih manjših pomanjkljivostih.
- Priprava obrazcev za histovigilančno obrazce v obliki obvladovane dokumentacije.
- Posodobitev SOP NA TCO 1 – Odvzem krvotvornih matičnih celic iz popkovne krvi in tkiva popkovnice.
- Sodelovanje v procesu notranje presoje dejavnosti preskrbe s tkivi, celicami in organi (Eva Pogačar, dr. med; Nataša Viher Rutar, dr. med.) 26.11.2015.

3 PRAVNO – FORMALNO PODROČJE

- Na priporočilo JAZMP smo sklenili novo pogodbo z Biohrambo.
- 29.12.2015 sem odstopila kot odgovorna oseba za to dejavnost.
- Tekoče posle je vodila namestnica odgovorne osebe.
- 10.2.2015 je prevzela funkcijo odgovorne osebe za to področje Branka Gruden Repe, dr. med.

KAZALNIKI KAKOVOSTI

KAZALNIK KAKOVOSTI – RAZJEDA ZARADI PRITISKA

Oti Mertelj, dipl. m. s.
Koordinatorica za oskrbo kroničnih ran

Cilj, ki smo ga določili za leto 2014 glede števila pridobljenih razjed v bolnišnici, je bilo 45 pacientov, oziroma incidenca 0,57 %.

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 2012 do 2014

Leto	2012	2013	2014
Skupno število pacientov z RZP	539	705	567
Število pacientov z RZP ob sprejemu	494	645	515
Število pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	45	60	52

Tabela 2: Prikaz in primerjava skupne, prinešene in pridobljene incidence RZP, izražene v odstotkih, od leta 2012 do 2014

Leto	2012	2013	2014
Število pacientov za izračun incidence z izključitvenimi kriteriji	8498	7697	7521
Incidenca vseh pacientov z RZP	6,34 %	9,16 %	7,54%
Incidenca pacientov z RZP ob sprejemu	5,81%	8,38 %	6,85%
Incidenca pacientov s pridobljeno RZP v SBJ	0,53%	0,78 %	0,69%

V letu 2014 nismo dosegli cilja glede pridobljenih RZP, ki smo si ga postavili ob začetku leta. Do nastanka RZP je prišlo pri 52 pacientih in incidenca je ob koncu leta znašala 0,69 %. To pomeni, da je bilo število pridobljenih RZP za 7 višje od zastavljenega cilja. Incidenca pridobljenih RZP se je v letu 2014 v primerjavi z letom 2013 sicer zmanjšala za 0,09%. Razen Internega oddelka so vsi oddelki in enote dosegli zastavljen cilj – višja incidenca od načrtovane je torej na račun Internega oddelka. Verjetno gre razlog za tak rezultat iskati v ogroženosti pacientov. Pacienti hospitalizirani na Internem oddelku so po ocenjevalni lestvici zelo ogroženi za nastanek RZP. Od 1433 pacientov, za katere smo po Nortonovi lestvici ocenili, da so ogroženi za nastanek RZP, jih je bilo 1024 hospitaliziranih na Internem oddelku.

KAZALNIKI KAKOVOSTI - PADCI

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Namestnica pomočnice direktorja za ZN za področje izobraževanja in kakovosti

UVOD

V letu 2014 smo na področju preprečevanja padcev dosegli zastavljene cilje pri številu vseh padcev. Načrtovanih ciljev nismo dosegli pri številu padcev iz postelje, pri številu padcev v nočnem času in pri številu padcev pacientov s poškodbami. Poslabšali smo rezultat pregleda zdravnika po padcu pacienta. 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.

2.1 CILJI 2014

Zmanjšati incidenco vseh padcev na 1,0/1000 bolnišnično oskrbnih dni;
Znižati incidenco padcev s postelje na 0,3/1000 bolnišnično oskrbnih dni;
Zmanjšati število padcev v nočnem času na 24%;
Število pregledov zdravnika po padcu pacienta dvigniti na 100%.

2.2 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Incidenca vseh padcev in padcev s postelje po oddelkih in enotah in v bolnišnici;
Delež vseh padcev v posamezni delovni izmeni;
Delež pregleda zdravnika po padcu pacienta;
Prikaz števila vseh padcev po mesecih v primerjavi s povprečnim številom v letu 2013;
Prikaz števila vseh padcev s postelje v primerjavi s povprečnim številom padcev v letu 2013;
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 manjših poškodb, ki so nastale kot posledica padca.

2.3 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.

2.4 REZULTATI

Tabela 1: Cilji in njihova realizacija v letu 2014

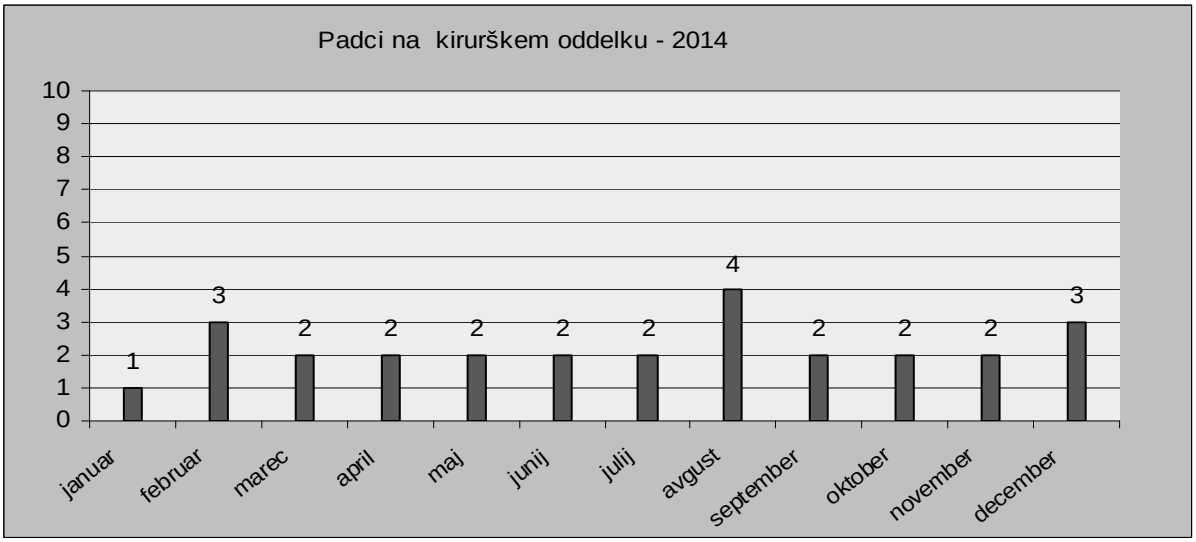
	Povprečje in % 2013	Cilj 2014	Število jan – dec 2014	Incidenca jan – dec 2014
Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD	1,7 / 95	1,0 / 73	70	1,3
Incidenca padcev pacientov iz postelje na 1000 BOD	0,4 / 25	0,3 / 20	25	0,4
Delež in število vseh padcev v nočnem času	24% / 23	24% / 17	31%	22
Delež in število pacientov, ki jih je po padcu pregledal zdravnik	95% / 90	100%	86%	60
Padci pacientov s poškodbami	0,4 / 5	0	2,9	2

Tabela 2: Kazalnik za obdobje 1.1.2014 – 31.12.2014

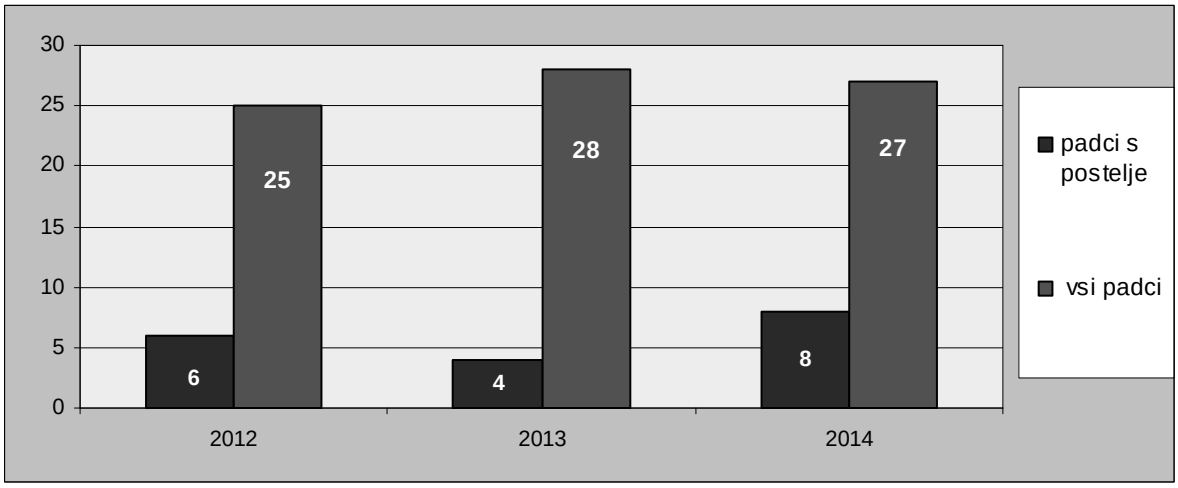
Števec	Število vseh padcev X 1000	70 x 1000 = 1,3
Števec	Število padcev iz postelje x 1000	25 x 1000 = 0,4
Imenovalec	Število bolniških oskrbnih dni za vse hospitalizirane paciente/	55.614

Padci pacientov s poškodbami

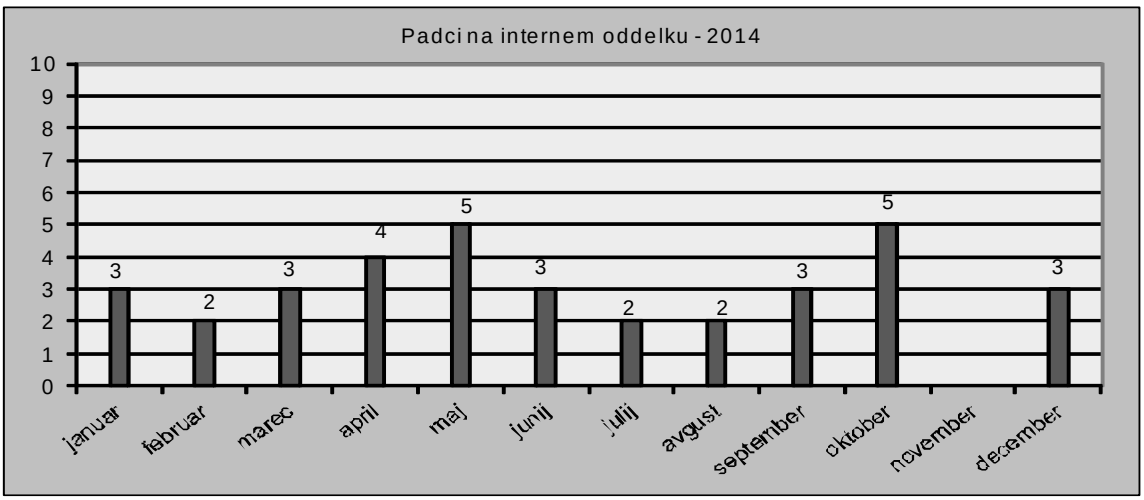
Števec	Padci pacientov s poškodbami X 100	2 x 100 = 2,9
Imenovalec	Število vseh padcev / 70	



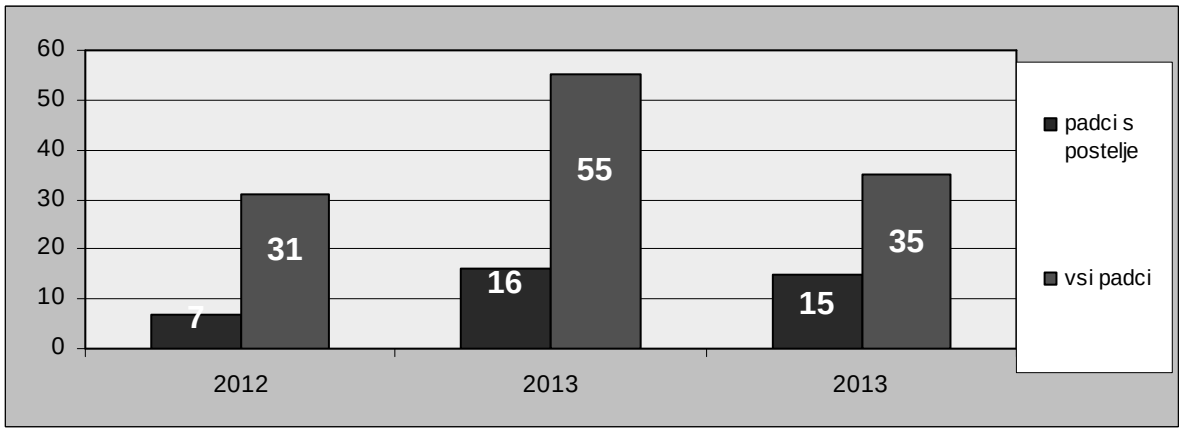
Graf 1: Število vseh padcev po mesecih na kirurškem oddelku



Graf 2: Število vseh padcev in padcev s postelje v letu 2012, 2013 in 2014 na kirurškem oddelku



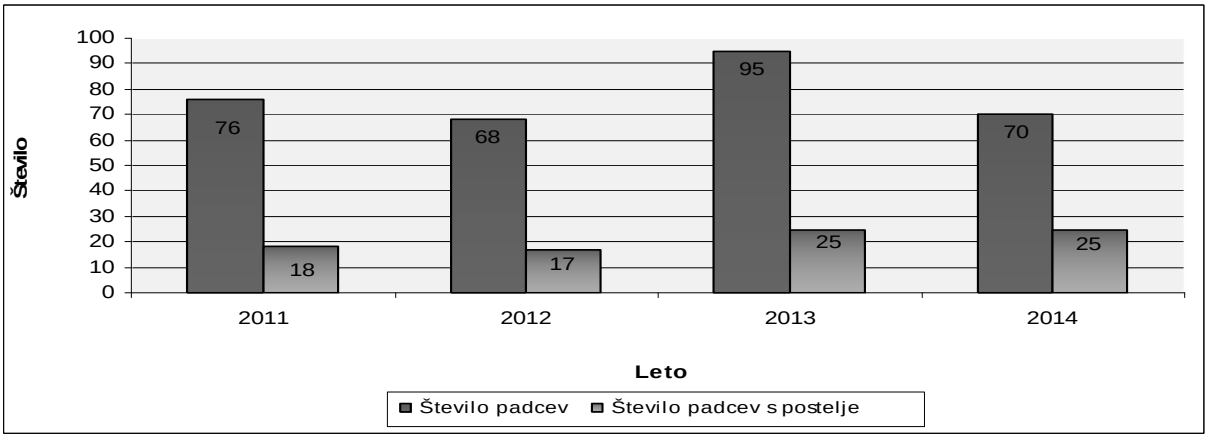
Graf 3: Število vseh padcev po mesecih na internem oddelku



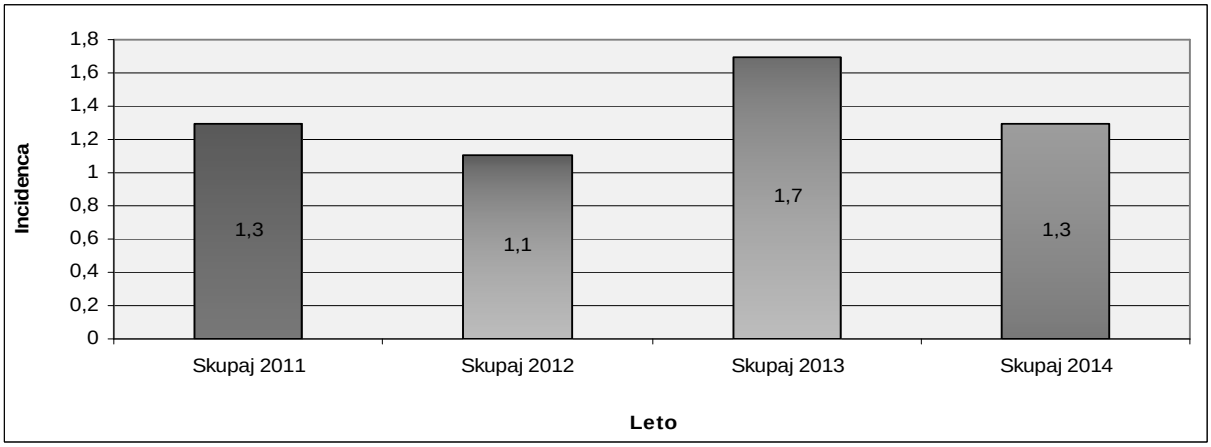
Graf 4: Število vseh padcev in padcev s postelje v letu 2012, 2013 in 2014 na internem oddelku

Tabela 3: Odstotek zmanjšanja padcev v letu 2014

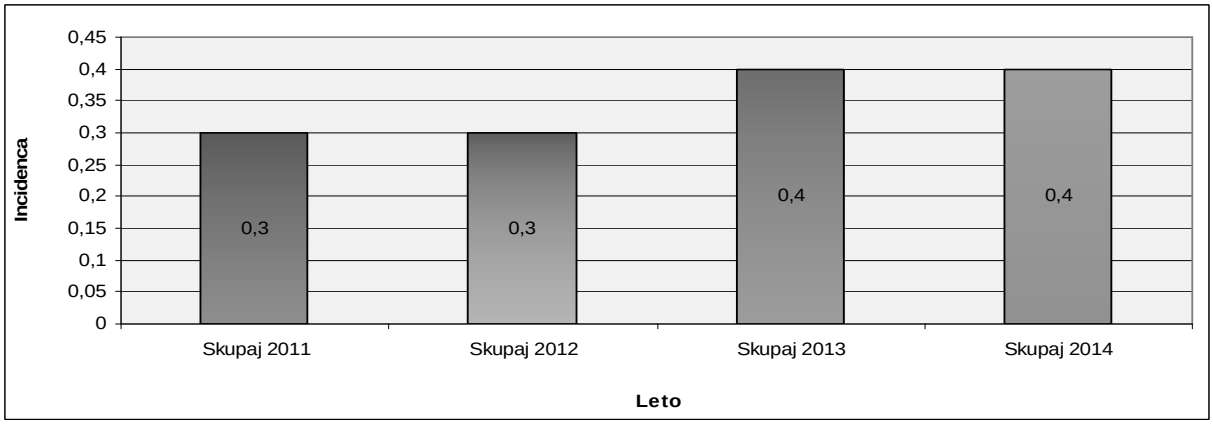
	% zmanjšanja padcev glede na leto 2013
Število padcev	26 %
Število padcev iz postelje	0 %



Graf 5: Prikaz števila vseh padcev in padcev s postelje v letih 2011, 2012, 2013 in 2014



Graf 6: Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 bolnišnično oskrbnih dni



Graf 7: Incidenca padcev pacientov z bolniške postelje na 1000 bolnišnično oskrbnih dni

Tabela 4: Odstotek padcev glede na poškodbe po padcih v letih 2011 do 2014

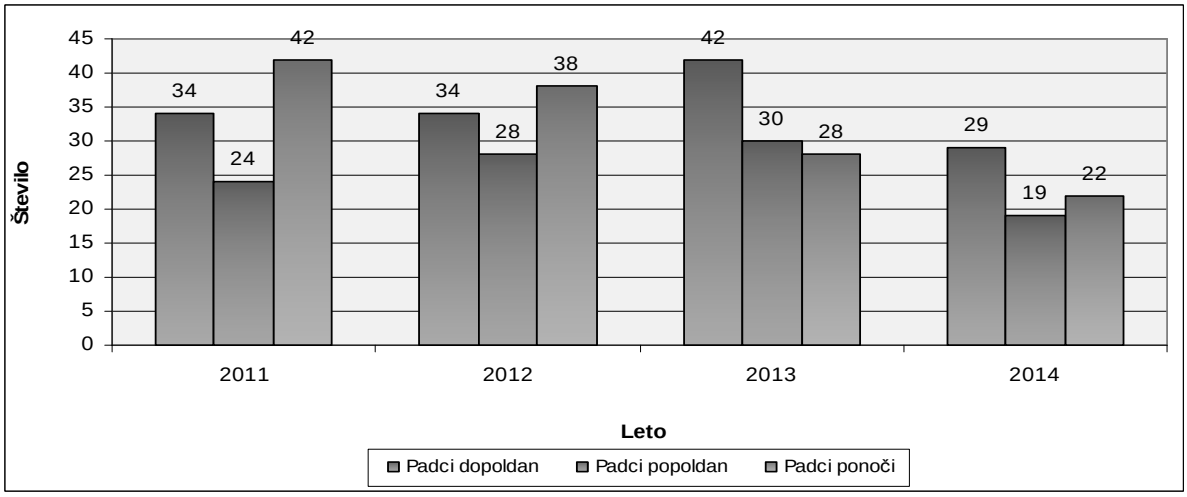
	2011	2012	2013	2014
Padci s poškodbo	34 %	46 %	38%	33%
Padci brez poškodbe	66 %	54%	62%	67%

Tabela 5: Delež posameznih poškodb, ki so nastale zaradi padca, v letih 2011 do 2014

Vrsta poškodbe	2011	2012	2013	2014
Krvavitev	2,6%	1,5%	0,0%	0,0%
Bolečina	2,6%	1,5%	5,6%	13,0%
Rana	5,2%	11,7%	11,1%	13,0%
Zlom kosti	1,3%	4,4%	13,9%	8,7%
Drugo	65,4%	80,9%	69,4%	65,3%

Tabela 6: Število padcev v posamezni delovni izmeni v letu 2014

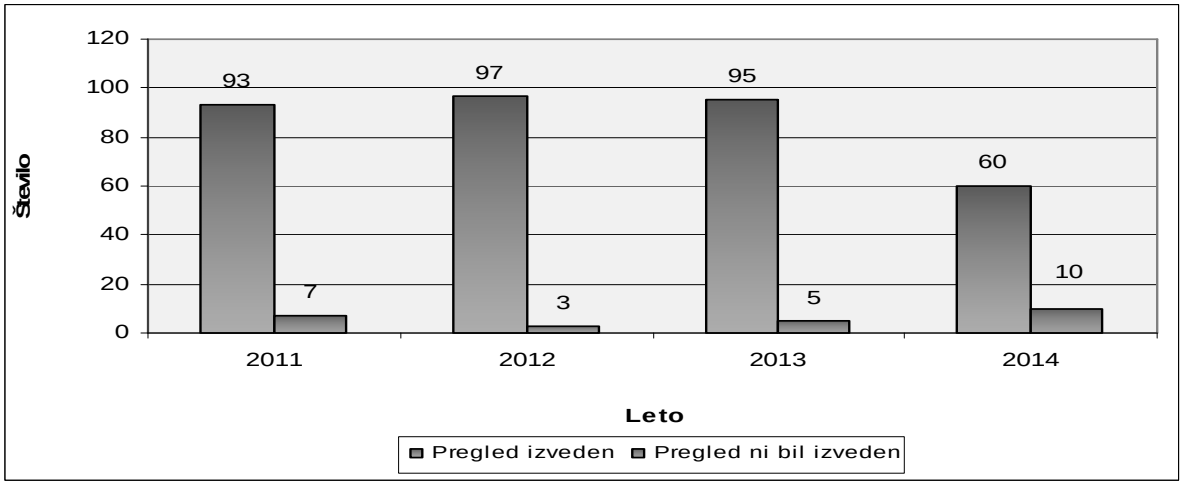
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec
DOP	1	5	3	1	3	1		2	3	4	2	4
POP				3	2	4	3	4	2	1		
NOČ	3	1	2	3	4	1	1	2		2		3



Graf 8: Prikaz števila padcev glede na delovno izmeno od leta 2011 do 2014

Tabela 7: Delež pacientov po oddelkih in enotah, ki jih je po padcu pregledal zdravnik

Pregled zdravnika po padcu	2011	2012	2013	2014
Interni oddelek		94%	95%	97%
Kirurški oddelek		100%	90%	70%
OZZN		100%	100%	86%
Ginekološko-porodniški oddelek		100%	100%	100%
IIT		100%	100%	Ni bilo padca
Skupaj	93 %	97 %	95%	86%



Graf 9: Prikaz števila pacientov, ki jih je po padcu pregledal zdravnik v letu 2014

Tabela 8: Prikaz vzrokov za padec

Vzrok padca	Skupaj
Menjava položaja v postelji	5
Omotica,kolaps	3
Zmedenost, oslabelost, delirij	32
Potreba po izločanju in odvajanju	15
Drugo*	15

*nepravilno sedenje na robu postelje, želja po kajenju, zdrs z invalidskega vozička, neposlušnost pacienta

Kazalniki, ki smo jih spremljali, so opredeljeni v Procesu celostne oskrbe pacienta. Izvajali smo načrtovane ukrepe za preprečevanje padcev.
V letu 2014 smo uvedli dodatno označevanje pacientov ogroženih za padec. Pričeli smo z nameščanjem rumenih identifikacijskih zapestnic, rumenih nogavic in rumenih pižam.

2.5 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2014

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, dodatno označevanje pacientov, ki so ogroženi za padec; ozaveščanje pacientov in njihovih svojcev o dejavnikih tveganja za padec; vključevanje fizioterapevtk in delovne terapevtke v interdisciplinarno obravnavo preventive padcev pacientov.
Učinkovitost	Cilj, glede na število padcev, je bil dosežen, incidenca v letu 2014 je bila 1,3, število padcev se je znižalo za 4%.
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 2014 za padce s postelje je bila 0,4. Število padcev pacientov s postelje je enako kot v letu 2013.
Cilj št. 3	Zmanjšati število padcev v nočnem času na 24%;
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1 in pogostejši nočni obhodi in opazovanje pacientov vrata delovnega prostora MS so odprta 24 ur vrata bolniških sob so v nočnem času priprta
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. V nočnem času je padlo 31% pacientov, kar je pet padcev več, kot smo si postavili cilj.
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 86% pacientov. To je najslabši rezultata od leta 2010.

2.6 RAZPRAVA

Aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev so bile tudi v preteklem letu intenzivne, vendar kljub temu nismo dosegli postavljenih ciljev, razen pri skupnem številu vseh padcev.

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 2013 dopolnjen.

Iz zgornjih grafov je razvidno, da se je število vseh padcev pacientov, iz 95 v letu 2013 zmanjšalo na 70 v letu 2014, kar znaša 26%. V letu 2014 smo beležili 25 padcev s postelje, kar je enako številu v letu 2013. Največ padcev smo zabeležili v mesecu maju 2014 in sicer 9. Povprečno število padcev je bilo 5,9 / mesec, s postelje pa 2,1 / mesec. Incidenca vseh padcev je 1,3, incidenca padcev s postelje je 0,4.

V letu 2014 smo zabeležili tri padce na pediatričnem oddelku, po enega pa na radiološkem oddelku in Centru za hemodializo. V tabeli 4 so prikazane poškodbe zaradi padcev. Pri 46 padcih ni bilo poškodbe, v 22 primerih so pacienti utrpeli lažje poškodbe, 2 padca pa sta se končala z zlomom kosti (zlom rame, zlom zapestja).
V nočnem času se je zgodilo 31% vseh padcev pacientov, kar je 23% več kot v letu 2013.

Pri pregledu zdravnika, po padcu pacienta, nismo dosegli postavljenega cilja. Pregled je bil opravljen samo pri 86% vseh pacientov, ki so padli, kar je 9% manj kot v letu 2013. Zabeležili smo najslabši rezultat po letu 2010.

Vzroki za padce so največkrat zmedenost pacienta, delirij, oslabelost, vrtoglavica ter potreba po izločanju in odvajanju.

2.7 CILJI ZA LETO 2015

Incidenca vseh padcev 1,1/1000 bolnišnično oskrbnih dni;
Incidenca padcev s postelje 0,3/1000 bolnišnično oskrbnih dni;
Število padcev v nočnem času 28%;
Število zdravnikovih pregledov po padcu pacienta povečati na 100%.

POROČILO O SPREMLJANJU KAZALNIKA KAKOVOSTI PADCI

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

UVOD

Padec pacienta je neželen dogodek, saj poleg poškodbe (zlomi, rane …), vpliva na neodvisnost pri zagotavljanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Strah pred ponovnim padcem povzroči pasivnost pacienta in opuščanje aktivnosti, kar lahko privede v socialno izolacijo. Varnost pacientov je ena izmed pravic pacientov. Padec pacienta v bolnišnici je kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe.
Spremljamo naslednje kazalnike kakovosti: incidenca vseh padcev v bolnišnici, incidenca vseh padcev s postelje v bolnišnici in padce pacientov s poškodbami.
Z aktivnostmi za preprečevanje padca želimo zmanjšati število padcev in s tem posledično poškodbe pacientov.

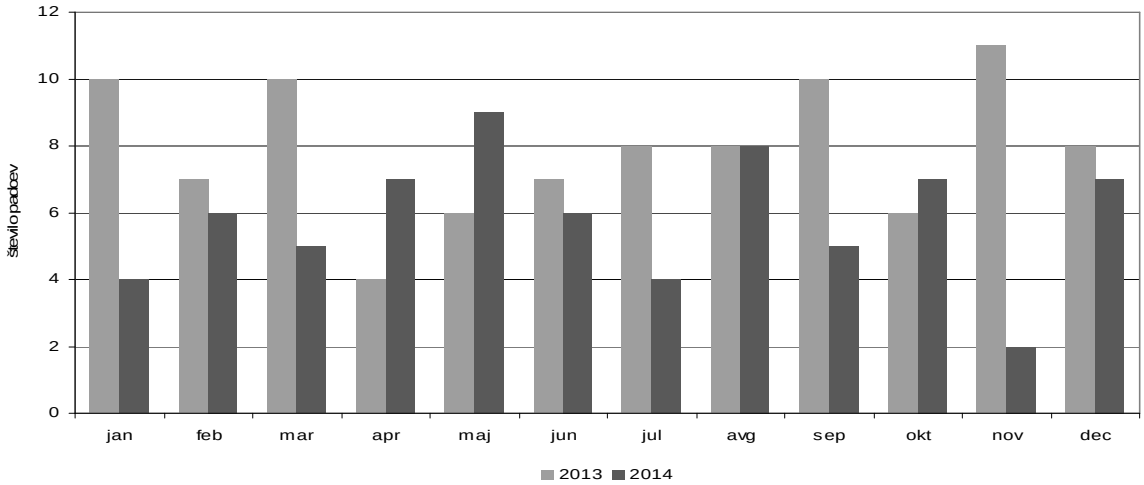
3.1 VSEBINA

3.1.1 PADCI PACIENTOV

V letu 2014 smo zabeležili tri padce na pediatričnem oddelku, en padec v Centru za hemodializo in en padec na radiološkem oddelku, ki se ne štejejo v kazalnik kakovosti. Pri nobenem od teh padcev pacienti niso utrpeli poškodb.
V obdobju od 1.1. do 31.12.2014 so bili posebni varovalni ukrepi uporabljeni pri 287 pacientih – incidenca 0,04.
V letu 2014 smo, kot posledico padca, zabeležili dva zloma kosti in sicer zlom rame in zlom zapestja.
Aktivnosti projektne skupine za preprečevanje padcev so potekale tudi v letu 2014. Člani skupine so slabo aktivni in tudi udeležba na srečanjih je bila skromna.

Tabela 1: Primerjava vseh padcev in padcev s postelje januar – december 2013 in 2014

	Jan		Feb		Mar		Apr		Maj		Jun		Jul		Avg		Sep		Okt		Nov		Dec	
	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14
Št. padcev	10	4	7	6	10	5	4	7	6	9	7	6	8	4	8	8	10	5	6	7	11	2	8	7
Incid. vseh padcev	1,9	0,9	1,5	1,4	1,8	1,0	0,8	1,4	1,3	2,0	1,6	1,3	1,9	0,9	1,9	1,8	2,2	1,0	1,2	1,4	2,3	0,4	2,0	1,5
Št. padcev s postelje	5	2	2	0	2	0	0	2	1	4	1	2	3	2	4	2	2	3	0	4	4	0	1	5
Incid. padcev s postelje	0,9	0,4	1,4	0,0	0,6	0,0	0,0	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,7	0,5	0,5	0,2	0,4	0,6	0,0	0,8	0,8	0,0	0,2	1,1
Padci s poškodbami	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0



Graf 1: Primerjava vseh padcev leto 2013 in 2014

Tabela 2: Realizacija ciljev kazalnika Preprečevanje padcev

Cilj št. 1	Zmanjšanje incidence vseh padcev pacientov	Dosežena realizacija	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Incidenca št. padcev / 1000 BOD Število vseh padcev	1,3 /1000 BOD 70	1,0/1000 BOD 73	Cilj je dosežen
Izvedene aktivnosti	Izvajanje preventivnih in načrtovanih ukrepov za preprečevanja padcev		V okviru VR po padcu pacienta na oddelku/enoti	Izvajanje ukrepov na vseh oddelkih/enotah, kjer so se zgodili padci – veza zapisi VR
Cilj št. 2	Zmanjšati incidenco padcev pacientov iz postelje	Dosežena realizacija	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Incidenca št. padcev iz postelje / 1000 BOD Število padcev pacientov iz postelje	0,4/1000 BOD 25	0,3/1000 BOD 20	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	Zmanjšati števila padcev v nočnem času	Dosežena realizacija	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Delež padcev v nočnem času Število padcev pacientov v nočnem času	31% 22	24% 17	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. 4	Povečati delež zdravnikovih pregledov pacientov po padcu	Dosežena realizacija	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Delež zdravnikovih pregledov po padcu pacienta	86%	100%	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1		Enako kot pri cilju št. 1	Poročanje strokovnemu svetu
Cilj št. 5	Pacient po padcu brez poškodb	Dosežena realizacija	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Padci pacientov s poškodbami	2	0	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1		Enako kot pri cilju št. 1	Enako kot pri cilju št. 1

3.1.2 KOREKTIVNI UKREPI, KI SE NANAŠAJO NA PADEC PACIENTA

Korektivni ukrepi, ki se nanašajo na padec pacienta	Število	Evalvacija
Celostni pristop pri obravnavi pacienta	3	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 NPDZNO
Delavnice o izpolnjevanju dokumentacije in vnosu preventive v B 21	1	
Sprotno pospravljanje pripomočkov	2	
Obvezna uporaba rumene identifikacijske zapestnice pri vseh ogroženih pacientih za padec.	1	
Zdravstveno vzgojno delo o preprečevanju padcev že ob sprejemu pacienta.	1	
Izobraževanje zaposlenih, kaj je padec	1	
Razgovor s predstojnikom internega oddelka o pregledu pacienta po padcu, ki ga zdravniki vedno ne opravijo	1	
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	3	
Individualno načrtovanje aktivnosti preventive padca, nadzor in opazovanje pacienta	3	
Varnostni razgovori	38	
Pregled ovirnic in magnetkov, delavnice o pravilni izbiri in uporabi PVU	1	
Opozarjanje delavcev ISS, da po čiščenju nočne omarice oz. ostalih pripomočkov le-te namestijo na prvotno mesto	1	

Poročila varnostne vizite/razgovora – 01. 01. - 31. 12. 2014

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	12
Število izrečenih ukrepov	20
Število uspešno izvedenih ukrepov	14

3.2 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

V Splošni bolnišnici Jesenice se zavedamo, da se vsako vlaganje v znanje obrestuje. V letu 2014 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 pedagoških točk in Ministrstva za zdravje za pridobivanje licenčnih točk ter vsebinah, ki so bile predlagane s strani zaposlenih v zdravstveni negi.

Tabela 3: Realizacija ciljev kazalnika Izobraževanje zaposlenih

Cilj	Izvedba planiranih izobraževanj, predvsem obvezne vsebine za pridobitev oz. podaljšanje licence	Dosežena realizacija v	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Število izvedenih izobraževanj Število izvedenih ur izobraževanja Rezultati ankete o zadovoljstvu zaposlenih z internim strokovnim izobraževanjem	Izvedenih je bilo 7 izobraževanj ovrednotenih pedagoškimi točkami; 3 izobraževanja za pridobitev in podaljšanje licenčnih točk (Izboljševanje na področju kulture varnosti in kakovosti) ter še 12 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin	23 izobraževanj, od tega 5 za pridobivanje in podaljšanje licence	Izvedenih je bilo 22 izobraževanj ali 4% manj od načrtovanih in 2 izobraževanja manj za pridobivanje in podaljšanje licence ali 40% 75 ur, število udeležencev 562 Povprečna ocena zadovoljstva je 4,7
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 Zb Zv in Ministrstvom za zdravje	Izvedenih je bilo 7 izobraževanj ovrednotenih pedagoškimi točkami; 3 izobraževanja za pridobitev in podaljšanje licenčnih točk	Vloga za vrednotenje izobraževanj z pedagoškimi točkami je bila podana za 9 izobraževanj ter za 5 izobraževanj za pridobivanje in podaljšanje licence	Se izvaja Povprečno število udeležencev na izobraževanju je 27 Izvedeno v 77% Povprečna ocena zadovoljstva je 4,7 Udeležence na izobraževanjih se vnaša v sezname prisotnosti za zbiranje pedagoških in licenčnih točk. Seznami so posredovani na Zb Zv in MZ

3.2.1 IZOBRAŽEVANJE PRIPRAVNIKOV IN UVAJANJE NOVO ZAPOSLENIH V DELOVNI PROCES

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 (TZN) Uradni list RS, 10//2012. Poleg pripravnikov TZN iz SBJ, del kroženja v okviru pripravništva opravljajo tudi TZN 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.
V letu 2014 so v SBJ uspešno zaključili pripravništvo 3 TZN, 1 diplomirani inženir radiologije, 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 68 pripravnikov TZN, 3 dipl. fizioterapevti in 5 univ. dipl. delovnih terapevtk.

Tabela 4: Realizacija ciljev kazalnika Izobraževanje pripravnikov TZN in uvajanje v delo novo zaposlenih

Cilj	Kakovosten potek pripravništva in uvajanja v delo	Dosežena realizacija v	Predvidena letna realizacija	Evalvacija
Kazalnik	Izobraževanje za pripravnike in novo zaposlene po bolonjskem programu Izvajanje anketiranja o poteku pripravništva in uvajanja Rezultati anket o kakovosti izvedbe mentorstva in poteka pripravništva/uvajanja	Izvedenih predavanj za pripravnike TZN ni bilo, zaradi manjšega števila pripravnikov 94% vrnjenih anket	1 – 2 X letno glede na število pripravnikov 100% vrnjenih anket	Pripravnikom TZN je bila posredovana strokovna literatura in opravljene individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoretičnega znanja ZN. Vsi novo zaposleni so se udeležili uvajalnega seminarja, varstva pri delu ter uspešno opravili tečaj temeljnih postopkov oživljanja z uporabo defibrilatorja, udeleževali pa so se tudi internih in eksternih izobraževanj 48% jih je stalno delalo z mentorjem, 51% občasno, 1% pa nikoli; 73% mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 23% prav dobro, 3% povprečno in 1% zadovoljivo; 90% pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah, 10% občasno; Vsi pripravniki – 100% so nadgradili svoje znanje; 61% pripravnikov se čuti sposobnega za samostojno delo, 39% pa je usposobljenih bolj kot na začetku pripravništva
Izvedene aktivnosti	Individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoretičnega znanja ZN			Opravljene konzultacije in posredovana strokovna literatura Po zaključku kroženja na oddelku/enoti, v primeru povprečne ocene razgovor s pripravnikom/novo

	Ocenjevanje pripravnikov/novo zaposlenih po bolonjskem programu s strani mentorjev Stalna skrb za kakovostni potek pripravništva			zaposlenim po bolonjskem programu, zapis pogovora hranjen v dokumentaciji. O zunanjih pripravnikih se posreduje mnenje v matično ustanovo. Glede na rezultate anket in pridobljene informacije pri razgovoru s pripravnikom ob zaključku kroženja, razgovor s koordinatorico/vodjo ZN, VR z mentorji

KAZALNIK KAKOVOSTI - OVIRNICE

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

Posebni varovalni ukrep posega v pacientovo osebno svobodo, njegovo integriteto in dostojanstvo. Pred uporabo posebnega varovalnega ukrepa je potrebno uporabiti alternativne metode, aplikacijo zdravil, umirjanje pacienta. Velik pomen ima izobraževanje članov tima ZN o preventivi padca, o pravilni izbiri in uporabi sredstva za fizično omejitev.

Tabela 1: Število pacientov, pri katerih je bil uporabljen PVU, po oddelkih/enotah, v letu 2014

Oddelek/enota	Število pacientov
Kirurški oddelek	87
Interni oddelek	154
Oddelek za zdravstveno nego	5
IIT	29
EITOS	12
SKUPAJ	287

Tabela 2: Incidenca PVU v bolnišnici 1.1.2014 – 31.12.2014

Števec	Število vseh pacientov s PVU	287
Imenovalec	Število vseh sprejetih pacientov	7.518
Incidenca		0,04

Nadzor nad pravilno izvedenim posebnim varovalnim ukrepom je bil izveden v času 13.3. do 23.4.2014 in od 20.10. do 11.11.2014, nadzor nad pravilno izpolnjeno dokumentacijo je bil izveden v juniju in novembru 2014. Nadzore je izvedla Marija Mežik Veber.

4.1 POROČILO NADZORA NAD PRAVILNO IZPOLNJENO DOKUMENTACIJO

OZZN **Kirurški oddelek**

Kriteriji	Delež	Odstop.	Kriteriji		Odstop.
Ocena pacienta	100%		Ocena pacienta	81%	4x ni zabeleženo
Vrsta ukrepa	100%		Vrsta ukrepa	95%	1x ni zabeleženo
Datum in ura predpisa	100%		Datum in ura predpisa	95%	1x ni zabeleženo
Pogostnost opazovanja	100%		Pogostnost opazovanja	81%	4x ni zabeleženo
Privolitev pacienta	67%	1x ni zabeleženo	Privolitev pacienta	57%	9x ni zabeleženo

Obveščenost svojcev	100%		Obveščenost svojcev	52%	10x ni zabeleženo
Podpis zdravnika	100%		Podpis zdravnika	100%	
Pregled po 1 uri	100%		Pregled po 1 uri	86%	3x ni zabeleženo
Nadzor pacienta			Nadzor pacienta		
Datum in ura, podpis	100%		Datum in ura, podpis	100%	
Pulz	100%		Pulz	100%	
Frekvenca dihanja	100%		Frekvenca dihanja	100%	
Barva kože	100%		Barva kože	100%	
Uživanje tekočine	100%		Uživanje tekočine	100%	
Izločanje urina	100%		Izločanje urina	100%	
Pogovor s pac.	100%		Pogovor s pac.	100%	
Ocena psihof. stanja	100%		Ocena psihof. stanja	100%	
Sprostitev PVU	100%		Sprostitev PVU	90%	2x ni zabeleženo
Sprememba PZN	67%	1x ni spremembe PZN	Sprememba PZN	81%	4x ni spremembe PZN
Skupaj izpolnjenost	96%	2013 87%	Skupaj izpolnjenost	90%	2013 84%

IIT **EITOS**

Kriteriji	Delež	Odst.	Kriteriji		Odst.
Ocena pacienta	100%		Ocena pacienta	100%	
Vrsta ukrepa	100%		Vrsta ukrepa	100%	
Datum in ura predpisa	100%		Datum in ura predpisa	100%	
Pogostnost opazovanja	100%		Pogostnost opazovanja	100%	
Privolitev pacienta	100%		Privolitev pacienta	100%	
Obveščenost svojcev	100%		Obveščenost svojcev	100%	
Podpis zdravnika	100%		Podpis zdravnika	100%	
Pregled po 1 uri	100%		Pregled po 1 uri	100%	
Nadzor pacienta			Nadzor pacienta		
Datum in ura,podpis	100%		Datum in ura,podpis	100%	
Pulz	100%		Pulz	100%	
Frekvenca dihanja	100%		Frekvenca dihanja	100%	
Barva kože	100%		Barva kože	100%	
Uživanje tekočine	100%		Uživanje tekočine	100%	
Izločanje urina	100%		Izločanje urina	100%	
Pogovor s pacientom	100%		Pogovor s pacientom	100%	
Ocena psihofizičnega stanja	100%		Ocena psihofizičnega stanja	100%	
Sprostitev PVU	100%		Sprostitev PVU	100%	
Sprememba PZN	100%		Sprememba PZN	0%	2x ni spremembe PZN
Skupaj izpolnjenost	100%	2013 93%	Skupaj izpolnjenost	94%	2013 90%

Interni oddelek Pediatrični oddelek

Kriteriji	Delež	Odst.	Kriteriji	Delež	Odstop.
Ocena pacienta	100%		Ocena pacienta	100%	
Vrsta ukrepa	100%		Vrsta ukrepa	100%	
Datum in ura predpisa	100%		Datum in ura predpisa	100%	
Pogostnost opazovanja	89%	2x ni zabeleženo	Pogostnost opazovanja	100%	
Privolitev pacienta	100%		Privolitev pacienta	100%	
Obveščenost svojcev	89%	2x ni zabeleženo	Obveščenost svojcev	100%	
Podpis zdravnika	100%		Podpis zdravnika	100%	

Pregled po 1 uri	100%		Pregled po 1 uri	100%	
Nadzor pacienta			Nadzor pacienta	100%	
Datum in ura,podpis	100%		Datum in ura,podpis	100%	
Pulz	100%		Pulz	100%	
Frekvenca dihanja	100%		Frekvenca dihanja	100%	
Barva kože	100%		Barva kože	100%	
Uživanje tekočine	100%		Uživanje tekočine	100%	
Izločanje urina	100%		Izločanje urina	100%	
Pogovor s pacientom	100%		Pogovor s pacientom	100%	
Ocena psihof. stanja	100%		Ocena psihof. stanja	100%	
Sprostitev PVU	100%		Sprostitev PVU	100%	
Sprememba PZN	89%	2x ni zabeleženo	Sprememba PZN	100%	
Skupaj izpolnjenost	98%	2013 92%	Skupaj izpolnjenost	100%	

4.2 POROČILO NADZORA NAD PRAVILNO IZVEDENIM POSEBNIM VAROVALNIM UKREPOM

Oddelek	PVU	2014	2013
Ginekološko porodniški oddelek	V času nadzora ni bilo izvedene intervencije		/
Pediatrični oddelek	V času nadzora ni bilo izvedene intervencije		/
EITOS	V času nadzora ni bilo izvedene intervencije		/
IIT		97%	/
Oddelek za zdravstveno nego		100%	82%
Kirurški oddelek skupaj		96%	93%
Interni oddelek skupaj		93%	94%
SKUPAJ		97%	90%