STROKOVNO POROČILO

SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

ZA LETO 2015

Jesenice, 2016

Kolofon:

STROKOVNO POROČILO SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2015

Urednici: Karmen Janša, Mateja Bahun

Tehnično uredila in pregledala: Mojca Stojan

Avtorji poročil po abecednem vrstnem redu:
Tina Ahačič, Teja Arnež, doc. dr. Ivica Avberšek - Lužnik, Mateja Bahun, Brankica Bašić Narić, Marjetka Berdajs Avsenek, Amir Bešič, Alenka Bijol, Janja Borič, Robert Carotte, Eva Černe, Danica Čop, Marina Ćurčija - Jurišin, Helena Dolžan Lindič, Branka Gruden Repe, Slavica Hrovat, Karmen Janša, Primož Jovan, Vlado Jurekovič, Maja Kaker, Gregor Kalan, asist. mag. Aleksandra Kern, Pavla Lavrinec, Jana Lavtižar, Tamara Levičnik, asist. mag. Mateja Lopuh, Amela Lovič, Eva Macun, Nada Macura Višić, Judita Mandelc Kunčič, Brigita Mavsar - Najdenov, Marija Mežik Veber, Peter Najdenov, Ozrenka Nikolić Vranić, Zorica Panić, Breda Pavlenč, Mateja Perko, Tanja Pristavec, prim. Janez Pšenica, Renata Rabič, Helena Ribič, prim. Igor Rus, Gordana Sivec, Mojca Strgar, Hubert Terseglav, mag. Miha Tonejc, Lina Virnik Kovač, Majda Volčini Krumpestar, Nataša Viher Rutar, Jelena Vilman in Nina Waldner

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

Leto izdaje: 2016

Tisk: Antus d.o.o.

Naklada: 50 izvodov

ISSN: 2335-4186

© Splošna bolnišnica Jesenice.

Uporaba in objava podatkov je dovoljena le z navedbo vira.

KAZALO

	UVOD V STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2015	
1	***STROKOVNA DIREKTORICA***	
	STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2015	*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	*25*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE	*28*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA DNEVNEM ODDELKU	*30*
	LETNO POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE IN DELOVNE TERAPIJE	*33*
2.2	***INTERNISTIČNA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE	*37*
	POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE	*53*
	LETNO POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE	*54*
	POROČILO GASTROENTEROLOŠKE AMBULANTE	*55*
	POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO	*56*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA INTERNEM ODDELKU	*57*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI	*62*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V CENTRU ZA HEMODIALIZO	*64*
2.3	***URGENTNA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO URGENTNE SLUŽBE	*68*
2.4	***GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKE SLUŽBE	*75*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKEM ODDELKU	*89*
2.5	***ANESTEZIOLOŠKO - REANIMACIJSKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO	*97*
	STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)	*99*
	STROKOVNO POROČILO DNEVNEGA ODDELKA	*107*
	STROKOVNO POROČILO PALIATIVNIH DEJAVNOSTI IN DELO CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO ZDRAVLJENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO	*110*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO	*112*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)	*116*
2.6	***PEDIATRIČNA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE	*118*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA PEDIATRIČNEM ODDELKU	*128*
2.7	***ODDELEK ZA RADIOLOGIJO***	
	STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO	*135*
	STROKOVNO POROČILO RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV	*141*

2.8	***ODDELEK ZA PATOLOGIJO***	
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO	*145*
2.9	***ODDELEK ZA LABORATORIJSKO DIAGNOSTIKO***	
	LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO	*152*
2.10	***LEKARNA IN KLINIČNA FARMACIJA***	
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNE LEKARNE	*158*
	STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI KLINIČNE FARMACIJE	*160*
2.11	***SPECIALISTIČNA AMBULANTNA DEJAVNOST***	
	DERMATOVENEROLOŠKA AMBULANTA	*166*
	STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI	*167*
	STROKOVNO POROČILO O OKULISTIČNI DEJAVNOSTI	*169*
	POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI	*171*
2.12	***SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO***	
	POROČILO O DOSEGANJU CILJEV SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE	*174*
	POROČILO NAMESTNICE POMOČNICE DIREKTORJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO	*190*
	POROČILO O IZVEDENEM INTERNEM STROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU	*197*
	POROČILO O KATEGORIZACIJI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV	*199*
	POROČILO O SODELOVANJU S SREDNJO ŠOLO JESENICE – ZDRAVSTVENA USMERITEV	*205*
	POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI	*205*
	Poročilo projektne skupine za razvijanje standardov kakovosti	205
	Poročilo projektne skupine za preprečevanje padcev	208
	Poročilo projektne skupine za obvladovanje predanalitične faze	209
	Poročilo o projektne skupine za oblikovanje kliničnih poti	209
	Poročilo projektne skupine koordinatorjev POCT	211
	Poročilo projektne skupine za klinično prehrano v zdravstveni negi	212
	Poročilo projektne skupine za izboljšanje prehrane pacientov	213
	Poročilo projektne skupine za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska	213
	Poročilo projektne skupine za inkontinenco	214
	Poročilo projektne skupine za pripravo negovalnih diagnoz	215
	Poročilo projektne skupine za raziskovanje v zdravstveni negi	217
	Poročilo o delu projektnega tima za bolnišnično higieno in skupine za obvladovanje bolnišničnih okužb	218
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA	*219*
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO (OZZN)	*223*
	STROKOVNO POROČILO ZDRAVSTENE NEGE IN OSKRBE ZA POLIKLINIČNO DEJAVNOST IN URGENCO	*226*
	STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI CENTRALNE STERILIZACIJE	*230*
	POROČILO STROKOVNE SODELAVKE ZA PEDAGOŠKO PODROČJE	*233*
	POROČILO O ZDRAVSTVENO VZGOJNEM DELU	*239*
	POROČILO SOCIALNE SLUŽBE	*242*
3	***KOMISIJE IN OSTALE STROKOVNE DEJAVNOSTI V SBJ***	
	RAZISKOVALNA DEJAVNOST - POROČILO	*246*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE	*248*
	ENOTA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB	*255*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA	*256*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE	*260*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE	*264*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA POCT	*267*

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA TRANSFUZIJSKEGA ODBORA (BTO) SB JESENICE *269*
POROČILO O DELU KOMISIJE ZA MEDICINSKO ETIKO *270*
POROČILO O DEJAVNOSTI PRESKRBE S TKIVI IN CELICAMI *271*
TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST *272*
POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC *273*
POOBLASTILO POOBLAŠČENKE ZA VARNOST PACIENTOV *276*
POROČILO O POTEKU IZOBRAŽEVANJE IZ URGENTNE MEDICINE ZA ZDRAVNIKE *277*
5 KAZALNIKI KAKOVOSTI
KAZALNIK KAKOVOSTI - RAZJEDA ZARADI PRITISKA *278*
LETNO POROČILO O SPREMLJANJU KAZALNIKA KAKOVOSTI PADCI *284*
KAZALNIK KAKOVOSTI - OVIRNICE *290*

UVOD V STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2015

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 2015.

V tem letu so se na področju Splošne bolnišnice Jesenice odvijale številne dejavnosti, gradbena dela in strokovni procesi, ki bodo bolnišnico zaznamovali tudi v prihodnje. Največ pozornosti smo posvetili spremljanju gradnje in organizaciji dela v Urgentnem centru. Poleg tega smo pričeli z diagnostiko in posegi na perifernem arterijskem ožilju, vstavljanjem srčnih spodbujevalcev, MR diagnostiko smo razširili na področje abdomna, pričeli smo z babiškimi ambulantami in vizitami za zdrave nosečnice in porodnice.

Medicinske službe, oddelki in enote, strokovne komisije, projektne in raziskovalne skupine so bile v tem letu zelo delovne. V nadaljevanju boste prebrali vse o njihovem delu, realizaciji zastavljenih ciljev, pa tudi viziji, načrtih in želji za prihodnost.

Konec leta 2015 so se pričele odvijati aktivnosti za oblikovanje nove strategije. Sprva smo se osredotočili na nadaljnjih 5 let, vendar smo kasneje ugotovili, da moramo glede na projekcije o sestavi prebivalstva, pogledati še bolj naprej, vsaj za naslednjih 10 let. K sodelovanju smo povabili vse zaposlene v bolnišnici in tudi predstavnike Ministrstva za zdravje, ZZZS, občine, regije in Sveta zavoda. Analiza podatkov je pokazala, da je Gorenjska močno podhranjena na vseh zdravstvenih področjih, od prostorskih zmogljivosti, programov in financiranja do kadrovske zasedbe.

Zaključujeva z vrednotami in vizijo Splošne bolnišnice Jesenice.

S – strokovnost, srčnost, sodelovanje, skrbnost, sočutje
P – poštenje, ponos, profesionalnost, prijaznost, povezovanje, pogum, pripadnost,
O – odličnost, odgovornost, obzirnost
Š – široko prepoznani po učinkoviti oskrbi, širjenje meja
T – timsko delo, tovarištvo
O – odgovornost, odprtost, obzirnost
V – varnost, vljudnost, vključenost, vztrajnost
A – ambicioznost, aktivnost
N – najboljši v najboljši bolnišnici
J – jeklenost
E – etičnost, ekonomičnost, energičnost, enakost

BOLNIŠNICA SMO LJUDJE.
Smo srčni, predani, sočutni, odgovorni, gospodarni.
Spoštujemo paciente, njihove svojce in svoje sodelavce.
Spodbujamo kakovost, raziskovanje, inovativnost.
Cenimo enakost, poštenost, strokovnost.
Smo pogumni in jekleni.
POVEZUJE NAS SKRB ZA PACIENTA.

STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2015

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

UVOD

Leto 2015 sta v Splošni bolnišnici Jesenice najbolj zaznamovala gradnja in izgradnja Urgentnega centra ter začasno delovanje urgentne službe v vojaški bolnišnici Role 2.

Z izgradnjo Urgentnega centra, kot prizidka bolnišnici, smo po dolgih letih v bolnišnici pridobili nove prostore. Pridobili smo nov, moderen in sodoben medicinski objekt, namenjen obravnavi urgentnih pacientov, tako v okviru NMP kot specialistične urgentne službe. Bolnišnica je pridobila tudi na samem videzu in v ozadju skrila svojo 67 let staro zgradbo. Vhod v bolnišnico je postal prav veličasten in z zaščitnim napisom ter znakom že od daleč opozarja na svojo pomembnost.

Nov Urgentni center pa čaka še veliko izzivov, predvsem v integraciji NMP z urgentnim delom specialističnih služb. Z urgentnim centrom smo z moderno opazovalnico, prostorom za triažo pacientov, novima operacijskima dvoranama, šivalnico in prostorom za reanimacijo posodobili delo z urgentnimi pacienti. Urgentnega centra na majhnem prostoru, ki je še preostal bolnišnici, ne bi bilo mogoče zgraditi, če nam ne bi priskočila na pomoč vojska s svojo vojaško bolnišnico Role 2. Prav tako delo v vojaški bolnišnici in uspešno dokončanje Urgentnega centra ne bi bilo možno brez aktivnega sodelovanja vseh zaposlenih, na čelu z manjšo operativno ekipo, ki je dan za dnem pred in med gradnjo bedela nad celotno organizacijo dela v urgentni službi in celotni bolnišnici ter stalno sodelovala pri delu in nadzoru gradbenih izvajalcev. Vendar delo še ni dokončano. Čaka nas še veliko pomembnih izzivov pri vzpostavitvi nove organiziranosti urgentne službe.

Poleg gradbenih pa so leto zaznamovale tudi pomembne strokovne pridobitve. Dobili smo nove ultrazvočne naprave, cistoskop in novo endoskopsko opremo. Pričeli smo s kirurškimi in radiološkimi interventnimi posegi na perifernem ožilju ter vstavili prve srčne spodbujevalce. Na ginekološko porodniškem oddelku so diplomirane babice prevzele vodenje zdravih nosečnic in porodnic. Pričeli smo z cistoskopijami. Postavljena je dolgo pričakovana ambulanta za kronične rane, pričnemo z MR trebušnih organov. In sigurno sem še kaj izpustila.

V letu 2015 smo se vsi zaposleni v bolnišnici trudili za učinkovitejše in varčnejše delo ter tako pripomogli k ponovnemu pozitivnemu poslovanju bolnišnice. Kljub varčevanju in pomanjkanju kadra smo se trudili našim pacientom zagotoviti čim bolj varno in kakovostno obravnavo. Uresničili smo tudi 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.

1 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.

2 DELOVNI PROGRAM

V letu 2015 smo v bolnišnični dejavnosti skupno obravnavali 12.999 primerov in dosegli 19 550 uteži. Povprečna utež je bila 1,508. Največ uteži, 55,34 odstotkov, je bilo opravljenih na kirurških oddelkih, sledijo interni oddelek s 30,31 odstotki, pediatrični s 6,87 in ginekološko-porodniški s 7,48 odstotki. Na področju prospektive smo izvedli 2 929 primerov, 800 porodov in 27 splavov. Na področju kirurgije smo načrt presegli za 303 primere, število porodov se je glede na lansko leto povečalo za 57. Povprečna ležalna doba je bila za celotno bolnišnico 3,91 dni. Ležalna doba je po oddelkih za več let prikazana v tabeli št. 3. V specialističnih ambulantah smo opravili 115 832 pregledov, kar je 1 653 več kot v lanskem letu. Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi je bilo 47:53, Realizacija bolnišničnega in ambulantnega specialističnega programa je za več let predstavljena v tabelah številka 1 in 2.

Tabela 1. Realizacija delovnega programa akutne bolnišnične obravnave za vse plačnike v bolnišnični dejavnosti za celotno bolnišnico in po posameznih oddelkih po letih

	2010	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***
SKUPAJ SPP - št. prim.	**12.938**	**13.088**	**12.448**	**12.736**	**12.985**	**12.999**
SKUPAJ SPP - št. uteži	**18.330**	**18.339**	**17.614**	**17.758**	**18.581**	**19.550**
Krg odd. - št. prim.	5.274	5.956	5.768	5.857	6.041	5.953
Interni odd. - št. prim.	3.373	3.298	3.278	3.330	3.320	3.385
Gin por odd. - št. prim.	1.609	1.542	1.515	1.489	1.489	1.503
Pediatrični odd. - št. prim.	2.013	1.982	1.887	2.060	2.135	1.917
Zdravstven nega - št. BOD	4.522	4.390	4.336	4.367	4.582	4.551

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

	2010	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***
Št. obiskov	100.485	105.180	111.366	112.834	114.395	115.832
Št. točk	1.009.468	1.025.081	1.062.177	1.085.222	1.079.151	1.097.338

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

	2005	***2006***	***2007***	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***
Kirurški oddelek	5,01	4,93	4,71	4,42	4,27	4,13	3,65	3,54	3,44	3,23	3,23
Interni oddelek	7,11	7,66	7,12	6,65	6,56	6,77	6,48	6,30	6,55	6,62	6,46
Gin - por. oddelek	2,64	2,88	2,76	2,70	2,49	2,55	2,42	2,63	2,53	2,68	2,55
Pediatr. oddelek	2,81	2,73	2,81	2,79	2,68	2,89	2,67	2,58	2,84	2,66	2,49
Bolnišnica skupaj	**4,39**	**4,55**	**4,35**	**4,14**	**4,00**	**4,09**	**3,81**	**3,76**	**3,84**	**3,80**	**3,91**

3 ČAKALNE DOBE

Čakalne dobe so v letu 2015 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. V bolnišnici s koordinatoricami zdravstvene obravnave stalno skrbimo za pregled nad vpisanimi pacienti, koordinacijo priprave, edukacije, prihoda in odpusta vsakega uvrščenega pacienta.

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.

4 ZAPOSLENI

V SB Jesenice je bilo konec leta 2015 skupno 634 zaposlenih. Zdravnikov je bilo 116, od tega 67 specialistov, 39 specializantov in 9 pripravnikov. Čeprav se je število zdravnikov specialistov nekoliko povečalo, je še vedno prisotna kadrovska podhranjenosti na praktično vseh področjih, najbolj pa na področju interne medicine. V zdravstveni negi je bilo zaposlenih 330 medicinskih sester, od tega 142 diplomiranih in 188 srednjih medicinskih sester in babic. Zaposlenih je bilo še 7 farmacevtov, 14 fizioterapevtov, 13 radioloških inženirjev, 10 laboratorijskih delavcev ter 141 nezdravstvenih delavcev. Število zaposlenih se nam je v letu 2015 v primerjavi z letom 2014 zmanjšalo za 1 osebo in je doseglo kritično mejo, ki nam še omogoča varno in kakovostno izvajanje storitev.

	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Zdravniki	94	104	114	120	111	116	116
Zdravstvena nega	335	344	347	346	340	340	330
Zdravstveni sodelavci	49	44	49	47	47	46	47
Nezdravstveni del	145	143	150	143	142	133	141
Skupaj	**623**	**635**	**660**	**656**	**640**	**635**	**634**

5 KAKOVOST IN VARNOST

V letu 2015 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, Novorojenčkom in materam prijazna porodnišnica, Družini prijazno podjetje ter Slovenska mreža za promocijo zdravja v bolnišnicah. Zavedamo se, 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 2015 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 2015 smo izvedli štiri klinično patološke konference, skupno smo obravnavali multidisciplinarni pristop k pacientu, v organizaciji ginekološko-porodniškega oddelka pa priporočila za porod v medenični vstavi, porod na domu in smrt ploda v maternici. Na kirurškem oddelku so bili obravnavani vsi umrli pacienti.
Na Ministrstvo za zdravje smo sporočili dva opozorilna nevarna dogodka. Obravnavali smo 13 prvih prijav zoper kršitve pacientovih pravic, 11 pritožb zoper zdravnike in 4 odškodninske zahtevke. Opravljenih je bilo 6 varnostnih analiz.

6 STROKOVNI SVET

Člani strokovnega sveta v letu 2015:

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., predstavnica 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

Člani strokovnega sveta smo se zbrali na 10 sejah, na katerih smo obravnavali tekočo problematiko glede bolnišničnih okužb, zdravil, transfuziologije, laboratorijskih preiskav, uvajanja eTTl na oddelkih, nabave medicinskih naprav, informacijski podpori, odklonih 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, delo v vojaški bolnišnici, profesionalne kartice, elektronski recept in elektronsko napotnico, notranjo organizacijo bolnišnice, delo fizioterapevtk, begunsko problematiko, specializacije, cepljenje, raziskave v bolnišnici in medicinsko dokumentacijo.

7 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 2015 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.

8 NAJPOMEMBNEJŠI PROJEKTI V LETU 2015

- Urgentni center: V letu 2015 smo zaključili največji projekt v zadnjih letih v bolnišnici, to je odprtje Urgentnega centra. Projekt je bil zahteven ne samo zaradi gradbenih del, temveč tudi zaradi nove organizacije dela urgentnih centrov.
- Endoskopska enota: Poleg urgentnega centra smo zgradili tudi novo endoskopsko enoto, s katero smo pridobili nove prostore in opremo ter zagotovili kvalitetnejšo obravnavo pacientov.
- Od ostalih gradbenih in obnovitvenih del je pomembna tudi obnova kuhinje, sprejemne pisarne in požarnega stopnišča v ambulantnem delu bolnišnice.
- Pridobitev dodatnih, prepotrebnih ambulantnih prostorov v 2. nadstropju poslovne stavbe.
- Nakup novih ultrazvočnih aparatov na radiološkem in internem oddelku.
- V letu 2015 smo pričeli s CT diagnostiko na perifernem ožilju, uvedli angiološke konzilije in opravili prve operativne trombendarteriektomije na arterijah nog ter prve interventno radiološke perkutane transluminalne angioplastike. Opisane preiskave so del načrta celostne obravnave pacientov z žilno problematiko pri travmatoloških bolnikih, žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo in pacientov s kronično rano.
- V letu 2015 smo pričeli z organizacijo ambulante za kronično rano. S kronično rano smo se v bolnišnici ukvarjali že vrsto let, vendar le na hospitalnem delu, kjer smo imeli organizirano službo za obravnavo kronične rane in oddelek za kronično rano. Celostno obravnavo zaokrožujemo še z ambulantno obravnavo. Z istočasno vpeljavo žilne diagnostike in operativnih ter interventnih radioloških posegov na perifernih arterijah pa smo postavili tudi temelje za boljše preventivno delovanje.
- V letu 2015 smo vstavili prve trajne srčne spodbujevalce.
- Pričeli smo z izobraževanjem radiološkega tima za MR diagnostiko abdomna, da bi pospešili obravnavo karcinomskih, abdominalnih in ginekoloških pacientov.
- V okviru razvoja urološke dejavnosti v bolnišnici smo opravili prve cistoskopije.

Posamezni projekti v letu 2015 niso bili realizirani, zato jih prenašamo v leto 2016.

9 CILJI IN PROJEKTI V LETU 2016

Na prehodu leta 2015 v leto 2016 smo pričeli z aktivnostmi za pripravo strateškega načrta 2016 – 2025. Določene projekte iz strategije načrtujemo že za leto 2016, prav tako pa iz prejšnjih let nadaljujemo že zasnovane oziroma pričete projekte. Naš namen je zagotoviti celostno, učinkovito in kakovostno zdravstveno obravnavo, ki jo lahko dosežemo le z dobro organizacijo vseh procesov v njenem poteku in z dobro organiziranim multidisciplinarnim timom. Za nemoten potek pa potrebujemo ustrezen kader in ustrezno opremo ter delovno okolje.

- Obnova, razširitev in klimatizacija intenzivnih enot.
- Obnova enote za funkcionalno diagnostiko in ambulante v poliklinično objektu.
- Obnova porodniškega oddelka, prestavitev ginekološke ambulante v prostore nad vratarnico.
- Izvedba pogodbenih programov z ZZZS, širitve in uvedbe novih dejavnosti na vseh strokovnih področjih v bolnišnici: načrtovane aktivnosti so zapisane pod cilji za leto 2016 v okviru strokovnih poročil posameznih služb, oddelkov in enot.
- Širitev dnevnega hospitala.
- Širitev in obnova fizioterapije, delovne terapije, vzpostavitev dela fiziatra in specializacije fizioterapevtk.
- Aktivnosti glede organiziranosti in integracije multidisciplinarnih timov v urgentnem centru.

- Nadaljnji razvoj in širitev interventne radiologije, predvsem na področje ledvične in gastroenterološke dejavnosti.
- Pričetek delovanja kirurške ambulante v Kranju.
- Razvoj informatike kot podporne dejavnosti vsem procesom v bolnišnici. Razvoj novih in nakup že izdelanih informativnih programov za spremljanje in analiziranje procesov v stroki.
- 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 smo nadaljevali z uvajanjem dela z elektronskim temperaturnim listom na pediatričnem oddelku, vendar smo tudi tu naleteli na številne ovire. Zavedamo se, da je potrebno veliko prilagoditev, tako glede računalniške in programske opreme, kot tudi glede razmišljanja in sodelovanja vseh zaposlenih. Z Infonetom smo imeli pogovore glede sprememb in možnosti uvajanja, ker želimo, da bi delovanje eTTl zaživelo.
- Uvedba samoplačniških pregledov, posegov in diagnostičnih preiskav.
- Kadrovanje: napraviti kadrovski načrt zaposlovanja specializantov, tako za leto 2016 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 2016 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.
- Sodelovanje s splošnimi bolnišnicami v Sloveniji in okoliškimi državami in predvsem z vsemi bolnišnicami v gorenjski regiji.

Rdeča nit vsega povedanega so naši zaposleni, ki so v težkih časih finančnih in kadrovskih omejitev pokazali svojo pripadnost bolnišnici, veliko zavzetost za svoje delo in za razvoj stroke, ki so s svojo strokovnostjo, pridnimi rokami in velikimi srci vrteli kolo bolnišnice na poti k novim ciljem in novim izzivom.

STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE

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

UVOD

Leto 2015 je bilo v znamenju vojaških pogojev dela. Konec marca smo namreč ambulantni del kirurgije preselili v vojaško bolnišnico Role. Sprva je bilo težko tako pacientom kot zdravnikom, pa smo se ob dobri volji vseh nekako privadili in zdržali do decembra brez večjih pretresov.
Otvoritev novega UC je vsekakor uspeh in po zelo dolgem času vsaj manjša investicija v edino Gorenjsko splošno bolnišnico. Nekaj je, bi rekel kdo, ampak realno potrebujemo novo bolnišnico in ne manjšega prizidka, katerega izvedba je eno leto močno motila delovne procese.

1 ORGANIZACIJSKA ZGRADBA ODDELKA

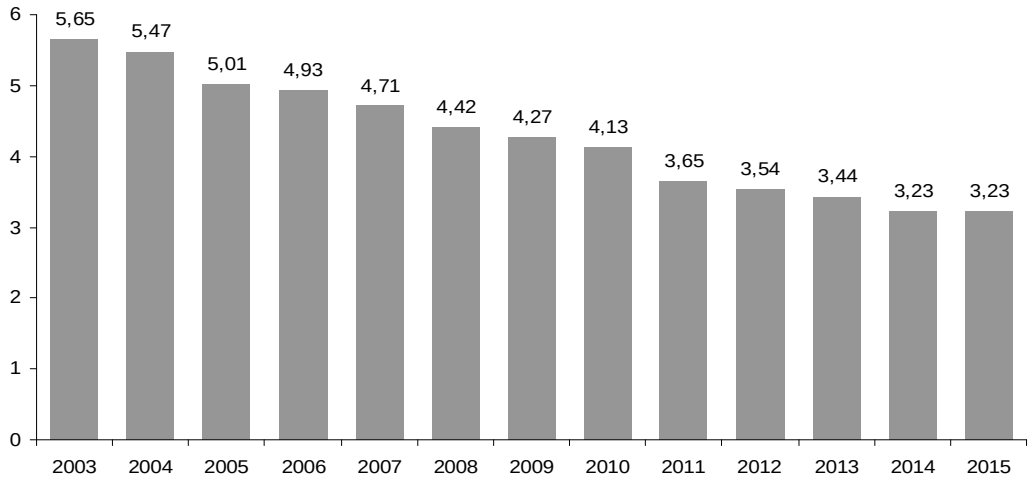
Prostorske in posteljne kapacitete oddelka se v letu 2014 niso spremenile. Kirurgija deluje v petih hospitalnih operacijskih dvoranah, od katerih eno tri dni v tednu uporabljajo ginekologi in specialistki ORL. Od tega sta dve dvorani prostorsko primerni, ostale tri pa premajhne in s tem za nekatere večje operacije komaj primerne ali neprimerne. Tako se npr. kolo rektalna kirurgija izvaja v prostoru velikem 4 x 5m. 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 bolj strokovno vodeni.
Dnevna bolnišnica je fizično ločena in deluje kot samostojen sklop na enem traktu. Večinoma tam na 6 posteljah ležijo kirurški pacienti, ki so dopoldan operirani, zvečer pa gredo domov. Dnevni oddelek vodi Judita Mandeljc - Kunčič, dr.mrd., spec. anestezije. Skupaj kirurški oddelek deluje na 92 posteljah.
Najtežje bolnike zdravimo v EITOS, ki ga vodi Vlado Jurekovič, dr.med., spec. anesteziolog.
Prostorske kapacitete kirurškega oddelka zadostujejo za sedanji obseg dela in standard z 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 5 - posteljnih sob v manjše sobe z urejenimi sanitarijami.
Prostorske danosti so pomembna ovira za obvladovanje na antibiotike odpornih bakterij in obravnavo samoplačnikov oz. zdravstvenega turizma.

Vodilni kadri kirurgije SBJ:

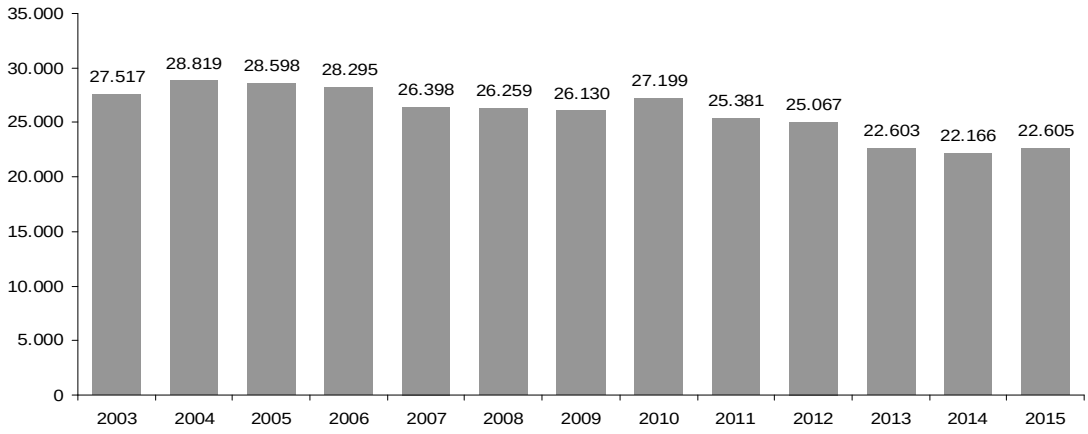
Namestnik predstojnika	Andrej Rupel, dr. med., spec. krg.
Kirurške ambulante	Petra Rupar, dr. med., spec. krg.
Urgenca	Robert Carrota, dr. med., spec. krg.
Odsek poškodbene kirurgije	prim. Matej Andoljšek, dr. med., spec. krg.
Odsek trebušne kirurgije	prim. mag. Miran Rems., dr. med., spec. krg.
Odsek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

2 OPRAVLJENO DELO

Obravnavali smo 6157 hospitaliziranih bolnikov, kar je 25 pacientov več kot v letu 2014. V celoti smo izkoristili možnost 10 % preseganja nekaterih prospektivnih operacij, pri katerih presegamo dopustno čakalno dobo in pristali pri 5030 hospitalno operiranih pacientih, kar je kar 200 več kot leto prej. Nekateri so imeli več posegov. Večjo operacijo je imelo preko 81 % hospitaliziranih pacientov. Možnost 20 % preseganja nekaterih prospektivnih primerov je bila ponujena 7. decembra, zato je nismo mogli v celoti izkoristiti.
Odstotek prospektivnih primerov je dosegel 55 % (2841) vseh operacij. Posledično naraščajo čakalne dobe tudi pri manj pogosti patologiji. Število čakajočih na operativni poseg se je v letu 2015 povečalo za 398 primerov. Skupno je ob koncu leta na operativni poseg čakalo 3346 pacientov. To pomeni da pacienti v povprečju na operacijo čakajo 10 mesecev.
Ob vedno boljšem planiranju programskih posegov smo ležalno dobo še skrajšali na 3,23 dneva in je preteklem letu ostala enaka kot leto prej. Nadaljnje zmanjševanje verjetno ni smiselno. Število oskrbnih dni se je malenkost povečalo.
Čakalne dobe v SB Jesenice so problematično dolge pri vseh planiranih posegih in večinoma presegajo t.i. dopustne čakalne dobe. Največje so 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.

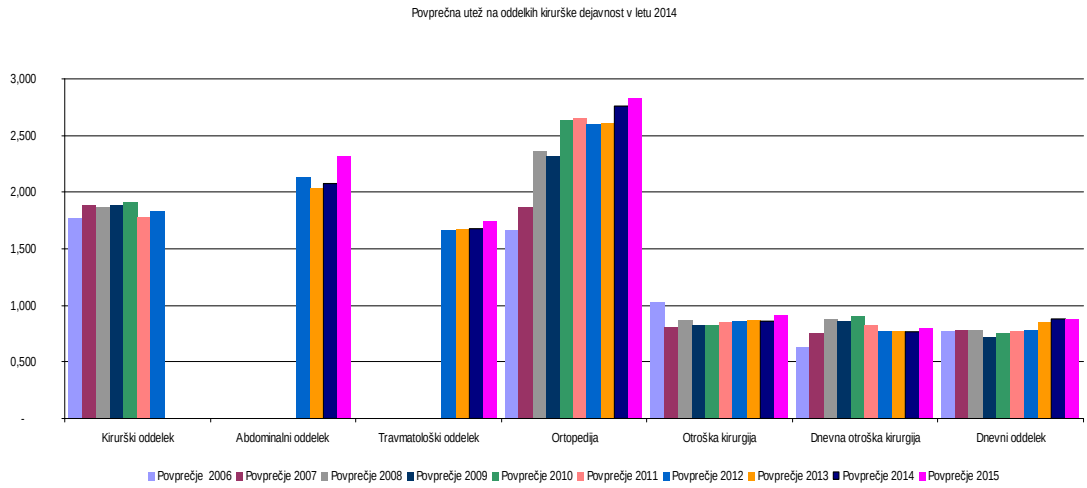


Graf 1: Povprečna ležalna doba na kirurškem oddelku SB Jesenice 2003 - 2015



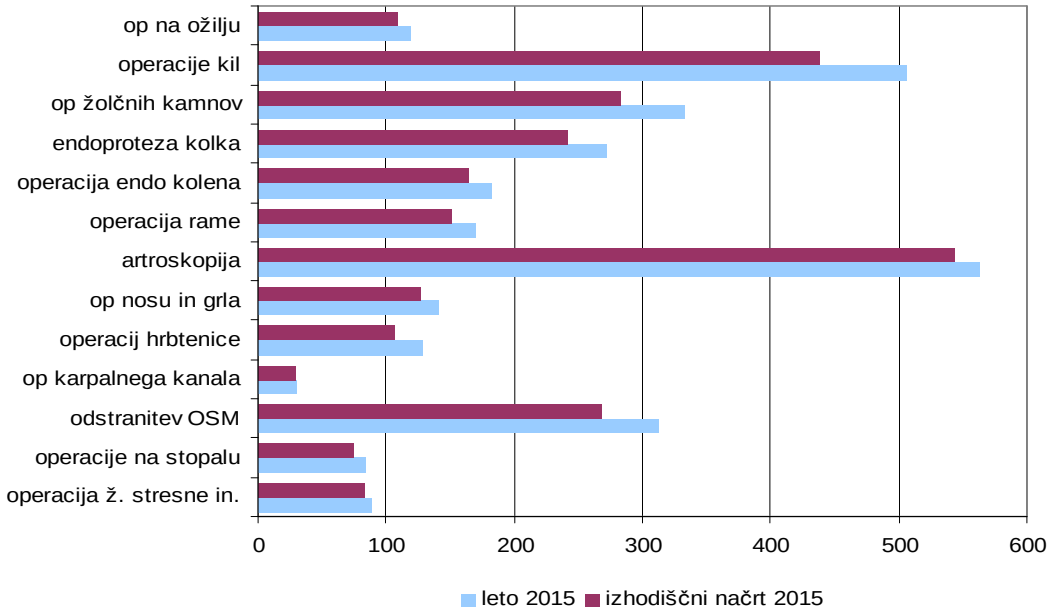
Graf 2: Število oskrbnih dni kirurškega oddelka SB Jesenice 2003 – 2015

Graf 3: Število odpuščenih bolnikov 2003 do 2015



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

Povprečna utež je bila v letu 2015 največja do sedaj, tako na kirurgiji kot 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 2015 načrt z 10 % in kasneje 20 % preseganjem in realizacija

Karpalnih kanalov smo ambulantno naredili 433, 40 več kot v preteklem letu. Hospitalno jih obravnavamo le če so pacienti vezani na uporabo bergel ali gre za recidive oz. kot spremljajočo patologijo ob drugih boleznih.

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

Glavne diagnoze	**2000**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	1.803	2.219	2.347	2.524	2.809	2532	2469	2593
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	846	1.023	1.226	1.341	1.269	1252	1378	1298
Bolezni prebavil (K00 - K93)	1.216	1.119	1.141	1.302	1.236	1147	1218	1287
Neoplazme (C00 - D48)	197	185	229	216	218	251	241	299
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	188	156	237	185	158	131	131	128
Simptomi, znaki ter nenormalni klin. in lab. izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	223	153	171	167	150	115	100	95
Bolezni obtočil (I00 - I99)	115	122	132	135	147	154	185	219
Bolezni dihal (J00 - J99)	62	94	130	139	144	104	108	99
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	67	88	112	104	87	74	110	77
Endokr., prehr. in presn. bol. (E00 - E90)	37	49	55	52	82	35	37	36
Bolezni živčevja (G00 - G99)	25	232	116	86	30	33	37	34
Nekatere inf. in parazitske bol. (A00 - B99)	11	15	15	13	14	12	21	16
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	1	2	0	2	1	2	0	1
Ostale diagnoze	70	52	41	45	59	58	23	29
Skupaj	4.791	5.457	5.911	6.266	6.404	5910	6131	6190

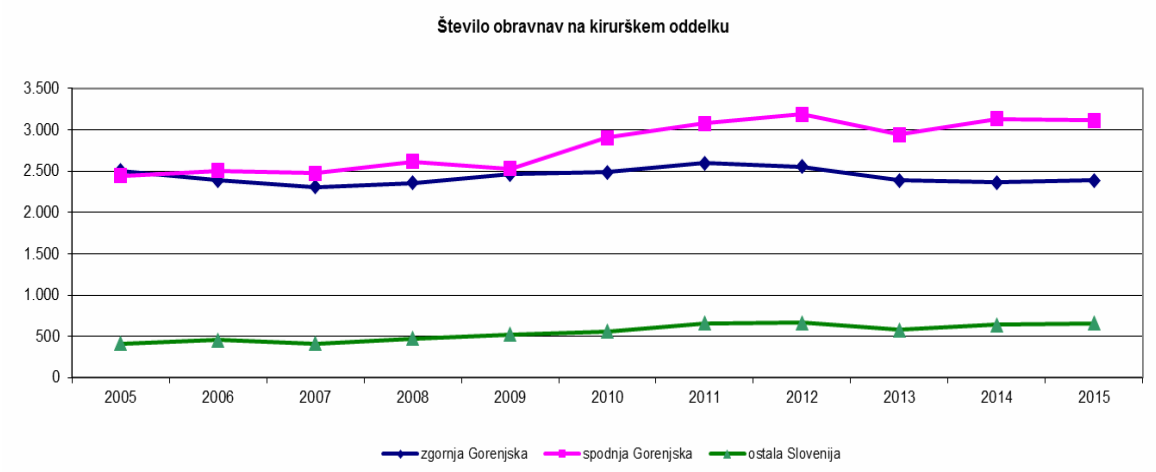
Tabela 2: Najpogostejše hospitalne operacije v zadnjih šestih letih

Opis postopka	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Artroskopska meniskektomija	314	402	371	495	363	354	317
Hernioplastika ingvinalne kile, enostranska	326	293	338	307	331	357	401
Laparoskopska holecistektomija	248	289	342	257	224	262	320
Odstranitev plošče, žeblja ali žice	217	351	282	250	278	343	246
Apendektomija	187	134	195	202	185	211	207
Popolna enostranska artroplastika kolčnega sklepa	184	188	225	148	151	167	192
Enostranska popolna kolenska artroplastika	59	74	111	147	157	171	180
Res. debelega črevesa ali želodca zaradi malig. obol					179	165	171
Osteosint. stegnenice zaradi zloma vratu ali pertroh. zl.	111	100	120	125	127	135	142
Odprta naravnava zloma dist. dela koželjnice z osteos.	75	77	91	110	103	90	119
Ekscizijska nekretomija kože in podkožnega tkiva	133	156	104	97	87	130	101
Zaprta naravnava zloma dist. dela koželjnice z osteos.				94	87	97	94
Odstran. medvretenčne ploščice, na eni višini	73	75	91	78	82	95	82
Reparacija rotatorne manšete z dekompresijo subakromialnega prostora	70	85	92	75	69	89	86
Obrezanje moškega	96	146	103	74	62	78	72
Prekinitev safenofemoralnega ustja krčnih žil	66	59	75	63	62	89	100
Odstranitev žeblja, žice ali vijaka, ki n			59	63	62	38	
Vgraditev delne kolčne endoproteze zaradi subkapitalnega zloma	56	67	57	63	55	69	50
Hernioplastika popkovne kile				58	55	46	76
Odprta repozicija zloma gležnja z osteosintezo	104	112	135	111	118	105	130
Artroskopska rekonstrukcija kolena				55	47	75	85
Razrešitev zarastlin penisa	84	115	72	55	46	46	
Palmarna fasciektomija dupuytrenove kontrakture						62	55
Debridement in lavaža peritonealne votline					52	59	93

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. 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 nas 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.

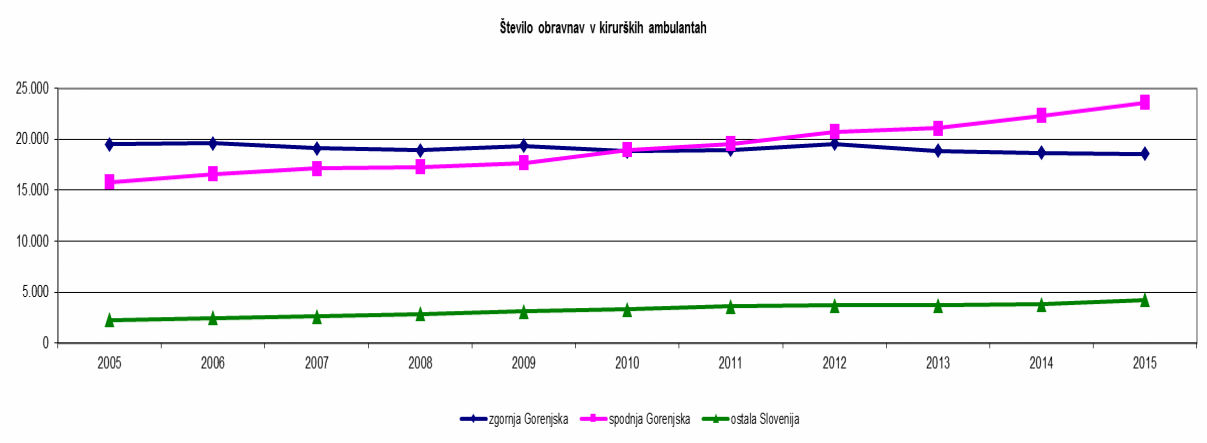
V letu 2014 smo resekcije debelega črevesa bolj pogosto začeli delati manj invazivno, kar je za pacienta velika pridobitev. Čakalne dobe se v preteklem letu niso podaljšale. Dopustne čakalne dobe presegamo le še pri trebušnih po operativnih kilah, ki so pogosto prisotne pri pacientih z veliko spremljajočimi boleznimi, kar oteži planiranje operacije. Matej Dolenc, dr.mrd., spec. krg., je bolj intenzivno začel s proktološko dejavnostjo.
Močno je poraslo število čakajočih na operacije krčnih žil, kjer je kolegica Sandra Tušar, dr. med., spec. krg., v preteklih letih z visoko strokovnostjo in sodobno metodo operacije obrnila trend odliva pacientov iz Gorenjske regije.
Periferna vaskularna diagnostika in terapija je eden od strateških projektov SBJ, v katerem bo kirurgija le eden od dejavnikov. V tem letu smo ob pomoči kolegov iz Ljubljane naredili prve minimalno invazivne in tudi kirurške posege na arterijah okončin. V sodelovanju z internim oddelkom smo tudi vstavili prve srčne spodbujevalce.

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. Pridobili smo novega specialista dr. Lahajnerja. naredili smo več zadajšnih spondilodez z inštrumentacijo ledvene hrbtenice in tudi nekaj uni kondilarnih protez 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 6992 pregledov, v ambulantah v sklopu ZD Bled 1192, ZD Tržič 830 in ZD Kranj 5969, skupaj torej 14978 pregledov od tega 9909 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 - Primerjava načrtovanega in opravljenega delovnega programa v ortopedski ambulanti

ZZZS	**Realizacija**	**Načrt**	**Realizacija**	**Index**	**Index**
	leto 2014	**leto 2015**	**leto 2015**	**real/načrt**	**15/14**
Ortopedska amb. Jesenice	42.509,90	41.132,00	36.873,75	89,65	86,74
Obiski	6.569	6.541	6.406	97,94	97,52
Ortopedska amb. Šk.Loka	2.911,93	3.190,00	3.228,28	101,20	110,86
Obiski	432	508	546	107,48	126,39
Skupaj ortopedska amb.	45.421,83	44.322,00	40.102,03	90,48	88,29
Obiski	7.001	7.049	6.952	98,62	99,30
Ostali plačniki	**Realizacija**	**Načrt**	**Realizacija**	**Index**	**Index**
	leto 2014	**leto 2015**	**leto 2015**	**real/načrt**	**15/14**
Ortopedska amb. Jesenice	161,83	161,83	270,00	166,84	166,84
Ortopedska amb. Šk.Loka	3,22	3,22	0,00		
Skupaj ortopedska amb.	165,05	165,05	270,00	163,59	163,59

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 2015 ni povečalo, skupaj s tistimi, ki so pri nas za določen čas, pa zmanjšalo.

Dva izkušena zdravnika, specialista kirurgije, sta nas zapustila. Dobili smo tri mlade specialiste kirurge in enega ortopeda. Med letom nas je zapustila oz. odšla na zelo odgovorno delo Sandra Tušar, dr.med., spec. krg.

Tabela 4: 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	31.12. 2015
Zdravniki - specialisti	17	18	19	20	21	20	22
DMS	9	12	12	9	15	16	16
DMS - amb.	-	-	1	3	1	1	1
Instrumentarke - DMS	9	10	13	12	14	14	16
Dipl. fizioterapevtke	10	9	11	10	11	11	11
Dipl.delovni terapevt	-	-	1	1	1	1	1
SMS	34	38	45	43	40	41	41
SMS - op	13	12	10	8	7	9	8
SMS amb.	14	14	14	13	14	13	12
Admin.	9	8	11	11	12	11	11
Skupaj za nedoločen čas	115	121	137	130	136	137	139

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 1100 primerov, število ambulantnih pregledov pa za 14000, je 24 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 5 kirurških in dve 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 delata polovičen delovni čas. Predstojnik operativno deluje 80 % delavnega časa. Realno nas je torej 21, 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, je tako kadrovsko kot prostorsko naša kirurgija primerna za zgornjo Gorenjsko, ne pa za celo Gorenjsko regijo, kjer je 200.000 prebivalcev. Podobno velika Primorska ima vsaj še enkrat večje 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	5 x OP	Amb. OP	Odseki	Skupaj
7-15h	1	1	2	1	1+1	6+4	1+1	4	17
15-21h	1	0	1	1	0	1+1	1	?	5
21-7h	1	0	0	0	0	1	0	?	2
Sob,Ned,Pr	1	0	0	0	0	1	1	?	0
Skupaj /dan	3	1	3	2	1	9	2	3	24

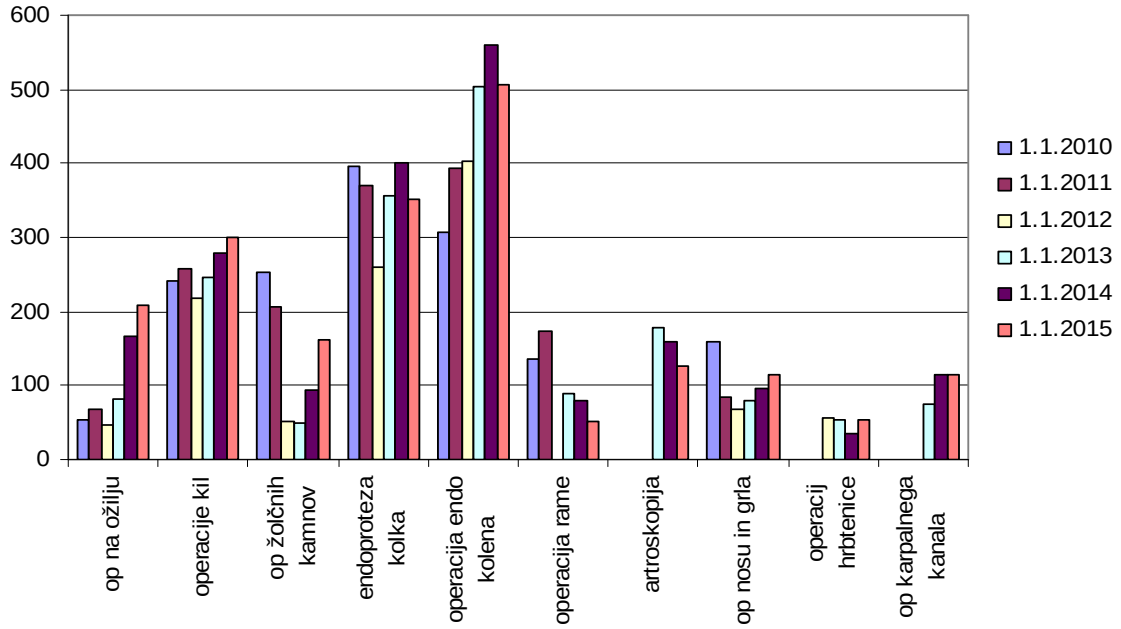
Kadrovsko nas rešujejo zunanji krožeči specializanti in sobni zdravniki. Sobne zdravnike so omejili, število zunanjih krožeči specializantov pa je nepredvidljivo. Pridobili smo tri mlade specialiste kirurge in enega ortopeda. Upokojil se je Aleksander Grubišič, dr.med., spec. krg. Na našo prošnjo ni povsem zapustil bolnišnice. Še vedno nadzira in popravlja obračun in kodiranje primerov, tako da je ta ob nadzoru brez napak.
V jesenskem roku sta bili za Gorenjsko razpisani mesti specializanta kirurga in ortopeda. V tekočem letu pričakujemo podoben razpis. Tekoče delo nekako gre za kaj več ali pa za zmanjšanje čakalnih vrst pa kadra enostavno zmanjka. Svojih specializantov imamo sedaj 4.

4 ČAKALNE DOBE

V letu 2011 in 2012 smo čakalne dobe pri večini diagnoz zmanjšali. 2013 so se čakalne dobe pričele ponovno podaljševati, v letu 2014 pa so ob tristo več opravljenih posegih ostale na skoraj isti ravni kot leto prej. V letu 2015 smo opravili še 200 operacij več in presegli prag 5000 velikih operacij. Kljub temu je bilo ob koncu leta čakajočih na operacijo 3346 programskih bolnikov – 398 več kot leto prej. Ocenjujemo, da za stabilno čakalno vrsto kirurški oddelek potrebuje vsaj 6300 primerov, od katerih bo 5300 imelo večjo operacijo. Več v obstoječih prostorih ne zmoremo, kadrovsko pa le, če bo priliv zunanjih krožečih specializantov stalen in če ne bo nepredvidenih odsotnosti. 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, predvsem pa najbližje ustanove UKC, 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. Odliv pacientov v druge regije je zaenkrat majhen v dejavnostih, ki jih obvladamo. Manjka pa nam urologija in plastična kirurgija. Z vaskularno kirurgijo smo v tem letu začeli ob pomoči kolegov UKC. 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 štirih letih

	1.1.2013	1.1.2014	1.1.2015	1.1.2016
Hrbtenica	55	38	55	66
Kolk	376	416	365	295
Koleno	794	844	719	851
Gleženj	36	43	57	73
Stopalo	386	477	521	549
Rama	92	80	54	93
Komolec	7	10	7	10
Zapestje+roka	177	219	137	226
Splošno	139	150	139	171
Kile	258	283	310	325
Žolčnik	60	94	166	188
Varice	84	167	209	280
Otroci	36	21	44	20
Abdomen	14	17	21	20
Sinus pilonidalis	25	40	44	33
Ostalo	86	136	100	146
Skupaj	**2625**	**3035**	**2948**	**3346**



Graf 8: Dinamika števila čakajočih na prospektivne operacije zadnjih 6 let

Trajne rešitve so vezane na novogradnje urgence in operativnega bloka. Urgenco smo v preteklem letu zagnali, 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. Za to, da je sistem verodostojen in pošten do pacientov skrbijo tri sestre – organizatorice primerov, brez katerih bi težko zmogli.

5 STROKOVNO DELO

Čeprav je že rutinskega dela in obveznosti preveč, pa se nekaj kolegov ukvarja tudi z znanstveno raziskovalnim delom, za kar jim čestitam. Sloves kvalitetne kirurgije smo si ustvarili zlasti na področjih poškodb okončin, kolo rektalnih 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.

Strokovne objave 2015

Pšenica J, Kovač M, Rupar P, How safe is corrective osteotomy of malunited distal radius without bone or bone substitute graft , The Journal of Hand Surgery (Eur) 40 (Suppl 1), june 2015

REMS, Miran. *Fistulas : predavanje na "Nutrition in gastro-intestinal disease", 25th of May 2015, Ljubljana*. Ljubljana, 25. maj 2015. [COBISS.SI-ID 83040513]

KLANJŠEK, Matija. *Informiranost operiranih pacientov po odpustu iz bolnišnice = Provision of information to operated patients after hospital discharge : diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: [M. Klanjšek], 2015. 35 f., [7] f. pril., graf. prikazi, tabele. http://mail.fzj.si/diplomskadela/2016/Klanjsek_Matija.pdf. [COBISS.SI-ID 1024141614]

RIBIČ, Helena, REMS, Miran, LAVTIŽAR, Jana, GRMEK-KOŠNIK, Irena, DERMOTA, Urška, JANŠA, Karmen, POKLUKAR, Janez. Izbruh proti vankomicinu odpornega Enterococcus faecium v Splošni bolnišnici Jesenice = Outbreak of vancomycin-resistant Enterococcus faecium in General Hospital Jesenice in 2014. *Enboz*, ISSN 2232-3139, mar. 2015, letn. 5, št. 3, str. 4-8. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/enboz_marec_2015.pdf. [COBISS.SI-ID 3390437]

REMS, Miran, JARM, Katja, ZADNIK, Vesna, PRIMIC-ŽAKELJ, Maja. Lokalna ponovitev bolezni pri bolnikih, operiranih zaradi nemetastatskega raka danke, zbolelih v obdobju 2003-2005 = Local recurence of rectal cancer in patients with nonmetastatic disease, diagnosed in 2003-2005. *Zdravniški vestnik*, ISSN 1318-0347. [Tiskana izd.], apr. 2015, letn. 84, št. 4, str. 277-286, ilustr. http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/1241/1028. [COBISS.SI-ID 2030203]

REMS, Miran, REMŠKAR, Damjan, KALAN, Gregor. Operation or follow up after polypecomy of malignant colorectal polyp?. V: 11. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem, 13.-16. svibnja 2015, Opatija/Rijeka, Hrvatska. MAJEROVIĆ, Mate (ur.). *Knjiga sažetaka = Book of abstracts*, (Acta chirurgica Croatica, ISSN 1845-2760, Vol. 12, suppl. 1). Zagreb: Hrvatsko kirurško društvo Hrvatskoga liječničkog zbora Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb, 2015, vol. 12, suppl. 1, str. 36-37. [COBISS.SI-ID 83589889]

SAJE ZUPANC, Breda. *Povezave med življenjskim slogom in dejavniki tveganja na delovnem mestu s pojavom bolečine v križu pri medicinskih sestrah na travmatoloških in ortopedskih oddelkih = Lifestyle and occupational risk factors and their connection with the occurrence of low back pain among trauma and orthopaedic nurses : magistrsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: [B. Saje Zupanc], 2015. 83 f., [6] f. pril., graf. prikazi. http://mail.fzj.si/magistrskadela/2015/Saje_Zupanc_Breda.pdf. [COBISS.SI-ID 1024123950]

REMS, Miran, JUREKOVIČ, Vlado, STUDEN PAULETIČ, Polona. Principles of enhanced recovery after surgery are not easy to implement. V: 11. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem, 13.-16. svibnja 2015, Opatija/Rijeka, Hrvatska. MAJEROVIĆ, Mate (ur.). *Knjiga sažetaka = Book of abstracts*, (Acta chirurgica Croatica, ISSN 1845-2760, Vol. 12, suppl. 1). Zagreb: Hrvatsko kirurško društvo Hrvatskoga liječničkog zbora Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb, 2015, vol. 12, suppl. 1, str. 12. [COBISS.SI-ID 83035649]

REMS, Miran. Priprava na laparoskopski operativni poseg. V: 13. kongres endoskopske kirurgije Slovenije, simpozij z mednarodno udeležbo, Maribor, 16.-18. april, 2015. KREBS, Bojan (ur.), IVANECZ, Arpad (ur.). *Zbornik predavanj*. Maribor: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, 2015, str. 6-7. [COBISS.SI-ID 83041025]

SARTELLI, Massimo, MOORE, Frederick A., ANSALONI, Luca, SAVERIO, Salomone Di, COCCOLINI, Federico, GRIFFITHS, Ewen A, COIMBRA, Raul, AGRESTA, Ferdinando, SAKAKUSHEV, Boris, ORDOÑEZ, Carlos A, ABU-ZIDAN, Fikri M, PINTAR, Tadeja, REMS, Miran, et al. A proposal for a CT driven classification of left colon acute diverticulitis. *World journal of emergency surgery*, ISSN 1749-7922, 2015, vol. 10, no. 3, str. 1-9. http://www.wjes.org/content/pdf/1749-7922-10-3.pdf, doi: 10.1186/1749-7922-10-3. [COBISS.SI-ID 2153132]

SARTELLI, Massimo, REMS, Miran, et al. WSES guidelines for management of Clostridium difficile infection in surgical patients. *World journal of emergency surgery*, ISSN 1749-7922, avg. 2015, vol. 10, no. 38, 23 str., doi: 10.1186/s13017-015-0033-6. [COBISS.SI-ID 84193281]

Bilten-ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. **Rems, Miran** (član uredniškega odbora 2011-). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1994-. ISSN 1318-2927. [COBISS.SI-ID 38942208]

European surgery. **Rems, Miran** (član uredniškega odbora 2006-). Wien: Blackwell Wissenchafts-Verlag GesmbH. ISSN 1682-8631. [COBISS.SI-ID 512198937]

PREDAVANJA – aktivne udeležbe

Andoljšek M Posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe- Adria (37.IATROSSKI). Kranjska gora: 13.02.2015.

Andoljšek M. Calcaneal fractures – predicting and avoiding complications. AOTrauma Course – Advanced principles of Fracture management. Brdo pri Kranju 30.09. – 03.10.2015

Andoljšek M. Summary and case-based comments on Tibia, Pilon and Calcaneus. AOTrauma Course – Advanced principles of Fracture management. Brdo pri Kranju 30.09. – 03.10.2015

Andoljšek M. Case example: calcaneal fracture. AOTrauma Europe Masters Course – Foot and Ankle with Anatomical Speciments. Dresden, Germany 07-08.10.2015

Andoljšek M. Calcaneal fractures. Case presentation and discussion: focus on problems and complications. AOTrauma Europe Masters Course – Foot and Ankle with Anatomical Speciments. Dresden, Germany 07-08.10.2015

Andoljšek M. Principles of subtalar fusion. AOTrauma Europe Masters Course – Foot and Ankle Reconstruction. Dresden, Germany 09.10.2015

Andoljšek M 7. Goriški travmatološki dnevi. Aktualni pogledi na zdravljenje sklepnih in obsklepnih poškodb zgornje okončine. Nova Gorica 16-17.10.2015

Kovač M AO TRAUMA COURSE ADVANCED PRINCIPLES OF FRACTURE MANAGEMENT BRDO PRI KRANJU - Tibial shaft fractures 30.09.2015 3.10.2015

Kovač M GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI NOVA GORICA - Luksacijski zlomi komolca, Zlomi zgornjega dela nadlahtnice-smiselnost uporabe ramenske endoproteze 16.10.2015 17.10.2015

Pšenica J Distal humerus – intraarticular fractures and complications. Advanced principles of fracture management.Brdo pri Kranju 30.9 - 3.10.2015.

Pšenica J, Kovač M, Rupar P, Osteotomija po zlomu koželjnice – Kdaj in zakaj 7. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica 16.- 17.10.2015.

Rupar P.M.Kovac.*Izpah rame*. 37. Iatrosski:posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov.Kranjska Gora. 13. 02. 2015

Rupar P.*Thoracic injury*. ATLS Advanced Trauma Life Support course.Sežana.16.-18.4.2015

Rupar P. *DVT prophylaxis*. Advanced principles of fracture management.Brdo pri Kranju 30.9. - 3.10.2015.

Rupar P. *Zlomi glavice radiusa pri otroku.* 7. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica 16.-17.10.2015.

Rupar P. *Rupture distalne tetive bicepsa.* 7. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica 16.-17.10.2015.

Silvester T World Arthroplasty Congress, Pariz, 16.-18.4.2015 : poster Jumbo Cup – Its Role in Acetabular Revision

Silvester T SEEFORT Congress, Dubrovnik, 23.-25.4.2015 : Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocol in Total Joint Arthroplasty

Silvester T 16th EFFORT Congress, Praga, 27.-29.5.2015 : Jumbo Cup – Its Role in Acetabular Revision

Silvester T Srce in duša – strokovno srečanje, Portorož, 11.-12.9.2015 : vabljeno predavanje Kako biti zdravnik in vodja.

Studen Pauletič P 17.-20. junij 2015, Ljubljana: EUPSA Slovenia 2015, 16th European Congress of Paediatric Surgery, poster: Satisfaction with working conditions in paediatric surger in Slovenia

Studen Pauletič P 2. oktober 2015, Ljubljana: Ileokolična invaginacija in druge invaginacije pri otroku, predavanje: Invaginacije – izkušnje v SB Jesenice 2010-2015

Studen Pauletič P 19.-20. november 2015, Sarajevo: II. Kongres dječjih hirurga Bosne i Hercegovine sa medunarodnim učešćem, predavanje: Minimally invasive surgery and invagination treatment in children

Studen Pauletič P 3. december 2015, Jesenice: Srečanje gorenjskih pediatrov – Bolečine v trebuhu pri otrocih; predavanje: Elektivne operacije otrok v SB Jesenice

Štirje naši kolegi kot inštruktorji redno predavajo na ATLS tečajih doma in v tujini. Poleg tega imamo inštruktorja tudi na artroskopskem tečaju, na tečaju ETC in ALS in v okviru raznolikih društev. 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.

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. 2015

Hospitalno smo v letu 2015 operirali 3760 pacientov. V preteklih letih smo pacientom pošiljali anketo, ki jo je vrnilo manj kot polovica pacientov, pa tudi odgovori so bili bolj opisni kot uporabni. V tem letu smo si zadali cilj da pripravimo spletno anketo, ki smo jo tudi poenostavili, da ni možno pretirano število odgovorov in interpretacij. Anketo smo pripravljali celo leto. Uporabne rezultate pričakujemo v letu 2016. Smo se pa v letu 2015 usmerili v natančno analizo hospitalnih infektov. Skupno smo našteli 94 primerov kar predstavlja 1, 8 % vseh operiranih pacientov. Največ infektov je bilo na abdominalnem odseku 54, na travmatološkem 27 in na ortopedskem 16.

Opažamo, da so merila za infekt med odseki različna zato bomo vsak tak primer obravnavali individualno in ga sproti predebatirali na jutranjih raportih. Uskladiti moramo merila in poskrbeti, da nam podatki oz. pacienti ne odidejo na zdravljenje drugam.
Poleg škode, ki jo utrpi bolnik zaradi po operativne infekcije je zanimiva tudi škoda za bolnišnico. Ta se kaže predvsem v bistveno daljši ležalni dobi takih pacientov. 94 pacientov z infekcijo je ležalo skupaj 2540 dni, kar je v povprečju 27 dni na primer.

6.2 DNEVNA BOLNIŠNICA – ODKLONI OD KLINIČNIH POTI

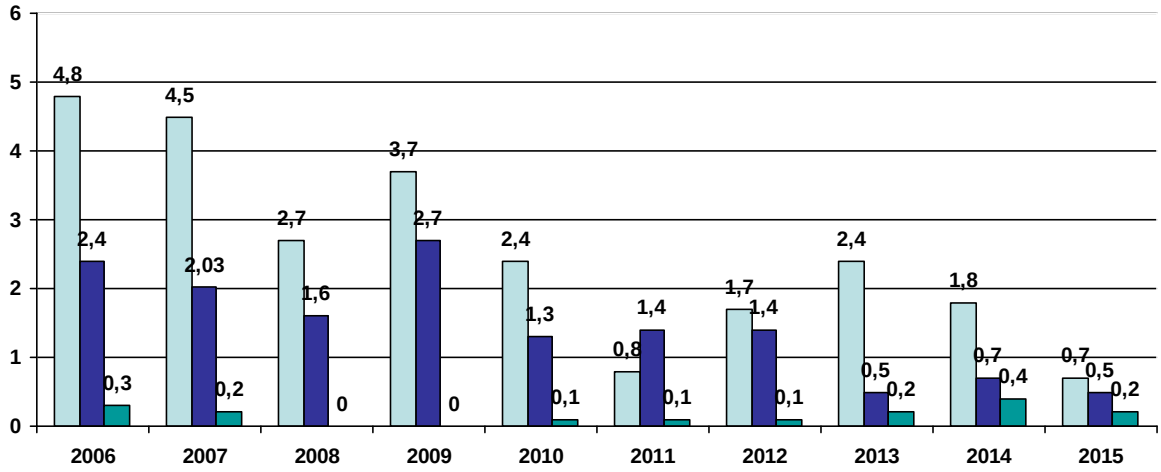
Obdobje od 1. 1. – 31.12. 2015

Tabela 7: premestitve in zapleti na dnevnem oddelku

Vzrok premestitve v hospital	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Anesteziološki: bolečina	2	3	0	0		3	2
Vrtoglavica, slabost	8	10		1	2	6	1
Kirurški: obsežnejši poseg	12	8	2	7	6	5	2
Krvavitev, hematom	8	3		2	2	3	2
Medicinski: drugo			1	1	2	2	
Motnje ritma, bol. v prsih	2	1	4	5	9	1	1
Soc. indikacija: sam doma	1	1	2	1	1	0	1
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%	9-0,7 %
Zapleti doma							
hematom	7	4	7	3	2	**3**	**2**
Bolečina	19	7	6	10	3	**3**	**1**
Drugo	2	3	2	2	1	4	1
Ponoven sprejem - infekt	0	1	1	1	2	4	1
Vsi pac. – delež odklonov	1025 - 6,4 %	1086 - 3,8 %	1076 – 2,3 %	1026 – 3,3 %	1037 – 3,1 %	1270 – 2,9 %	1155 – 1,8 %

ODKLONI DB skupaj: 1,8 %

Dnevna bolnišnica deluje vzorno. Vsekakor jo je smiselno povečati. Vsi posegi v dnevni bolnišnici so opravljeni po klinični poti. To je možno prenesti tudi v bolnišnico, saj je med kliničnimi potmi veliko stičišč. Delo je po začetnih težavah kasneje bolj usklajeno, predvidljivo.



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

Ukrepi:
Stanje je zadovoljivo in ne odstopa od preteklih let. V dnevni bolnišnici se, zaradi bistveno krajše čakalne dobe kot v bolnišnici, lotevamo vedno zahtevnejših pos
egov. 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.

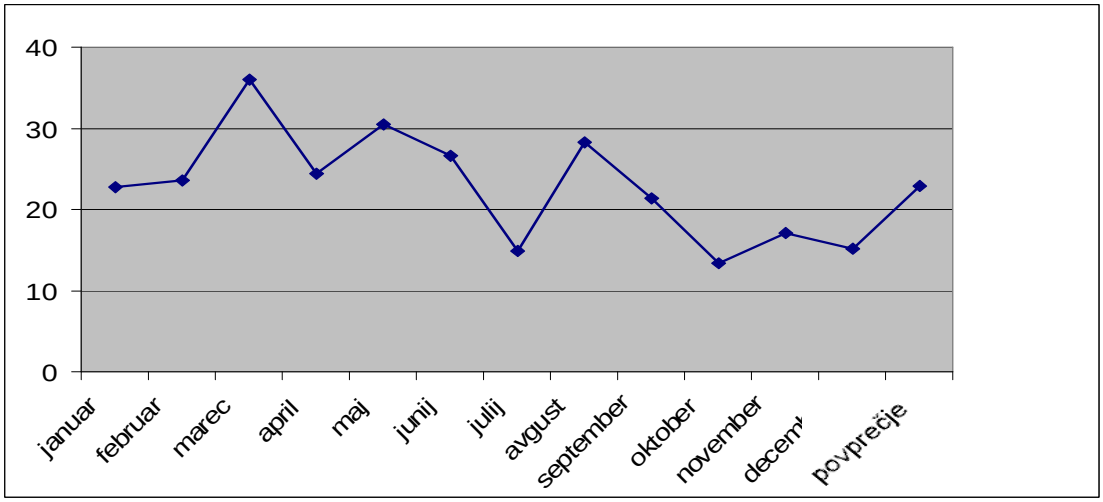
6.3 ODPUST – ČAS OD ODPUSTA DO POSLANE ODPUSTNICE

Obdobje od 1. 1. do 31.12. 2015
Skupno število pacientov oz. odpustnic 6190.

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 8: Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice

Leto	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Januar	94 ur	50 ur	85 ur	84 ur	65 ur	22 ur	23 ur
Februar	63	74	95	96	52	23	24
Marec	89	60	67	65	38	36	34
April	77	70	79	81	39	25	25
Maj	80	47	57	49	49	30	29
Junij	98	63	47	74	46	28	27
Julij	34	61	54	42	29	15	14
Avgust	48	72	61	46	19	29	28
September	61	72	53	48	39	21	20
Oktober	59	68	37	63	39	13	14
November	48	67	56	47	35	17	18
December	45	88	62	43	40	15	14
Povprečje	66,33 ur	66,00 ur	62,81 ur	61,5 ur	43 ur	22,8 ur	21,4 ur



Graf 10: Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice

Stanje tega kazalnika je zadnji dve leti ustaljeno. 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 z stalnim nadzorom nad nezaključenimi popisi in razdelitvijo oddelčnih administratork po strokah. Ker 95 % 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.

6.4 SMRTI HOSPITALIZIRANIH PACIENTOV

Obdobje od 1.1. – 31.12. 2015

Tabela 9: Skupno število umrlih pacientov

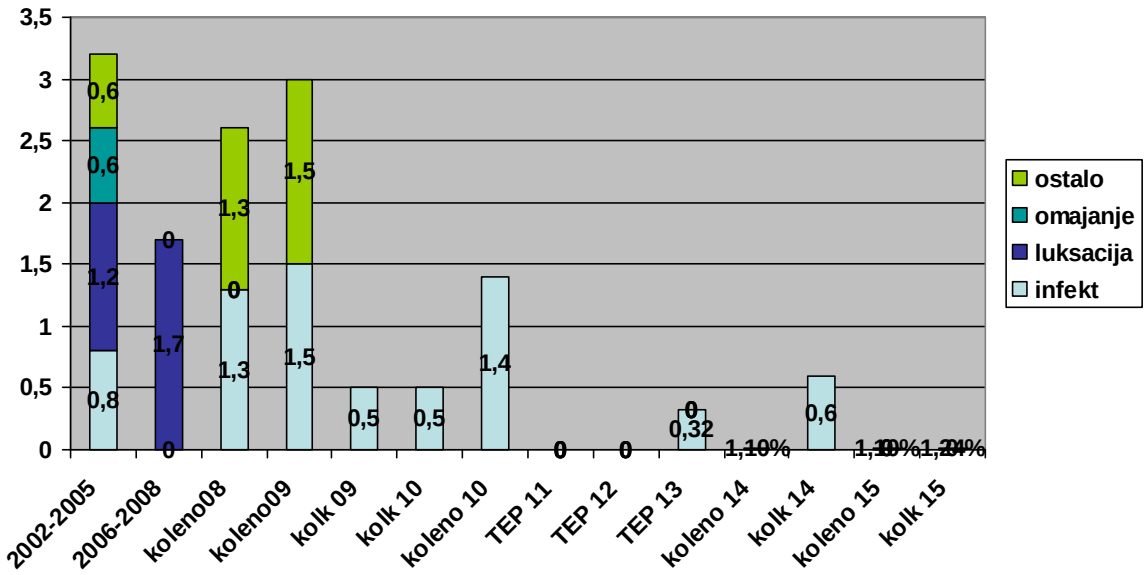
Leto	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pričakovane smrti	94 - 1,7 %	97 - 1,6 %	61 -1 %	52 - 0,8 %	39 - 0,65 %	33 - 0,53 %	31 - 0,60 %
Nepričakovane smrti	22 - 0,4 %	7 - 0,1 %	7 - 0,1 %	6 - 0,1 %	13 - 0,2 %	18 - 0,29 %	20 - 0,23 %
Skupaj	116 - 2,1 %	104 - 1,7 %	68 - 1,1 %	58 - 0,9 %	52 - 0,87 %	51 - 0,83 %	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 SBJ ne le na kirurgiji. Ne upoštevamo pa eventualnih pomanjkljivosti zdravljenja pred prihodom v SBJ. Vse smrtne primere obravnavamo na kirurškem konziliju. Zapletene primere vedno obravnavamo več strokovno. Boljši je jutranji raport, boljša predaja službe. Septični primeri gredo čimprej v EITOS ali če je potrebno, na operacijsko mizo. Sepsa je tudi glavni končni razlog smrti. Praviloma je razlog za njo predhodna bolezen, redko poškodba. Hitra agresivna reakcija je edina možnost za uspeh. Že nekaj ur zamude je lahko usodno.
Vedno skupno odločimo ali je potrebna avtopsija, ali ne. Ko dobimo rezultate le te, ponovno primerjamo naše diagnoze z obdukcijskimi in analiziramo morebitne napake.

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

6.5 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 161 primarnih popolnih artroplastik kolka in 178 primarnih artroplastik kolena. Zabeležili smo dva primera zgodnjega zapleta oz. infekta Tep kolka, ki je potreboval ponoven poseg(1,24 %). Zabeležili smo dva infekta primarne TEP kolena (1,1 %).



Graf 11: Odstotek pacientov z zgodnjimi zapleti primarnih TEP kolka in kolena 2002 – 2015

6.6 ČAS OD SPREJEMA DO OPERACIJE PACIENTOV Z ZLOMOM KOLKA

Ministrstvo za zdravje je pred 2 leti kot kazalnik kakovosti uvedlo merjenje časa med zlomom kolka pri starejših od 65 let in operativno oskrbo le tega.
V letu 2015 smo sprejeli 185 pacientov zaradi tovrstne poškodbe. 98 jih je bilo v predelu trohanternega masiva, 87 pa v predelu vratu stegnenice. 85 % smo jih oskrbeli znotraj 48 ur po sprejemu, več kot pol pa prvi hospitalni dan. Samo 35 od teh je bilo mlajših od 65 let.
Težava je predvsem v tem da vedno več starostnikov prejema eno od zdravil proti strjevanju krvi in da novejša tovrstna zdravila nimajo antidota.

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. 2013 tega ni bilo,zato so nam čakalne vrste zopet narasle na nemogočih 3347 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, v letu 2015 pa so se te ponovno povečale za skoraj 400 pacientov.
Delovni pogoji ostajajo enaki – komaj zadostni. Mi smo naredili že skoraj vse. Rezerve smo postrgali. Sedaj pričakujemo vlaganja, predvsem v kadre, opremo in delovne prostore. Kirurgija z ortopedijo za varno in kakovostno delo potrebuje vsaj 24 specialistov, nov operacijski blok in 6500 primerov, od katerih bo najmanj 80 % operiranih. Medicina je servis prebivalcev Gorenjske in ta servis je v primerjavi z drugimi regijami podhranjen na vseh ravneh.

Analiza realizacije ciljev za leto 2015:

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

Cilji za leto 2016:

1. Povečati število neopredeljenih primerov za vsaj 300.
2. Povečati število in usposobljenost kadra.
3. Nadomestiti zastarelo in dotrajano opremo.
4. Prenoviti vsaj kakšen oddelek in zdravniško sobo.
5. Zagnati operacijske dvorane urgentnega bloka.
6. Ponovno začeti načrte za gradnjo novega OP bloka.
7. Promovirati idejo o gradnji nove Splošne Gorenske bolnišnice.

Nedokončani cilji za leto 2015 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 ni predvidenih kadrovskih okrepitev med kirurgi, potrebne pa so pri skoraj vseh profilih od katerih je storitev kirurgije odvisna : instrumentarke in opercijski MT, anesteziologi, anestezijski tehniki, DMS in SMS na oddelku in v ambulanti, fizioterapevtke in fiziater.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA KIRURŠKEM ODDELKU

Zorica Panić, dipl. m. s.
Glavna medicinska sestra kirurške službe

UVOD

V letu 2015 smo si na oddelkih kirurške službe poleg ostalih nalog za cilj zastavi tudi nekatere varčevalne ukrepe. Tako smo zmanjšali stroške na pacienta, med tem, ko istočasno nismo znižali standardov zdravstvene nege na kirurškem oddelku. Za leto 2016 smo si za cilj zadeli varno in kakovostno obravnavo pacienta.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

Leto 2015 je bilo zaznamovano z kadrovskimi zamenjavami tako smo leto zaključili s 13 diplomiranimi medicinskimi sestrami in 39 tehniki zdravstvene nege. Tekom leta je bilo zaradi porodniškega dopusta in daljše bolniške odsotnih 9 medicinskih sester, 6 diplomiranih medicinskih sester in 1 tehnik zdravstvene nege, ki je dal odpoved delovnega razmerja, 1 tehnik zdravstvene nege je bil po končanem šolanju prerazporejena na drugo delovne mesto. Zaposleni na oddelkih kirurške službe so mladi, zaradi česar je vodenje usmerjeno v pomoč pri pridobivanju delovnih izkušenj in odpravljanju pomanjkljivosti, ki se v starejših kolektivih ne dogajajo. Menjave zaposlenih se bolj občutijo pri diplomiranih MS, kjer je zahtevnost dela nekoliko večja. Poleg tega pa delovno mesto zahteva tudi usmerjanje dela tehnikov zdravstvene nege, kar pri nekaterih sodelavkah povzroča kar nekaj težav.

Zaposleni v kirurški službi so se internih strokovnih izobraževanj in delavnic udeleževali redno, saj smo mnenja, da se le s sprotnim izobraževanjem lahko izboljša kvaliteta dela v timu. Zaposleni smo tudi aktivni člani projektnih skupin za preprečevanje padcev, preprečevanje razjed zaradi pritiska, pripravo dokumentacije v zdravstveni negi, projektni skupini za pripravo in izdelavo standardov, v timu za raziskovanje, projektni skupini za zasebnost, projektni skupini za prehrano.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

V letu 2015 je kirurška služba obravnavala 4.304 pacientov, od tega smo beležili 14 % pacientov I. kategorije, 59 % pacientov II. kategorije in 27 % III. kategorije. Oddelke je bil s pacienti III. kategorije najbolj obremenjen v mesecu januarju, aprili in maju 2015. Kategorija potreb pacientov v letu 2015 je zelo podobna kot v letu 2014.

1.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO

V letu 2015 je bilo na kirurškem oddelku izvedenih 72 planiranih razgovorov s pacienti pred operacijo resekcija raka na debelem črevesu in želodcu. V primerjavi z letom 2014 beležimo porast (+5) 29 obravnav z stomisti in njihovimi svojci, saj je bilo na abdominalnem odseku izvedenih 58 ur zdravstveno vzgojnega dela. Prav tako je bilo 324 pacientov pripravljenih na TEP kolka ali TEP kolena s predoperativno šolo.

Izvajalo se je tudi zdravstveno vzgojno (ZV) delo na področju subkutane aplikacije antikoagulantne terapije v domačem okolju in sicer na travmatološkem odseku 35 ur, na abdominalnem odseku 10 ur in na ortopedskem odseku s 25 ur. Skupaj je bilo izvedenih 70 ur ZV.

1.3 KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

V letu 2015 je bilo na kirurškem oddelku obravnavanih 506 pacientov z oteženim odpustom. Od tega je bilo 128 podaljšanih okrevanj na OZZN. V 118 primerih smo pomagali pri urejanju pomoči na domu. Urejanja prvih domskih namestitev je bilo 68.

Patronažni službi je bilo posredovanih 179 obvestil službi zdravstvene nege, 63 obvestil v domove za starostnike in 2 obvestil ob premestitvah v druge ustanove. Prav tako je bilo je bilo organizirano srečanje ILCO društva za stomiste in njihove svojce.

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 2014) • izvajati delavnice o razkuževanju rok • vzpostaviti učinkovit sistem obračanja pacientov • vzpostavljene zadolžitve zaposlenih za spremljanje stanja in odpravljanja pomanjkljivosti na posameznih aparatih, pripomočkih ali materialu, ki se uporablja na oddelku
Realizacija	• evidentiranih je bilo 27 padcev pacienta (cilj 15).Cilj nismo dosegli. Enako število padcev kot leta 2014. • pridobljenih je bilo 15 RZP(cilj 14), torej cilj nismo dosegli. • V primerjavi z letom 2014 smo zabeležili porast (+10) primerov pridobljenih, prenešenih MRSA. Od tega 44 primerov prinešenih MRSA (+ 13) in 7 primerov prenesenih MRSA (+4). V kirurški službi smo v letu 2015 odvzeli 739 nadzornih brisov za MRSA, 396 nadzornih brisov za ESBL in 440 brisov za VRE, 379 nadzornih brisov za acinetobakter, ter 25 nadzornih brisov za CREOXA 69. • Izvedeni so bili nadzori nad aktivnostmi ZN in ukrepe pri posameznih aktivnostih: PVU: *delež skladnosti kriterijev pri pacientih s posebnim varovalnim ukrepom je 83,4 (v mesecu marcu 80,88%, v mesecu novembru 88,82%). Rezultat je nekoliko slabši kot leta 2014 in sicer za 14%. Kot ukrep je izvedena bila učna delavnica pravilna postavitev varovalnih pasov na posteljo. Delež skladnosti izpolnjevanja* dokumentacije pri uporabi posebnega varovalnega ukrepa 94 % (v mesec maju 91 %, v novembru 96 %). Rezultat je v primerjavi z letom 2014 boljši, za 5 %. *PREVENTIVA RZP: 85,7%, oskrba kronične rane 93,9 % in oskrba akutne rane 94%. RAZDELJEVANJE ZDRAVIL 93,6 % kar je 22,6 % bolje kot lani. Do odstopanj največkrat prihaja ker MS ne razloži pacientu namena uporabe vsakega zdravilo, kar pri pacientih povzroča zmedo.* • Izveden je bil nadzor nad razkuževanjem rok na oddelku. Skladnost razkuževanja je bila: 84,5 % • Izvedena je bila delavnica o razkuževanju rok na oddelku. Delavnice s preverjanjem so izvedli promotorji. Prav tako so bili izvedeni 3 nadzori nad izvajanjem čiščenja in razkuževanja površin v kirurški službi.
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 oddelku pri prevezi rane • mikroorganizacija na krg. oddelku
Realizacija	• prenovili 3 klinične poti • izvedeno je bil mesečen nadzor nad dokumentacijo in skladnost dokumentiranja je 92 % • prenovljen proces ZN je v uporabi in prav tako dogovorjene negovalne diagnoze • izvedba delavnice Dokumentiranje v zdravstveni negi • spremembe pri prevezi rane so bile izvedene delno. Vsi zaposleni so se udeležili učne delavnice preveza rane, ki je bila izvedena v skupni izvedbi z koordinatorjem kronične rane. Še vedno pa nismo prostorsko izvedbi spremembo namembnosti sobe 7 na travmatološkem odseku (prevezovalnica) • 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 Realizacija	• udeležba zaposlenih na izobraževanjih po planu izobraževanj • 1 aktivna udeležba na eksternih izobraževanjih • izvedba učne delavnice • izvajanje letnih razgovorov z zaposlenimi
	• udeležba na izobraževanjih ni bila v celoti izvedena po planu. Realizacija planiranih izobraževanj pogosto ni bila izvedena zaradi bolniških odsotnosti zaposlenih. Eksternih izobraževanj je bilo 13 in internih 22. • imeli smo 6 aktivnih udeležb, zato smo dosegli cilj • izvedeni sta bili 2 kirurški učni delavnici in s tem dosegli cilj. Prav tako sta se 2 tehnika zdravstvene neg izobraževala v EITOS (po 14 dni kroženja). • Uspešno sta zaključili FUNCIONALNO IZOBRAŽEVANJE V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI 2 diplomirani medicinski sestri IN pridobili naziv **ENTEROSTOMALNI TERAPEVT** • zaposleni kirurške službe smo sodelovali na 3 vzročno posledičnih konferencah • izvedenih je bilo 5 letnih razgovorov

3 ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTOV

Še vedno nismo realizirali (se vlečejo iz leta 2014) oziroma niso 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, dokumentiranje v ZN in bolnišničnih okužb.

Tabela 1: Nivo izvedbe VV/VR, ukrepe in učinkovitost ukrepov

Nivo izvedbe	**Število VV/VR**	**Število ukrepov**	**Učinkovitost**
Leto izvedbe	1-12 2015	1-12 2015	1-12 2015
Koordinatorica ZN na krg.odd.	40	111	92 %
Odgovorne MS odd.	65	180	94 %
Predstojnik oddelka in koordinatorica ZN	2	5	97 %

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE

Danica Čop, dipl. m. s.
Koordinatorica zdravstvene nege v operativni dejavnosti

UVOD

V letu 2015 smo operacijske medicinske sestre praznovale okrogli jubilej. Izšel je zbornik ob 40. obletnici sekcije. Je poklon vsem operacijskim medicinskim sestram, ki so si skozi desetletja prizadevala za razvoj, napredek in prepoznavnost. Je poklon tudi vsem, ki še vedno dan za dnem preživimo ob operacijski mizi in si prizadevamo za varno in kakovostno oskrbo pacientov, čeprav naša imena niso nikjer omenjena in pacienti ne poznajo naših obrazov. Prišlo je tudi do zamenjave koordinatorice v operativni dejavnosti. Pričeli smo z novo operativno dejavnostjo, kirurškimi žilnimi posegi (implatiranje pacemakerja in TEA - trombendarterektomija), ki se za enkrat izvajajo v popoldanskem času.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Tabela 1: Kadrovska struktura v primerjavi z leti od 2011 do 2015

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Dipl.m.s	11	14	14	12	14
Dipl.m.s. bolniška	1	0	0	4	2
Dipl.m.s. porodniška	1	0	0	3	3
TZN	8	6	6	5	6
TZN bolniška,porodniška	0	1	0	0	0
Koordinator - TZN	1	1	1	1	1
Študent	0	0	0	0	0
Študij ob delu	1	1	0	0	1

1.1. REALIZACIJA CILJEV

Tabela 2: Realizacija izobraževanja v letu 2015

Cilj	**Pridobivanje in obnavljanje znanja zaposlenih v op. bloku**	**Realizacija**
Aktivnosti	Izobraževanja v okviru SBJ – po planu izobraževanj SBJ za področje ZN Obvezna izobraževanja v okviru SBJ – po planu	Delno Realizirano
	Zunanja izobraževanja po planu enote za leto 2015	Delno Aktivne udeležbe ni bilo
	Mentorstvo za novo zaposlene v enoti	Uvajanje štirih DMS in 1 zdravstvenika
	Obisk bolnišnic po Sloveniji	KC LJ - kardiovaskularna
	Izobraževanja in delavnice znotraj enote	Delno
Evalvacija	- zunanja izobraževanja so bila zaradi nemotene izvedbe programa operacij delno realizirana, prav tako v okviru SBJ, - poročila po izobraževanju - uvajanje novo zaposlenih (OPMS za »mizo« in novo zaposleni!)	

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Tabela 3: Kazalniki kakovosti in kultura varnosti

Cilj	**Varna obravnava pacienta v op. bloku** **Dvig varnostne kulture v op. bloku** **Varnost zaposlenih v op. bloku**	**Realizacija**
Aktivnosti	Beleženje neljubih dogodkov, padci pacientov	Padci 0
	Spremljanje neljubih dogodkov v komuni. z oddelkom	Ni vpisov
	Izvajanje kirurškega varnostnega sistema	Izvajanje v el. obliki
	Aktivnosti za varno delo zaposlenih (ustrezni pripomočki za delo, zaščitna sredstva, varni pogoji dela)	Nadzor in spremljanje, zamenjava dotrajanih pripomočkov
	Pregled in revizija protokolov in navodil za delo v perioperativni ZN	SOP NA OP 2 V3, V4 OBR ZN9 Paraf zaposlenih Os. izkaznica op. bloka
	Mesečne kontrole izpolnjevanja pacientove dokumentacije – List perioperativne ZN ali KP	1x mesečno, 10 dokumentacij
	Zunanjapresoja	Zunanja presoja 15.5.2015
	Število VV/VR – 18 od 24	Delno
	Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti	Zabeleženi 4 odkloni: - izguba aparata Vivano - histološki preparati - centralna sterilizacija - tehnični
Evalvacija	- vnašanje KKV v elektronski obliki samo 30 % - VV/VR-nerealizirano - zabeleženo majhno število odklonov	

3 VARNOSTNE VIZITE / RAZGOVORI

Najpogosteje izpostavljeni problemi:

- zagotavljanje kakovosti in varnosti za paciente
- sodelovanje s CS
- dokumentiranje

Tabela 3: VV/VR

Nivo izvedbe	**Št. VV/VR**	**Št. ukrepov**	**Št. uspešno izv.ukrepov**	**Učinkovitost**
Koordinatorica ZN	9	13	10	77 %
OPMS enote	5	12	11	91 %
Predstojnik in koordinatorica	0	0		
Skupaj	14	25	21	84 %

4 ZAKLJUČEK

V letu 2015 smo opravili 207 operacij več kot v letu 2014 (brez dodatnega programa). Vsako leto pa je trend preseganja programa za 10 %.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

- Popraviti oziroma dopolniti matriko znanj.
- Izvesti letne razgovore z vsemi zaposlenimi.
- Obnoviti, popraviti popise inštrumentov na setih in obnoviti slikovno gradivo kot učni pripomoček za novo zaposlene in pomoč v CS.
- Dosledno vnašanje KKV v elektronsko obliko.
- Izvedba ciljanega izobraževanja zaposlenih 1x tedensko.
- Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih.
- Večje število varnostnih vizit in beleženje odklonov.
- Pregled standardov kakovosti.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA DNEVNEM ODDELKU

Helena Dolžan Lindič, dipl. m. s.
Koordinator primera

1 PREGLED DELA V LETU 2015

Na dnevni oddelek je bilo sprejetih v obravnavo 1169 pacientov. Na matični kirurški oddelek je bilo zvečer oziroma čez noč premeščenih 14 pacientov in sicer iz različnih kirurških, anesteziioloških in drugih medicinskih vzrokov. V času zimskih, prvomajskih poletnih in jesenskih počitnic je bil oddelek nekaj tednov zaprt.

2 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

Izvedenih je bilo več aktivnosti za obnovitev standardov kakovosti in prizadevanj za izboljšanje kakovosti in varnosti pri delu s pacienti. Spremljali smo kazalnike kakovosti in odklone, popravili oziroma dopolnili smo že uporabljene obrazce in navodila.
Na novo smo pripravili navodila pacientom po sterilizaciji. Vse klinične poti, ki se na oddelku uporabljajo, so bile ponovno pregledane, se pa še popravljajo in dopolnjujejo. Izobraževanja zaposlenih so redno tekla v bolnišnici in izven nje. Sodelovali smo v različnih projektnih skupinah.

2.1 POROČILO O ZASTAVLJENIH IN IZVEDENIH CILJIH

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

1. CILJ: vzpostaviti sistem, ki zmanjšuje tveganje pri predpisu, aplikaciji in shranjevanju zdravil	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: upoštevati navodila in protokol, ki veljajo v SBJ, poročanje o napakah in odklonih, redni strokovni nadzori nad aplikacijo predpisovanjem,shranjevanjem zdravil, opazovanje pacienta po aplikaciji zdravila, nadzori nad izpolnjevanjem dokumentacije izvajanje zdravstveno vzgojnega dela na področju subkutane aplikacije antikoagulantne terapije doma	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 večkrat motena s strani svojcev, obiskovalcev na DO in telefona. Po aplikaciji premedikacije obvezen nadzor nad pacientom. Antikoagulantno terapijo doma dobijo skoraj vsi pacienti po artroskopiji in operaciji krčnih žil.
EVALVACIJA: število odklonov in napak, rezultati nadzorov	Poročila o izpolnjevanju dokumentacije so bila oddana vsak mesec; 15 x je bilo zdravilo nepravilno predpisano, MS pa je bila vsaj 30 x 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) , vzročno posledične konference, sodelovanje v projektnih skupinah (za padec, za zagotavljanje zasebnosti, za higieno, raziskovalna skupina)	Varnost skušamo zagotavljati tudi s pomočjo varn. 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 pac. stanje po op. posegu. Padca v tem letu ni bilo nobenega. Priključili smo se ambulantnemu timu na izobraževanju o umivanju in razkuževanju rok in ravnanju z odpadki. 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 število udeleženih na konferencah , delavnica o kulturi varnosti	31 varnostnih vizit smo izvedli. MS se je udeležila vseh vzročno posledičnih konferenc, ki so bile organizirane v bolnišnici. 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. Navodila pacientom za sprejem in odpust so bila ponovno pogledana. Pripravili pa smo še nova navodila pacientom po vazektomiji. Klinične poti se še popravljajo oz. dopolnjujejo
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,

	samega dokumenta pa tudi ne bi spremenili oziroma neizpolnjenih rubrik dopolnili (polja kljub opozorilu 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 v bolniški sobi ali v ambulantnem prostoru.
EVALVACIJA: zagotovljena je zasebnost in zadovoljstvo pacientov	Pacienti so zadovoljni s potekom obravnave in tudi z zagotav. zasebnosti (anket. vprašalnik).
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 in popravili smo skupaj obstoječ standard. Predaja teče po SOP, motena pa je zaradi prihoda pacienta iz op, zvonenja telefona, prihoda obiskovalca na oddelek.
EVALVACIJA: nadzor in poročilo nad izvajanjem predaje oz upoštevanjem SOP (april,maj, okt., nov.)	Predaja pacienta teče na oddelku, v oper. 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 izobr., ki so jih pripravili naši zaposleni. Po izobraževanju smo pripravili poročila. Posamezniki se aktivno vključujemo tudi v različne proj. skupine v bolnišnici: skupina za raziskovanje , skupina za boln. higieno, skupina za varovanje zasebnosti pacienta, skupina za padce, skupina za POCT.
EVALVACIJA: na osnovi letnih razgovorov pripravljena shema izobraževanj in matrika znanj.	Udeležili smo se 19 internih izobraževanj. Sodelavci so zainteresirani za pridobivanje novih znanj. Pasivno smo sodelovali na Boškinovih dnevih.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3.1 POROČILA VARNOSTNIH VIZIT / RAZGOVOROV

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	31
Število izrečenih ukrepov	66
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	64 (96 %)

Problemi in zapleti, ki so bili največkrat izpostavljeni in zaradi katerih so bili izrečeni korektivni ukrepi so bili na področju bolnišnične higiene in razkuževanja rok, zagotavljanja zasebnosti pacienta. Zaradi varčevalnih ukrepov na oddelku ne bomo več uporabljali

identifikacijske zapestnice. Timska predaja službe na oddelku popoldan pa je bila večkrat motena: zaradi prihoda pacienta iz op, zvonenja telefona, prihoda obiskovalcev.
Dnevni test – kalibracija Philipsovega monitorja ni bila vpisana oz. podpisana. Kontrola roka veljavnosti zdravil in materiala se izvaja redno po predpisih in standardu. Za prevoz pacienta iz operacijske sobe se uporablja ležeči voziček brez ograjice (pri nemirnem pacientu to predstavlja dejavnik tveganja za padec). Voziček za pacientovo dokumentacijo je ostal odprt na hodniku oddelka. Kontrola temperature in vsebine hladilnika s hrano in z zdravili se izvaja redno in po predpisu. Pacient je imel neustrezno zdravstveno stanje in ni bil operiran na DK.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

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 IN DELOVNE TERAPIJE

Breda Pavlenč, dipl. fiziot.
Vodja fizioterapije

UVOD

Splošna bolnišnica Jesenice izvaja fizioterapevtsko dejavnost na primarni ravni (ambulantna dejavnost) in sekundarni ravni v obliki v okviru akutne in neakutne bolnišnične obravnave.
Izvedbo fizioterapevtske obravnave v bolnišnici opredeljuje upoštevanje temeljnih standardov fizioterapevtske prakse, Proces fizioterapevtske obravnave pacienta v SBJ, Proces fizioterapevtske obravnave ambulantnega pacienta v SBJ, priporočila strokovnega združenja, upoštevanje zakonskih zahtev ter upoštevanje internih aktov in določil SBJ.

1 MANAGEMENT V DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

V letu 2015 smo izvedli številne aktivnosti s področja zagotavljanja varne in kakovostne fizioterapevtske obravnave z upoštevanjem temeljnih načel kakovosti zdravstvene obravnave. Osredotočali smo se predvsem na načelo varnosti, učinkovitosti ter pravočasnosti. Izvedli smo številne aktivnosti na področju pridobivanja dodatnih znanj z realizacijo načrtno usmerjenega izobraževanja zaposlenih ter razvoja strokovnega področja

delovanja. Dosežen je bil napredek v organizacijskem smislu ter dosežena sistemska ureditev zagotavljanja izvajanja fizioterapevtske dejavnosti na bolnišničnih oddelkih.
Pridobili pa smo tudi nujno potreben fizioterapevtski prostor na Odseku za ortopedijo ter nadgradili program Perioperativne šole.

Tabela 1: Realizacija ciljev v letu 2015

CILJI	**REALIZACIJA**
1. Izobraževanje	Realizacija: **delna** Učinkovitost: cilj je **delno** realiziran
Pridobitev specialnega znanja.	Cilj je delno realiziran. V letu 2015 je ena fizioterapevtka opravila prvi del osnovnega tečaja za odrasle z nevrološko simptomatiko (Bobath).
Izvedba 2 izobraževanj v FT	Cilj je v celoti realiziran. Izvedli smo 2 izobraževanji: - Fizioterapevtska obravnava pri pacientih s KOPB - Terapevtske vaje pri bolečini v križu
Aktivna udeležba na strokovnem srečanju	Cilj ni realiziran
2. Prenova obstoječe in izdelava nove dokumentacije in protokolov	Cilj je **delno** realiziran. Spremenili ali na novo izdelali smo 28 primerov FT dokumentacije (Obrazci, protokoli, navodila pacientom, procesi)
3. Varnost in kakovost	Realizacija: **delna.** Učinkovitost: cilj **delno** realiziran.
Število varnostnih razgovorov	Izvedli smo 31 varnostnih razgovorov.
Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti v FA	Odklon ni bil prepoznan.
Razvijanje novih standardov in protokolov za področje fizioterapije	Ni realizirano.
Nakup nove opreme (laser, Bobath terapevt. miza, več funkcijski stimulator)	Nakup ni bil realiziran.
Redni servisi aparatov	4
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 42 rednih ter 4 izredne timske sestanke.
Dvakrat leto razširjeni sestanek z vodjema enote	Ni realizirano
4. Razvoj kadrov	
Št. izvedenih letnih razgovorov na št. zap.	Realizirano
Sprememba matrike znanja glede na letne razgovore	Ni realizirano

1.1 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

- Pridobitev novih terapevtskih prostorov:
  - Ambulantna dejavnost
    Preureditev administrativnega prostora v prostor namenjen izvajanju individualnih obravnav.
  - Bolnišnična dejavnost.
    Izgradnja novega prostora na Odseku za ortopedijo.
- Aktivno sodelovanje ter nadgradnja programa izvajanja Perioperativne šole TEP kolenskega in kolčnega sklepa.
- Aktivno sodelovanje pri konzultativnih pregledih fiziatra.
- Aktivno sodelovanje v projektnih skupinah.
- Pogovori o varnosti izvajanja fizioterapevtskih obravnav ter iskanje priložnosti za izboljšave.
- Uvedba dodatnega kazalnika kakovosti fizioterapevtskih storitev-Perioperativna šola.

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.
  Ambulantna dejavnost: Izvedena je bila poglobljena analiza zadovoljstva pacientov z izvedeno FT obravnavo v okviru izdelave diplomskega dela z naslovom Analiza kakovosti fizioterapevtskih storitev v SBJ. Ugotovljena je bila najvišja stopnja zadovoljstva pacientov s FT obravnavo (100 % najvišje zadovoljstvo pacientov s FT obravnavo).
  Bolnišnična dejavnost: Dosegamo 87,6 % najvišje stopnje splošnega zadovoljstva (pričakovana raven x = 90 %). Pri vseh posameznih ocenjevanih aktivnostih je bila presežena želena vrednost (x = 90 %).
  Nezadovoljstvo nad fizioterapevtsko obravnavo ni bilo izraženo.
- Kazalnik števila varnostnih zapletov med fizioterapevtsko obravnavo. Varnostnih zapletov nismo zabeležili.
- Uspešnost edukacije na Perioperativni šoli TEP kolčnega in kolenskega sklepa.
  Cilj: Doseganje vsaj 0,7 deleža doseženih najvišjih ocen pri opazovani aktivnosti
  Doseganje:
  Aktivnost: učenje usedanja (75%)
  Aktivnost: izvajanje aktivnih vaj za m. quadriceps (68%)
- Kazalnik števila varnostnih pogovorov za zagotavljanje varnosti pacientov.
  Izvedli smo 31 pogovorov o varnosti.
- Presoja FT procesa
  V letu 2015 je bila izvedena presoja procesa (ISO, DNV), neskladja in priporočila niso bila podana.

2 REALIZACIJA PLANA DELA

2.1 AMBULANTNA DEJAVNOST

V fizioterapevtski ambulanti smo v letu 2015 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	705	1,0
Število uteži	1216	1461,7	1,2

Poleg omenjenih 705 pacientov, smo v ambulanti obravnavali še 109 pacientov napotenih iz bolnišničnih oddelkov.

2.2 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

Na bolnišničnih oddelkih in enotah smo obravnavali 3921 pacientov, od tega 2309 na Oddelku za kirurgijo, 813 na Oddelku za interno medicino, 365 na Oddelku za pediatrijo, 177 na Oddelku za ginekologijo in porodništvo, v EITOSU 72 ter v ostalih enotah in oddelkih 185.

3 CILJI 2016

Tabela 3 : Cilji za leto 2016

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

STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE

Prim. Igor Rus, dr. med., spec. int. med.
Predstojnik službe

UVOD

V strokovnem poročilu je predstavljeno delo vseh oddelkov in enot, ki organizacijsko sodijo v okvir službe za interno medicino v letu 2015. 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; v okviru odseka je tudi enota za polintenzivno terapijo s 4 posteljami **(PIT).**
  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.
- 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 ima 75 standardnih postelj. Šest 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 2014 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 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).
Vsak četrtek je 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 tudi pisno beleženje predaje dežurnim zdravnikom.
Glavne vizite predstojnika so ob 8.00 uri: ob sredah na kardiološkem odseku in v IIT, ob četrtkih na gastroenterološkem odseku, ob petkih na endokrinološko–nefrološkem odseku. Pri vizitah aktivno sodeluje klinična farmacevtka, redno tudi nevrologinja in žal pa preredko tudi vodja centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med., spec. anest.,

Konec leta 2015 je bilo v okviru internistične službe redno zaposlenih 11 specialistov internistov, štiri manj kot leta 2000. V letu 2015 je kolegica uspešno zaključila specializacijo iz interne medicine in se pri nas zaposlila za nedoločen čas, celotno leto 2015 pa je mlajša kolegica koristila porodniški dopust, tako da je bilo celotno leto 2015 zaposlenih dejansko 9 specialistov. Poslovni direktor, ki je po stroki specialist internist-kardiolog opravlja dežurno službo in specialistično kardiološko ambulanto, strokovna direktorica zavoda, ki je po stroki tudi specialist internist-diabetolog pa opravlja delo v diabetološki ambulanti.
Od 11 specializantov interne medicine, zaposlenih za čas specializacije v SB Jesenice, so v leto 2015 v okviru programa specializacije krožila le dva, v drugi polovici leta pa smo lahko zaposlili sobno zdravnico. Leta 2015 so bili skoraj vsi na kroženju v UKC Ljubljana in Kliniki Golnik, oziroma so bili odsotni zaradi porodniškega dopusta, leta 2016 pa bodo k specialističnem izpitu pristopili štiri kolegi.
Kot že več zadnjih let še vedno večino dela v urgentni internistični ambulanti pod nadzorom specialista internista opravijo specializanti.
Zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja gastroenterologov – endoskopistov so se trije mladi zdravniki uspešno uvajali v endoskopsko dejavnost, kjer delajo enkrat tedensko pod mentorstvom, pet let starejši specializanti pa pod nadzorom opravljajo tudi delo v specialističnih ambulantah.
Glede na naraščajoč obseg dela predstavlja premajhno število specialistov internistov še vedno poglaviten problem oddelka. Rešitev je samo v zaposlovanju mladih specialistov po specialističnem izpitu, kot rečeno je bila v letu 2015 za nedoločen čas zaposlena mlajša specialistka, ki se usmerja v gastroenterologijo in v ultrazvočno diagnostiko trebušnih organov, leta 2016 pa bodo opravili specialistični izpit dva kolega in dve kolegici in zaposlitev njih bo nedvomno pripomoglo k rešitvi hude, večletne kadrovske zagate na internem oddelku.
Kljub zgoraj navedenim hudim kadrovskim težavam, pa je ves čas v letu 2015 potekalo 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 11 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 ter 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 2015 smo presegli načrtovani programom za 4,04 %. Pregled obsega dela je podan v Tabeli 1:

Tabela 1: Pregled opravljenega dela v bolnišnični dejavnosti

	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015	IND na načrt 2015	IND na leto 2014
Interni oddelek	3.320	3.320	3.454	104,04	104,04
- skupaj ZZZS	3.244	3.244	3.385	104,35	104,35
- ostali plačniki	76	76	69	90,79	90,79

Leta 2015 je bilo z oddelka za interno medicino odpuščenih 3.454 bolnikov. V UKC Ljubljana je bilo premeščenih 116 (leta 2014: 123), v PB Begunje 32 (leta 2014: 19), v Bolnišnico Golnik 19 (leta 2014: 20), v SB Izola 16 (leta 2014: 2), Bolnišnico Postojno 3, Onkološki inštitut Ljubljana 3 bolniki. (*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 (Splošna bolnišnica Izola, Splošna bolnišnica Celje, UKC Maribor) so bile na račun izvajanj invazivne diagnostike in zdravljenja žilnih bolezni. Sodelovanje s KO za intenzivno interno medicino (KOIIM) in KO za kardiologijo (KOK) je bilo tudi v letu 2015 kot leta poprej, več kot zelo dobro. Skupno število premeščenih bolnikov v druge ustanove zaradi potrebe po invazivni žilni diagnostiki in zdravljenju je bilo 196 (v letu 2015: 173) in se zadnja leta bistveno ni spreminjalo.
Leta 2015 smo znotraj bolnišnice opravili 154 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 iz internega odd	Št. premeščenih pacientov
UKC LJUBLJANA	116
SPLOŠNA BOLNIŠNICA ŠEMPETER	6
SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA	16
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	2
PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA	1
PSIHIATRIČNA BOLNICA BEGUNJE	32
ORTOPEDSKA BOLNICA VALDOLTRA	1
BOLNIŠNICA POSTOJNA	3
BOLNIŠNICA GOLNIK	19

Zastopanost posameznih obolenj in bolezenskih skupin pri bolnikih, zdravljenih na oddelku za interno medicino v letu 2015, je v glavnem tudi primerljivo z letom 2014 in leti poprej.

Tudi v letu 2015 so na prvem mestu po zastopanosti infektivne bolezni spodnjih dihal oziroma pljučnice, na drugem mestu po zastopanosti pa zastojna srčna odpoved.

Tabela 3: Najpogostejše glavne diagnoze pri vseh hospitaliziranih pacientih

Glavna diagnoza		**Št. pacientov**
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	218
I500	Zastojna srčna odpoved	155
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	147
R18	Ascites	90
I110	Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno	70
K703	Alkoholna ciroza jeter	70
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	66
K590	Zaprtje (konstipacija)	56
J189	Pljučnica, neopredeljena	52
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	49
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	42
I633	Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	40
I635	Možganski infarkt zaradi neopredeljene okluzije	39
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	39
R55	Sinkopa in kolaps	37
D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredelje	34
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučneg	33
D648	Druge opredeljene anemije	29
K8031	Kamen žolčnega voda s holangitisom, z obstrukc	29
N178	Druge vrste akutna ledvična odpoved	27
A419	Sepsa, neopredeljena	25
G459	Prehodni možganski ishemični napad, neopredelj	25
I200	Nestabilna angina pektoris	24
I634	Možganski infarkt zaradi embolije cerebralnih	24
D500	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitva	23
J690	Pnevmonitis zaradi vdihnjenja hrane ali izblju	23
K922	Gastrointestinalna krvavitev, neopredeljena	23
N179	Akutna ledvična odpoved, neopredeljena	23
I210	Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednje	21
J960	Akutna respiratorna odpoved	21

Tabela 3 prikazuje 30 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 2015. V *tabeli 7* je posebej prikazano število bolnikov, ki so bili leta 2015 zdravljeni zaradi akutnega srčnega infarkta (STEMI in NSTEMI).

Tabela 4: Najpogostejše glavne diagnoze pri hospitaliziranih pacientih starih od 0 do 65 let na internem oddelku v letu 2015

Glavna diagnoza		Št. pacientov
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	51
R18	Ascites	45
K703	Alkoholna ciroza jeter	37
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	31
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	23
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	19
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučneg	15
G35	Multipla skleroza	13
I211	Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje	13
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	10
G4090	Epilepsija, neopredeljena, niso v sklopu neobv	10
J189	Pljučnica, neopredeljena	10
K859	Akutni pankreatitis, neopredeljen	10
K590	Zaprtje (konstipacija)	9
K8031	Kamen žolčnega voda s holangitisom, z obstrukc	9
I500	Zastojna srčna odpoved	8
I633	Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	8
I635	Možganski infarkt zaradi neopredeljene okluzij	8
T782	Anafilaktični šok, neopredeljen	8
A099	Gastroenteritis ali kolitis, vzrok neopredelje	7

Tabela 5: Najpogostejše glavne diagnoze pri hospitaliziranih pacientih starejših od 66 let na internem oddelku v letu 2015

Glavna diagnoza		Št. pacientov
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	187
I500	Zastojna srčna odpoved	147
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	97
I110	Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno	68
K590	Zaprtje (konstipacija)	47
R18	Ascites	45
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	43
J189	Pljučnica, neopredeljena	42
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	37
K703	Alkoholna ciroza jeter	33
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	32
I633	Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	32
I635	Možganski infarkt zaradi neopredeljene okluzij	31
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	30
R55	Sinkopa in kolaps	30
D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredelje	28
D648	Druge opredeljene anemije	27
I634	Možganski infarkt zaradi embolije cerebralnih	24
N178	Druge vrste akutna ledvična odpoved	23
J690	Pnevmonitis zaradi vdihnjenja hrane ali izblju	21

Starostna struktura hospitaliziranih bolnikov se pričakovano še naprej pomika v smeri višjih starosti. Bolnišničnih obravnav pri starejših od 80 let je bilo v letu 2015 (*tabela 9*) 1.297 (2014: 1.271), to je 42 % vseh hospitaliziranih in skoraj 1.7 % več kot leto poprej. Starejših od 90 let je bilo 168 (2014: 169), hospitalizirani so bili tudi trije bolniki, ki so 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: pljučnica, okužbe sečil, možganska kap, sepse. Zdravljenje teh bolnikov je praviloma dolgotrajnejše in pogosto zahteva uporabo rezervnih antibiotikov.

Tabela 6: Glavne diagnoze na Internem oddelku od leta 2000 - 2015

GLAVNE DIAGNOZE	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015	INDEKS 2015/00
Bolezni obtočil (I00 - I99)	888	1.021	967	1.021	971	968	1.045	117,68
Bolezni prebavil (K00 - K93)	389	378	552	628	606	605	645	165,81
Bolezni dihal (J00 - J99)	369	384	417	478	460	469	518	140,38
Neoplazme (C00 - D48)	206	228	238	271	248	235	241	116,99
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	134	132	215	251	270	221	226	168,66
Bolezni krvi in krvotvornih org. ter nekatere bol., pri katerih je udeležen imun. odziv (D50 - D89)	69	81	176	179	187	184	134	194,20
Simptomi, znaki ter nenormalni klin. in lab. izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	172	189	244	133	140	173	213	123,84
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni (A00 - B99)	68	138	192	183	164	169	182	267,65
Bolezni živčevja (G00 - G99)	68	81	123	135	105	126	145	213,24
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	110	87	102	118	112	95	93	84,55
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	60	53	55	53	65	53	63	105,00
Duš. in veden. motnje (F00 - F99)	34	33	28	56	45	47	39	114,71
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	22	22	20	27	24	26	31	140,91
Bolezni ušesa in mastoida (H60 - H95)	3	13	13	15	9	17	15	500,00
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	24	20	13	20	10	13	12	50,00
Ostale diagnoze	11	9	4	6	9	5	9	81,82
Skupaj	2.627	2.869	3.359	3.574	3.425	3.406	3.611	137,46

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

Izvajalec enota	Diagnoza	Število
INH odd. za Interno medicino	I210 Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednj	17,00
	I211 Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje	5,00
	I212 Akutni transmuralni miokardni infarkt ostalih	1,00

	I213 Akutni transmuralni miokardni infarkt neopred	58,00
	I214 Akutni subendokardialni miokardni infarkt	9,00
	I219 Akutni miokardni infarkt, neopredeljen	1,00
	I220 Naslednji miokardni infarkt sprednje stene	21,00
		Št. pacientov: 112,00

Že štiri leta je v naši ustanovi zaposlena tudi specialistka nevrologinja, k specialističnem izpitu pa bo poleti leta 2016 pristopil tudi specializant iz nevrologije. Trenutno v okviru internega oddelka redno, 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 2015 na internem oddelku obravnavanih 168 bolnikov z možgansko kapjo (leta 2014:166), kar je ponovno porast glede na leto 2014.
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 in poročilu izvajanju storitev Telekapi. (Tabela 8)

Tabela 8: Statistika partnerske bolnišnice Jesenice od marca 2015 do decembra 2015

Leto/mesec	Št. konzultacij	Št. bolnikov	Št. bolnikov z IMK	Št. tromboliz	Št. MeR	Povprečni čas B-T	Povprečni čas Nastop-T	Premestitev
Dec. 15	41	14	9	1	0	55,0	115,0	0
Nov. 15	22	7	6	2	0	55,0	140,0	0
Okt. 15	46	11	6	4	0	65,0	140,0	1
Sep. 15	27	5	3	2	1	45,0	77,5	1
Avg. 15	20	7	4	1	0	85,0	145,0	0
Jul. 15	12	5	4	1	0	30,0	120,0	0
Jun. 15	17	6	5	2	1	66,5	120,0	0
Maj. 15	20	5	3	1	0	90,0	275,0	1
Apr. 15	5	3	1	0	0	0,0	0,00	0
Mar. 15	22	5	4	0	0	0,0	0,00	0
Skupaj	342	101	59	18	2	51,6	125,9	7

Tabela 9: Število hospitaliziranih pacientov starih 80 let ali več v letu 2015

Starost pacienta	***Št. pacientov***
80 - 85 let	698
86 - 90 let	428
91 - 95 let	144
96 - 100 let	24
101 -	3
Skupaj	1.297

Povprečno je bilo na internem oddelku zasedenih 59.79 postelje od skupno 70 razpoložljivih, kar predstavlja 86 % zasedenost, kar je približno enako kot leta 2014. Povprečno trajanje zdravljenja (PTZ) v letu 2011 je bilo 6.48 dni, leta 2012 6.3 dni, leta 2013 pa ponovno 6.55

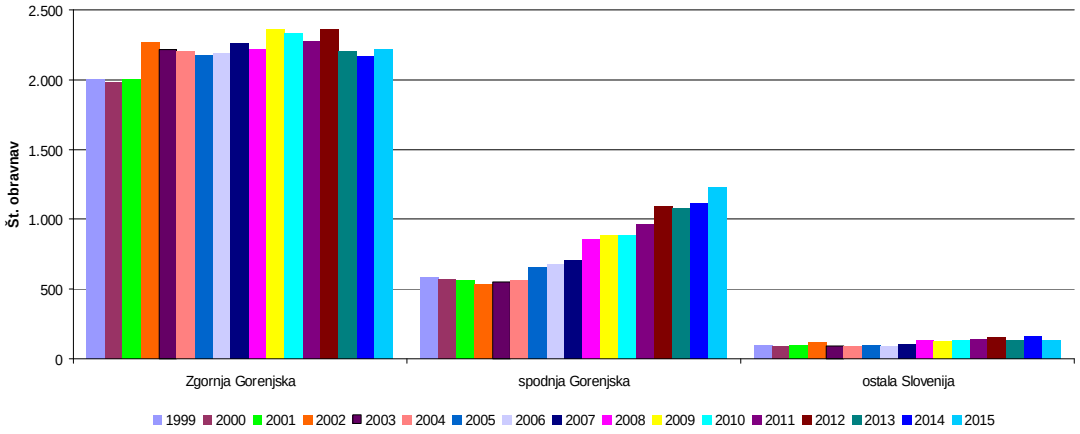
dni, 2014 6.62 dni, v letu 2015 pa 6.46 dni, kar je nekoliko manj in je še vedno pod povprečnim trajanjem zdravljenja v primerljivih bolnišnicah.
Povprečna utež obravnav v letu 2015 je bila 1.716 (interni oddelek: 1.713, IIT: 3.218, dnevni oddelek internistika: 0.691). Povprečna utež je za 0.023 višja od uteži leta 2014. Visoka povprečna utež je v določenem razmerju s trajanjem in višino zdravljenja in nenazadnje tudi pokazatelj kompleksnosti in teže obravnav hospitaliziranih bolnikov leta 2015.
Skupno število uteži pri akutni obravnavi 3.453 bolnikov je bilo 5925.86, kar predstavlja že več tretjino vseh uteži v celotni akutni hospitalni obravnavi bolnišnice.
V zadnjih letih beležimo zelo opazen postopen stalen porast števila hospitaliziranih bolnikov z južnih gorenjskih občin, tako da bolniki iz teh občin predstavljajo že več kot tretjino vseh hospitaliziranih na internem oddelku, kar na nek način preprečljivo umešča interni oddelek kot osrednjo splošno internistično ustanovo na gorenjskem. Trendi števila obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od leta 1999 do leta 2014 je prikazan v tabeli 9 in tabeli 10 ter na grafikonu 1 in grafikonu 2.

Tabela 10: Število obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od 1999 do 2015

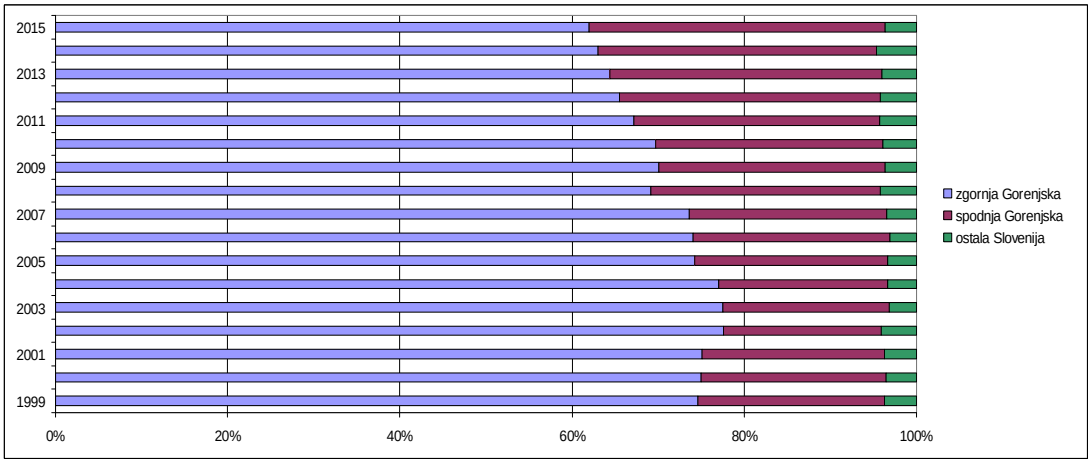
	1999	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/1999
Zgornja Gorenjska	2.002	2.174	2.331	2.278		2.204	2.168	2.222	110,99
Spodnja Gorenjska	580	654	884	966	1.089	1.079	1.112	1.230	212,07
Ostala Slovenija	100	98	131	145	152	138	159	131	131,00
SkupajSlovenija	2.682	2.926	3.346	3.389	3.597	3.421	3.439	3.583	133,59
ZgornjaGorenjska	2.002	2.174	2.331	2.278	2.356	2.204	2.168	2.222	110,99
Spodnja Gorenjska	580	654	884	966	1.089	1.079	1.112	1.230	212,07
Ostala Slovenija	100	98	131	145	152	138	159	131	131,00
Skupaj Slovenija	2.682	2.926	3.346	3.389	3.597	3.421	3.439	3.583	133,59

Tabela št. 11: Delež obravnav na oddelku po območni enoti bivanja od 1999 do 2015

	1999	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Zgornja Gorenjska	74,65	74,30	70,09	69,67	67,22	65,50	64,43	63,04	62,02
Spodnja Gorenjska	21,63	22,35	26,31	26,42	28,50	30,28	31,54	32,33	34,33
Ostala Slovenija	3,73	3,35	3,60	3,92	4,28	4,23	4,03	4,62	3,66
Skupaj Slovenija	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 2015 po območnih enotah bivanja



Graf 2: Delež obravnav na oddelku od leta 1999 do leta 2015 po območnih enotah bivanja

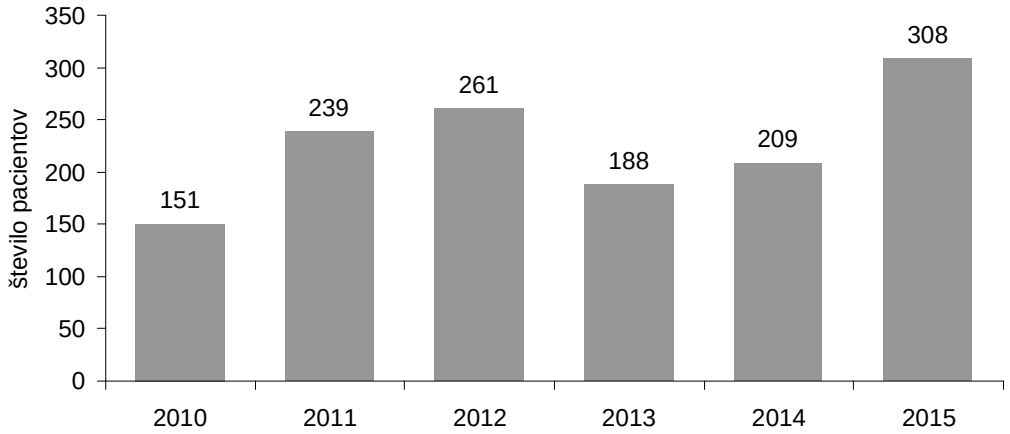
V okviru dnevnega oddelka je bilo leta 2015 skupno 348 obravnav (2014: 264) in gre za bistveno zvečanje števila obravnav v dnevnem oddelku leta 2015. Gre za obravnave bolnikov za elektivno elektrokonverzijo atrijske fibrilacije in undulacije (po klinični poti) razbremenilno abdominalno in plevralno punkcijo ter kronični hematološki bolniki sprejeti zaradi potrebe po transfuziji krvi, pri slednjih pa še vedno opazujemo hudo izrazit trend naraščanja tovrstnih obravnav.
Na Oddelku za interno medicino je leta 2015 umrlo 314 bolnikov (skupaj oddelek in IIT) (leta 2011: 241, 2012: 267, leta 2013: 290, leta 2014: 267), od tega je bilo obduciranih 38 (29 0ddelek, 8 IIT) kar predstavlja 12.1 % vseh umrlih. Obdukcija je bila napravljena pri večini primerih nepričakovane smrti ali nejasne klinične diagnoze, procent obduciranih bolnikov pa je še vedno žal 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, približno enako kot leta 2014. Umrljivost na internem oddelku se je leta 2015 zvišala za 8,4 %. V tabeli 11 je prikazana zastopanost glavnih diagnoz pri umrlih bolnikih.

Tabela 12: Število umrlih pacientov po glavnih diagnozah v letu 2015

Poglavje	**Št. umrlih pacientov**
A00-B99 Nekatere infekcijske i	26
C00-D48 Neoplazme	35
E00-E90 Endokrine, prehranske	3
G00-G99 Bolezni živčevja	6
I00-I99 Bolezni obtočil	97
J00-J99 Bolezni dihal	100
K00-K93 Bolezni prebavil	23
N00-N99 Bolezni sečil in spolo	17
R00-R99 Simptomi, znaki ter ne	5
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve	2
Skupaj	314

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

V letu 2015 je bilo v 7 dneh po odpustu zaradi iste bolezni ponovno hospitaliziranih 187 (leta 2014: 141) bolnikov, ponovno hospitaliziranih v 8 do 28 dneh po odpustu pa 130 (leta 2014:68 bolnikov)skupaj pa 308 (2012: 26, 2013: 188, 2014: 209)
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 (Tabela 13).
Ponovni sprejem v mesecu dni po odpustu je kompleksen kazalnik kakovosti. Na ponoven sprejem lahko vplivajo številni dejavniki: 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

Tabela 13: Število ponovno hospitaliziranih pacientov v 8 do 28 dneh po odpustu razporejeni po glavni diagnozi

Poglavje	**Št. obravnav**
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	3
C00-D48 Neoplazme	3
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv	5
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	5
G00-G99 Bolezni živčevja	2
I00-I99 Bolezni obtočil	22
J00-J99 Bolezni dihal	10
K00-K93 Bolezni prebavil	43
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletne	2
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	3
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje	32
Ostale diagnoze	0
Skupaj	130

Že v letu 2010 smo razmišljali o spremljanju serumskih vrednosti NT-proB natriuretičnega peptida pri bolnikih s srčnim popuščanjem. Slednjega zaradi velike klinične uporabe in uporabnosti markerja nismo uspeli napraviti. V letu 2014 smo dobili računalniški program, ki nam bo v ambulanti za srčno popuščanje omogočal spremljanje številnih parametrov oziroma kazalnikov kvalitete ambulantnega zdravljenja teh bolnikov: NT-proB natriuretičnega peptida, glomerularne filtracije, kalij, natrij, kalcij, magnezij, albumini, železo, feritin, transferin, konec leta 2015 pa je končno zaživela tudi ambulanta za srčno popuščanje.
Skladno z odločitvijo strokovnega sveta smo dokaj redno izvajali tudi pregled dokumentacije in poteka zdravstvene obravnave. Poraba zdravil in zdravstvenega materiala v primerjavi z načrtom in letom 2014 je prikazana v tabeli 14.

Tabela št. 14: Poraba zdravil in zdravstvenega materiala

Absolutni zneski

	Leto 2012	Leto 2013	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015	IND na načrt	IND na 2014
Interni oddelek	845.607	785.026,	761.550	739.274	751.968	101,72	98,74
Inter int. terapija	150.304	134.914	161.070	157.290	158.933	101,04	98,67
Interni odd. skupaj	995.912	919.941	922.620	896.564	910.901	101,60	98,73

opomba: Ta podatek vključuje porabo zdravil in zdravstvenega materiala iz lekarne, porabo kisika (ki se deli po ključu) in dejansko porabo krvi.

Na bolnika

	Leto 2012	Leto 2013	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015	IND na načrt	IND na 2014
Interni oddelek	245,96	235,74	229,38	222,67	217,71	97,77	94,91
Inter int. terapija	43,72	40,52	48,52	47,38	46,01	97,12	94,85
Interni odd. skupaj	289,68	276,26	277,90	270,05	263,72	97,66	94,90

Št. bolnikov

	Leto 2012	Leto 2013	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015
Interna	3.438	3.330	3.320	3.320	3.454

V primerjavi z letom 2014 se je poraba zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika na oddelku za interno medicino skupno znižala za 1.27 % in sicer se je na oddelku znižala za 1.33 % v IIT pa se je glede na leto 2014 prav tako znižala za 1,33. Stroški zdravil in zdravstvenega materiala na bolnika so bili leta 2015: 236,72 evra, leta 2014: 277.90 evrov, leta 2013: 276,26, leta 2012 pa 303,82 evrov in so bili najnižji v zadnjih štirih letih.
Prepričan pa 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.
Vemo so se cene zdravil predvsem zaradi uspešnih javnih razpisov na trgu zniževale tudi leta 2015, tudi na račun prihodov generičnih zdravil in da je delež zdravil tudi zaradi tega v celotnem strošku zdravljenja pacientov tudi leta 2015 upadal. Sami pa smo tudi predvsem z rednimi tedenskimi glavnimi vizitami, pregledovanji predpisovanj antibiotikov, protokoli obravnave bolnikov pri določenih bolezenskih stanjih (AMI, Pljučna tromboembolija in venska tromboza) skupaj dosegli zgoraj navedena zmanjšanja, odnosno racionalizacijo pri predpisovanju, tako da bi kakršnokoli dodatno poseganje v omenjen segment porabe zdravil in zdravstvenega materiala verjetno že lahko pomenilo odstopanje od uveljavljene doktrine, čeprav pa vseeno menim da obstajajo še vedno rezerve, zlasti pri predpisovanju najdražjih zdravil.

Tabela 14: Zunanje laboratorijske preiskave

Absolutni zneski

	Leto 2012	Leto 2013	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015	IND na načrt	IND na 2014
Interni oddelek	325.520,61	327.069,75	323.837,35	340.029,22	368.839,69	108,47	113,90

Na bolnika

	Leto 2012	Leto 2013	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015	IND na načrt	IND na 2014
Interna	94,68	98,22	97,54	102,42	106,79	104,26	109,48

Stroški zunanjih laboratorijskih preiskav na bolnika so v letu 2015 v primerjavi z letom 2014 narasli za 13.9 %, indeksirano na bolnika pa 9,48 %, porast je predvsem posledica naraščanja kontrolnih brisov na več odporne bakterije in visokih cen regionalnega zavoda, tako da smo v drugi polovici 2015 pričeli pošiljati brise v SB Slovenj Gradec in v letu 2016 lahko pričakujemo pomembno znižanje stroškov iz tega naslova. *(Tabela 15)*

Tabela 15: Stroški zunanjih laboratorijskih preiskav

	Leto 2005	Leto 2010	Leto 2013	Leto 2014	Leto 2015	Leto 2005	Leto 2010	Leto 2013	Leto 2014	Leto 2015
NACIONALNI LABORATORIJ ZA OKOLJE IN HRANO (bivši ZZV)	96.061,20	189.150,45	214.550,79	223.422,62	232.022,85	34,27	56,08	64,43	67,30	67,18
SB SLOVENJ GRADEC					41.393,70					11,98
ZAVOD ZA TRANSF. MED.	127,72	59.731,34	61.546,88	59.256,46	50.770,44	0,05	17,71	18,48	17,85	14,70
KC Ljubljana	6.864,16	11.288,98	15.769,98	21.007,94	17.048,74	2,45	3,35	4,74	6,33	4,94
Bolnišnica Golnik	5.314,16	13.172,53	18.120,66	7.360,62	12.402,60	1,90	3,91	5,44	2,22	3,59
INŠTITUT ZA MIKRO INI IMUNOLOGIJO	4.285,85	7.837,31	10.985,35	6.772,47	7.215,11	1,53	2,32	3,30	2,04	2,09
ONKOLOŠKI INŠTITUT	996,33	3.484,84	4.857,86	4.301,88	2.539,62	0,36	1,03	1,46	1,30	0,74

INŠTITUT ZA PATOLOGIJO	5.087,59	1.489,01	562,69	1.400,80	412,81	1,82	0,44	0,17	0,42	0,12
SODNA MEDICINA	0,00		675,54	266,20	961,44	0,00	0,00	0,20	0,08	0,28
DIAGNOSTIČNI CENTER BLED		280,65				0,00	0,08	0,00	0,00	0,00
ADRIA LAB				48,36	4.072,38	0,00	0,00	0,00	0,01	1,18
ZD JESENICE						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ZD KRANJ						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAV.	0,00	805,2				0,00	0,24	0,00	0,00	0,00
SKUPAJ	118.737,02	287.240,31	327.069,75	323.837,35	368.839,69	42,36	85,16	98,22	97,54	106,79

Tabela 16: Poraba koncentriranih eritrocitov in drugih nadomestkov krvi v evrih (absolutni zneski).

Absolutni zneski

Naziv preiskave	**Kol. 2013**	**Kol. 2014**	**Kol. 2015**	**IND količina 15/14**	**Vredn. 2013**	**Vredn. 2014**	**Kol. 2015**	**IND količina 15/14**
Eritrociti, v ohranitveni raztopini	0	0			0,00	0,00	0,00	
Eritrociti, odstranjeni levkociti, v ohr.raztop.	1.346	1.470	1.240	84,35	147.669	161.273,6	136.040	84,35
Sveža zmrznjena plazma	284	253	263	103,95	18.886	16.824,50	17.489	103,95
Trombociti, odstranjeni levkociti, zlitje (polna kri)	1	6		0,00	239,99	1.439,94	0,00	0,00
Trombociti, obdelani s psoralenom, zlitje iz polne krvi, odstr.levk.	17	38	23	60,53	6.294,59	14.070,26	8.516,2	60,53
Trombociti obdelani s psoralenim, afereza odstr.levk.	1	10	3	30,00	479,98	4.799,80	1.439,9	30,00
Avtologna kri	0	0			0,00	0,00	0,00	
					173.570	**198.408**	**163.486**	**82,40**
Na bolnika					**52,12**	**59,76**	**47,33**	

Poraba koncentriranih eritrocitov se je v letu 2015 znižala za 17.6 % v primerjavi z letom 2014. Prav tako se je občutno znižala poraba s trombocitni pripravki. Poraba plazme se je povečala za 3.95 %. Leta 2014 so bila sprejeta priporočila zdravljenja s krvnimi pripravki in

učinki se dejansko pokazali v lanskem letu 2015. Poraba koncentriranih eritrocitov in drugih nadomestkov krvi v eurih je prikazana v tabeli 16.

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 2015 je bil v veliki večini dosežen. Presežen je bil program ponovno glede na načrt v diabetološki ambulanti (za 9,46, %),v kardiološki ambulanti je bil nižji glede na načrt za 3.64 %, indeksirano pa glede na leto 2014 višji za kar (18,7 %),v urgentni internistični ambulanti pa je bil ponovno presežen (za 2,04 %). Pregled opravljenih točk je prikazan v tabeli 17. Število obiskov in obseg dela v ambulantah in enotah za plačnika ZZZS je podan v tabeli 18. V letu 2015 je bilo v ambulantah skupno 24.928 pregledov, v diagnostičnih enotah pa 6.998 pregledov, leta 2014 pa 6.491, podatki so podani v tabeli 19.
V urgentni internistični ambulanti je bilo opravljenih 6.773 leta 2014 pa 6.621 pregledov, od tega je bilo 3.070 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 grafikonu 4.

Tabela št. 17: Pregled opravljenih točk za plačnika ZZZS

	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015	IND na načrt 2015	IND na 2014
Internistična amb.	41.522	41.268	40.660	98,53	97,92
Urg.internistična amb.	35.630	33.519	36.358	108,47	102,04
Gastroenterologija	122.860	121.087	125.620	103,74	102,25
Kardiologija	70.784	87.192	84.019	96,36	118,70
Diabetološka amb.	49.580	47.342	51.822	109,46	104,52

Tabela 18: Prikaz števila obiskov in obsega dela v ambulantah in enotah za plačnika ZZZS

Interne ambulante	Moš.	Žen.	Skupaj	Prvi obisk	Ponovni obisk	V hospital	skupaj
I1 urg.internistična amb.	2.383	2.782	**5.165**	3.699	4	3.070	**6.773**
I2 splošna internistična amb.	141	169	**310**	283	94	0	**377**
I3 kardiološka amb.	261	248	**509**	426	176	0	**602**
I4 antitrombotična amb.	461	394	**855**	125	9.215	0	**9.340**
I4P antitrombotin amb.DZDR	357	374	**731**	286	1.241	0	**1.527**
I5 nefrološka amb	194	152	**346**	227	270	0	**497**
I6 diabetološka amb	1.090	1.099	**2.189**	326	5.007	0	**5.333**
I7 gastroenterološka amb	185	205	**390**	317	162	0	**479**
Skupaj	**5.072**	**5.423**	**10.495**	**5.689**	**16.169**	**3.070**	**24.928**

Tabela 19: Diagnostične enote in opravljeno delo 2015 (absolutno) brez hospitalno opravljenih preiskav

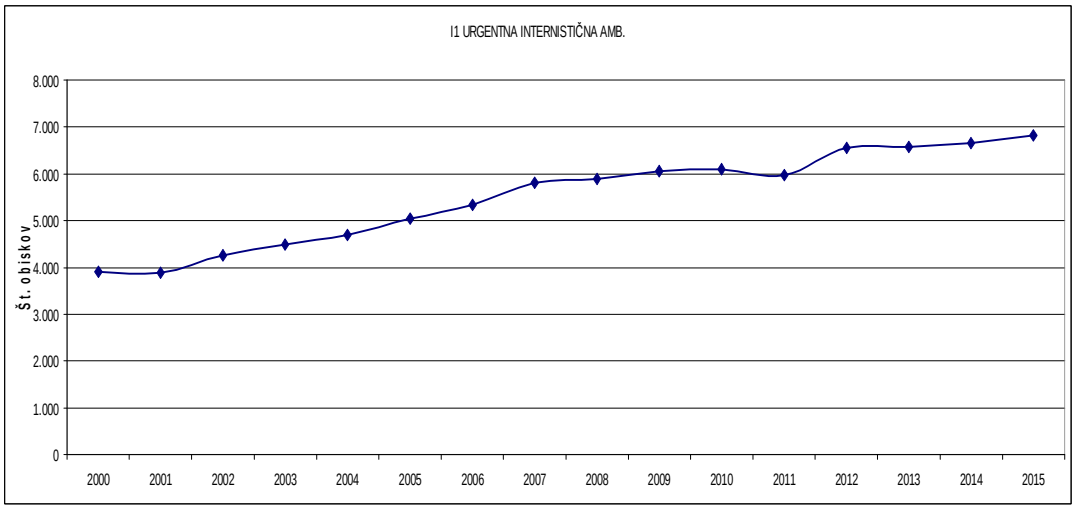
Diagnostične enote	Moški	Ženske	Skupaj	Prvi obisk	Ponovni obisk	V hosp.	Skupaj
10 EKG	8	118	126	127	0	0	127

11 ehokardiografija	662	661	1.323	1.250	197	0	1.447
12 obremenitve	391	250	641	599	76	0	675
13 endoskopije	1.043	1.298	2.341	2.344	335	5	2.684
16 holter	203	244	447	455	11	0	466
17 doppler	607	805	1.412	1.529	70	0	1.599
Skupaj	**2.914**	**3.376**	**6.290**	**6.304**	**689**	**5**	**6.998**

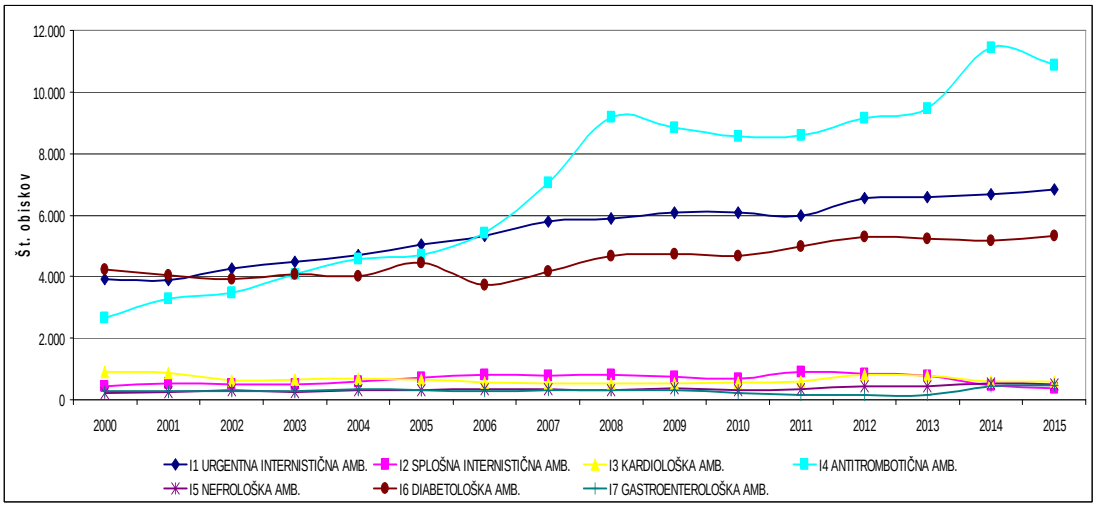
V antitrombotični ambulanti je bilo v letu 2015 10.867 pregledov, kar je primerljivo z letom 2014.
Načrtovan program v enoti za srčno-žilno diagnostiko in preiskave pljučne funkcije, izražen v točkah, je bil v letu 2015 višji za 18.70 % kot leto poprej. Med drugim je bilo opravljeno (skupno ambulantno in hospitalno): 1.447,leta 2014:1.230 ehokardiografij, 1.599 dopplerskih pregledov ven, leta 2014: 1450, 657 obremenitvenih testiranj, 466 24-urnih Holter elektrokardiografij,.
Načrtovan program dela v endoskopski enoti, izražen v točkah, je bil za 2.25 % višji v primerjavi z letom 2013. Podrobnejše poročilo o endoskopski dejavnosti je objavljeno posebej.

Tabela 21: *Opravljeno število obiskov v posameznih internističnih ambulantah od leta 2000 do 2014*

	2000	**2005**	**2010**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
I1 URGENTNA INTERNISTIČNA AMB.	3.901	5.054	6.092	6.547	6.573	6.661	6.822
I2 SPLOŠNA INTERNISTIČNA AMB.	435	729	675	836	776	472	378
I3 KARDIOLOŠKA AMB.	897	669	559	823	783	587	602
I4 ANTITROMBOTIČNA AMB.	2.659	4.712	8.561	9.154	9.469	11.422	10.867
I5 NEFROLOŠKA AMB.	220	324	327	451	442	521	498
I6 DIABETOLOŠKA AMB.	4.238	4.448	4.681	5.294	5.218	5.172	5.335
I7 GASTROENTEROLOŠKA AMB.	289	323	211	158	170	447	479
Skupaj za organizacijski nivo: AI INTERNISTICNE AMB.	12.639	16.259	21.106	23.263	23.431	25.282	24.981



Grafikon 4: Rast števila obiskov v urgentni internistični ambulanti od leta 2000 do 2015



Grafikon 5: Gibanje števila obiskov v diagnostičnih enotah od leta 2000 do 2015

5 ZAKLJUČEK

Mnenja sem, da je bilo leto 2015 za internistično službo ZELO uspešno, saj smo kljub ŠE VEDNO kadrovskemu primanjkljaju v celoti dosegli in presegli:

- PRESEGLI načrtovan program hospitalne dejavnosti za 4.04 % in v veliki večini tudi ambulantne dejavnosti, bistveno več dela smo opravili tudi v enodnevni obravnavi.
- ponovno izrazito ZNIŽALI porabo zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta na internem oddelku in le-ti so bili *najnižji v zadnjih štirih letih.*

Kljub hudemu, kroničnem pomanjkanju specialistov in zaposlitvi samo ene mlajše specialistke marca 2015, je bilo skupno število specialistov leta 2015 še vedno samo deset in je od tega 24 urno službo v celoti opravljalo le devet specialistov ob pomoči poslovnega direktorja, tako da je bilo tudi preteklo leto izredno težavno tudi v smislu organizacije dela, predvsem zaradi dopustov, strokovnih izobraževanj in izredno težko je bilo razpisovati 24 urno službo neprekinjenega zdravstvenega varstva ter zagotavljanja pokritosti vseh delovišč tako v ambulantah, urgentni internistični ambulanti ter na oddelku, tako da se moram na tem mestu ponovno zahvaliti za ves trud vsem internistom, prav tako specializantom, ki so opravili največji obseg dela v urgentni internistični ambulanti, ki je do decembra potekala v vojaški bolnišnici, seveda pod več ali manj stalnim nadzorom specialistov internistov.
Leto 2015 pa je bilo po drugi strani tudi prelomno, ker smo pričeli s sodelovanjem kolegov iz UKC Ljubljana in kirurškega oddelka naše bolnišnice z vstavljanjem srčnih spodbujevalcev, s samostojnim vodenjem teh bolnikov v ambulanti za bolnike z vstavljenim srčnimi spodbujevalci, izdelali smo kakovostno klinično pot po kateri smo vstavili devet spodbujevalcev brez kakršnih zapletov za bolnike.
Prav tako smo s sodelovanjem kolegov iz UKC Ljubljana in našega kirurškega oddelka pristopili k celostni obravnavi bolnikov s periferno boleznijo arterij in izvedli tudi nekaj perifernih angioplastik, v celoti pa je zaživel t.i žilni konzilij.Leta 2015 je polno zaživela tudi ambulanta za srčno popuščanje.V okviru prenove UC smo na novi lokaciji pridobili zelo sodoben, predvsem bolnikom in zaposlenim novo Endoskopsko enoto.
Leta 2015 smo v Enoti za za neinvazivno srčno žilno diagnostiko dobili dva visoko zmogljiva UZ aparata in pridobitev le-teh sedaj omogoča kvalitetnejše delo in boljše organizirano delo.
Decembra leta 2015 je polno zaživel nov Urgentni center (UC), ki je in bo v letu 2016 doprinesel k novem načinu dela, verjetno tudi nove organiziranosti internistične prve pomoči,

zagotovo pa se bodo povečale obremenitve specializantov in specialistom, ki bodo opravljali službo v UC, kljub prijaznejšim delovnim pogojem.

V letu 2016:

- se bodo predvidoma zaposlili štiri mladi specialisti, kar pomeni občutno izboljšanje kadrovske slike internistične službe in je temeljni pogoj za strokovno rast in obstoj službe
- prizadevali si bomo realizirati načrtovan program dela tako v bolnišnični kot v specialistično-ambulantnih dejavnostih in diagnostičnih enotah
- 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, čeprav bo zelo težko ponoviti vse dosežke iz leta 2015
- izvajali vse aktivnosti pri pridobivanju dodatnih programov, lahko tudi samoplačniških, športna ambulanta, preventivna ambulanta za managerske preglede
- poglobili bomo sodelovanje s primarnim zdravstvom
- nadaljevali bomo delo na kazalnikih kakovosti
- aktivno sodelovanje pri izpolnitvi pogojev za akreditacijo za ISO, DNV

POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE

Teja Arnež, dr. med.
Strokovni vodja

Sprejemi: sprejetih 411 bolnikov.
Število umrlih: 18 bolnikov.

Umetna ventilacija: 9986 ur pri 72 intubiranih pacientih.
Neinvazivna mehanska ventilacija pri 14 pacientih.

Opravljeni terapevtski posegi:

- elektrokonverzije 116
- vstavitev začasnega srčnega spodbujevalca pri 6 pacientih.
- fibrinolitična terapija pri ishemični možganski kapi 18 - krat, pri PTE 2 - krat
- bronhoskopije: 5
- število akutnih hemodializ: 56
- število urgentnih endoskopij prebavnega trakta: 32
- perikardiocinteza: 12 - krat
- 24 - urno monitoriziranje pacientov ob aplikaciji Levosimendana: 14 - krat

Glede na statistične podatke beležimo porast fibrinolitične terapije pri ishemični možganski kapi. Vključeni smo v projekt telekapi, pri obravnavi naraščajočega števila nevroloških obolenj pa sodelujemo z nevrologoma Janjo Borič, dr. med. ter Lukom Notarjem, dr.med. Narašča število sprejetih pacientov iz KOIIM - a in kardiološkega oddelek UKC Ljubljana znotraj 24 ur po koronarografiji. Povečuje se tudi število pacientov z akutno respiratorno odpovedjo ob prebolevanju pljučnic z zapleti, tudi sicer narašča število pacientov z multiorgansko odpovedjo in šokovnimi stanji različne etiologije. Po številu hudo bolnih

kompleksnih pacientov presegamo okvire zdravljenja internističnih intenzivnih enot na sekundarnem nivoju.
Še vedno delujemo v prostoru, ki ne odgovarja niti minimalnim standardom glede zahtevane kvadrature na posteljno enoto, vendar je na vidiku gradnja nove koronarne enote. Pesti nas kadrovska podhranjenost.

Zaposlenih je 11 medicinskih sester, od tega 10 diplomiranih, 1 medicinska sestra pa je v programu edukacije. Negovalni tim sodeluje tudi pri reanimacijah na oddelkih, pomaga pri izvajanju elektrokonverzij v PIT-u, sodeluje pri uvajanju CVK - jev na oddelku. V IIT - ju sta zaposlena dva zdravnika, katerih delo pa zajema še delo na oddelku ter redno ambulantno dejavnost v laboratoriju za neinvazivno kadiološko diagnostiko.
V lanskem letu beležimo manjše število sprejetih pacientov, zaradi novonastale enote za polintenzivno terapijo.

Dostopnost do UZ aparata je nekoliko boljša kot v preteklih letih, vendar pa je nemogoča v času izposoje aparata s strani kirurškega oddelka. Glede na zahtevnost obravnavanih pacientov bi potrebovali svoj UZ aparat.

LETNO POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE

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

V letu 2015 smo prišli v nove prostore v okviru prenovljene in dograjene urgence SBJ. S prostori smo zadovoljni, potrebne pa bodo nabave v prvi vrsti dodatnega pralnega stroja, kolonoskopov z video procesorji in ekranom ter povezanost z Endobase programom za video dokumentacijo.
V osnovi je endoskopska dejavnost v letu 2015 primerljiva z zadnjimi petimi leti, pri čemer so približno za tretjino padli primeri pregledanih pacientov v SVIT - u. V naslednjem letu, zaradi uvedbe dodatne starostne skupine v SVIT - u med 70 in 74 letom, pričakujemo ponovno večje število pacientov.
Na splošno ugotavljamo zmeren padec karcinomov kolona, enak nivo karcinomov želodca ter rast, tako kot v svetu, karcinomov biliarno-pankreatičnega sistema in primarnih malignomov jeter. Narašča tudi število bolnikov z novoodkritim in zdravljenim KVČB.
Še naprej je problem rezistenca na HP, ki se dviguje, tako da večkrat potrebujemo ustrezno zdravljenje okužbe s terapijo po antibiogramu, kar je dražje.
Nadaljujemo z dilatacijami zgornjih in spodnjih prebavil. V letošnjem letu smo prvič vstavili, sicer zelo drag, vendar učinkovit, samoraztegljivi kovinski stent na širokem črevesju, pri bolniku s stenozantnim karcinomom, ki je bil zaradi splošnega slabega stanja neoperabilem oz. rizično operabilem.
Okrepiti moramo vstavljanje samoraztegljivih kovinskih stentov pri relativno perspektivnih bolnikih na pankreatično žolčevodnem sistemu, prav tako pa moramo začeti uvajati stente pri patologiji na požiralniku in zgornjih prebavilih, seveda z dobro argumentacijo pri zavarovalnici in povrnitvijo stroškov.
Še naprej moramo izboljševati prikazovanje Barrettovega požiralnika, saj se na ta način zmanjšuje, v perspektivi, breme proksimalnega adenokarcinoma želodca.
Lani smo prvič uspešno opravili balonsko dilatacijo ahalazije z balonom, premera 35 mm,.
Opravljamo tudi transendoskopske incizije stenoz na požiralniku in kolo-rektumu, z endoskopskimi posebnimi nožki. Naslednji korak pa bi morala biti, v svetu že uveljavljena, metoda endoskopske mukozne disekcije.

Prav tako smo lani prvič vstavili Freka PEG, kjer se pred vstavitvijo PEG - a, ki se vstavi v eni potezi, brez vlečenja skozi usta in požiralnik. Najprej se opravi perkutana gastropeksija, poseg je opravil Boris Pelko, dr.med.
Šibka točka ostaja invazivnejša diagnostika jeternih sprememb ter v tej luči tudi biopsije periholedohalnih in peripankreatičnih sprememb, glede česar lahko le ugotavljamo, da bodo potrebni dodatni napori usklajeni z RTG sodelavci.
Z njihove strani je pohvalna uvedba magnetne resonance rektuma ter MRCP, pričakujemo pa še magnet celotnega črevesja za boljšo opredelitev stadija KVČB, zlasti Mb. Crohna.
Dolgoročno, do leta 2020, v diagnostiki na prebavilih nujno potrebujemo endoskopski UZ.
V sodelovanju z laboratorijem se poslužujemo na novo vpeljane metode za določanje antigena HP v blatu ter TTG za serološko diagnostiko celiakije. Že več let si želimo tudi uvedbo hitrega testa laktozne intolerance, testov za sindrom slepe vijuge črevesja, ter testov ostalih redkejših sindromov malabsorbcije.
Ostaja tudi nekaj prostora za boljšo časovno organizacijo dela ter izboljšanje oz. aktivnejše triažiranje bolnikov za naročanje na preiskave. Načeloma bo potrebnih več preiskav v sedaciji. V dogovoru z vodstvom bomo skušali vpeljati tudi možnost samoplačniških preiskav ter samoplačniške sedacije.
Endoskopije diagnostično niso draga metoda, v kolikor seveda odštejemo aparature in delo ljudi, terapevtsko pa so občasno drage, vendar imajo največkrat utemeljeno računico, za katero pa moramo bolj aktivno, v sodelovanju z drugimi enotami in bolnicami, prepričati tudi zavarovalnico.
Pomembno je tudi, da obdržimo oz. zaposlimo naše mlade specialiste, ki prihajajo.

POROČILO GASTROENTEROLOŠKE AMBULANTE

	AMBULANTA	HOSPITAL	SKUPAJ
Gastroskopije	1474	296	1770
Urgentne gastroskopije	118	65	183
SKUPAJ	1592	361	1953
PEG prvi		38	38
PEG ponovni	2		2
PEG izvlek	3		3
SKUPAJ		38	40
Kolonoskopije SBJ	843	131	974
Program SVIT	191	2	193
SKUPAJ	1034	133	1167
Polipektomija kolono			805
Dilatacija požiralnika	2	1	3
Dilatacija rektuma	3		3
Gastro Clip			157
Endoskopska odstranitev			
tujka	10	1	11
ERCP	65	116	181
EPT	23	48	71
št. stentov - vstavitev	8	15	23
št. stentov - menjava		6	6
št. stentov - ex	1		1
Histološki material poslan			1206

Hist. potrjeni mlg. skupaj			59
Kolono mlg. SBJ			30
Kolono mlg. SVIT			5
Vsi mlg. skupaj			64
Gastro mlg.			22
Požiralnik			7

POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO

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

1 OPRAVLJENO DELO LETA 2015

Decembra 2015 smo v Centru za hemodializo zdravili 37 bolnikov, od tega 24 z zapletenimi načini nadomestnega zdravljenja kot so hemofiltracija, hemodiafiltracija, biofiltracija, ostale bolnike pa s klasično bikarbonatno metodo.
Število pacientov se glede na leto 2014 bistveno ni spremenilo, se je pa povečalo število dializnih procedur, kar je podano v tabeli spodaj.
Leta 2015 je umrlo 8 bolnikov, ki so bili vključeni v program nadomestnega zdravljenja s hemodializo, še vedno so vzroki smrti na prvem mestu huda infektivna stanja, s pridruženimi boleznimi kardiovaskularnega sistema. Vključenih je bilo 7 bolnikov, praktično vsi iz naše nefrološke ambulante in pred vključitvijo so bili vsi deležni preedializne edukacije. Tudi v lanskem letu nismo imeli bolnika v programu peritonealne dialize.
Leta 2015 smo opravljali tako v intenzivni internistični enoti kot v enoti intenzivne terapije operativnih strok zapletene, tudi kontinuirane dializne procedure, uspešno tudi s citratno kontinuirano vensko hemodiafiltracijo, vse skupaj pa v dobrem sodelovanju s specialisti in ostalimi zaposlenimi v intenzivnih enotah.

Leta 2016 se bo s porodniškega dopusta vrnila specialistka internistka s poglobljenim znanjem iz nefrologije, ki bo s časoma prevzela vodenje vseh akutnih dializ, tako v IIT kot EITOS, ker smatram, da so vse akutne dialize potrebne vodenja predvsem paindiciranja le - teh s strani izkušenega, strokovno usposobljenega specialista internista – nefrologa. Velika večina bolnikov, ki so v programu nadomestnega zdravljenja s hemodializo in sicer kar 88.2 % dobiva novejše analoge eritropoetina, 46.3 % analoge vitamina D3, 28.4 % kalcimimetike, povprečna vrednost hemoglobina je 10.8 g/L, povprečna vrednost intaktnega parathormona je 276 pg/ml.
Leta 2015 je v nefrološki ambulanti deloval samo en specialist in sicer 2 x tedensko, ki je prav tako opravljal delo v Centru za hemodializo. Zelo dobro smo sodelovali tako s Kliničnim oddelkom za Nefrologijo UKC Ljubljana, kot z Žilnim centrom SB Trbovlje, kar se tiče žilnih pristopov.
Smo pa popolnoma suvereni pri vstavljanju vseh ostalih žilnih katetrov in več bolnikov se zaradi odpovedi žilnega pristopa že dalj časa dializira preko katetrov in leta 2015 smo imeli samo eno katetrsko sepso. Pojavlja pa se problem kolonizacije bolnikov z več odpornimi bakterijami, kar povzroča dodatne probleme pri oskrbi teh bolnikov, predvsem zaradi prostorske utesnjenosti Centra za hemodializo, ki je bil sicer pred leti moderniziran.
Leta 2015 je prišlo do zamenjave petih zastarelih dializnih monitorjev, tako, da je Dializni center SB Jesenice med najbolj tehnološko opremljenimi centri v Sloveniji. Čaka nas samo

še računalniška podpora oziroma povezava vseh aparatov v mrežo, kar bo omogočilo natančnejše in sprotno spremljanje vseh parametrov dializnega zdravljenja naših bolnikov.
Kot rečeno je leta 2015 deloval v Centru za hemodializo en sam internist, ena srednja medicinska sestra, en zdravstveni tehnik, ena višja medicinska sestra, ki je opravljala tudi delo odgovorne sestre, dva diplomirana zdravstvenika in šest diplomiranih medicinskih sester.

Tabela 1: Število opravljenih dializ za plačnika ZZZS

Ambulanta	Leto 2014	Načrt 2015	Leto 2015	IND na načrt	IND na leto 14
Število dializ I	1.613	1.523	2.071	135,98	128,39
Število dializ II	313	297	311	104,71	99,36
Število dializ III	3.454	3.281	3.085	94,03	89,32
Število IV	21	0	0		
Število V	67	0	0		

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA INTERNEM ODDELKU

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.
Glavna medicinska sestra na internem oddelku

UVOD

V letu 2015 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.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

1.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Predstavitev kazalnikov kakovosti, ki jih spremljamo na internem oddelku v letu 2015.

CILJ RZP:	Število pacientov s pridobljeno RZP 18/leto.
AKTIVNOSTI	Preventiva in oskrba RZP po standardu SBJ, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
EVALVACIJA	Cilj v letu 2015 ni dosežen. Beležimo 25 pridobljenih RZP.
CILJ PADCI:	Incidenca padcev pacientov iz postelje na 1000 BOD je 0,5. Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD 1,5.
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.
EVALVACIJA	V letu 2015 beležimo 48 padcev. Cilj ni dosežen.
CILJ MRSA:	Preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij (VOB).
AKTIVNOSTI	Ukrepi za preprečevanje VOB, sodelovanje z BH in spremljanje učinkovitosti.

EVALVACIJA	V letu 2015 beležimo 15 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 2015 smo na int.odd. uvedli 41 osrednjih venskih katetrov, skupno število katetrskih dni je 726. Ne beležimo katetrov z rastjo.
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.
EVALVACIJA	Pri pregledu procesa v okviru rednih notranjih nadzorov se je odstotek izboljšal. V sistemu za poročanje odklonov imamo zabeležene štiri odklone na temo napačnega apliciranja zdravila. 12.1.2015 izvedena delavnica-izobraževanje na temo aplikacije inzulinske terapije ter vzročno posledična konferenca 24.4.2015 na temo predpisa in aplikacije zdravila. Vsi ukrepi so izvedeni.
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	Na oddelku in kardiološkem laboratoriju imamo vedno dostopne CD-je z edukacijsko vsebino o srčnem popuščanju tako za paciente, kot za svojce. Še vedno nimamo vpeljane pedagoške MS, tudi zaradi kadrovskih insuficienc. Redno se vrši podajanje zdravstveno vzgojne vsebine na oddelku. Z letom 2016 pa se bo odprla tudi amb. za srčno popuščanje.
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. Na zunanjih izobraževanjih je bilo 30 MS. Imeli smo tudi aktivno udeležbo na strokovnem srečanju Kongres v zdravstveni in babiški negi: Varnost na področju razdeljevanja zdravil (Alenka Bijol). S prispevkom Stališča medicinskih sester o elektronskem dokumentiranju v Splošni bolnišnici Jesenice se je predstavila Mateja Denžič. Prav tako je pod njenim avtorstvom nastal prispevek Refleksija na kritičen dogodek po Gibbsovem modelu in možnost uporabe teoretičnih modelov. Članek Zadovoljstvo dipl. m. s. s kliničnim mentorstvom sta pripravili Anja Novak in Anja Založnik. Jeseni 2015 je pod somentorstvom Alenke Bijol diplomirala tudi Tjaša Avguštinčič. O možganski kapi pa je predavala Anja Novak.

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA INTERNEM ODDELKU

2. 1 KLINIČNE POTI

V letu 2015 smo prenovili klinično pot za perkutano endoskopsko gastrostomo (SOP KP 38 verzija 3) ter terapevtsko temperaturni list za telemetrijsko obravnavo pacientov na internem oddelku.
Svojo klinično dejavnost smo razširili na vzpostavitev srčnih spodbujevalnikov. Paciente obravnavamo po novi klinični poti SOP KP 49 Vstavitev trajnega srčnega spodbujevalnika – Pacemaker. Po novi klinični poti SOP KP 50 za PTA, pa obravnavamo paciente za izvajanje postopka perkutane transluminalne angioplastike.

2. 2 STANDARDI KAKOVOSTI

Tako kot pretekla leta, smo tudi letos sodelovali v skupini za obnovo standardov kakovosti.

2. 3 DELO NA ODSEKIH

Na vseh treh odsekih še vedno spremljamo novosti, dogovore, oddelčne sestanke, katere beležimo v evidenčni zvezek.
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 v letu 2015 štiri sestanke.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3. 1 ODKLONI S PREDLOGI IZBOLJŠAV

Na internem oddelku je bilo v obdobju od 1.1.2015 do 31.12.2015 zabeleženih v računalniško aplikacijo ART 9 odklonov. Vsi odkloni so bili strokovne narave. Vsebina odklonov je bila naslednja: aplikacija inzulinske terapije, predpis in aplikacija zdravil, postopanje v primeru ogrevanja transfuzije, uporaba Birpisa ter neodjavljanje ob koncu uporabe programa, menjava intra venozne kanile, postopanje v primeru izgube lastnine pacienta, pomanjkanje perila, postopanje v primeru uvajanja novih posegov. Vsi odkloni so bili obravnavani, uspešno rešeni in zaključeni.
Na temo menjave intra venozne kanile smo izvedli vzročno posledično konferenco 9.7.2016. V primeru izgube lastnine pacienta pa smo izvedli vzročno posledično konferenco 14.10.2015. Oba zapisnika sta priložena zapisanima odklonoma v računalniški aplikaciji.

3. 2 POROČILO O IZVEDENIH VARNOSTNIH VIZITAH/RAZGOVORIH

V tabeli 1 je prikazano število opravljenih varnostnih vizit v letu 2015 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	25	30	98 %
Odgovorne MS na oddelku	45	40	96 %
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:			

Zapis in predpis terapije, kontaktna izolacija, rokovanje z narkotiki ter hramba le teh, dokumentiranje aktivnosti ZN, aplikacija klizme, pomen točenja vode na manj pretočnih izlivkah, upoštevanje higiene rok, vzroki za padec pacienta, izguba zdravstvene kartice, hranjenje inzulinskih peres, nepopolno pripravljena kontaktna izolacija, beleženje odvajanja blata, beleženje temperature v hladilnikih z živili in zdravili, beleženje zaužite tekočine, nepravilna menjava infuzijske steklenice, postopanje v primeru padca pacienta, prenos VOB, identifikacija pacienta, pomanjkanje perila.

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letošnjem letu je zaznati večjo ponudbo izobraževanj s strani strokovnih sekcij v okviru Zbornice-Zveze, kar kaže tudi število udeleženih zaposlenih na zunanjih izobraževanjih. Z zaposlenimi smo preko izvedenih letnih razgovorov določili cilje tekom leta 2015 ter uskladili matrike znanj. 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.
V letu 2015 nadaljujemo z delo v projektni skupini za inkontinenco. Srečanje skupine smo združili z skupino za RZP.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

CILJ RZP:	**Število pacientov s pridobljeno RZP 20/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	Prepreč. padcev po protokolu, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti. Aktivna udeležba na delavnicah. Označevanje pac. na seznamu (tabli), ki so ogroženi za padec, rumene nogavice ter rumena ident. zapestnica. Uvedba ničelne tolerance za padec po odsekih.
KAZALNIK	Št. vseh padcev/mesec.
CILJ MRSA:	**Preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij (VOB).**
AKTIVNOSTI	Ukrepi za prepreč. 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 podr. 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 učink. 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 25 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

V letu 2015 smo z uvedbo vstavljanja srčnih spodbujevalnikov in tako nove obravnave pacienta, z dodatnim znanjem in delovno mesečno obremenitvijo opolnomočili zaposleni Anjo Novak in Ireno Šenk, dipl. m. s.
V letu 2016 se bosta odprli tako tudi ambulanti za obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem in pregled pacientov z vstavitvijo stalnih srčnih spodbujevalcev.
Z 1.9.2016 smo prevzeli tudi vodenje zdravstvene nege in s tem zaposlenih na endoskopski dejavnosti ter v internističnih ambulantah: kardiološka ambulanta, diabetološka ambulanta, internistična ambulanta, kardiološki laboratorij. Ne gre prezreti dejstva, da smo oddelek, ki smo zapisali 8 koristnih predlogov s predlogi izboljšav.
Vključeni smo bili v optimizacijo procesa internistične službe, ki pa je še v teku prenove. V punkcijskem prostoru je bilo tekom leta obravnavanih po klinični poti za punkcije 158 pacientov. Celotno izvedbo omenjenega, pokriva kader na gastroenterološkem odseku, kar organizacijsko predstavlja dodatno časovno obremenitev na samem odseku. Na vseh treh odsekih smo uspešno uvedli uporabo tabel »piši biriši« za beleženje predpisane terapije ter podatkov o OVK, RZP in kolonizaciji pacientov, za hitrejšo in boljšo preglednost. Tako smo tudi mesečno zmanjšali porabo večjih količin papirja.
Zaradi pogostih težav in samo preglednostjo, koliko tekočine nepokretni pacienti zaužijejo tekom dneva, smo na gastroenterološkem odseku uvedli beleženje obr 7 Dnevna bilanca zaužite tekočine. Z beleženjem smo prišli do pregleda zaužite tekočine v celotnem tednu.
V načrtu je edukacija zaposlene, ki bi nadomeščala odsotno Eliso Kadić dipl.m.s., za namen edukacije pacientov z sladkorno boleznijo na oddelku. Želimo si nadaljnje dobre obravnave pacientov ter uvedbo pedagoške MS, ki bi se dodatno in v večjem obsegu ukvarjala z srčnim popuščanjem, tako v hospitalnem delu, kot v ambulantnem delu.
Vodilo že tretje leto zapored je: 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.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI

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

UVOD

Tudi letos je bila zopet v ospredju skrb za kakovostno in varno obravnavo pacientov ter sledenje zastavljenim ciljem. Napisali smo obrazec Odločitev o prekinitvi aktivnega zdravljenja, v delu imamo standard o uporabi pripomočkov za CPAP terapijo, protokol o ciljani hipotermiji in navodila ob zaprtju IIT.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

V letošnjem letu je ena sodelavka zapustila delovno mesto v IIT, namesto nje nismo dobili zamenjave, tako da smo leto zaključili z 11 zaposlenimi v zdravstveni negi. Veliko pozornost smo namenili izobraževanju ter kakovostni obravnavi pacientov.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

Tabela 1: Prikaz deleža posamezne kategorije ZN v IIT po mesecih v letu 2015

IIT	2014	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec
1. kat													
2. kat			1,1										
3. kat	41,0	28,1	30,0	25,3	31,3	49,3	49,9	25,9	18,8	35,6	50,3	22,0	50,1
4. kat	59,0	71,9	68,9	74,7	68,7	50,7	50,1	74,1	81,2	64,4	49,7	78,0	49,9

1.2 REALIZACIJA CILJEV / KAZALNIKOV

CILJ	**Brez prenosa večkratno odpornih bakterij**
AKTIVNOSTI	Ukrepi za preprečevanje VOB, aktivno sodelovanje v projektni skupini in na delavnicah, udeležba na izobraževanjih, organizacija delavnice v okviru enote.
EVALVACIJA	Imeli smo štiri prenose VRE, v projektno skupino je vključena 1 MS, v kateri aktivno sodeluje, udeležba na delavnicah in izobraževanjih, vsi zaposleni smo se udeležili izobraževanja na temo bolnišničnih okužb. **Učinkovitost – cilj ni bil dosežen**
CILJ	**Stevilo 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.
EVALVACIJA	Nismo pridobili RZP, v projektni skupini sodeluje 1 MS, udeležba na delavnicah in izobraževanjih. **Učinkovitost – 100%**
CILJ	**Preprečevanje padcev**
AKTIVNOSTI	Ocenjevanje ogroženosti za padec pacienta, preprečevanje padcev po protokolu, aktivno sodel. v projektni skupini, aktivno sodel. na delavnicah, udeležba na izobr.
EVALVACIJA	Padca, zdrsa pacienta ni bilo, 1 MS je vključena v projektno skupino, udeležba na delavnicah, izobraževanjih. **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	Vstavljenih je bilo 77 OVK, od tega smo oddali 11 konic in nobena ni bila kolonizirana, ni bilo katetrskih seps, imamo 3 katetrske MS. **Učinkovitost – 100%**
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, sodelovanje pri izobraževanju pripravnikov, organizacija delavnice/izobraževanja za enoto.
EVALVACIJA	Udeležba na notranjih in zunanjih izobraževanjih, v projektne skupine je vključenih 91% zaposlenih iz enote, 2 zaposlena sta sodelovala pri izobraževanju pripravnikov, 1 zaposlena je aktivno predavala na zunanjem izobraževanju, organizirali smo delavnico uporabe CPAP maske, udeležili smo se vseh vzročno posledičnih konferenc. **Učinkovitost – 100%**

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V računalniškem sistemu nam ni bil dodeljen noben strokovni odklon, manjše odklone v enoti rešujemo sproti z izvedbo varnostnih vizit in pogovorov.

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	12	49	94 %, pri nek. ukrepih učink. ni možno izmeriti
Odgovorne MS odd.	44	95	98 %, pri nek. ukrepih učink. ni možno izmeriti
Pred. odd. in koord. ZN	3	6	77 %
Skupaj	59	150	95 %

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu 2015 so bili izvedeni letni razgovori z vsemi zaposlenimi. Udeležba na notranjih in zunanjih izobraževanjih se izvaja po načrtu, s pomočjo matrike znanj. Zaposleni aktivno sodelujejo tudi v skoraj vseh projektnih skupinah, dva zaposlena sta letos prevzela vodenje dveh projektnih skupin.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

Cilji za naslednje leto ostajajo isti.

1. Zagotavljanje kulture varnosti:

a) preprečevanje prenosa VOB
b) največ 2 pacienta s pridobljeno RZP
c) v enoti ne bo padca, zdrsa
d) število koloniziranih OVK bo 0, ne bo katetrskih seps

2. Izdelava protokola ob zaprtju enote
3. Sodelovanje v projektu izgradnje nove intenzivne enote

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V CENTRU ZA HEMODIALIZO

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

UVOD

Mogoče bo moje letošnje letno poročilo izzvenelo nekoliko drugače kot običajno, napisano pa je povsem iskreno.
Vseeno bi se v uvodu pohvalila z marsičem. Delamo veliko in mislim, da dobro. Enako velja zame, ki delam na oddelku kot povsem enakopravna MS svojim sodelavcem. Dejstvo pa je, da v bistvu tega na zunaj ni videti, niti nimamo česa velikega pokazati – no, kaj pa se bo vseeno našlo.
Pri nas je delo točno določeno – vsak dan posebej, kateri od nas skrbi za katere paciente, kdo ima »na čez« akutne dialize v enotah intenzivne terapije, kdo pripravlja terapijo pri nas za naše kronične paciente. Enostavno drugače ni šlo, kot da smo točno določili naloge in zadolžitve posameznega zaposlenega, kar si vsekakor štejemo med letošnje dosežene cilje.
Še vedno pa nam manjka navdušenja, motivacije, veselja oz. »motornega olja«. Večina gleda le na svoje pravice, potrebe, koristi – se pravi, nase.
Želim si, da bi dosegla, da bi vsakdo naredil tisto nekaj več, ne pa le tisto, kar je nujno oz. kot nas radi opomnijo – tisto, kar moramo narediti, ker smo za to tudi plačani. Pa še na tem področju včasih škriplje. Tudi konfliktov, kadar pride do njih, ne znamo reševati konstruktivno. Torej – na področju motivacije zaposlenih ter na področju reševanja konfliktov si vsekakor želim dodatnega izobraževanja.
Želim si, da bi bilo pri nas tako kot včasih, ko si šel v službo z veseljem. Jaz osebno rada delam tu, težko bi mi bilo iti kam drugam. Vendar se bomo morali za izboljšanje klime vsi zaposleni, vključno z našimi vodilnimi, še zelo potruditi.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

Na našem oddelku je v ZNO zaposlenih 11 oseb – 8 dipl. m. s., 1 viš. med. ses. ter 2 ZT. Ena ZT je zaposlena le za 6 ur.
Na oddelčnih sestankih smo se dogovorili, kakšne zadolžitve ima kdo izmed nas. Še vedno pa imamo težave zaradi odločitve v novembru 2008, da SMS oz. ZT določenih medicinsko tehničnih posegov ne smejo več izvajati. Zaradi tega se oba ZT še danes določenim nalogam izogibata, čeprav smo v zadnjem letu z novo PDZNO dosegli dogovor, ki je v dobro našega oddelka in za nas veliko pomeni. A tu obstaja še problem razporeditve omenjenih ZT v plačne razrede.Vem, da je stvari za nazaj težko popravljati oz. je to žal zatečeno stanje, s katerim imamo probleme še sedaj in vem, da še marsikje drugje.

2 REALIZACIJA CILJEV

2.1 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PACIENTOV IN NJIHOVIH SVOJCEV

V aprilu in maju smo izvedli anketo o zadovoljstvu naših pacientov ter njihovih svojcev. Bistvenih razlik v rezultatih glede na lansko leto ni opaziti.
Pacienti pogrešajo nadstrešek pred vhodom na dializo. Za to že imamo rešitev. Dobili bomo nadstrešek, ki je pred vhodom v vojaško bolnišnico. Začetna dela pred vhodom v naš center že potekajo.

Prav tako si želijo tudi žaluzije v čakalnici. Z veseljem lahko povem, da so že odvzete mere in upam, da jih do pozne pomladi dočakamo.
Pogrešajo tudi večjo prisotnost zdravnika na dializi. Naše zdravnike smo s tem seznanili. Na pomoč prihajajo mladi zdravniki, pričakujemo pa tudi vrnitev zdravnice s porodniškega dopusta. Kaj več pa glede na trenutno število zdravnikov internistov v SBJ niti ne moremo pričakovati.
Izrazili so nezadovoljstvo zaradi predolgega čakanja na prevoz z dialize domov. Pogovorili smo se z vodilnimi prevozniki, ki so pojasnili, da je plačnik prevozov OZG, ki ne dopušča večjega številka prevoznikov. Ne skrbijo pa le za prevoze na in z dialize naših pacientov, temveč tudi pacientov iz DC Naklo, nekaj pa jih vozijo tudi v DC Ljubljana.
Po naših zmožnostih se trudimo, da bi se pacienti pri nas počutili čimboljše ter da bi bili z našim delom zadovoljni tudi njihovi domači.

2. 2 SPREMLJANJE KAZALNIKA KAKOVOSTI 72

Poročilo o tem kazalniku redno mesečno pošiljamo vodji projektne skupine, ki se poglobljeno ukvarja z osrednjimi venskimi katetri (OVK).

2.2.1 POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (kateterske okužbe krvi) Center za hemodializo (januar – marec 2015)

Hemodializni osrednji venski katetri (HD OVK) (uvedeno v enoti)	**Število (novo) vstavljenih OVK**	**Število vseh poslanih konic na MKB**	**Število katetrov brez rasti**	**Število katetrov z rastjo**	**Število kateterskih dni** (konice poslane na MKB)	**Incidenca v mesecu januar-marec**
EITOS	3					%
IIT	3	3	3		60	%
INT.ODD.						%
Center za HD	9	9	9		1765	%
UKC	7	2	2	0	30	%
Skupaj	22	14	14	0	1855	%

2.2.2 POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (kateterske okužbe krvi) Center za hemodializo (april – junij 2015)

Hemodializni osrednji venski katetri (HD OVK) (uvedeno v enoti)	**Število (novo) vstavljenih OVK**	**Število vseh poslanih konic na MKB**	**Število katetrov brez rasti**	**Število katetrov z rastjo**	**Število kateterskih dni** (konice poslane na MKB)	**Incidenca v mesecu april –junij**
EITOS	1	0	0	0	0	0
IIT	6	0	0	0	0	0
INT.ODD.	0	0	0	0	0	0
Center za HD	17	4	4	0	336	0
UKCB LJ	3	3	3	0	223	0
DC TRBOVLJE	2	1	1	0	26	0
SKUPAJ	29	8	8	0	585	0

2.2.3. POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (kateterske okužbe krvi) Center za hemodializo (julij – september 2015)

Hemodializni osrednji venski katetri (HD OVK) (uvedeno v enoti)	**Število (novo) vstavljenih OVK**	**Število vseh poslanih konic na MKB**	**Število katetrov brez rasti**	**Število katetrov z rastjo**	**Število kateterskih dni** (konice poslane na MKB)	**Incidenca v mesecu julij – september**
EITOS	5	2	2	0	20	0
IIT	6	2	2	0	95	0
INT.ODD.	1	0	0	0	0	0
CENTER ZA HD	12	8	7	1	404	2.5 kat.dni (CR-BSI s) 0.25 %
UKCB LJ	1	2	2	0	148	0
DC TRBOVLJE	0	0	0	0	0	0
SKUPAJ	25	14	13	1	667	1.5 kat.dni (CR-BSI s) 0.15 % (št.kolon. HD OVK/št.kat. dni x 100

2.2.4 POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (kateterske okužbe krvi) Center za hemodializo (oktober – december 2015)

Hemodializni osrednji venski katetri (HD OVK) (uvedeno v enoti)	**Število (novo) vstavljenih OVK**	**Število vseh poslanih konic na MKB**	**Število katetrov brez rasti**	**Število katetrov z rastjo**	**Število kateterskih dni** (konice poslane na MKB)	**Incidenca v mesecu oktober - december**
EITOS	3	0	0	0	0	0
IIT	5	1	1	0	14	0
INT.ODD.	1	1	1	0	5	0
Center za HD	14	6	6	0	464	0
UKCB LJ	2	0	0	0	0	0
DC TRBOVLJE	1	0	0	0	0	0
SKUPAJ	26	8	8	0	483	0

Mislim, da si na tem področju res zaslužimo vso pohvalo.

2.3 SPREMLJANJE MIKROBIOLOŠKE NEOPOROČENOSTI DIALIZATOV

S ponosom lahko povem, da smo pri vseh mesečnih kontrolah zabeležili 100 % neoporečnost dializatov. Tudi tu se vidi, da se trudimo za kakovostno in varno ZNO.
Z veseljem lahko končno tudi povem, da je sodelavka v okviru seminarske naloge izdelala standard kakovosti ODVZEM DIALIZATA ZA MKB preiskave.
V decembru 2015 smo izdelali klinično pot VKLJUČITEV PACIENTA V KRONIČNO HEMODIALIZNO ZDRAVLJENJE. Čaka le še na odobritev oz. obvladovanje. Nas pa čaka še izdelava protokola VODENJE AKUTNE HEMODIALIZE.

2. 4 ZDRAVSTVENO - VZGOJNO DELO S PACIENTI V PREDDIALIZNEM OBDOBJU, KRONIČNIMI PACIENTI TER SVOJCI OBOJIH

Lansko leto smo to delo dobro zastavili, trenutno pa ugotavljamo stagnacijo na tem področju. Res včasih zmanjka časa, a vseeno bi se morali zavedati, da je Z - V delo ena temeljnih nalog MS. Problem je tudi, da če Z – V delo že poteka, se ga ne beleži v BIRPIS.
To smo že večkrat obravnavali na oddelčnih sestankih. Določili smo DMS, ki bo redno nadzirala izvajanje Z – V dela ter beleženje le tega. Stvari se že malo izboljšujejo.

2. 5 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

Tudi letos opažam kar precejšnje zanimanje za izobraževanja, organizirana znotraj SBJ.
Ena sodelavka se je v maju udeležila dvodnevnega izobraževanja na temo Srčno popuščanje in kronični dializni pacient ter vpliv konstrukcije A-V fistule na srčno popuščanje.
V marcu je 1 MS aktivno sodelovala na t. i. Svetovnem dnevu ledvic, ki je danes najbolj uspešna akcija ozaveščanja o kronični ledvični bolezni. Vsako leto akcija poudarja določeno temo,npr.: Čuvaj ledvice – zdravi zvišan krvni tlak (2009). Čuvaj ledvice – zdravi sladkorno bolezen (2011); Zdravje ledvic za vse (2015).
9. 6. Smo aktivno sodelovali na Dnevu odprtih vrat, kjer smo izvajali meritve krvnega sladkorja, krvnega pritiska,svetovali o prehrani,itd.
Konec septembra se je 1 DMS udeležila mednarodnega kongresa EDTNA/ERCA v Dresdnu. O novostih, ki jih je slišala tam, je poročala tudi na oddelčnem sestanku. Tudi sicer smo uvedli prakso, da na naših sestankih vsak, ki je bil na kakem izobraževanju temeljne stvari in novosti predstavi tudi sodelavcem.

2.6. VV/VR

Do konca leta 2015 smo nanašem oddelku izvedli 19 VV/VR. Največja skrb je bila namenjana razkuževanju rok, delu v izolacijski enoti, pravilnemu rokovanju z zdravili in pravilni aplikaciji zdravil
Veliko pozornosti smo namenili tudi upoštevanju dejavnikov tveganja za odvzem nadzornih kužnin. Na tem področju smo izdelali točno določena pravila, kdaj kateremu pacientu odvzeti katero nadzorno kužnino.
Pri notranji presoji smo bili opozorjeni, da ponekod nimamo zaključenega PDCA kroga, zato se sedaj trudimo v tej smeri. Potruditi se moramo tudi, da bomo bolj redno v sistem sporočali odklone.

3 ZAKLJUČEK

V letu 2015 smo dobili tudi 7 novih dializnih monitorjev ARTIS, ki omogočajo ogromno funkcij – vse v prid večje varnosti in kakovosti za naše paciente. Čisto na koncu leta smo začeli izvajati na teh monitorjih novo funkcijo – HEMOKONTROLO. V aparat vneseš pacientovo starost, višino, spol, predvideno telesno težo, število ur dialize ter odvzem tekočine za tekoči dan. Aparat ti pomaga, da pacienta res vodimo optimalno do konca dializne procedure. Vsa opažanja beležimo in o tem obvestimo zdravnika.
Tudi v letu 2015 smo opravili veliko številko akutnih dializ v EITOS, IIT in tudi pri pacientih z oddelkov.Predvsem pa bi poudarila, da smo začeli s pogostejšimi oddelčnimi sestanki, s čimer tudi izboljšujemo kakovost našega dela.
Rezultati našega dela niso slabi, a ozadje ni vedno tako, kot bi moralo biti. Upam, da bomo s skupnimi močni popraviti tudi to.V končni fazi smo vsi zaposleni v isti ustanovi, na istem oddelku in vsi naj bi si prizadevali za iste cilje.

STROKOVNO POROČILO URGENTNE SLUŽBE

Robert Carotta, dr. med.
Predstojnik urgentne službe

Leto 2015 je bilo za splošno bolnišnico Jesenice leto gradenj, prenavljanj in nenehnih selitev ter prilagajanj. V tem pogledu je bila najbolj prizadeta Enota za nujno medicinsko pomoč.
Od 1.1. do 28.2. je svojo dejavnost opravljala še v starih prostorih ambulantne stavbe. Zaradi gradnje novega Urgentnega centra je bilo potrebno te prostore popolnoma izprazniti.
Zato smo v noči iz 28. 2. na 1. 3. 2015 preselili urgentno internistično in kirurško dejavnost Splošne bolnišnice Jesenice (v nadaljevanju SB Jesenice) v prostore vojaške ROLE LM 2 MTF. V vojaški bolnišnici smo od takrat naprej brez večjih težav opravljali urgentno kirurško ambulanto, ambulantne posege v splošni in lokalni anesteziji, mavčarsko dejavnost, kontrolne kirurške preglede, rentgensko diagnostiko, internistično urgentno ambulantno dejavnost in seveda reanimacijo. Za varnejše in prijetnejše prestavljanje pacientov iz reševalnih vozil smo pred vhodom postavili montažni nadstrešek.
Pred samim pričetkom smo izvedli celoten servis in popravilo okvar na klimatskih napravah trojnih kontejnerjev. Glavni razlog za nedelovanje klimatov je bil v okvarjeni elektroniki, ki smo jo nadomestili iz kontejnerja laboratorijske dejavnosti, ki je sicer nameščen v skladiščih Slovenske vojske. Od takrat je klimatizacija v kontejnerjih delovala bolj ali manj brezhibno, potreben pa je bil stalen nadzor in sprotno korigiranje napak – resetiranje termostatov. Kljub ekstremnim vremenskim razmeram je bilo delo zaradi zmogljivih klimatov v šotorih normalno. Tako smo v zimskem času in razmerah imeli ustrezno temperaturo (od 18 do 21 stop. C) za primerno delo in oskrbo pacientov. Ob vročinskih valovih, ko je temperatura zraka sredi dneva dosegala skoraj 40 stop. C, smo v šotorih uspeli doseči temperaturo 26 stop. C. Tudi ob največjih nalivih in vetru je šotor zadržal veliko količino meteorne vode. Nekaj malega je priteklo v šotor ob stikih, kar pa ob tovrstnih vremenskih neprilikah ni omembe vredno. Izkazalo se je, da je potrebno vzpostaviti pravila preklapljanja termostatov klimatov, kar je pomenilo sprotno preklapljanje iz gretja na ventilacijo in hlajenje. Šotor nima akumulacijske moči hlajenja ali gretja, zato se je ob večerih kljub poletju temperatura v šotoru hitro znižala na 18 stop. C. Za preklapljanje je bil odgovoren vzdrževalec.
Pred pričetkom delovanja vojaške bolnišnice smo morali rešiti tudi problem čiščenja tal. Preko pohodnih plošč smo položili talno oblogo, ki je primerna za strojno čiščenje. Približno po 14 dnevih obratovanja so pohodne plošče popustile, zaradi očitno prevelike obremenitve, saj voziček s pacientom velikokrat presega 100 kg. Nastala situacija je onemogočala redno delo, poleg tega pa so neravna tla predstavljala nevarnost za poškodbo pacientov, obiskovalcev in zaposlenih, zato smo v eni noči dvignili talno oblogo in preko pohodnih plošč z vijaki pričvrstiti opažne elemente, preko katerih smo ponovno položili omenjeno oblogo. Delo urgentne službe SB Jesenice je ob tem potekalo skoraj nemoteno. Od takrat naprej težav s tlaki nismo imeli. Zaradi neravnih površin, ki so onemogočale prevoz nepokretnih pacientov v internističnem kontejnerju (veliki štabni kontejner), smo v le tem tla prekrili z vezanimi ploščami in talno oblogo. Tudi v operacijski kontejner smo preko obstoječega tlaka položili omenjeno oblogo in s tem olajšali čiščenje in vzdrževanje higiene.
V civilni medicini se za transport pacientov uporabljajo vozički s čvrsto gumo, zato je vsak stopničast prehod moteč, boleč in neudoben za pacienta. Glavni problem je vstop v kontejnerje zaradi vratne prepire, kar smo rešili s prirejenimi letvami. Vrata za odpiranje kontejnerjev imajo nameščene blažilce, ki pa močno otežijo samo odpiranje, za kar je potrebna precejšnja fizična moč. Ob dejstvu, da se vrata v ambulantni in operacijski kontejner odpirajo tudi po 1000 x dnevno smo te blažilce odstranili in s tem precej olajšali samo odpiranje vrat.
ROLE LM 2 MTF smo priklopili na vodovodno omrežje. Ob priklopu smo ugotovili, da tesnila v umivalnikih ne tesnijo in da so grelci okvarjeni. Omenjene okvare je sanirala Slovenska vojska.

2.3 Urgentna služba

Zaradi potrebe po dodatnih dejavnostih, ki presegajo okvir ROLE LM 2 MTF smo s strani Civilne zaščite pridobili dva bivalna kontejnerja, v katerih smo uredili mavčarno in kirurško ambulanto ter sanitarni kontejner z moškim in ženskimi toaletami. Prva dva kontejnerja smo z notranje strani obnovili z USB ploščami. Logistična brigada Slovenske vojske nam je posodila veliki štabni kontejner, v katerem smo uredili ambulantno za internistično urgentno dejavnost. Omenjene dodatne kontejnerje smo z montažnimi prehodi povezali v centralni šotor. Zaradi predvidenih težav s hlajenjem velikega štabnega kontejnerja v vročih poletnih dneh, smo preko njega napravili montažno streho z zračnimi kanali. Z dodatnimi ceradami smo v glavnem šotoru uredili tudi prostor za opazovanje in improviziran sprejem pacientov.
Vojaško bolnišnico ROLE LM 2 MTF smo prav tako z montažnim prehodom povezali z glavno stavbo SBJ.
Pred samim pričetkom dela v ROLE LM 2 MTF smo testirali medicinsko opremo. Za sodobno izvajanje splošne anestezije je bil primeren eden od anesteziioloških aparatov Slovenske vojske, na katerem smo opravili tudi servis.
Ostala dva aparata potrebujeta nadgradnjo, katere specifikacijo smo posredovali Slovenski vojski. Infuzijske črpalke so sicer uporabne, vendar pa cevnega sistema na slovenskem trgu nismo uspeli pridobiti, iz česar sklepamo, da so tovrstni aparati neuporabni. Izvedli smo tudi servisna dela na lučeh, operacijski mizi in rentgenskem aparatu. Prenosni RTG aparat, t. i. C-lok že nekaj let uporabljamo v naši ustanovi za manjše operacije. Aparat je star preko 12 let in ga ni mogoče priklopiti na digitalno omrežje. Priklop je možen z dokupom modema, katerega cena pa je večja kot vrednost aparata. Omenjeni RTG aparat ima tudi slabo ločljivost in zaradi tega za večje operacije ni uporaben. Ekg aparat je 8 kanalni. V sodobni medicini je standard 12 kanalni EKG, zato je neuporaben.
Sistema ROLE LM 2 MTF nismo povezali na bolnišnično plinsko omrežje, zato smo izdelali Elaborat preskrbe z medicinskimi plini. Ob upoštevanju omenjenega elaborata in sprotno menjavo izpraznjenih jeklenk, je bilo delo praktično nemoteno.
10 dni pred pričetkom dela v ROLE LM 2 MTF smo začeli tudi z RTG diagnostiko naših pacientov v RTG kontejnerju. Po tednu dni smo ga uspeli priklopiti na naše informacijsko omrežje. Slike vašega RTG aparata zadostujejo osnovni RTG diagnostiki urgentnih kirurških in internističnih pacientov. Zaradi majhnosti kontejnerja smo RTG diagnostiko nepokretnih pacientov izvajali v prostorih SB Jesenice. Pred samim RTG kontejnerjem smo s pregradami uredili prostor za RTG inženirja.
V glavnem šotoru smo imeli tudi sprejemno pisarno ter čakalnico za paciente s tremi prostori za opazovanje in na koncu sanitarni kontejner.
V noči iz 12. na 13. december smo z opravljanjem urgentne internistične in kirurške službe v ROLE LM 2 MTF zaključili, saj smo jo preselili v nove prostore našega Urgentnega centra.
V nadaljevanju nam je Slovenska vojska omogočila, da smo ROLE LM 2 MTF uporabili kot nadomesti objekt v katerega bi preselili urgentno službo SB Jesenice, v kolikor bi zaznali resne pomankljivosti ali nepravilnosti pri delovanju Urgentnega centra.
V obdobju od 1. 3. do 12. 12. 2015 smo opravili 17.936 kirurških prvih pregledov, 5.233 prvih internističnih pregledov, 6.661 pregledov v kontrolni kirurški ambulanti, kar skupaj pomeni 29.830 pacientov. Od tega je bilo 4.184 pacientov sprejetih in opravljenih 6.201 mavčarskih storitev ter v operacijski dvorani izvedenih 3.023 malih posegov. Na RTG aparat je bilo narejenih 14.965 RTG posnetkov. Zdravili smo 114 bolnikov z akutnim koronarnim sindromom in 118 bolnikov z možgansko kapjo. Tako smo v vojaški bolnišnici ROLE LM 2 MTF dnevno obravnavali 104 paciente!
S strani Slovenske vojske so nam od 15. 6. 2015 pri delu pomagali in nabirali izkušnje tudi bojiščni reševalci. V spodnji tabeli vam prikazujemo obravnavo pacientov v vojaški bolnišnici po bolezenskih stanjih.

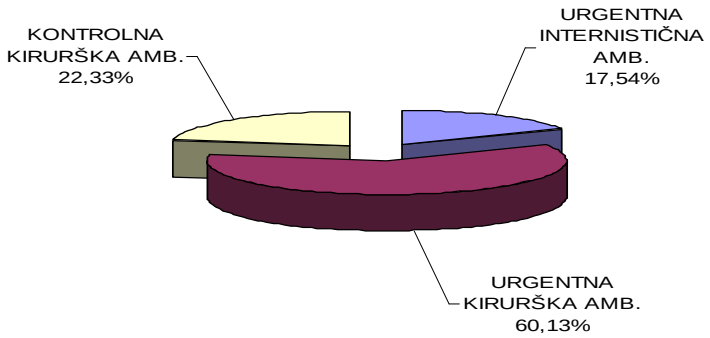
2.3 Urgentna služba

Tabela 1: Podatek o bolezenskih stanjih

KIRURŠKI PRVI PREGLEDI	Št. obravnav
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledica zunanjih vzrokov	12.407
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	1.550
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	1.391
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični izvidi	758
K00-K93 Bolezni prebavil	661
C00-D48 Neoplazme	506
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdr,stanje in nastike z zdravstveno službo	181
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	131
I00-I99 Bolezni obtočil	102
G00-G99 Bolezni živčevja	85
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	64
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	53
Q00 do Q99 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	20
neopredeljene	11
J00-J99 Bolezni dihal	6
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	5
H00-H59 Bolezni očesa in adneksov	2
H60-H95 Bolezni ušesa in mastoida	2
O00-O99 Nosečnost, porod in poporodno obdobje	1
Skupaj	**17.936**

KIRURŠKI PONOVNI PREGLEDI	Št. obravnav
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledica zunanjih vzrokov	4.624
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	441
C00-D48 Neoplazme	422
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	372
G00-G99 Bolezni živčevja	352
K00-K93 Bolezni prebavil	135
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični izvidi	95
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	64
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdr,stanje in nastike z zdravstveno službo	54
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	35
I00-I99 Bolezni obtočil	28
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	20
Q00 do Q99 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	11
neopredeljene	6
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	1
J00-J99 Bolezni dihal	1
Skupaj	**6.661**

INTERNISTIČNI PRVI PREGLEDI	Št. obravnav
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični izvidi	1.295
I00-I99 Bolezni obtočil	1.056
K00-K93 Bolezni prebavil	783
J00-J99 Bolezni dihal	561
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	320
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	236
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	228
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	193
G00-G99 Bolezni živčevja	144
C00-D48 Neoplazme	99
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledica zun. vzrokov	75
F00-F99 Duševne in vedenjske motnje	72
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	68
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdr.stanje in nastike z zdravstveno službo	38
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	30
H60-H95 Bolezni ušesa in mastoida	23
neopredeljen	5
H00-H59 Bolezni očesa in adneksov	5
O00-O99 Nosečnost, porod in poporodno obdobje	1
Q00 do Q99 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	1
Skupaj	**5.233**



Graf 1: Vrste pregledov

V nadaljevanju vam prikazujemo stroške priklopa, vzdrževanja in obratovanja. Z veseljem lahko ugotovimo, da je vojaška bolnišnica ROLE LM 2 MTF v celoti izpolnila zahteve za delo urgentne službe regionalne bolnišnice in s tem tudi svojo nalogo. V njenih prostorih je moč zagotavljati moderne standarde zdravstvene oskrbe za civilne namene.

Tabela 2: Prikaz stroškov

	Vrsta stroška	Višina stroška v EUR		
		leto 2014	**leto 2015**	**SKUPAJ**
1. Stroški porabljenega materiala		522,36	33.411,36	33.933,72
STROŠEK PORABLJENEGA NEZDRAVSTVENEGA MAT.		522,36	7.153,28	7.675,64
STROŠEK PORABLJENIH TEHNIČNIH PLINOV			1.784,26	1.784,26
STROŠEK GORIVA ZA OGREVANJE			7.976,46	7.976,46
STROŠEK EL. ENERIGJE			16.497,36	16.497,36
2. Stroški storitev		24.645,50	41.364,87	72.776,25
VZDRŽEVANJE NEMEDICIN. OPREME		0,00	0,00	134,20
	pregled elektro zaščitnih naprav Blender		134,20	134,20
VZDRŽEVANJE MED.OPREME		0,00	0,00	6.082,68
	zagon in popravilo RTG aparata		3.827,88	3.827,88
	popravilo OP mize		1.076,92	1.076,92
	popravilo prenosnega dihalnega aparata		929,88	929,88
	popravilo priklopa plinov		248,00	248,00
VZDRŽEVANJE KOMUNIKACIJ IN RAČUNALNIŠKE OPREME		0,00	0,00	549,00
	servis in umerjanje sredstev za zveze		549,00	549,00
INVESTICIJSKO VZDRŽEVANJE		24.428,03	25.659,22	50.087,25
	zakoličba objekta	488,00	0,00	488,00
	komunalna ureditev parkirišča za postavitev Role 2 LM	10.812,00	0,00	10.812,00
	povezava na električno in mrežno omrežje	3.060,72	0,00	3.060,72
	povezava med bolnišnico in Role 2 LM	4.647,76	0,00	4.647,76
	dobava in montaža PVC talnih oblog	3.471,71	775,43	4.247,14
	preračun porabe energije	465,55	0,00	465,55
	izdelava svinčenega stekla	555,09	0,00	555,09
	strošek avtodvigala za postavitev kontejnarjev ob Role 2 LM	927,20	0,00	927,20
	priklop vode	0,00	2.861,28	2.861,28
	priklop elektrike	0,00	2.576,47	2.576,47

	ločitev prostorov (pregrade, opora pri vratih)	0,00	7.279,74	7.279,74
	izdelava nadstreška	0,00	9.851,59	9.851,59
	montaža klim	0,00	732,00	732,00
	menjava PVC talnih oblog	0,00	1.148,39	1.148,39
	UKW postaja	0,00	434,32	434,32
ZAVAROVANJE OPREME			5.571,21	5.571,21
KOMUNALNE STORITVE (črpanje sanitarij, deratizacija in dezinfekcija)		217,47	10.134,44	10.351,91
SKUPAJ stroški priklopa, vzdrževanja in obratovanja Role 2 LM		25.167,86	74.776,23	106.709,97

Kot rečeno smo se v noči iz 12. na 13. december preselili v nove prostore našega Urgentnega centra. Naš nov Urgentni center ima preko 1.300 m2 uporabnih delovnih površin, kar je omembe vredna pridobitev. Organizacija dela je v preostalem letu ostala enaka, saj se je bilo potrebno najprej navaditi na nove prostore. Že takoj se je zaradi razpršenosti delovišč pojavil problem pomanjkanja kadra, kar bomo postopno reševali z zaposlovanjem v letu 2016. Z manjšimi korekcijami opreme smo rešili problem majhnosti ambulant. Eden največjih problemov pa je bil nefunkcionalnost avtomatskih krilnih vrat v ambulante. Prisiljeni smo jih bili odklopiti od sistema avtomatskega odpiranja na ročno. V načrtu je kompletna menjava teh krilnih vrat za drsna, vendar za vsako spremembo v UC potrebujemo soglasje ministrstva za zdravje.
V tabeli številka 3 vam prikazujemo število pregledov po diagnozah v urgentni kirurški in internistični ambulanti v letu 2015.

Tabela 3: št. obravnav po bolezenskih stanjih

INTERNISTIČNI PRVI PREGLEDI	Št. obravnav
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični izvidi	1.660
I00-I99 Bolezni obtočil	1.363
K00-K93 Bolezni prebavil	1.035
J00-J99 Bolezni dihal	789
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	418
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	311
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	280
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	254
G00-G99 Bolezni živčevja	184
C00-D48 Neoplazme	121
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledica zunanjih vzrokov	92
F00-F99 Duševne in vedenjske motnje	99
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	89
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdr.stanje in nastike z zdravstveno službo	46
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	34
H60-H95 Bolezni ušesa in mastoida	27
Neopredeljen	10
H00-H59 Bolezni očesa in adneksov	8
O00-O99 Nosečnost, porod in poporodno obdobje	1
Q00 do Q99 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	1
Skupaj	6.822

KIRURŠKI PRVI PREGLEDI v letu 2015	Št.obravnav
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledica zun.vzrokov	15.923
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	1.910
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	1.741
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični izvidi	949
K00-K93 Bolezni prebavil	872
C00-D48 Neoplazme	644
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdr,stanje in nastike z zdravstveno službo	227
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	161
I00-I99 Bolezni obtočil	132
G00-G99 Bolezni živčevja	119
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	85
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	66
Q00 do Q99 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	22
neopredeljene	14
J00-J99 Bolezni dihal	8
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	5
H00-H59 Bolezni očesa in adneksov	3
H60-H95 Bolezni ušesa in mastoida	3
F00-F99 Duševne in vedenjske motnje	1
O00-O99 Nosečnost, porod in poporodno obdobje	1
Skupaj	22.886

V letu 2016 nas čaka obilo izzivov. Reorganizacija dela Enote NMP SB Jesenice v UC, organizacija dela v opazovalnici, uvedba trijaže. V UC se nam bo že v začetku leta pridružilo osebje SNMP ZD Jesenice. Potrebno bo dokupiti še kar nekaj medicinskih aparatov in ostale opreme za optimizacijo dela. UC Jesenice je pomembna pridobitev naše bolnišnice, vendar mu manjkajo številni prostori, ki so nujno potrebni za nemoteno delo, kot so mortuarij, prostor za konzilije, garderobe, prostor za bolnišnično poveljniško skupino ob množični nesreči.Ob pridobitvi soglasje s strani MZ bomo pričeli z izdelavo načrtov za izgradnjo le teh v kletnih prostorih novega UC.
Naj na koncu izrazim osebno zahvalo vsem, ki so bili kakorkoli udeleženi pri delu naše enote NMP v letu 2015 za predanost in pripravljenost pomagati. Posebna zahvala pa velja vam, mojim sodelavcem zaposlenim neposredno v urgentni službi. Brez vaše požrtvovalnosti nam ne bi uspelo doseči uspeha o katerem bodo poročali še rodovi.

STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKE SLUŽBE

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

UVOD

V letu 2015 smo na ginekološko - porodniškem oddeleku dosegli nov mejnik v porodništvu in smo prvič po letu 1976 presegli 800 porodov v enem letu. 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 ostali v enakih okvirih, pomagala nam je kolegica specialistka, ki se je pri nas zaposlila s polovičnim delovnim časom za nadomeščanje zaradi porodniškega dopusta. Celo leto smo bili brez svojih specializantov, zato smo za pomoč zaprosili Ginekološko kliniko Ljubljana in dva specializanta sta se odločila, da opravljata del specializacije pri nas. Ves čas sodelujemo tudi s katedro za ginekologijo in porodništvo Medicinske fakultete in študentje opravljajo vaje pri nas. 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 2015 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 2016, ko predvidevamo, da bomo obnovili prostor za posebno nego novorojenčka, kopalnice na oddelku in izdelali prostor za sobivanje. Reorganizirali bi radi tudi prostore za osebje in administracijo.Na oddelku je tudi urgentna ginekološka ambulanta, ki jo uporabljamo kot prostor za ambulantno histeroskopsko diagnostiko in operativo in kot babiško ambulanto. V prenovljenem delu porodnega bloka so 3 porodne sobe. V sklopu porodne sobe je tudi operacijska dvorana za urgentni carski rez. 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 2015 zaposlenih:

- 5 zdravnikov specialistov (1 zdravnica dela s skrajšanim delovnim časom, 1 zdravnica je bila na porodniškem dopustu)
- 2 specializantki (ki sta bili na kroženju v Ljubljani)
- 2 diplomirani medicinski sestri (ena od teh je koordinatorica ZN za dva oddelka)
- 5 diplomiranih babic
- 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.

Dežurno službo nam pomagajo zagotavljati trije 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 2015 in CILJI ZA LETO 2016:

- **Ohranitev zadostnega števila specialistov za redno delo:** V letu 2015 smo bili brez ene specialistke, ki je bila na porodniškem dopustu. Zato smo s skrajšanimi delovnim časom za določen čas zaposlili kolegico, ki sicer deluje v privatnem sektorju. Začasno smo pridobili specializante iz Ljubljane, ki so delno pokrili naše pomanjkanje s specializanti. 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 letu 2015 smo sodelovali tudi z našimi abdominalnimi kirugi in anesteziologi.
- V letu 2016 si veliko obetamo od uvedbe MRI male medenice, ki bo pomagala pri načrtovanju optimalnega zdravljenja tudi pacientk z drugimi ginekološkimi raki.
- **Nadgradnja in nadaljnji razvoj pri zahtevnih endoskopskih operacijah:** Napredovali smo pri razvoju laparoskopske miomektomije in pelvične limfadenektomije.
- **Razvoj diagnostične in operativne histeroskopije:** V letu 2015 se je dokončno uveljavila ambulantna diagnostična in operativna histeroskopija. V letu 2015 smo pripravili klinično pot in vzpostavili redno pot za pacientke za ta poseg.
- **Sodelovanje z ginekologi izven bolnišnice:** V letu 2016 bomo še intenzivneje sodelovali z zunanjimi sodelavci in ambulantnimi ginekologi predvsem v naši regiji, z namenom obveščanja in strokovnega usklajevanja. Obveščalli jih bomo o delu na oddelku in možnostih za njihove pacientke in porodnice. Pripravili bomo tudi izobraževanje za njih in osebje zdravstvene nege z aktualno tematiko.
- **Izvedba predvidenega prospektivnega programa operacij stresne urinske inkontinence:** Na nacionalnem razpisu smo uspeli pridobiti 83 operacij stresne urinske inkontinence in s pomočjo sodelavca iz GK Ljubjlana nam je program uspelo opraviti v celoti. Bili smo pripravljeni narediti še več teh operacij, vendar nam jih ZZZS ni dodelil. Tudi v letu 2016 bomo sodelovali na razpisu in skušali program opraviti.
- **Izdelava novih kliničnih poti:** V letu 2015 smo začeli uporabljati 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 smo to klinično pot uporabljali pilotno in smo jo tekom leta dodelovali in je sedaj zelo funkcionalna, pregledna in dovolj preprosta. Izdelali smo klinično pot za sterilizacijo in ambulantno histeroskopijo. V letu 2016 je v izdelavi večja klinična pot – vodenje nosečnosti, ki bo namenjena tako babicam kot zdravnikom in bo vključevala tudi patološko nosečnost.
- **Skrb za popolnejše vodenje dokumentacije:** V sodelovanju s strokovno direktorico skušamo odpravljati pomanjkljivosti v izpolnjevanju dokumentacije in pri predpisovanju zdravil. V letu 2015 smo opravljali glavne vizite. V dogovoru z arhivom smo se odločili, da očistimo tudi centralni arhiv našega oddelka s pomočjo naših administratork. 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 2016.

- **Sodelovanje s samostojnimi babicami:** 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 nam teh babic ni uspelo zaposliti, ker niso opravile praktičnega izpita iz oskrbe novorojenčka. To bomo skušali v letu 2016
- **Morbiditetno - mortalitetne konference:** Prijavili smo en opozorilni nevaren dogodek na ministrstvo v zvezi s porodom v medenični vstavi. Na to temo smo imeli MM konferenco in pripravili protokol za obravnavo medenične vstave pred in med porodom. Druga MM konferenca je potekala na tematiko protokola obravnave pri smrti ploda v maternici.
- **V letu sta zaživela projekta »babiški oddelek« in »babiška ambulanta«** , ki smo ju v okviru kakovosti predstavili tudi na kongresu. 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 2015 smo aktivno sodelovali z več prispevki na različnih izobraževanjih predvsem v Sloveniji. Tudi v letu 2016 bomo skušali čim več aktivno sodelovati na strokovnih srečanjih doma in v tujini.

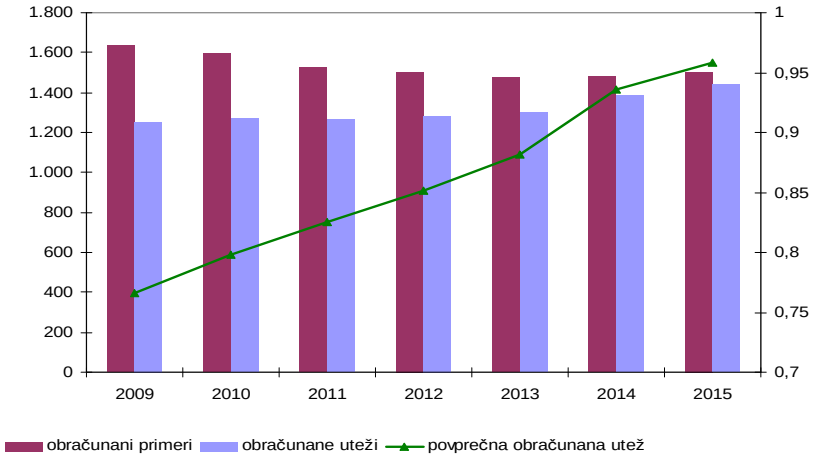
3 OPRAVLJENO DELO V LETU 2015

3.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

Načrtovani hospitalni program smo v letu 2015 opravili v enakem obsegu kot v letu 2014. 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 2016 bomo organizirali tudi krajše strokovno srečanje z možnostjo ogleda oddelka, informacijami o novostih na oddelku in o dobrodelni akciji za obnovo 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 2015

	Realizacija 2014	**Načrt 2015**	**Realizacija 2015**	**INDEKS real/načrt**	**INDEKS 15/14**
Gin. por. oddelek	1.489	1.489	1.527	102,55	102,55
- skupaj ZZZS	1.480	1.480	1.503	101,55	101,55
- ostali plačniki	9	9	24	266,67	266,67

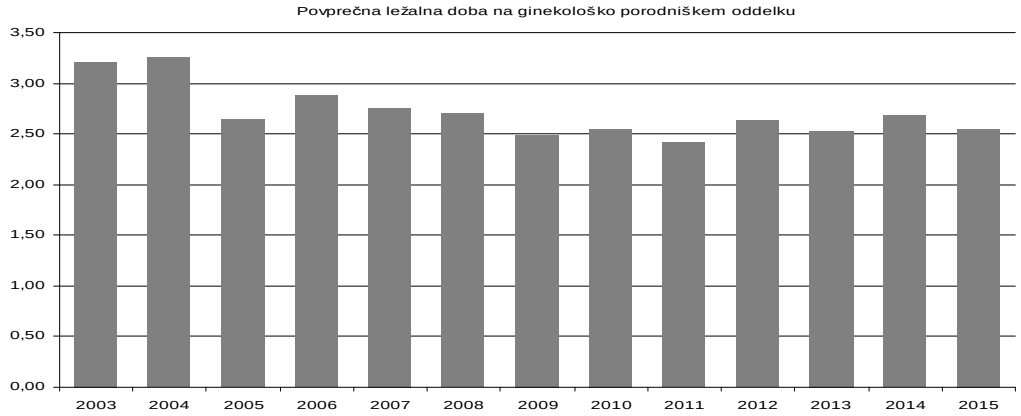


Graf 1: Gibanje obračunanih primerov in uteži na ginekološko - porodniškem oddelku

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
2015	1.503	1.439,41	0,958

V letu 2015 smo uspeli ohraniti visoko povprečno utež, kar je posledica dokaj visoke uteži prospektivnega programa in operiranja težjih primerov in premika lažjih primerov v ambulantno obravnavo. Je pa jasno že dalj časa, na kar smo opozarjali že 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. V letu 2015 je bila ponovno nekoliko krajša kot v letu 2014 vendar večjega skrajševanja tudi v prihodnosti ni pričakovati. Možnost obstaja ob uvedbi 48 urnega bivanja porodnic po porodu in možnosti ambulantnega poroda, vendar zaenkrat poporodna oskrba s strani patronažne službe na terenu tega na varen način ne dopušča.



Graf 2: Povprečna ležalna doba na ginekološko porodniškem oddelku

2.4 Ginekološko – porodniška služba

Najpogostejša diagnoza na ginekološkem oddelku od leta 2008 do leta 2013 je bila vedno medicinski splav, ki pa je obračunan ambulantno. V letu 2014 se je ta diagnoza spremenila v korist stresne urinske inkontinence, kot smo tudi načrtovali. V letu 2015 je ponovno obrnjeno, vendar je število splavov ostalo približno enako. Dolgoročno gledano število prekinitev nosečnosti upada, kar kaže na dobro preventivno dejavnost in dostopnost kontracepcije pri nas. V bolnišnici pogrešamo redno delo urolga, s katerim bi lahko veliko sodelovali.

Tabela 3: Najpogostejše diagnoze na ginekološkem oddelku od leta 2008 do leta 2015

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N393 Stresna inkontinenca	14	12	17	52	57	76	82	76
O049 Medicinski splav, popolni ali neopredeljeni	96	123	120	127	122	90	81	82
N840 Polip materničnega telesa	30	31	42	34	55	39	52	49
O021 Splav z odmrlim plodom	53	42	53	49	49	52	41	38
N979 Ženska neplodnost, neopredeljena	10	30	41	46	41	37	34	23
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	30	23	36	28	38	32	32	31
Z302 Sterilizacija	56	52	36	43	23	28	32	27
D061 Eksocerviks (zunanja stena mat. vratu	20	1	11	5	6	9	25	18
N813 Popolni uterovaginalni zdrs	15	24	16	10	38	27	25	24
N811 Cistokela	11	9	4	4	18	16	21	10
N950 Pomenopavzna krvavitev	29	32	34	15	20	18	20	17
N879 Displazija mat. vratu, neopredeljena	104	57	45	49	57	25	19	22
N938 Druge vrste opredeljena nenormalna krvavitev	22	26	23	21	27	19	17	11
Q518 Druge prirojene malformacije maternice in mat. vratu	18	23	17	26	18	8	14	10
D250 Submukozni (podsluznični) leiomiom maternice	6	5	8	5	10	7	10	11

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
D251 Intramuralni leiomiom maternice	22	14	14	18	17	17	10	20
O089 Zaplet po splavu in izvenmat. in molarn	15	12	15	27	20	17	10	18
N801 Endometioza jajčnika	8	5	4	14	12	7	9	13
O001 Nosečnost v jajcevodu	6	11	5	5	15	11	9	8
N921 Premočna in prepogosta menstruacija	8	25	3	28	8	11	7	8

Tabela 4: Najpogostejše diagnoze na porodnem oddelku od leta 2008 do leta 2015

Diagnoza	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
O800 Spontani porod v glavični vstavi	474	499	544	486	539	610	629	699
O820 Porod z elektivnim carskim rezom	38	47	51	52	30	68	92	77
O81 Porod enojčka s forcepsom in vakumskim ekstra	0	0	0	0	0	36	25	33
P399 Infekcija, značilna za perinatalno obdobje	0	0	0	0	0	1	11	4
O470 Nepravi porod pred dopolnjenim 37. tednom nos	25	33	39	22	35	16	10	19
O471 Nepravi porod ob ali po dopolnjenem 37. tedno	11	15	14	12	15	15	9	16
O13 Gestacijska (nosečnostna) hipertenzija	1	2	2	1	0	2	3	6

Tabela 5: Najpogostejši SPP primeri obračunani na ginekološkem oddelku v letu 2015

Koda	Opis grupe	Utež	Št. primerov	Št. uteži
N06Z	Rekonstruktivni posegi na žen. reprodukcijskem sistemu	1,28	107	136,95
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	0,65	107	69,55
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, mat. vratu in zun. spolovilu	0,43	55	23,64
N62B	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez sp.bol.stanj ali zapletov	0,26	44	11,44
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36	58	20,86

Koda	Opis grupe	Utež	Št. primerov	Št. uteži
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,70	51	86,70
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	0,56	38	21,30
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,37	25	34,25
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani	0,70	23	16,10
O63Z	Splav brez D&C (dilatacije in abrazije aspiracijske kiretaže ali histerotomije)	0,32	16	5,11

Tabela 6: Razporeditev SPP - jev na ginekološkem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2015

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 kompl. 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

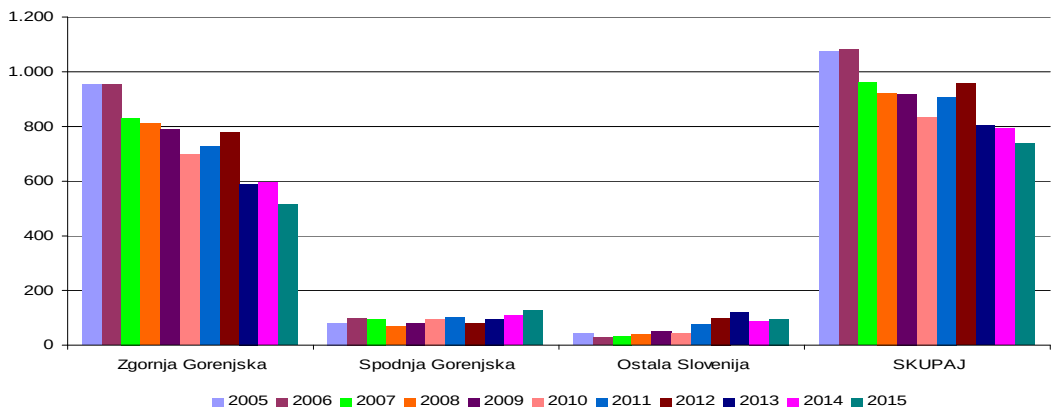
Tabela 7: Najpogostejši SPP primeri obračunani na porodnem oddelku v letu 2015

Koda	Opis grupe	Utež	Št. primerov	Št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami	0,91	580	527,76
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	55	94,05
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami	1,17	81	94,78
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami	1,11	35	38,85
O64Z	Lažni porod	0,33	35	11,55
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	17	35,87
O60A	Vaginalni porod s št. zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	29	46,10
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zaplet. diagnoz	0,41	11	4,51
O02Z	Vaginalni porod z zapletenimi posegi v operacijski dvorani	1,56	7	10,92
O65B	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zmernih ali brez zapletenih diagnoz	0,32	8	2,56

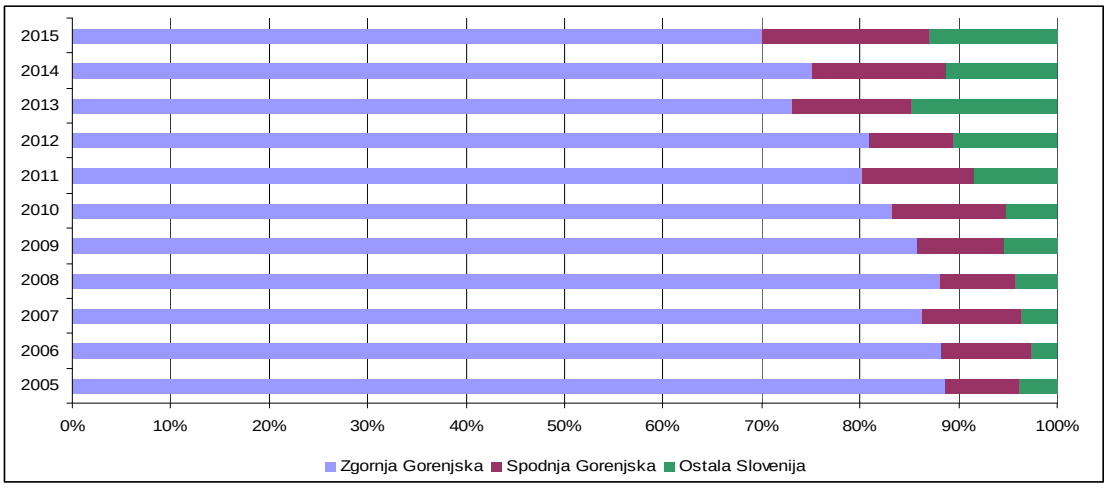
Tabela 8: Razporeditev SPP-jev na porodnem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2015 (za vse plačnike)

Koda	Opis grupe	Utež	Št. primerov	Št. uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami,	0,91	580	527,76
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	55	94,05
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami,	1,17	81	94,78
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami,	1,11	35	38,85
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	17	35,87
O01A	Porod s carskim rezom s št. zapletenimi diagn.,vsaj ena resna	1,59	29	46,1
O60A	Vaginalni porod s št. zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	18,3	6	18,3
P66D	Novorojenček teža ob sprejemu 2000 – 2499 g	6,05	5	6,05
O64Z	Lažni porod	0,33	35	11,55
O02Z	Vaginalni porod z zapletenimi posegi v opercijski dvorani	1,56	7	10,92

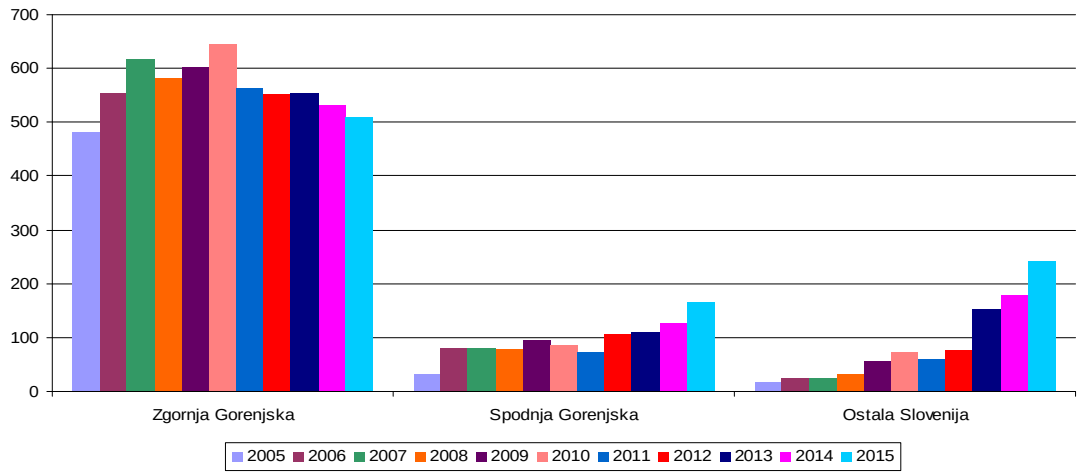
V letu 2015 smo še povečali priliv pacientk na ginekološkem in porodniškem oddelku iz preostale Slovenije. Predvsem v porodnišnico prihajajo porodnice tudi iz precej oddaljenih krajev. Prakso materi prijazne porodne oskrbe, kjer je v ospredju normalen porod bomo skušali ohraniti, saj je to oskrba zaradi katere prihajajo porodnice tudi iz oddaljenih krajev. Porodnice iz vse Slovenije se obračajo na nas tudi za mnenje o porodu v primerih določenih obolenj. Zelo so obiskani naši organizirani pogovori s porodnicami in njihovimi partnerji o porodu, oskrbi novorojenčka, analgeziji, dojenju in porodni sobi. 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. 3 krat tedensko deluje babiška ambulanta, kjer babice vodijo del pregledov pri zdravi nosečnici.



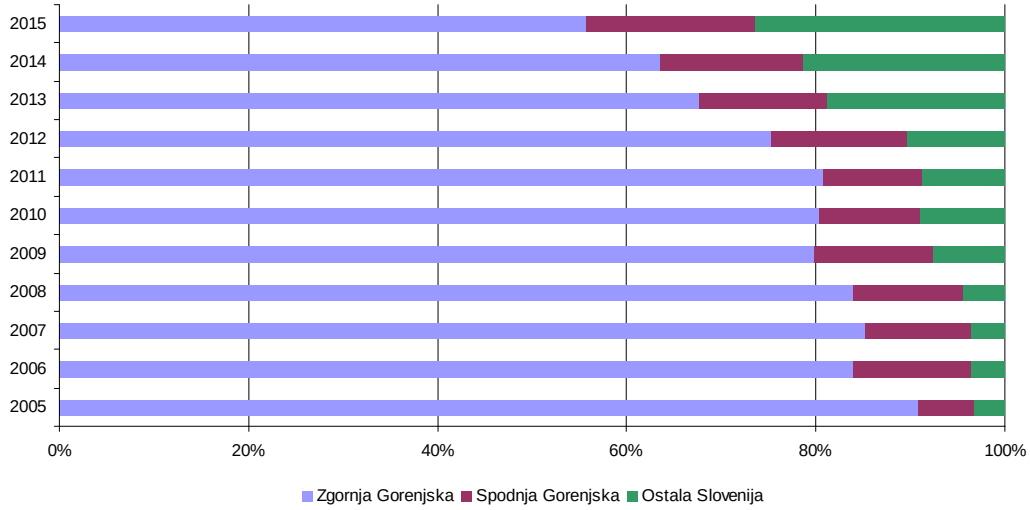
Graf 3.1: Struktura pacientk po občinah za ginekološki oddelek



Graf 3.2: Struktura pacientk po občinah za ginekološki oddelek



Graf 4.1: Struktura pacientk po občinah za porodni oddelek

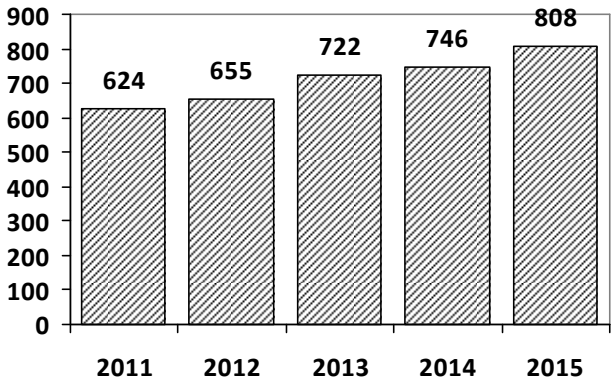


Graf 4.2: Struktura pacientk po občinah za porodni oddelek

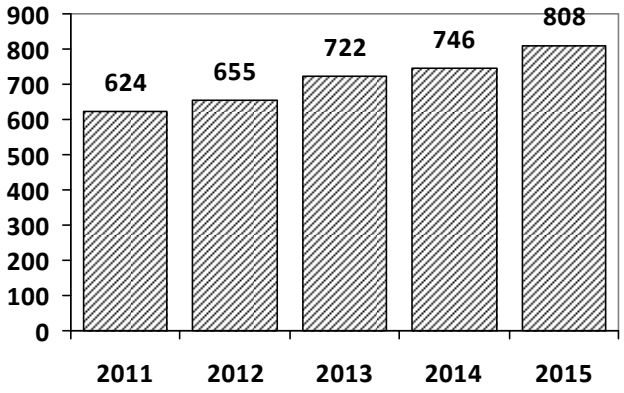
3.1.1 PORODNIŠTVO

V porodništvu je bilo leto 2015 rekordno po številu porodov. Vendar smo imeli en nevarni opozorilni dogodek in sicer intrapartalno smrt ploda v medenični vstavi. Ker je bil dogodek zelo stresen tudi za vse zaposlene, smo organizirali supervizijo s psihiatrinjo, ki je vsem zelo koristila, ker bi sicer lahko tak dogodek zelo negativno (v smislu strahu) vplival na naše nadaljne delo. Zahvaljujemo se strokovni direktorici, ki je naši prošnji prisluhnila in pomagala pri takem načinu reševanja

Rezultati:
V obdobju petih let (2011-2015) je v SBJ rodilo 3.555 porodnic. V zadnjem letu je število porodov glede na leto 2011 naraslo za 29,5 %, ob tem se je delež carskih rezov znižal s 15,4 % na 9,5 %. Naraščanje števila porodov po letih prikazuje Graf 1, delež carskih rezov pa Graf 2.



Graf 1: Število porodov v SBJ v letih 2011 - 2015



Graf 2: Delež (%) carskih rezov v SBJ v letih 2011-2015

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 v letu 2012 vodili pri 50,4 % (330), v letu 2013 pri 57,9 % (418), v letu 2014 pri 52,8 % (394) in v letu 2015 pri 55,8 % (451) porodnic.
V letih 2002-2006 smo imeli po podatkih iz Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema (NPIS) najmanj porodov brez intervencij v Sloveniji (6,9 %), nato pa je v letih 2007-2011 odstotek porastel na 26,6 %. Trenutnih podatkov ne moremo primerjati, ker v naši statistiki epiziotomija ne more biti vključena v porod brez intervencij. Število (delež) intervencij med porodom v omenjenem petletnem obdobju prikazuje Tabela 1.

Tabela 1: Število porodnic (delež (%)) posameznih intervencij v SBJ v letih 2011-2015 (V.E.-vakuumska ekstrakcija)

Leto	Indukcija poroda	V.E.	EPIZIOTOMIJA	Rupture 3. in 4. stopnje	Uporaba oksitocina (razen po porodu)	Apgar <6 po 5 min.	Izguba krvi > 500 ml po porodu	Transfuzija krvi po porodu
2011	101 (16,2)	38 (6,2)	103 (16,5)	2 (0,3)	231 (37,0)	4 (0,6)	23 (3,7)	3 (0,5)
2012	45 (6,9)	31 (4,7)	44 (6,7)	3 (0,5)	121 (18,5)	3 (0,5)	17 (2,6)	4 (0,6)
2013	81 (11,2)	37 (5,1)	40 (5,5)	9 (1,2)	104 (14,4)	4 (0,6)	49 (6,8)	7 (1,0)
2014	89 (11,9)	25 (3,4)	22 (2,9)	8 (1,1)	137 (18,4)	1 (0,1)	44 (5,8)	9 (1,2)
2015	126 (15,6)	33 (4,1)	45 (5,6)	11 (1,4)	131 (16,2)	1 (0,1)	53 (6,6)	8 (1,0)

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 500ml 2,2 %, epiduralna analgezija 9 %, nizka ocena po Apgarjevi lestvici 0,8 %.

3.1.2 GINEKOLOGIJA

V letu 2015 je bilo na oddelku narejenih 505 posegov, od tega je bilo opravljenih 76 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 in miome v votlini maternice. Število operativnih histeroskopij v splošni anesteziji se je zmanjšalo, ker smo v letu 2015 začeli z rednim delom ambulantne histeroskopije, ki je veliko manj invazivna in ne potrebuje splošne anestezije. V letu 2015 smo odstranili 20 miomov maternice z endoskopskimi metodami (8HSC in 12 LPSC), leto pred tem pa 12. Močno smo napredovali pri laparoskopskih miomektomijah, ki zahtevajo obsežnejše endoskopsko šivanje in v večini primerov jih lahko izvedemo sami brez pomoči zunajega sodelavca.

Zabeležili smo naslednje pooperativne oz. medoperativne komplikacije in zaplete:

- Konverzij primarne operacije v laparotomijsko
- Krvavitev v treušno steno (po carkem rezu 2x, po TEL) z revizijo
- Močna krvavitev po konizaciji in revizija s hemostazo
- Revizija po VTE zaradi močne krvavitve v trebušno votlino ob izpadlih ligaturah
- Iatrogena poškodba maternice po HSC resekciji pregrade

Tabela 9: Operativni posegi v letu 2015

Vrsta posega	***Število***
Histeroskopija	65
Laparoskopija	132
Sprednja vaginalna plastika	30
HSC + LPSC	13
Vaginalna histerektomija	32
LPSC miomektomija	12
TEL(A)	12
LAVHA Z LPL	3
Miomektomija per laparatomijam	1
LAVH(A)	9
Zadnja vaginalna plastika	8
Konizacija, rekonizacija	27
LLETZ	7
Cerclage LPSC apendektomija	2
LPSC stagging	2
Ekstirpacija MV po SLH	1
Op SIU	71

Tabela 10: Manjši posegi v letu 2015

Vrsta posega	***Število***
Abrazija	64
Odstranitev IUD	3
Marsupializacija Bartholinijeve žleze	4

Ekscizija tumorja dojke Revizija traku po operaciji SIU	5 11
Incuzija abscesa labij Ekscizija kondilomov	1 1
Biopsija porcije in abrazija CK	4
Ekscizija vulve	2
Ekscizija polipa vagine	1

Zelo dobro sodelujemo z ginekološko onkološkim konzilijem Ginekološke klinike v Ljubljani.
Vse začetne stadije ginekoloških rakov operiramo na našem oddelku. V letu 2015 smo naredili 5 totalnih histerktomijs pelvično limfadenektomijo (dvakrat kompleten laparoskopski staging),vse laparoskopsko. Večjih poopertivnih zapletov ni bilo, število odvzetih bezgavk je bilo vedno primerno.
V letu 2015 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 2015 smo izpolnili predpisano število prospektivnih primerov z operacije stresne urinske inkontinence in jih nekoliko presegli. Želeli smo si opraviti še več operacij, vendar nismo dobili odobritve s strani ZZZS. V načrtu za leto 2016 bomo skušali pridobiti nekoliko večji prospektivni program. Operacije opravljamo tudi v lokalni anesteziji, kar zmanjša stroške samega posega in daje možnost pacientkam za katere bi bila splošna anestezija bolj tvegana.

3.1.3 AMBULANTNA DEJAVNOST

V letu 2015 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 okviru dispanzerja 3x tedensko poteka babiška ambulanta. V njo smo napotili zdrave nosečnice, kjer preglede opravlja babica približno 5x v nosečnosti. Ankete so pokazale, da so nosečnice s tako obravnavo zadovoljne, s tem smo razbremenili zdravnike. V letu 2015 smo pričeli z ambulantno histeroskopijo. Opravili smo 49 HSC posegov, od tega 32 diagnostičnih in 17 operativnih.

Tabela 11: Opravljen obseg delovnega programa

	Realizacija 2014	**Načrt 2015**	**Realizacija 2015**	**INDEKS real/načrt**	**INDEKS 15/14**
Dispanzer za žene	35.256,85	33.812,85	35.258,35	1,4,02	100,00
Obiski	7.955	0	7.830		98,43
Ginekološka amb.	33.583,79	33.176,00	33.101,53	99,78	98,56
Obiski	3.052	3.044	2.852	93,69	93,45
GCBD	15.731,55	15.634,00	15.574,00	99,62	99,00
Obiski	3.507	3.585	3.644	101,65	103,91

Tabela 12: Število opravljenih pregledov

	PREGLEDI				**RAZMERJE**	
Ambulanta	**Skupaj**	**Prvi**	**Ponovni**	**Hospitalni sprejem**	**Prvi / ponovni**	**(Prvi+hosp)/ ponovni**
Dispanzer za žene	7.790	3.362	4.426	2	0,76	0,76
- Ginekološka amb.	3.494	1.647	1.609	236	1,02	1,17
- GCBD	3.667	512	3.155	0	0,16	0,16
Gin. amb. skupaj	7.161	2.159	4.764	236	0,45	0,50

Tabela 13: Obravnave po glavnih diagnozah v ginekološki ambulanti

Ginekološka specialistična ambulanta (G1)	
Diagnoza	**2015**
Z349 Nadzor nad normalno nosečnostjo, neopredeljen	688
Z348 Nadzor nad drugimi normalnimi nosečnostmi	350
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	300
Z34 Nadzor nad normalno nosečnostjo	294
O049 Medicinski splav popolni ali neopredeljen	126
Z988 Druga opredeljena stanja po kirurških posegih	117
O2688 Druga določena z nosečnostjo povezana stanja	104
N948 Druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi	77
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	74
R103 Bolečina, omejena na druge spodnje dele trebuha	57
N921 Premočna in prepogosta menstruacija v neredni	57
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	56
N840 Polip materničnega telesa	56
O021 Splav z odmrlim plodom (missed abortion)	54
O268 Druga opredeljena stanja, povezana z nosečnos	48
D251 Intramoralni leiomiom maternice	46
N950 Pomenopavzna krvavitev	42
O200 Grozeči splav	41
N710 Akutna vnetna bolezen maternice	41

Gorenjski center bolezni dojk (G3)	
Diagnoza	**2015**
N608 Druge benigne displazije dojke	3.103
N645 Drugi znaki in simptomi v dojki	212
N602 Fibroadenoza dojke	58
N609 Benigna displazija dojke, neopedeljena	26
N60 Benigna displazija dojke	23
N64 Druge motnje dojke	22
N948 Druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi	22
Z014 Ginekološki pregled (sploni, rutinski)	22
D24 Benigna neoplazma dojke	19
N62 Hipertrofija dojke	17
N644 Mastodinija (boleča dojka)	16
N600 Solitarna cista dojke	13
N601 Difuzna cistična mastopatija	12
N63 Neopredeljena zatrdlina v dojki	12
N648 Druge opredeljene motnje dojke	10

Dispanzer za žene (G4)	
Diagnoza	**2015**
Z014 Ginekološki pregled (splošni)(rutinski)	1.592
N948 druga opredeljena stanja, povezana z ženskimi	927
Z348 Nadzor nad drugimi normalnimi nosečnostmi	356
Z304 Nadzor nad kontracepcijskimi sredstvi	341

O2688 Druga določena z nosečnostjo povezana stanja	322
Z321 Potrjena nosečnost	310
Z34 Nadzor nad normalno nosečnostjo	288
N889 Nevnetna nepravilnost materničnega vratu	269
N911 Sekundarna amenoreja	237
Z391 Oskrba in pregled doječe matere	209
Z349 Nadzor nad normalno nosečnostjo, neopredeljen	207
O268 Druga opredeljena stanja, povezana z nosečnostjo	168
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	152
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	130
N710 Akutna vnetna bolezen maternice	125
O200 Grozeči splav	116
Z301 Vstavitev (intrauterinega) kontracepcijsk. sredstva	93
N393 Stresna inkontinenca	91
N832 Druge in neopredeljene ciste jajčnika	89
Z988 Druga opredeljena stanje po kirurških posegih	88

Babiška ambulanta (G5)	
Diagnoza	**2015**
Z348 Nadzor nad drugimi normalnimi nosečnostmi	155
O2688 Druga določena z nosečnostjo povezana stanja	100
Z349 Nadzor nad normalno nosečnostjo, neopredeljen	78
Z321 Potrjena nosečnost	70
Z340 Nadzor nad normalno prvo nosečnostjo	28
O200 Grozeči splav	20
O470 Nepravi porod pred dopolnjenim 27. Tednom nos	15
O479 Nepravi porod, neopredeljeni	15
O343 Oskrba matere zaradi nezadostnosti maternične	8
D251 Intramuralnileiomiom maternice	4
O209 Krvavitev v zgodnji nosečnosti, neopredeljena	4
O210 Lažja oblika bruhanja zaradi nosečnosti	4
O269 Stanje, povezano z nosečnostjo, neopredeljeno	4

V letu 2015 je bila v ambulanti za bolezni dojk zaradi najdenih sprememb pri 135 ženskah opravljena citološka preiskava. Napravljenih je bilo 90 aspiracijskih punkcij s tanko iglo in 45 odvzetih brisov izcedka iz dojke. Pri citoloških punkcijah je bilo 42,2 % benignih sprememb (C2), 10 % suspektnih sprememb (C3 in C4) ter 16,6 % potrjenih rakov dojke.
Neuporabnih vzorcev punkcij je bilo 31,1 %. Pri brisih je bilo benignih sprememb 75,5 %, suspektnih sprememb 17,7 %, potrjen rak v 2,2 % in neuporabnih vzorcev v 4,4 %. Če združimo obe preiskavi je bilo benignih sprememb 53,3 %, suspektnih sprememb 12,5 %, rakov 11,8 % in neuporabnih vzorcev 22,2 %.

4 IZOBRAŽEVANJE

V letu 2015 smo na izobraževanjih sodelovali aktivno in pasivno približno v obsegu iz prejšnjih let.

5 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. 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.
Služba zdravstvene nege in oskrbe
Glavna medicinska sestra na pediatričnem in
ginekološko – porodniškem oddelku

UVOD

V letu 2015 je na ginekološko – porodniškem oddelku, porodnem bloku in ginekološki ambulanti potekalo v smeri sprememb, tako kadrovskih, kot tudi organizacijskih. Takšne spremembe so dobrodošle, so močan motivacijski faktor za vse zaposlene, hkrati pa nudijo priložnosti za izboljševanje dela na področju varnosti in kakovosti.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

V letu 2015 je bila zaposlena nova – dodatna diplomirana babica tudi zaradi drugačne organizacije dela na oddelku in ambulanti; na novo se izvaja tudi babiška ambulanta, ki poteka trikrat tedensko na ginekološko – porodniškem oddelku in zahteva prisotnost diplomirane babice za polni delovni čas. Še vedno je organizirana pripravljenost zaposlenih v porodnem bloku za primer povečanega števila porodov, kar zagotovo pomeni varno in kakovostno obravnavo, hkrati pa podpora zaposlenim.
V času letnih dopustov je bilo velikega pomena tudi vključevanje zaposlenih iz pediatričnega oddelka na samem oddelku kot tudi v Posebni negi novorojencev. Izpeljava letnih dopustov je na ta način veliko lažja.
Ob zaključku leta 2015 je bilo število zaposlenih na oddelku, ambulanti in v porodnem bloku naslednje:

Tabela 1: Kadrovska struktura gin.-por.odd., gin. amb. in porodni blok – ZN 31.12.2015

	ODDELEK, PNN, AMB.	**PORODNI BLOK**	**DOLOČEN ČAS/ PRIPRAVNIKI**	**PORODNIŠKA/BOLNIŠKA /OSTALO**
ZT	13	/		
DIPL.M.S./DIPL.BABICA	1/2	8	1	1

V letu 2015 večjih in daljših odsotnosti ni bilo, upokojitev tudi ne, niti fluktuacije zaposlenih.

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Pregled kategorij po letih kaže, da se v zadnjih letih spreminja struktura kategorizacije, predvsem v prvi in drugi kategoriji. To je posledica povečevanja števila porodov v zadnjih leti, kajti pri otročnici se v kategorizacijo vključuje tudi zdrav novorojenec.

Tabela 2: Primerjava kategorij gin. – por. odd. 2012, 2013, 2014, 2015 v odstotkih

KATEGORIJA	2012	2013	2014	2015
1. kategorija	17,0	13,0	11,0	10,0
2. kategorija	69,0	75,0	76,0	79,0
3. kategorija	14,0	12,0	13,0	11,0

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Aktivnosti in cilji, ki so bili postavljeni na začetku leta 2015 so bili realizirani kot je prikazano v spodnji tabeli:

CILJ: Izobraževanje	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Izvedba mes. izobraževanj v ZNO na odd. 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 2015 je bilo izvedenih 10 izobraževanj 2. Realiziranih je bilo 96 pasivnih udeležb 3. Realiziranih je bilo 7 aktivnih udeležb 4. Izobraževanje je bilo izvedeno	
CILJ: Dokumentacija	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Izdelava 2 kliničnih poti na oddelku in v porodnem bloku 2. Izdelava spremenjene dokumentacije zdravst. nege na oddelku 3. Ureditev dokument. na odd. ter dokončno oblikovanje na intranetu	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Izdelana je bila 1 klinična pot 2. 40 % dokumentacije je bilo spremenjeno 3. Ni bilo izvedeno	
CILJ: Varnost in kakovost	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97 % 2. Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti 3. Priprava 3 novih standardov kak. na področju gin. in porod. – ZN 4. Ureditev internetne strani gin. – por. odd. in porodnega bloka 5. Zmanjšati število padcev na 0	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Učinkovitost je 91 %, izvedenih je bilo 69 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. Zgodila sta se 2 padca	
CILJ: Zdravstveno vzgojno delo	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Izd. anket. vpraš. za preverj. uspešn. 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 39	
CILJ: Praksa zdravstvene in babiške nege	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok po WHO pri vseh 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 82 % (povprečje vseh opazovanj na oddelku) 2. Delavnice so bile izvedene, učinkovitost je bila preverjena v 50 %	

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA ODDELKU

Tudi v letu 2015 smo še naprej posvečali največ pozornosti organizaciji dela babiške nege na oddelku v obliki babiških vizit pri zdravi otročnici in t.i. babiški ambulanti. Klinično pot za obravnavo zdrave otročnice je bilo zaradi nekaterih sprememb potrebno spremeniti in prilagoditi, za babiško ambulanto pa je bilo potrebno protokol obravnave pripraviti v celoti. Oboje smo spreminjali in uvajali brez večjih težav, organizacija in izvedba pa ne bi uspela, če ne bi bilo na oddelku visoko motiviranih, zavzetih zaposlenih.

2.1 KLINIČNE POTI

V letu 2015 smo izdelali eno novo klinično pot, večje število pa smo jih prenovili. Še vedno so področja na oddelku, ki bi jih bilo možno peljati s pomočjo kliničnih poti npr. obravnava zdravega novorojenca, ki jo v preteklem letu nismo uspeli izpeljati.

Tabela 3: Klinične poti na gin. – por.odd. v letu 2015

Št.	KLINIČNA POT
1.	KP za »office« histeroskopijo – enodnevna obravnava

2.2 DELOVNI SESTANKI

Število delovnih sestankov z vključenim porodnim blokom in ginekološko ambulanto je prikazano v tabeli 4:

Tabela 4: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah – število leto 2015

Redni delovni sestanki	Izredni/problemski delovni sestanki	Timski delovni sestanki	Tematski delovni sestanki
2	3	10	3

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Delovanje znotraj oddelka in ambulante na področju kakovosti in varnosti je bilo tudi v letu 2015 še vedno usmerjeno v nenehno izboljševanje. Še vedno se izvajajo varnostne vizite, predvsem pa razgovori o varnosti, ki so usmerjeni v natančno določen problem v izogib možnim zapletom, hkrati pa s tem povečujemo zavedanje zaposlenih o kulturi varnosti. Zaposleni se aktivno vključujejo v razgovore o varnosti, ki lahko bistveno pripomorejo k kakovostnejši, predvsem pa varni obravnavi pacientk na našem oddelku in v ambulanti.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2015 sta bila v računalniški program ART zabeležena 2 odklona. Narava in vrsta odklonov je prikazana v tabeli 6.

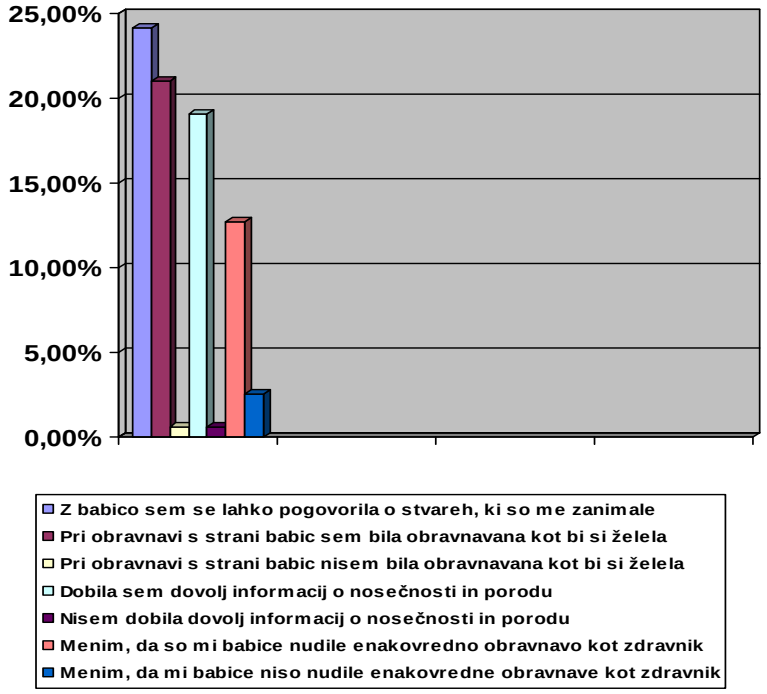
Tabela 5: Število odklonov

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	2	2/0	0	0	0	0	0	1	0	1	2

Na odklone sta bila izrečena 2 ukrepa, ki sta bila rešena in zaključena. V letu 2015 ostaja število odklonov zabeleženih v računalniški program ART nizko. Analize vzrokov na oddelku nismo izvedli, v letu 2016 nameravamo temu področju na oddelku, porodnem bloku in ambulanti posvetiti posebno pozornost tudi zato, ker v letu 2016 potekajo delavnice za zaposlene v zdravstveni in babiški negi. Morda se bo na ta način zavedanje zaposlenih o pomembnosti uporabe tega orodja spremenilo.

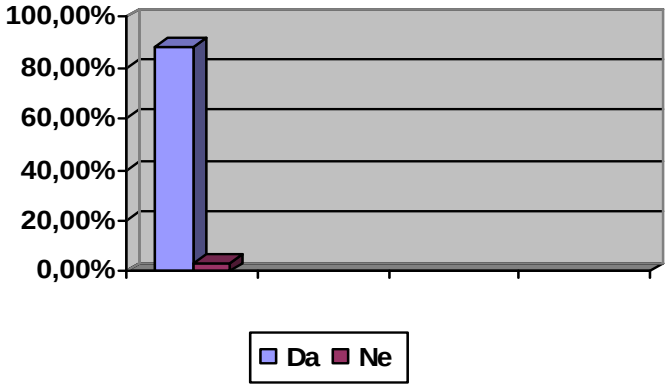
3.2 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PORODNIC IN OTROČNIC

V letu 2015 smo anketni vprašalnik, ki jo ob odpustu izpolnjujejo otročnice, spremenili. Dodali smo nekatera vprašanja, ki se nanašajo na zadovoljstvo nosečnic z babiško ambulanto in obravnavo s strani babic na oddelku. Nekateri rezultati so prikazani v spodnjih grafih.



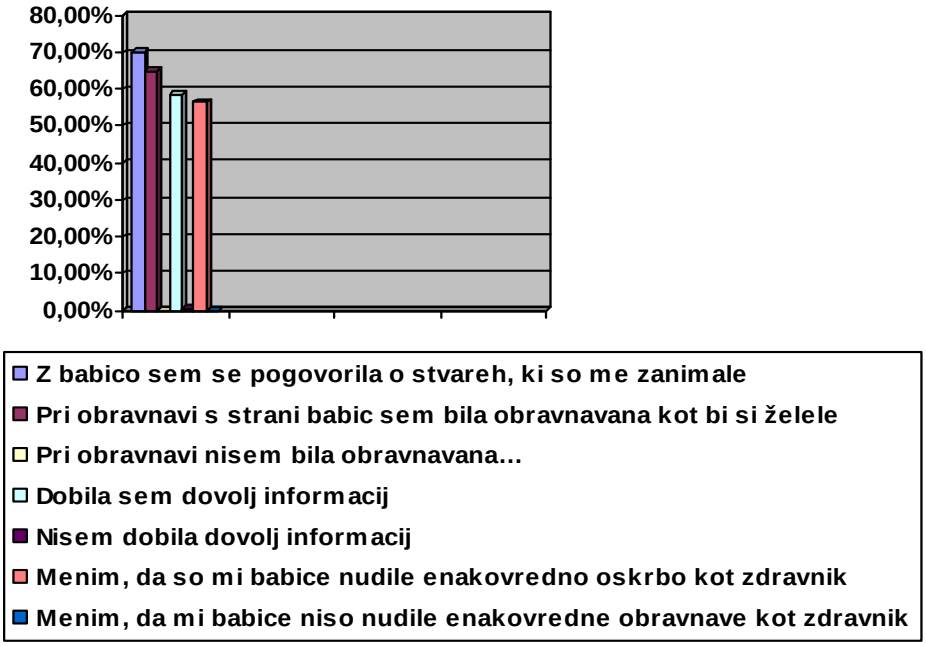
*Graf 1: Anketni vprašalnik o zadovoljstvu porodnic in otročnic – vprašanje 3***.** Zadovoljstvo z obravnavo v babiški ambulanti

V letu 2015 anketirane navajajo zadovoljstvo z obravnavo v babiški ambulanti. V anketi navajajo, da so se z babico lahko pogovorile o stvareh, ki so jo zanimale in da so bile pri obravnavi obravnavane tako kot bi si želele in da so jim babice nudile enakovredno obravnavo kot zdravnik. Le 2,5% anketiranih meni, da jim babice niso nudile enakovredne obravnave kot zdravnik in manj kot 1 % jih navaja da niso dobile dovolj informacij o nosečnosti in porodu.



Graf 2: *Anketni vprašalnik o zadovoljstvu porodnic in otročnic – vprašanje 5.* Ali so bile želje med porodom upoštevane?

Večina anketiranih v letu 2015 meni, da so bile njihove želje med porodom upoštevane. Le 3,2 % pa jih meni, da njihovih želja nismo upoštevali.Večina anketiranih je bila v letu 2015 zadovoljna z obravnavo babic na dnevnih vizitah. Večina anketiranih meni da so se z babico lahko pogovorile o stvareh, ki so jih zanimale, da so bile s strani babic obravnavane kot bi si želele in da so bile enakovredno obravnavane, kot če bi jih vodil zdravnik. Le 0,6 % anketiranih z obravnavo babic na babiškem oddelku ni bilo obravnavanih kot bi si želele.



Graf 3: Anketni vprašalnik o zadovoljstvu porodnic in otročnic – vprašanje 13. Zadovoljstvo z obravnavo babic pri dnevni viziti

3.3 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

V tabeli 6 je prikazano število varnostnih vizit in razgovorov o varnosti v letu 2015 glede na nivo izvedbe. V to število so vključene varnostne vizite in razgovori o varnosti na oddelku, porodnem bloku in ambulanti.

Tabela 6: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

	Koordinatorica ZN na gin. - por.odd.	**Odgovorne MS odd.**	**Predstojnik/ca odd. in koord. ZN**
Število	8	61	0

V tabeli 7 pa je prikazano število izrečenih ukrepov in učinkovitost.

Tabela 7: Število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	**ŠTEVILO VV/VR**	**ŠTEVILO UKREPOV**	**UČINKOVITOST**
Koordinatorica ZN	8	13	91 %
Odgovorne MS odd.	61	79	89 %

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2015 je bilo na oddelku, porodnem bloku in ambulanti izvedenih nizko število letnih razgovorov z zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi - 5. Razgovori so bili opravljeni predvsem s ključnimi zaposlenimi.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt, ki je bil postavljen na začetku leta 2015 je bil izpolnjen v celoti. Ker nas pesti pomanjkanje sredstev za izobraževanje smo veliko izobraževanj uspeli uresničiti tudi s pomočjo sredstev Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske.

Tabela 8: Interno in eksterno izobraževanje gin. – por. odd., porodni blok, ambulanta – število

Izobraževanje/udeležba	**Pasivna**	**Aktivna**
Interno	83	/
Eksterno	12	7

V letu 2015 se je število aktivnih udeležb na eksternih strokovnih izobraževanj bistveno zvišalo, iz 3 v letu 2014 na 7 v letu 2015. Menim, da je to posledica sprememb na oddelku in tudi pozitivnega pristopa k sodelovanju na zunanjih izobraževanjih.

5 PORODNI BLOK

V letu 2015 je zopet naraslo število porodov, nosečnice prihajajo ne samo iz gorenjske regije, temveč tudi iz drugih delov Slovenije. V tabeli 10 je prikazana razporeditev števila porodov v dopoldanskem, popoldanskem in nočnem času.

Tabela 10: Število porodov v letu 2014, 2015 - primerjava

	Leto 2014	Leto 2015
Skupno število	**746**	**808**
Dopoldne	216	278
Popoldne	241	258
Ponoči	289	272

6 GINEKOLOŠKA AMBULANTA

Ginekološko ambulanto sem prevzela v drugi polovici leta 2015. na začetku je bilo potrebno nekoliko usklajevanja in ureditev organizacijskih težav, ki pa so do konca leta skoraj izzvenele.

7 ZAKLJUČEK

Leto 2015 je bilo za oddelek, porodni blok in ambulanto uspešno. Zaključili smo ga z povečanim številom zaposlenih v zdravstveni in babiški negi, z povečanim številom porodov ter z novima organizacijama dela, podkrepljenima z ustrezno dokumentacijo ter z velikim številom izobraževanj znotraj in zunaj ustanove, tudi aktivnimi.
Na oddelku je bilo izpeljano tudi večje število delavnic in oddelčnih izobraževanj, kar je dobra praksa in s tem mislimo v letu 2016 nadaljevati. Še vedno ocenjujem, da je oddelek aktiven na veliko področjih, posledično to pomeni dobro organizacijsko in delovno klimo, vrednote, ki so za oddelek pomembne so ostale in vse to je tisto, kar lahko tudi v bodoče vodi do dobrih rezultatov.

8 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

1. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Izobraževanje	Kontinuirano, celo leto	GMS Vodja babiške nege
Kazalnik Izvedba mesečnih izobraževanj v ZNO na oddelku, ambulanti 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	
2. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Dokumentacija	Kontinuirano, celo leto	GMS Odgovorne MS Vodja babiške nege
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	

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

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

Vlado Jurekovič, dr. med., spec. anest.
Predstojnik Oddelka za anestezijo in reanimacijo

1 OBSEG DELA

Oddelek za anesteziologijo (»Služba za anestezijo«) opravlja v SB Jesenice:

- anestezijo v ožjem smislu (omogoča v naši bolnišnici delo kirurškega in ginekološko/porodniškega oddelka, z vsem rednim programom in urgenco),
- perioperativno medicino z anesteziološko ambulanto,
- intenzivno terapijo kirurških bolnikov ter
- zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo.

Delo smo opravljali na naslednjih deloviščih:

1. 5 operacijskih dvoran
2. enota intenzivne terapije kirurških strok (EITOS)
3. anesteziološka ambulanta
4. urgenca (reanimacije, urgentni center, porodna soba s porodno analgezijo, konzil. pregledi, manjši urgentni OP posegi itd.)
5. dežurna služba

Poleg omenjenih delovišč je v sklopu oddelka deloval tudi Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo.

Zaposleni na Oddelku za anesteziologijo smo v letu 2015, kljub nezadostnemu številu zaposlenih (beri dalje), z ustreznimi organizacijskimi ukrepi in s pomočjo »lastnih« specializantov, ki so sicer bili na kroženju zunaj SBJ, opravili ves dogovorjen obseg dela v rednem delovnem času in vse potrebno dodatno delo, preko rednega delovnega časa, za zagotavljanje neprekinjene nujne medicinske pomoči.

2 ZAPOSLENI

Na oddelku je bilo v letu 2015 zaposlenih 10 anesteziologov za poln delovni čas ter en anesteziolog za polovični delovni čas. Oddelek je v minulem letu imel 5 specializantov, vsi so bili na »kroženju« zunaj bolnišnice.

3 STROKOVNO DELO

Zaposleni na oddelku se trudimo ohranjati korak z razvojem stroke. Gradimo na dobro postavljenih temeljih anestezije, regionalne anestezije, zdravljenja bolečine, paliativne oskrbe, porodne analgezije, perioperativne in intenzivne terapije in proaktivno spodbujamo in sodelujemo v multidisciplinarni obravnavi kirurških bolnikov.
Zvedamo se pomena kakovosti in varnosti, imamo redne strokovne sestanke ter strukturirane analize zapletov. Uvajamo enovite postopke, »protokole« dela. Trudimo se ustvarjati in ohranjati »klimo«, ki bo čimbolj zmanševala »interindividulane« razlike v obravnavi iste »patologije«.

2.5 Anesteziološko - reanimacijska služba

Podrobnejša razčlenitev obsega in vrste dela je žal nemogoča, saj je informacijska podpora neustrezna in, v ilustracijo, »ponuja« takšne podatke, po katerih je v letu 2015 anestezijo za KRG posege opravljalo 28 anesteziologov. Problem je večplasten, vsi »deležniki« v SBJ se ga zavedamo, rešitev pa v dobršni meri presega okvire ustanove. Je pa nujna in upamo, da bomo v naslednjih letnih poročilih lahko »postregli« z natančnimi in zanesljivimi podatki o opravljenem delu.
Onkraj zidov oddelka smo tvorno sodelovali v delu bolnišnice in opravljali naslednje naloge:

- vodja dejavnosti dnevne bolnišnice
- vodja Centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo
- namestnica vodje urgentnega centra
- bolnišnična koordinatorica za transplantacijo
- odgovorna oseba bolnišnice za tkiva in celice
- predsednica komisije za transfuziologijo
- predsednica komisije za medicinsko etiko

Bili smo aktivni tudi zunaj bolnišnice, v različnih strokovnih združenjih (SZAIM, SZIM, SZUM, RSK za paliativno medicino, EFIC – Pain School, ATLS, ALS-ERC itd.), kot mentorji specializantom, kot aktivni udeležnci izobraževanj (inštruktorji), seminarjev in kongresov.

4 PROBLEMI IN NAČRTI

Preobilica vsakodnevnega, rutinskega dela »v proizvodnji«, v »času izgubljenih« neustreznih prostorih, v ozračju neprestanega pritiska varčevanja, omejevanja in pogosto slabo organiziranega delovnega procesa, za katerega so značilne neprestane spremembe, »presenečanja«, vse to zaposlene prekomerno obremenjuje, utruja, pogosto povzroča nezadovoljstvo, konfliktne situacije in plodno tlo za občutek utrujenosti, nemara izgorelosti. To niso razmere, ki bi bile naklonjene razmisleku, učenju, uvajanju novosti, modofikacijam ali celo korenitim spremembam procesov zdravljenja. Za vse našteto zaposleni namreč nujno potrebujejo čas, prostor, opremo in primerno organizacijsko kulturo. Kljub vsemu, kot že zapisano, zaposleni na oddleku še vedno zmorejo in najdejo moči in motivacije, da dobesedno lovimo razvoj stroke in konstruktivno delujejo in participiraji v širšem bolnišničnem delu in strokovnih združenjih.

V letu 2015 smo skupaj z vodstvom bolnišnice (končno) opredelili vrste in število delovišč, na katerih zaposleni na oddelku delajo, ter obseg dela, ki ga mora oddelek opraviti za nemoteno delovanje celotne ustanove. Kot izhodišče smo uporabili obseg dela opravljen v letu 2014. Na ta način smo lahko pokazali, da ob trenutnem številu zaposlenih in pripravljenosti vseh, da za potrebe zagotavljanja neprekinjene NMP ne »vztrajajo« na zakonsko določenih omejitvah dela preko RDČ, na oddelku »zmanjka« redno zaposlenih za 122 delovnih dni. Primanjkljaj smo, kot že zapisano, reševali s pomočjo specilaizantov.

Poleg ugotovitve stanja smo skupaj z vodstvom oblikovali projekcijo zaposlovanja (in upokojevanja) do leta 2020, ki predvideva, da za potrebe bolnišnice, ob načrtovani uvedbi novega delovišča v urgentnem centru (operacijska za urgentne posege), oddelek potrebuje vsaj 12 redno zaposlenih.

Temeljno izhodišče za načrtovanje razvoja stroke do leta 2020 je ugotovitev, da že danes (2015) strokovno in kadrovsko pomembno zaostajamo za sodobnimi trendi, smernicami in načini dela, kar velja tako za anesteziologijo, kot intenzivno medicino. Tako je, recimo, danes nepredstavljivo, da enota intenzivne medicine nima ultrazvočnega aparata in ustreznega znanja in podobno, da posege regionalne anestezije opravljamo brez podpore ultrazvoka.

Če sledimo samo nerealiziranim nabavam opreme iz rednih letnih načrtov v minulih letih, potem lahko vidimo, da je minulih pet let bilo »izgubljenih«.
V naslednjem petletnem načrtu razvoja anestezиološke dejavnosti zato želimo, da politika strokovnega in kadrovskega razvoja SBJ, z razumevanjem in uvidom v širše "vplivno območje"anestezije na obravnavo kirurških bolnikov in poškodovancev, s pomočjo organizacijskih, kadrovskih in finančnih ukrepov omogoči in podpre:

- razvoj anestezиološke službe v smeri oddelka za perioperativno medicino in intenzivno terapijo ter
- izkoristi strokovne in organizacijske temelje obstoječe službe za nadaljnji razvoj dejavnosti zdravljenja bolečine in paliativne medicine

Cilji do leta 2020 so naslednji:

1. čimprejšnja realizacija vseh zaostalih investicij v opremo in prostore
2. ustrezno in pravočasno načrtovanje kadra (števila zaposlenih), ki omogoča normalno redno delo ter usmerjeno izobraževanje na področjih, ki zahtevajo posebna znanja, npr. intenzivna medicina, regionalna anestezija, terapija bolečine in
3. redno nadomeščanje izrabljene medicinske opreme

To pa pomeni:

1. vsaj 3 dodatni, novozaposleni (skupno 12,5 anesteziologa) in
2. vsaj 200.000 – 250.000 EUR za investicije (brez novih prostorov EITOS)

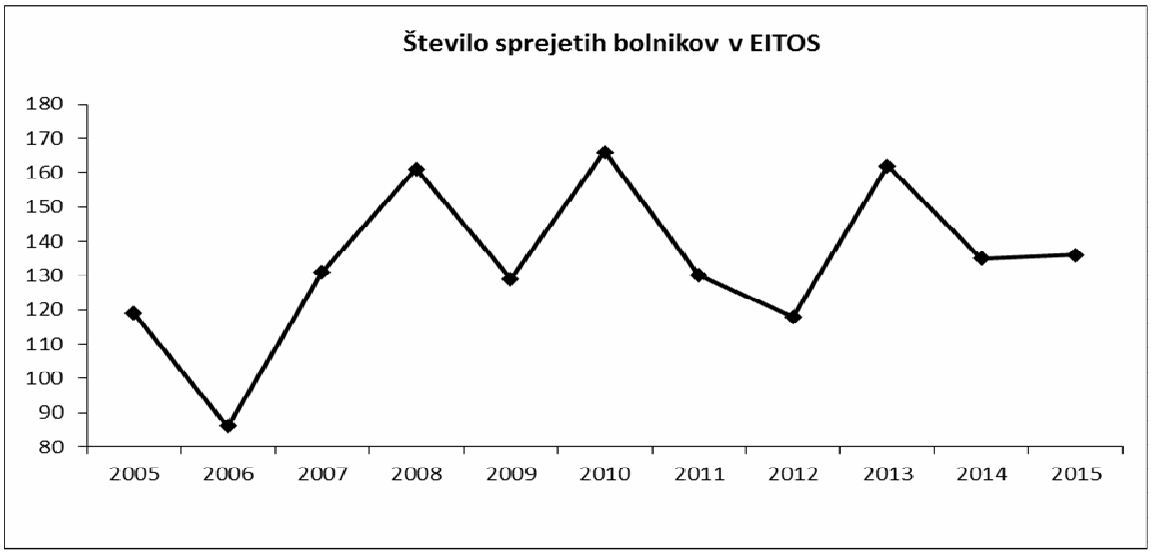
5 ZAKLJUČEK

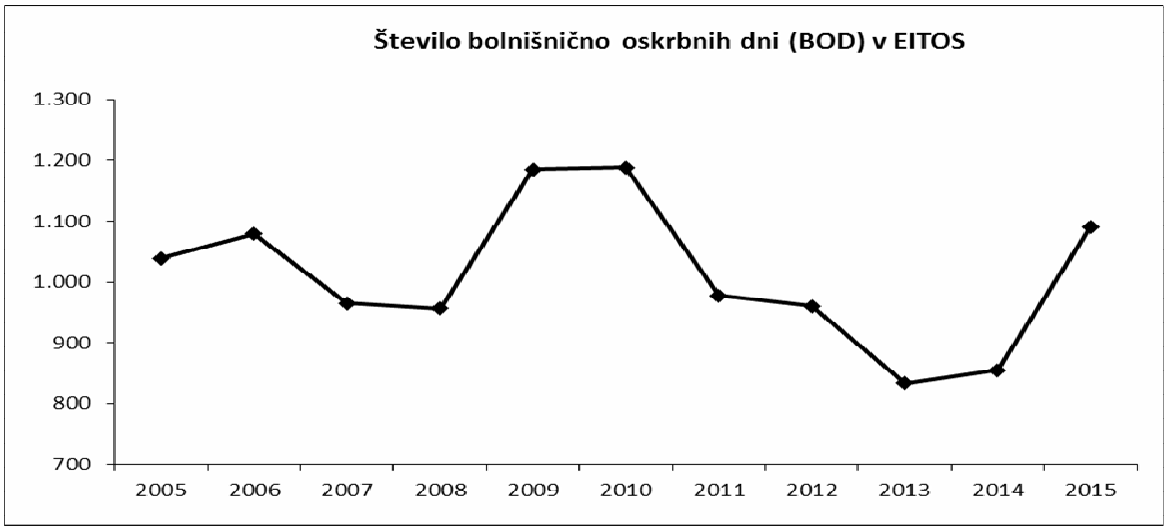
Ni predrzno ugotoviti, da oddelek za anesteziologijo, v smislu službe, svojo funkcijo in naloge opravlja dobro, kvalitetno, da se zaveda prostora oz. priložnosti za izboljšave in da pomembno sodeluje v delu bolnišnice.
Sodelovanje, sobivanje z drugimi oddelki in službami je v svojem bistvu nič drugega, kot seštevek brezštevilnih majhnih, vsakodnevnih medčloveških stikov, naporov in dejanj posvečenih vedno znova samo enemu – koristi in dobrobiti bolnikov. Morda slednji tega vedno ne vedo, mi pa se vsem zahvaljujemo za pomoč in sodelovanje.

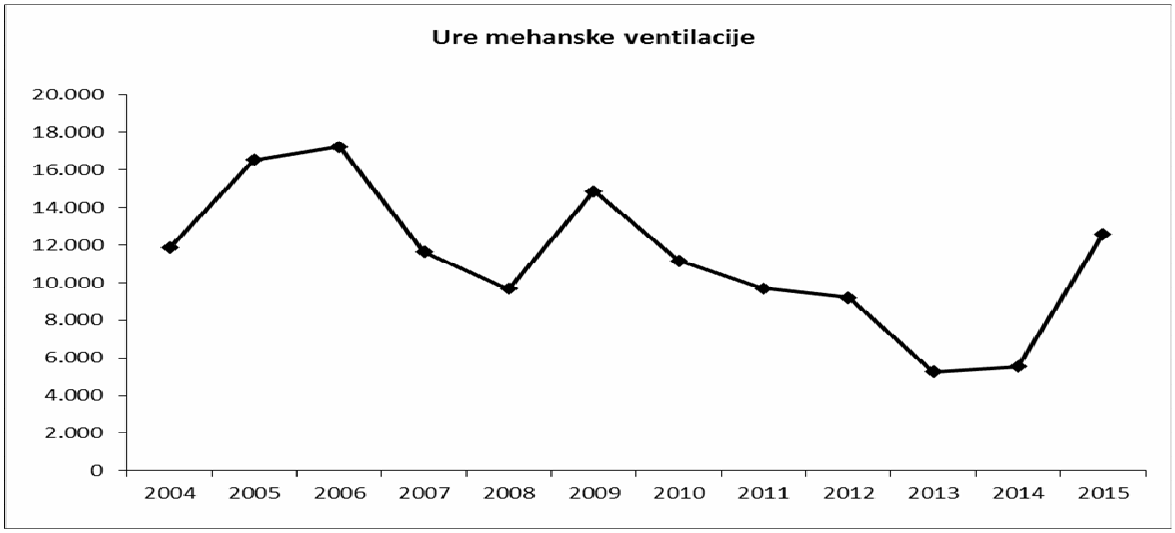
STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)

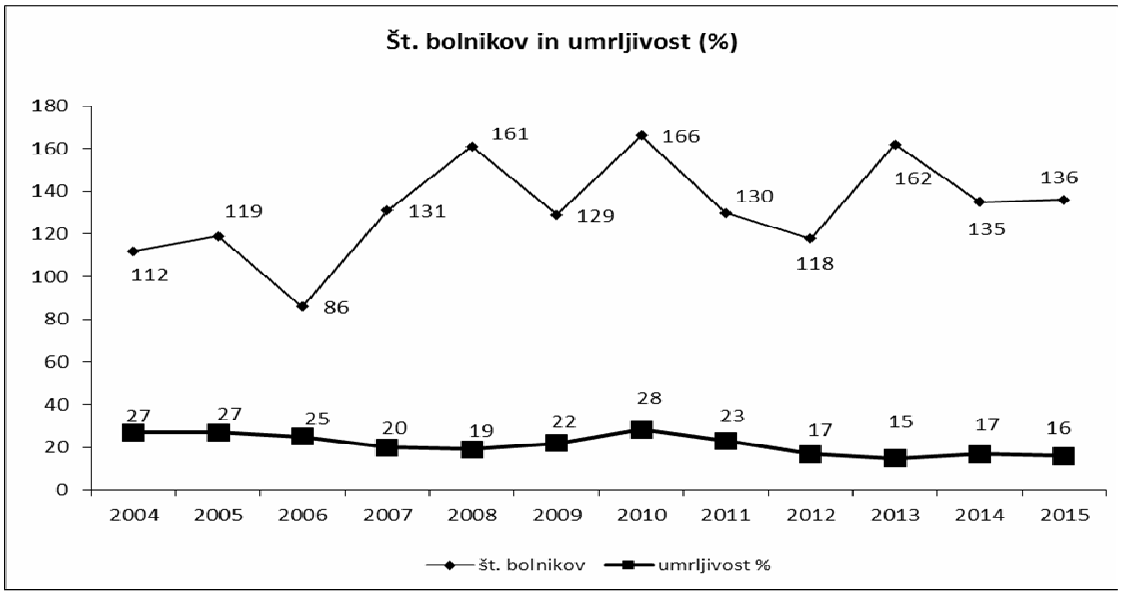
Vlado Jurekovič, dr. med., spec. anest.
Vodja dejavnosti

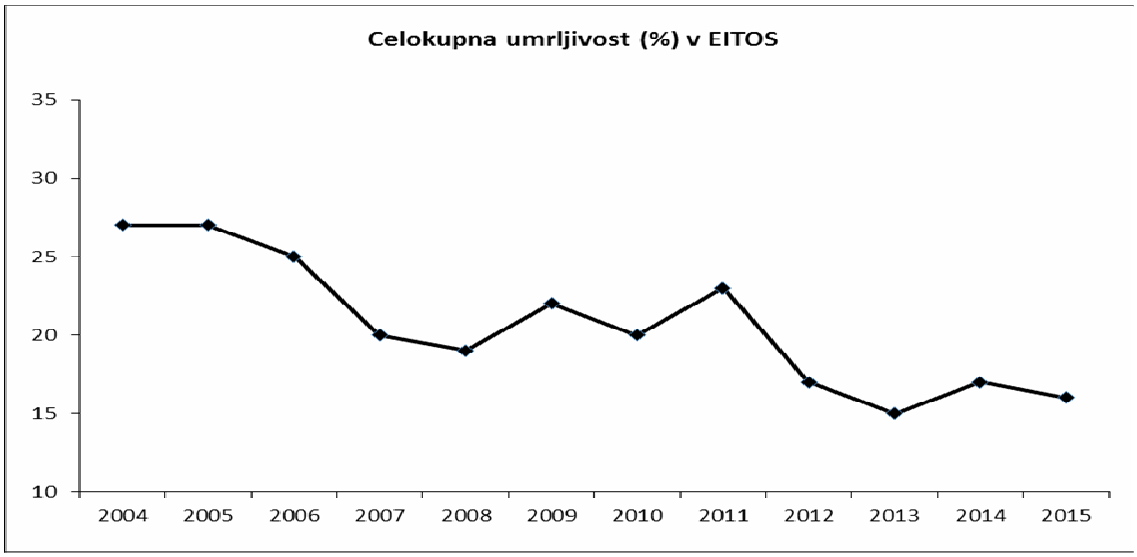
Osnovni podatki za EITOS po letih												
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Št. bolnikov	112	119	86	131	161	129	166	130	118	162	135	136
BOD	869	1.039	1.079	965	956	1.185	1.188	978	960	834	855	1.090
UMV	11.853	16.529	17.219	11.626	9.672	14.855	11.157	9.695	9.196	5.271	5.537	12.585
Umrljivost	27	27	25	20	19	22	28	23	17	15	17	16
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
2015

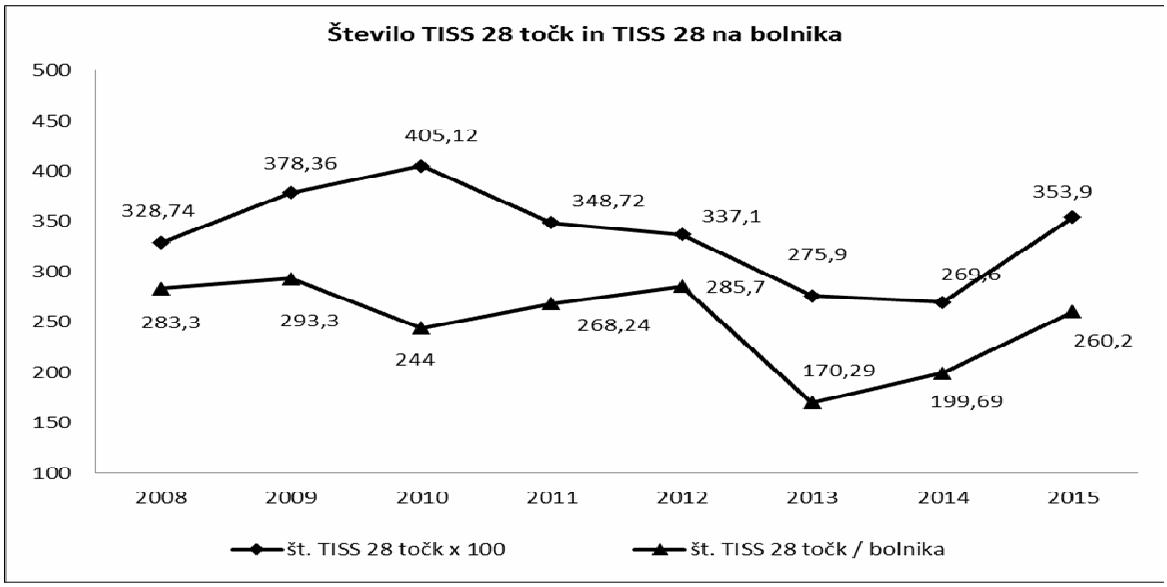

Število bolnišnično oskrbnih dni (BOD) v EITOS
1.300
1.200
1.100
1.000
900
800
700
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015

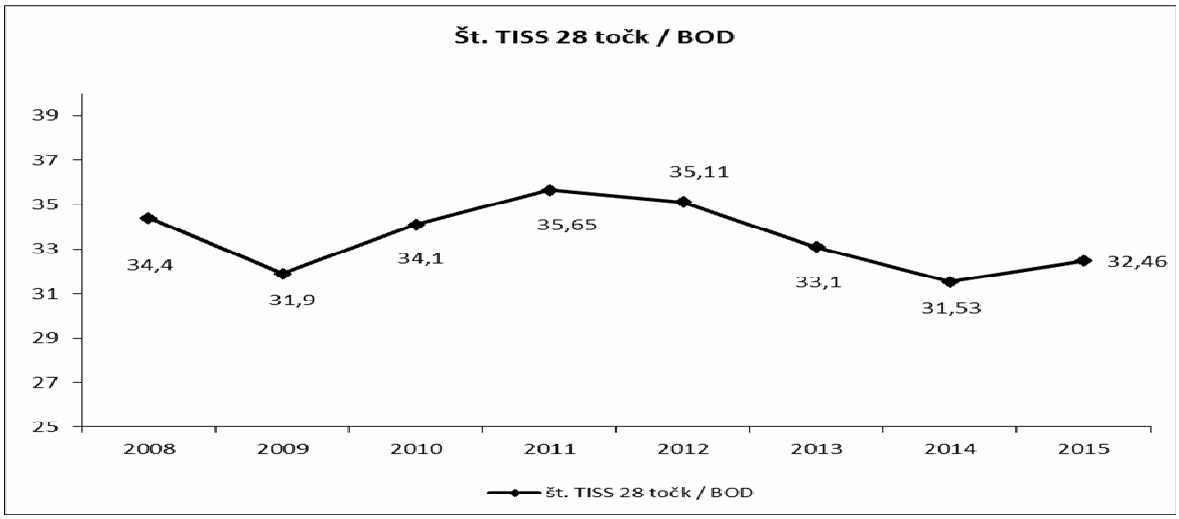

Ure mehanske ventilacije
20.000
18.000
16.000
14.000
12.000
10.000
8.000
6.000
4.000
2.000
0
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015

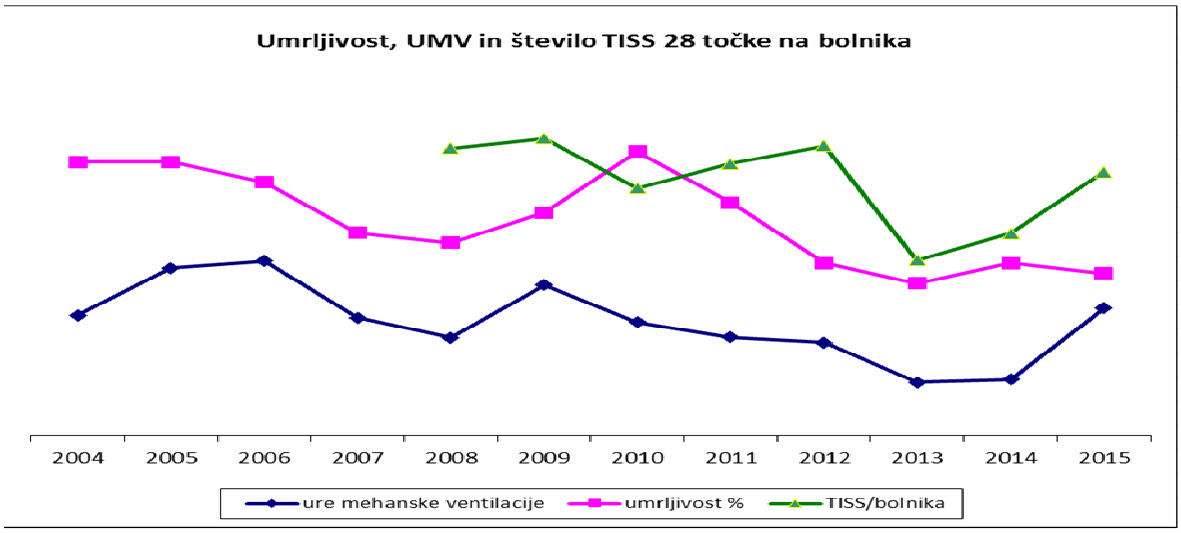


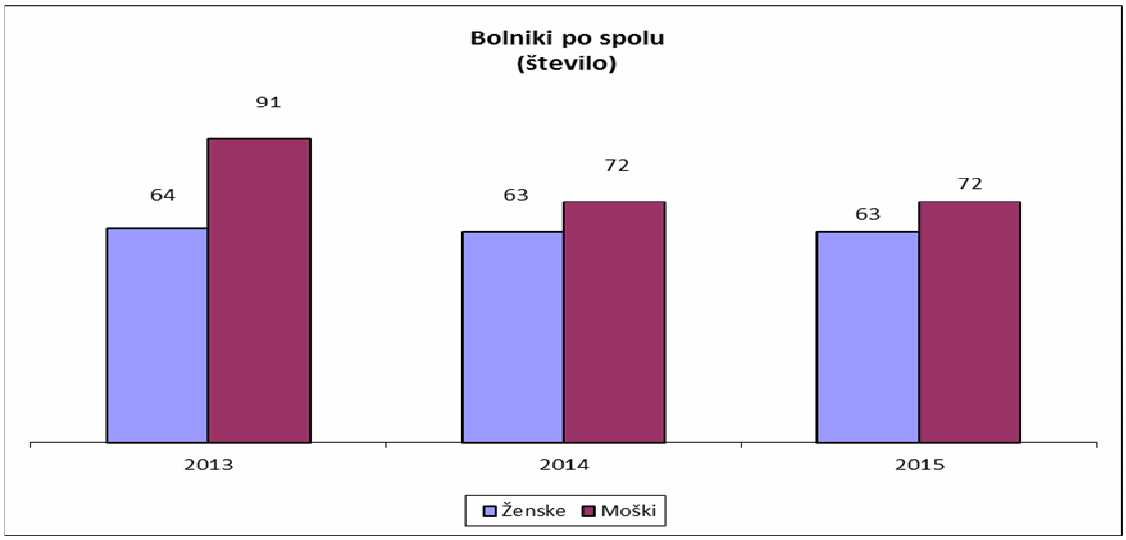


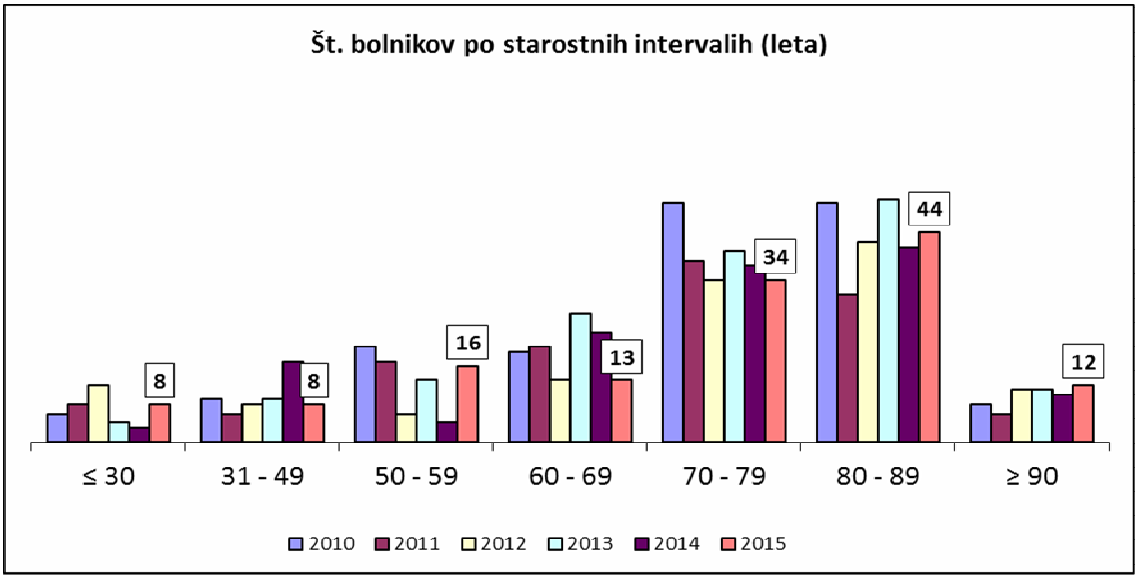
Podatki za točke TISS 28 po letih								
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
št. TISS 28 točk	32874	37836	40512	34872	33712	27587	26959	35390
št TISS 28 točk / BOD	34,4	31,9	34,1	35,65	35,11	33,1	31,53	32,46
št TISS 28 točk / bolnika	283,3	293,3	244	268,24	285,7	170,3	199,69	260,2
vrednost TISS 28 točke (EUR)*	7,64	8,73	7,86	8,31	8,44	8,9	8,64	5,56
***** izražena glede na vrednost porabe zdravil in zdravstvenega materiala v EITOS								

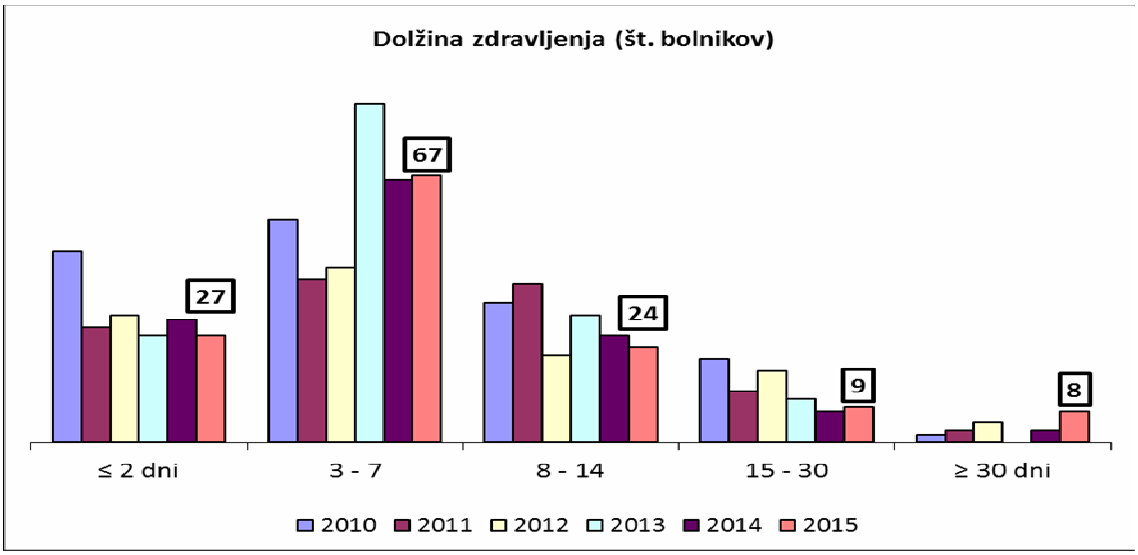

Število TISS 28 točk in TISS 28 na bolnika
500
450
400
350
300
250
200
150
100
328,74
378,36
405,12
348,72
337,1
275,9
269,6
353,9
283,3
293,3
244
268,24
285,7
170,29
199,69
260,2
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
št. TISS 28 točk x 100
št. TISS 28 točk / bolnika

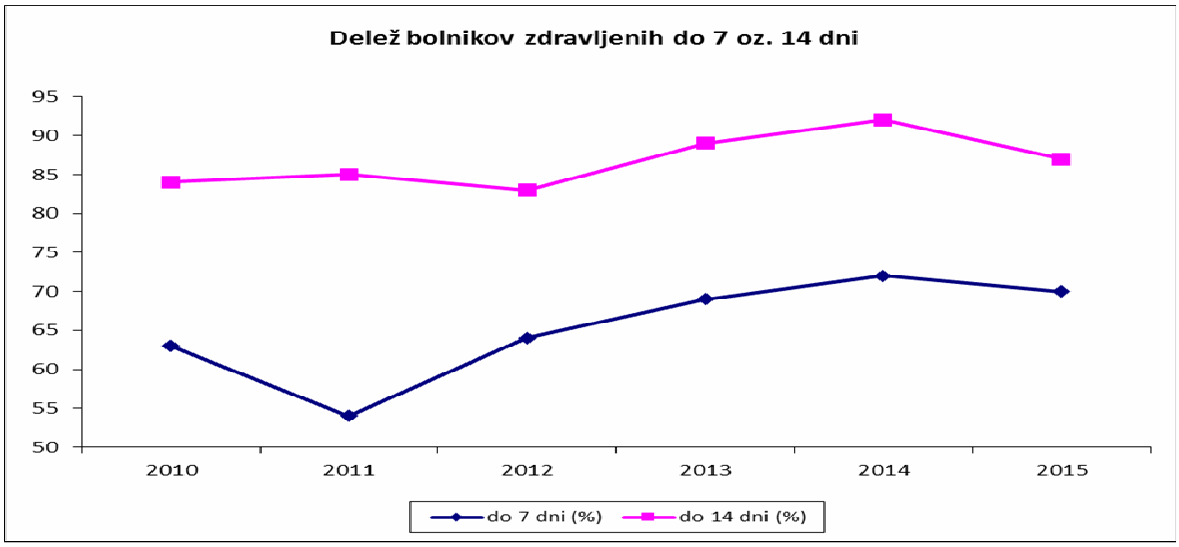

Št. TISS 28 točk / BOD
39
37
35
33
31
29
27
25
34,4
31,9
34,1
35,65
35,11
33,1
31,53
32,46
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
št. TISS 28 točk / BOD

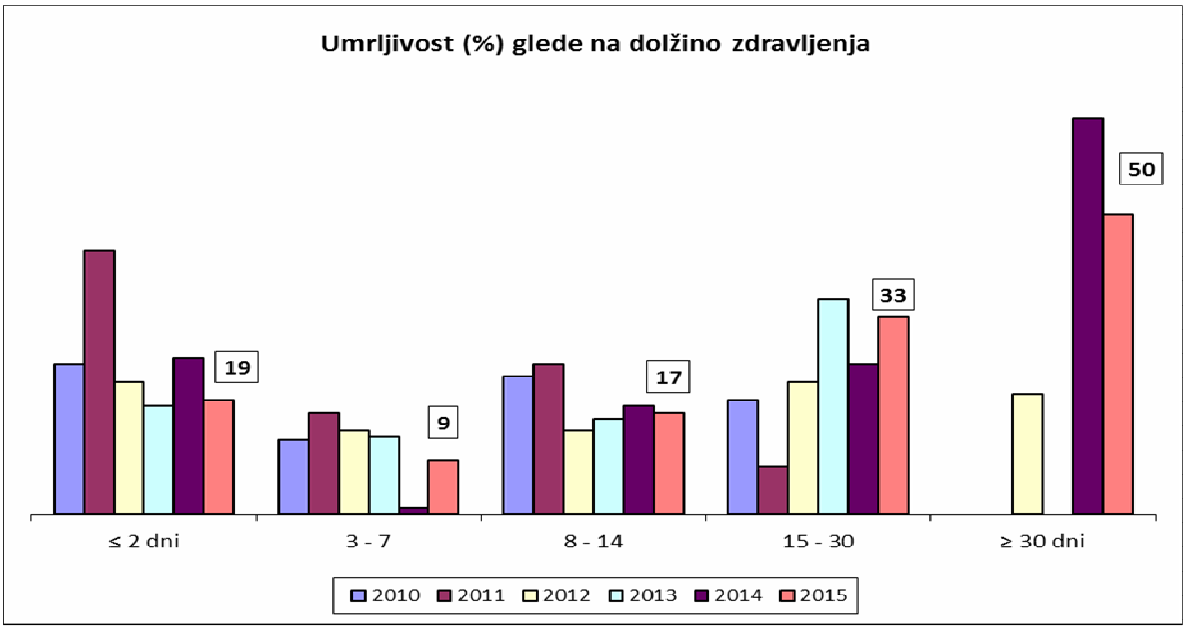

Umrljivost, UMV in število TISS 28 točke na bolnika
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
ure mehanske ventilacije
umrljivost %
TISS/bolnika

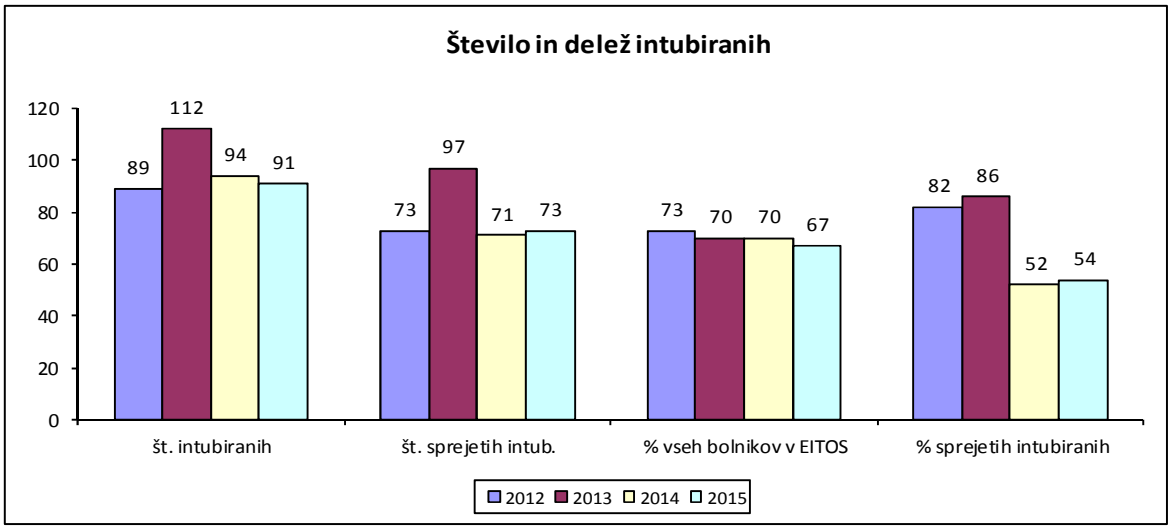

Bolniki po spolu
(število)
64
91
63
72
63
72
2013
2014
2015
Ženske
Moški

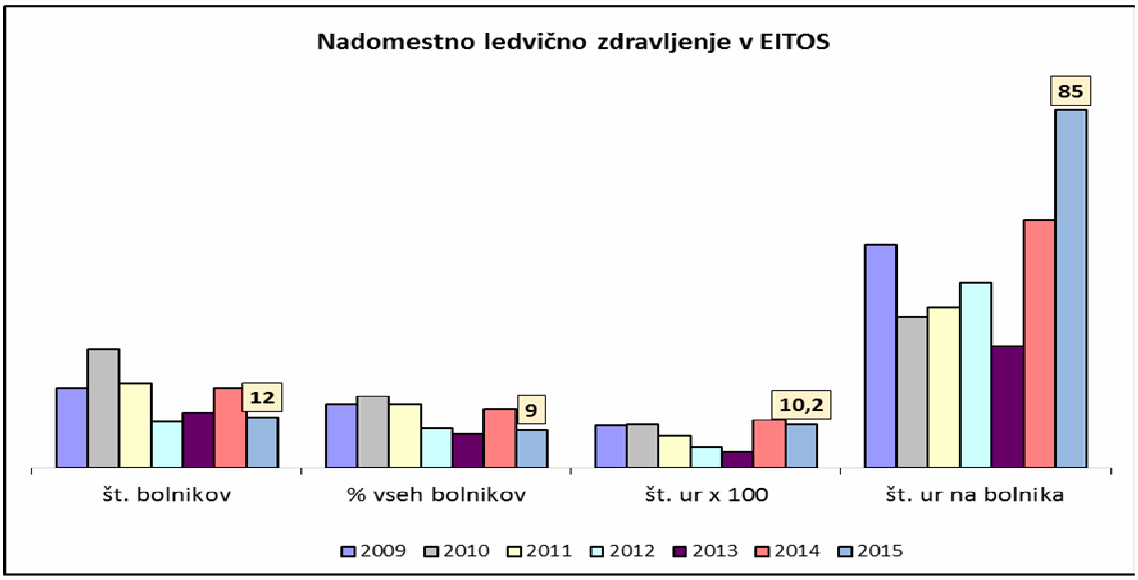

Št. bolnikov po starostnih intervalih (leta)
8
8
16
13
34
44
12
≤ 30
31 - 49
50 - 59
60 - 69
70 - 79
80 - 89
≥ 90
2010
2011
2012
2013
2014
2015

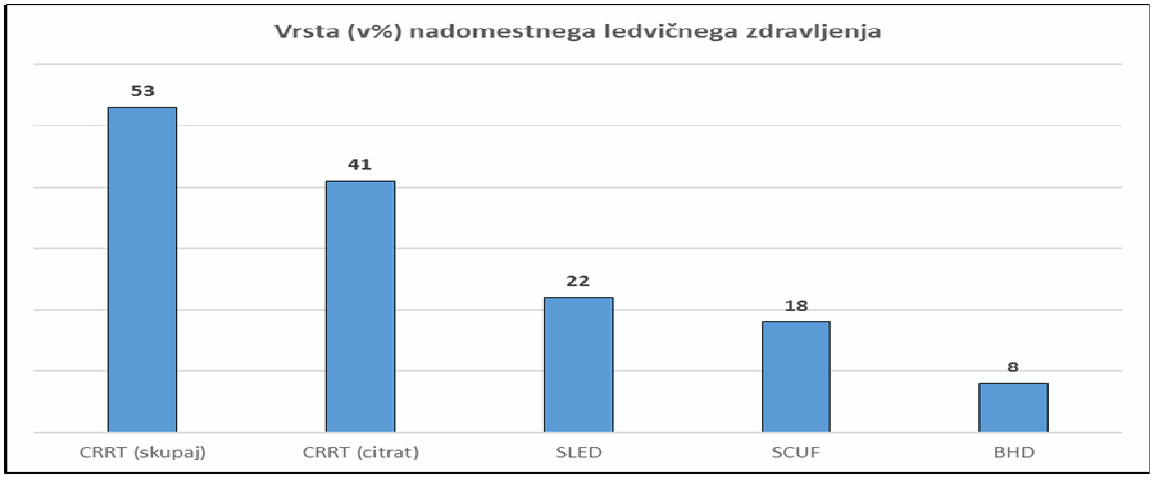

Dolžina zdravljenja (št. bolnikov)
27
67
24
9
8
≤ 2 dni
3 - 7
8 - 14
15 - 30
≥ 30 dni
2010
2011
2012
2013
2014
2015

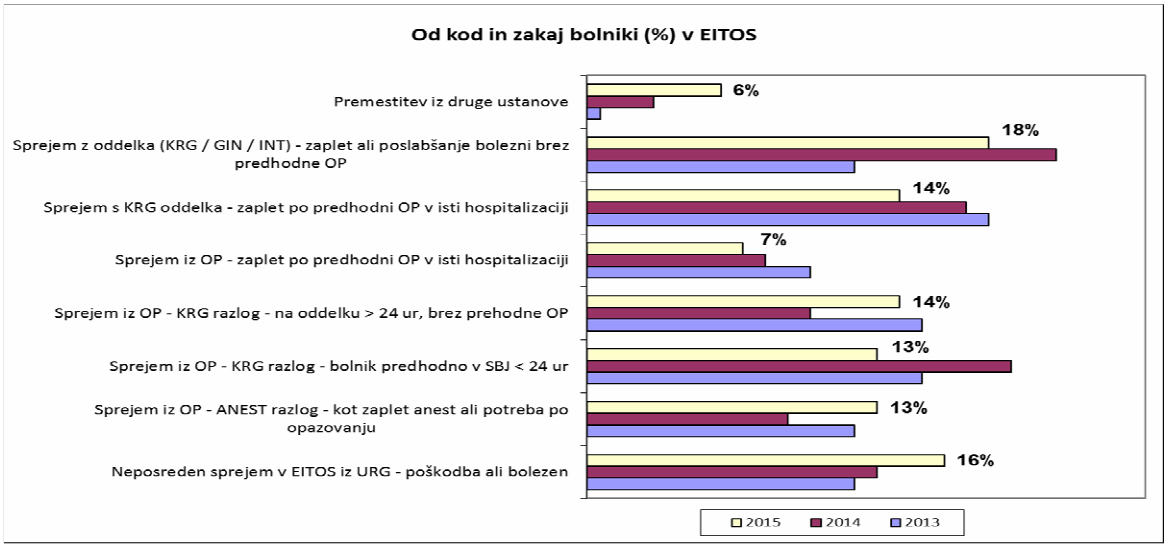

Delež bolnikov zdravljenih do 7 oz. 14 dni
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
2010
2011
2012
2013
2014
2015
do 7 dni (%)
do 14 dni (%)

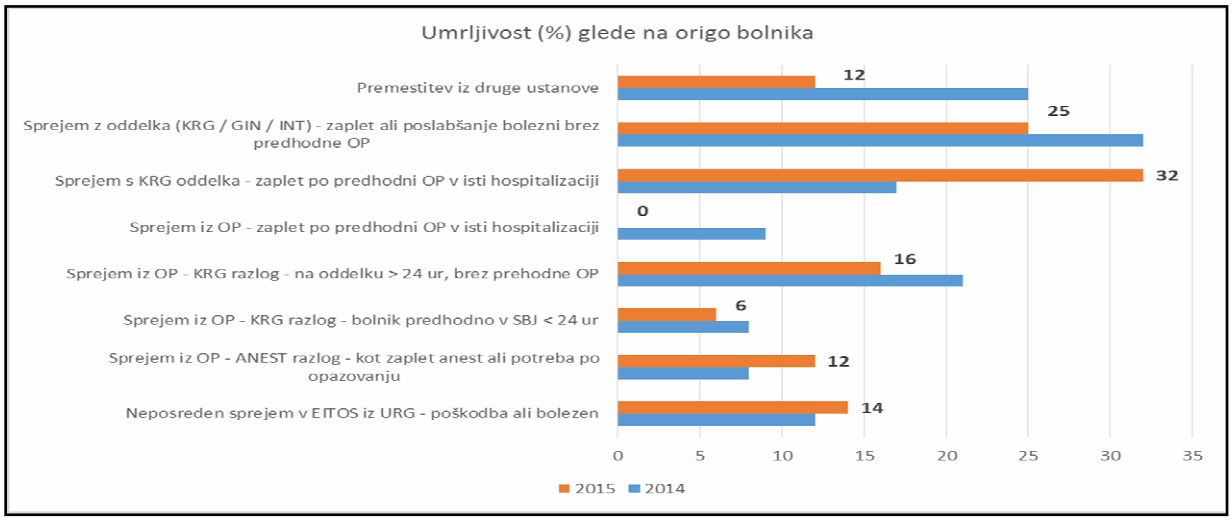

Umrljivost (%) glede na dolžino zdravljenja
19
9
17
33
50
≤ 2 dni
3 - 7
8 - 14
15 - 30
≥ 30 dni
2010
2011
2012
2013
2014
2015


Število in delež intubiranih
120
100
80
60
40
20
0
89
112
94
91
73
97
71
73
73
70
70
67
82
86
52
54
št. intubiranih
št. sprejetih intub.
% vseh bolnikov v EITOS
% sprejetih intubiranih
2012
2013
2014
2015


Nadomestno ledvično zdravljenje v EITOS
12
9
10,2
85
št. bolnikov
% vseh bolnikov
št. ur x 100
št. ur na bolnika
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015


Vrsta (v%) nadomestnega ledvičnega zdravljenja
53
41
22
18
8
CRRT (skupaj)
CRRT (citrat)
SLED
SCUF
BHD


Od kod in zakaj bolniki (%) v EITOS
Premestitev iz druge ustanove
6%
Sprejem z oddelka (KRG / GIN / INT) - zaplet ali poslabšanje bolezni brez predhodne OP
18%
Sprejem s KRG oddelka - zaplet po predhodni OP v isti hospitalizaciji
14%
Sprejem iz OP - zaplet po predhodni OP v isti hospitalizaciji
7%
Sprejem iz OP - KRG razlog - na oddelku > 24 ur, brez prehodne OP
14%
Sprejem iz OP - KRG razlog - bolnik predhodno v SBJ < 24 ur
13%
Sprejem iz OP - ANEST razlog - kot zaplet anest ali potreba po opazovanju
13%
Neposreden sprejem v EITOS iz URG - poškodba ali bolezen
16%
2015
2014
2013



POVZETEK

- Smiselna analiza predstavljenih podatkov, ki na različne načine opisujejo opravljeno delo in bolnike, je »notorično« težka.
- Če leto 2015 primerjamo z 11 letnim povprečjem EITOS (2008-14), potem vidimo, da smo v letu 2015:
    - zdravili povprečno enako število bolnikov (135 vs. 131),
    - nižja od povprečja je bila umrljivost (16% vs. 21.8%),
    - število ur mehanične ventilacije je bilo pomembno večje, kot v minulih 4 letih, celo nekaj večje, kot v dolgoletnem povprečju (12.585 vs. 11.146),
    - nekaj več je bilo BOD (1.090 vs. 991),
    - približno enako BOD na bolnika (8,01 vs. 7,94),
    - nekaj več je bilo TISS 28 točk (35.390 vs. 33.478),
    - praktično enako število TISS 28 točk na BOD (32,46 vs. 33,68) in
    - in nekaj več TISS 28 točk na bolnika (260,2 vs. 249,2).
- Podatki iz grafa, ki prikazuje trend umrljivosti sočasno z urami mehanične ventilacije in TISS 28/bolnika, pa dovoljujejo sklep, da smo zdravili nekoliko bolj bolne bolnike od dolgoletnega povprečja, vendar z enako umrljivostjo.
- 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 12% vseh bolnikov je bilo mlajših od 50 let in kar 41% vseh bolnikov je bilo starejših od 80 let.
- Delež bolnikov, zdravljenih v (arbitrarno določenem) »razumnem« trajanju dveh tednov, je praktično enak, kot v minulih letih (87%).
- Sprejemi in razlogi za sprejem:
    - 47 % bolnikov je bilo sprejetih neposredno iz operacijske,
    - 32 % z oddelkov in
    - 16 % neposredno iz urgence
    - 18 % bolnikov je sprejetih z oddelka, ne da bi bili predhodno operirani.
    - 21 % sprejetih bolnikov je zaplet po predhodni operaciji, kar je nekoliko manj kot v 2013 in 2014.

- Umrljivost podrobneje:
    - v EITOS umrlo 22 od 136 sprejetih bolnikov (16 %)
    - 16 bolnikov (14 % vseh odpuščenih) je umrlo po odpustu iz EITOS, v času iste hospitalizacije
    - skupaj je znotraj iste hospit. torej umrlo 38 od 136 sprejetih bolnikov (28 %)
    - 5 bolnikov (22 % vseh umrlih) je umrla v 48 urah po sprejemu v EITOS in
    - največja umrljivost je bila v skupini bolnikov, ki so bili v EITOS sprejeti s KRG oddelka, kot zaplet po predhodni OP (32 %)

Izpostavljamo, podobno kot v minulih letih:

- obupne, intenzivni terapiji povsem neprimerne prostore
- odsotnost klimatizacije zraka
- nenabava nove opreme in nemenjava iztrošene, armortizirane 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.)

Podobno izpostavljamo tudi:

- dobro sodelovanje s kolegi kirurškega oddelka, ki pa žal nekoliko »stagnira«
- nadaljevanje zglednega sodelovanja s Centrom za hemodializo.
- 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«.

In kot vsako leto, se zahvaljujemo :

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

STROKOVNO POROČILO DNEVNEGA ODDELKA

Judita Mandelc Kunčič, dr. med., spec. anest.
Vodja dnevnega oddelka

Program na Dnevnem oddelku je v letu 2015 potekal vse leto, razen krajše prekinitve v času zimskih, prvomajskih, poletnih in jesenskih počitnic. Od 52 tednov v letu je program na Dnevnem oddelku potekal 44 tednov, kar je 85 % delovnih dni.Prav tako kot doslej, so bili na Dnevnem oddelku po kliničnih poteh operirani pacienti ASA 01 in ASA 02, izjemoma ASA 03. Omejitev za poseg na Dnevnem oddelku je tudi prevelika telesna teža, to je BMI več kot 35. Mladi pacijenti, ki so popolnoma zdravi in imajo mejno povečan BMI (od 30 do 35) so predhodno pregledani v anesteziološki ambulanti, kjer anesteziolog odloči, če je poseg možen na Dnevnem oddelku. Pri pregledu je poudarek na dostopnosti dihalne poti in možnih zapletih pri umetnem predihavanju pljuč.

2.5 Anesteziološko - reanimacijska služba

V letu 2015 smo na Dnevnem oddelku operirali 1155 pacientov , kar je slab odstotek (0,9%) manj kot predhodnje leto, ko je bilo operiranih največ pacijentov doslej. Prav gotovo je na Dnevnem oddelku z natančnim načrtovanjem možno opraviti še nekaj več operacij. Pomembna omejitev je število postelj. Poleg šestih postelj namenjenih operiranim bolnikom, sta tudi dve postelji za bolnike iz Centra za zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo. Sedma postelja je v manj primernem, izredno majhnem prostoru.
Pri operacijah, ki jih naredimo največ, to so artroskopije kolena in dimeljske kile, je število večje kot leto prej. Uveden je nov kirurški poseg, ki ga prej na Dnevnem oddelku nismo delali, to so operacije krčnih žil in kožnega raka (BCC) . V porastu so posegi odstranitve osteosintetskega materiala in ventralnih kil, manj je bilo narejenih DuPuytrainovih kontraktur.

Razporeditev operacij:

- artroskopija kolena: 359 – 31.1 % (lani 328 - 25,8)
- dimeljske kila, spermatokela in vazektomija: 308 – 26,7 % (lani 260- 20,4 %)
- odstranitev osteosintetskega materiala: 149 – 12,9 %
- varice na spodnjih okončinah: 82 (7,1 %)
- ventralne kile (popkovne in epigastrične): 53 (4,5 %)
- operacija DuPuytren-ove kontraktura: 41 - 3,5 % (lani 105 - 8,2 %),
- suspenzijska artroplastika: 26 (2,3 %)
- fimoza: 24 (2 %)
- lipom: 14 (1,2 %)
- sindrom karpalnega kanala: 12 (01,0 %)
- operacije na palcu stopala 11 (0,9 %)
- kožni rak, BCC: 5 (0,4 %)
- eksostoza, ganglij, artrodeza: 74 (6,4 %)

Opazna sprememba pri kirurških operacijah je vrsta anestezije. Velik del posegov je narejenih v lokalni, infiltrativni anesteziji, ki jo aplicira kirurg v področje kirurškega posega. Ta način anesteziranja je bil uporabljen pri 300 (25,97 %) kirurških posegih. Pacienti, ki so operirani v lokalni anesteziji, imajo vstavljeno intravensko pot in imajo ves čas posega nadzorovan krvni tlak, srčni utrip in odstotek kisika v krvi, oziroma so monitorirani na enak način kakor pri splošni ali regionalni anesteziji. Vrednosti meritve življenskih funkcij opzujje anestezijski tehnik. Odgovornost za celoten potek operacije ima zdravnik, torej kirurg, ki bolnika operira.
Splošno anestezijo je dobilo 754 – 65,28 %; (lani 836 - 65.9 %) pacientov.
Področno anestezijo (največkrat subarahnoidni blok) 101- 8,74 %; (lani 206 - 16,2 %) pacientov. Lokalno anestezijo 300 – 25,97 %; (lani 227- 17.8 %) pacientov.

Premestitev v glavno bolnišnično stavbo, na kirurške oddelke, na dan posega, je bilo zelo malo. Premestiti smo 14 pacientov zaradi:
obsežnejšega posega (4 pacienti),
prekrvavitve preveze (3 pacienti),
slabosti in vrtoglavice (3 pacienti),
bolečine (2 pacienta)
visokega krvnega tlaka in motenj ritma (1 pacient)
varnostna hospitalizacija zaradi AKZ (1 pacient).

Po prihodu domov je v telefonski anketi izrazilo težave 9 pacijentov, večinoma zaradi bolečine in otekline v predelu operativne rane, seroznega izcedka po cirkumciziji, enkrat zaradi kolapsa dan po posegu in enkrat zaradi bolečine v zapestju. Imeli pa smo šest ponovnih intervencij v dneh po odpustu z Dnevnega oddelka. Trikrat je bila potrebna ponovna punkcija izliva v koleno po artroskopiji.
V po enem primeru je šlo za oteklino po operaciji dimeljske kile, poškodbo nosu po kolapsu doma in ponovna operacija dimeljske kile zaradi obsežne krvavitve.

2.5 Anesteziološko - reanimacijska služba

V desetih letih delovanja Dnevnega oddelka se število operacij giblje okrog 1120. Za več kot polovico se je v zadnjih letih znižalo število bolnikov, ki jih na dan posega zaradi različnih težav nismo mogli odpustiti, pač pa smo jih premestili na oddelke glavne bolnišnične stavbe.
Število pacientov, ki imajo v dneh po odpustu težave je izredno nizko, saj je manjše od odstotka vseh operiranih. Najpogostejša težava je oteklina kolena in s tem povezana bolečina. Povečana bolečina pred odpustom na operativni dan skoraj ni več razlog za premestitev in podaljšanje hospitalizacije. Razlog je v pogosti uporaba lokalnega anestetika za infiltracijo operativne rane, ne glede na vrsto anestezije.
Pomembno bi se zmanjšalo število premestitev, če na Dnevnem oddelku ne bi bili operirani pacienti, pri katerih se pričakuje obsežnejši kirurški poseg in bolniki, ki so na AKZ.

Leto	Št. pac.	Št. premestitev	Razlog premestitve	Ponovni sprejem	Razlog ponov. sprejema	Zapleti doma v %	Zapleti doma
2006	1 208	57 (4,7 %)	bolečina, sociala, podaljšan blok	4	glavobol,mrzlica, bolečina	54 %	bolečina, bruhanje
2007	1 070	44 (4,1%)	velik poseg, glavobol, nausea	3	glavobol po SB	≥50 %	bolečina
2008	1 183	33 (2,7 %)	glavobol,nausea, soc. ind.	ni podatkov	ni podatkov	ni podatkov	ni podatkov
2009	1 112	36 (3,1 %)	velik poseg, boleč., hematom	1	krvavitev-uretra	2,0 %	bolečina, hematom
2010	1 086	27(2,5 %)	nausea, vertigo, glavobol, soc. ind.	0	/	1,2 %	bolečina, hematom
2011	977	9 (0,9 %)	velik poseg, soci.indi. motnje ritma	0	/	1,4 %	bolečina, glavobol
2012	1 026	18 (1,8 %)	velik poseg, nausea, motnje ritma	0	/	1,5 %	bolečina, oteklina
2013	1 037	23 (2,2 %)	velik poseg, nausea,	5	pljučna tromb., bol., izpuščaj	ni podatkov	ni podatkov
2014	1 269	23 (1,8 %)	velik poseg, SB, socialne indikacije	1	kolaps po prihodu domov	0,9 %	bolečina, glavo., hematom
2015	1 155	14 (1,2 %)	bolečina, oteklina, kolaps	0		0,8 %	oteklina, bolečina

V telefonski anketi dobljeni podatki o počutju pacijentov po odpustu domov kažejo, da je največji problem huda bolečina, ki se pojavlja pri 712 pacijentih, kar je 61,5 %.
Pri najbolj številčnih posegih, to je pri artroskopiji kolena in pri operaciji dimeljske kile je **huda bolečina** dan po operaciji glede na vrsto anestezije sledeča:

Vrsta posega / vrsta anestezije	Splošna	Regionalna	Lokalna anest.
Dimeljska kila, spermatokela, vazektomija	39 %	77 %	85 %
Artroskopija kolena	46 %	40 %	/

Najmanjše število bolnikov s hudimi bolečinami je pri operaciji dimeljske kile v splošni anesteziji. To bi bilo lahko odraz kombinacije splošnih anestetikov in lokalnih anestetikov, ki jih kirurgi infiltrirajo v operativno polje.
Ocena bolečine po operacijah narejenih v regionalni anesteziji (v subarahnoidnem bloku) je vprašljiva, ker je bilo takih bolnikov zelo malo, manj kot 60.
Dokaj huda je bolečina izliva v kolenu po artroskopiji; 4 paciente je bilo potrebno napotiti v kirurško ambulanto zaradi punkcije.Hematom in oteklina sta neželjena simptoma po operacijah, ki sta bolj izrazita pri obsežnejših dimeljskih kilah. Slabost, bruhanje in vrtoglavica so simptomi, ki se doma po odpustu z Dnevnega oddelka pojavijo zelo redko.
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. Zardi otekline in krvavitve po vazektomiji v lokalni anesteziji so bili premeščeni 3 pacijenti.
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 boelčina - 3x; oteklina po cirkumciziji - 2x; glavobol po odsranitvi 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.

STROKOVNO POROČILO CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO ZDRAVLJENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO

Mateja Lopuh, dr.med.
Vodja dejavnosti
Podatke zbrali:
Darja Noč, dipl. m. s.
Teja Frelih, administratorka

1 POTEK DELA

V letu 2015 smo vodili 502 bolnikov, od tega v okviru načrtovanja paliativnega zdravljenja 210 bolnikov (primerjalno z letom 2013, ko smo v smislu paliativne oskrbe vodili 130 bolnikov). Med bolniki s kronično bolečino so bili najpogosteje napoteni bolniki s kronično bolečino v križu, bolečinami v sklepih in kroničnim regionalnim bolečinskim sindromom.
Poleg ambulantne dejavnosti smo zagotavljali konziliarno službo za vse oddelke bolnišnice (obravnavali smo 90 bolnikov), za ZD Kranj in Radovljica v okviru timskih sestankov enkrat mesečno (v povprečju po 10 bolnikov na sestanek), za DSO Viharnik in Sv. Martin Srednja vas v okviru skupne vizite bolnikov (po 5 bolnikov, enkrat tedensko), za PB Begunje v okviru individualnega svetovanja.
Vzpostavili smo dobro povezavo z Onkološkim inštitutom in KOPA Golnik za zgodnje vključevanje bolnikov v paliativno mrežo. Bolniki so bili napoteni v našo oskrbo že s strani onkologa, nadaljnje vodenje pa smo dorekli skupaj z osebnim zdravnikom.

Povprečno število obiskov je bilo 5, čas opazovanja pa je bil povprečno 3mesece (je pa velik razpon od enega obiska do 67 obiskov; od enega tedna do 9 mesecev).
Začeli smo tudi izvajati obiske na domu v okviru mobilne paliativne enote. Do konca leta 2015 smo obiske opravljali z lastnimi vozili. Opravili smo 45 obiskov v domačem okolju v soglasju z osebnim zdravnikom. V okviru storitev mobilnega tima smo zagotavljali vse elemente paliativnega pristopa obvladovanja simptomov in podpore družini poleg tega pa tudi invazivne posege kot npr: drenažo trebušne in plevralne votline, prebrizgavanje podkožne venske valvule. Zagotavljali smo tudi podporo družinam v času žalovanja.
Od 210 vodenih bolnikov jih je v letu 2015 umrlo 150, od tega samo 4 bolniki v bolnišnici. Uspelo nam je tudi spremljanje bolnikov brez socialne mreže in zagotavljanje oskrbe v domačem okolju do smrti. 20 bolnikov je imelo podkožno balonsko črpalko, kar je v skladu s priporočili iz literature, da približno 10 % bolnikov, ki so vključeni v specialistično paliativno oskrbo, potrebujejo invazivno lajšanje simptomov.

2 POMEMBNE PRIDOBITVE

V letu 2015 smo v okviru prizadevanj priznavanja paliativnih storitev dosegli:
- priznavanje storitve obiska specialista na domu 06009
- priznavanje storitve prebrizgavanje podkožne venske valvule kot ločeno zaračunljiv material
- možnost predpisovanja podkožne črpalke tudi z mešanico, ki ne vsebuje opioidnih zdravil (primarni namen ni analgezija) v breme ZZZS

3 SODELOVANJE Z OSTALIMI STEBRI MREŽE

1. Izjemno dobro sodelovanje z zdravniki na vplivnem območju SB Jesenice in z urgentno službo vseh ZD Gorenjske. Konziliarno smo območje vplivanja razširili tudi do Kamnika, centra Ljubljane in Cerknega.
2. Vzpostavili smo sodelovanje z izvajalci pomoči na domu. Dodatno smo preko društva Palias pridobili tudi negovalke za nego na domu in omogočali tudi 24 urno oskrbo na domu.
3. V sodelovanju z Gorenjskimi lekarnami pa smo zagotavljali stalno preskrbo z zdravili v domačem okolju, vključno s podkožnimi črpalkami.
4. Zagotavljali smo tudi duhovno podporo s pomočjo društva Palias

4 STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE

1. Sodelovali smo na vseh šolah SZPM tako v organizacijskem odboru kot s predavanji (vodenje bolečine, načela paliativne oskrbe, uvajanje paliativnega pristopa, organizacijska mreže paliativne oskrbe). Gre za podiplomsko šolanje 50 urno izpopolnjevanje iz dodatnih znanj, ki pripelje do diplome SZD za zdravnike.
   Kot udeleženka se je šolanja udeležila Darja Noč, kot vodja vseh tečajev in predavateljica pa Mateja Lopuh.
2. Pripravili smo več izobraževanj za medicinske sestre v bolnišnici: vodenje bolečine, načela paliativne oskrbe : Mateja Lopuh in vodenje bolnika v zadnjem obdobju življenja Darja Noč.
   To delavnico je Darja Noč izvedla tudi v DSO Tržič.
3. Aktivno smo izobraževali zaposlene v DSO Tržič in Kranjska gora z namenom vzpostavitve paliativnega pristopa.
4. Glede invazivnih postopkov smo pripravili delavnice prebrizgavanja podkožne venske valvule – tudi za patronažne medicinske sestre in sestre v DSO

5. Darja Noč je s pomočjo sredstev društva Palias opravila in zaključila izobraževanje iz aromaterapije
6. Mateja Lopuh je sodelovala kot organizatorica in predavateljica na mednarodni šoli EFIC Cancer Pain School v Mariboru.
7. Sodelovali smo pri pripravi gradiva za laično javnost v sklopu projekta Metulj in izvedli več predavanj za potrebe skupine za samopomoč bolnikom z rakom v Tržiču in bolnikov s sladkorno boleznijo.
8. Mateja Lopuh je opravljala funkcijo državne koordinatorice razvoja paliativne oskrbe
9. Objavili smo številne članke v raznih zbornikih

5 SPREMLJANJE KAZALNIKOV KAKOVOSTI

Spremljali smo deleže napotitev zaradi neobvladanih telesnih simptomov in zadovoljstvo svojcev z vodenjem v okviru mreže. Zaradi neobvladanih telesnih simptomov ni bil iz naše mreže napoten noben bolnik za sprejem. 90 % svojcev je bilo zadovoljnih z našo oskrbo in vodenjem, najbolj so cenili 24 urno mobilno številko.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

Ozrenka Nikolič Vranič, dipl. m. s. (*vodja od 01.01.2015 do 01.10.2015)*
Amela Lovič, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege na anesteziji

UVOD

Leto 2015 je bilo za našo enoto precej stresno in polno prilgajanj. Začetek leta na anesteziji je večinoma minil v znamenju ROLE - najprej priprave na delo, sodelovanje pri selitvi in privajanje na novo delovno okolje, zaradi gradnje novega Urgentnega centra. Bilo je ne malo predvidevanja, odkrivanja in odpravljanja pomankljivosti, ki bi lahko ovirale varno delo ter nekaj spoznavanja nove opreme. Kljub temu je delo za nas, za to to obdobje minilo brez posebnih odklonov, ki bi lahko škodovali pacientom.
Konec leta 2015 pa smo se zopet pripravljali na selitev, prilagajali na nove, tokrat sodobnejše in modernejše prostore Urgentnega centra. Sodelovali smo tudi pri otvoritvi in predstavljali našo enoto.Na žalost je bilo tudi leto 2015 zaznamovano z nezadostnim številom zaposlenih. Oktobra smo sicer dobili novozaposleno, ki pa je zelo kmalu morala nazaj na staro delovno mesto. 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 prostorih.
Konec leta je prišlo tudi do menjave vodje zdravstvene nege na anesteziji. V našo enoto sta letos pripisani tudi dve DMS iz protibolečinske ambulante, ki pa nista razporejeni na delovišča anestezijske medicinske sestre.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

CILJ	**Interna timska izobr. s tematiko ožjega strokovnega področja na anesteziji; in s tematiko širšega strokovnega področja skupaj z zdravniki anesteziologi**
AKTIVNOSTI	• Vsak član tima pripravi letno vsaj eno temo – skupaj 8 vsebin • Občasno izobraževanja zunanjih sodelavcev • Vsak član tima pripravi letno vsaj eno temo – skupaj z zdr. (cca 10 tem), ali • Zdravnik pripravi temo, AMS delavnice
EVALVACIJA	• Imeli smo 8 timskih izobraževanj v naši izvedbi in 5 izobraževanj predstavnikov v zvezi z opremo, ki smo jo uporabljali – **100 %** • Imeli smo samo eno izobraževanje z strani zdravnika na temo donorstva in transplantacije. cca - **10 %** • Skupne delavnice z zdravniki niso bile izvedene- **0 %**
CILJ	**Izdelava zgodnje opozorilne skale**
AKTIVNOSTI	• Izdelati ZOS in ustrezen protokol o ukrepih glede na dobljene rezultate • Vaje reanimacij, treningi urgentnih stanj
EVALVACIJA	• Zaenkrat projekt temelji le na pogovarjanjih.- **0 %**
CILJ	**Izdelava standarda opremljenosti reanim. 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	**Izdelava navodil za vzdrž. in kontrolo defibrilatorjev ter njihovo uporabo**
AKTIVNOSTI	• Navodila izdelana, priložene tudi slike in s tem doseženo poenoteno ravnanje z defibrilatorji in seznanitev zaposlenih z nahajališči vseh defibrilatorjev.
EVALVACIJA	• **100%**
CILJ	**Izdelava preglednic o potrebnih zalogah materiala na posameznih deloviščih (ortopedska, kirurška, porodna, spodnja operacijska)**
AKTIVNOSTI	• Popis zalog zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov ter opredelitev koliko le-teh je potrebno imeti na posmeznem delovišču - izdelan seznam. Služi tudi kot pripomoček pri naročanju materiala iz lekarne in reduciranju zalog.
EVALVACIJA	• Zaenkrat je preglednica oz. seznam izdelan samo v ortoped. operacijski -**25 %**
CILJ	**Kazalnik kakovosti »Kontrola popolne opreme anestezijskega vozička« razširiti v »Kontrola pripravljenosti anestezijskega delovišča« ter ob tem revidirati navodila in kriterije za oceno uspešnosti**
AKTIVNOSTI	• Kazalnik kakovosti ni bil revidiran. Cilj za drugo leto.
EVALVACIJA	• Uporabljamo še vedno obstoječi obrazec .- **0 %**
CILJ	**Izboljšanje na področju predaje pacienta**
AKTIVNOSTI	• Izdelava pisnega opisa poteka vseh predaj v našem timu, ki je del splošnega dokumenta o predaji pacienta.
EVALVACIJA	• **100 %**
CILJ	**Ustanovitev projektne skupine za reanimacijo**
AKTIVNOSTI	• Projektna skupina ni bila ustanovljena. Izrečenih pa je bilo nekaj predlogov na to temo. Preloženo na prihodnje leto.
EVALVACIJA	• **0 %**

1.2 KAZALNIKI KAKOVOSTI

KAZALNIK	**Optimalno izpolnjena perioperativna dokumentacija**
AKTIVNOSTI	• Mes.nadzor 10 naključno izbranih oper. obravnavanih pac. (10 kontrol letno) • Sprememba navodil in kriterijev za ocenjevanje- obstoječi kriteriji prestrogi • Vključitev operacijske medicinske sestre (OMS) v nadzore
EVALVACIJA	• Izvedeno 8 od načrtovanih 10 kontrol – **80 %,** uspešnost **80 %** • Načrtovana sprem. navodil in kriterijev za ocenjevanje ni bila izvedena – **0%** • OMS vključena v nadzore - **100 %**

2.5 Anesteziološko - reanimacijska služba

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 ali ga preimenovali v »Obremenjenost anestezijske medicinske sestre«
KAZALNIK	**Popolna opremljenost anestezijskega vozička**
AKTIVNOSTI	• Mesečne kontrole vseh anestezijskih vozičkov – 10x letno
EVALVACIJA	• Izvedba **100 %,** uspešnost težko objektivno merljiva vendar **cca. 95 %**
KAZALNIK	**Optimalna reanimacija v sklopu celotne bolnišnice**
AKTIVNOSTI	• Kontrola vseh reanimacijskih vozičkov 4x letno • Izobraževanje zaposlenih iz vsebin v povezavi z reanimacijo • Sestanek z neposrednimi skrbniki reanimacijskih vozičkov • Aktivno izobraževanje o reanimacijskem vozičku • Obnova standarda opremljenosti reanimacijskega vozička • 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) • 2x izobraževanje iz vsebin TPO - **100%** • Sestanek z neposrednimi skrbniki izveden 2x -**100%** • Uspešnost ukrepov je težko objektivno oceniti, vendar na spl. celoten reanim. tim opaža pomembno izboljšanje spl. »delov. vseh vpletenih« pri reanim.; zap. na odd. si zelo želijo izobr. s tega področja., kar je razvidno iz anket po izobr. • Skupno izobraževanje o reanimacijskih vozičkih izvedeno - zelo pozitiven odziv, precejšnja udeležba zaposlenih - **100%** • Standard obnovljen - **100 %**
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 8 od planiranih 10 dokumentov – **80 %**
KAZALNIK	**Varno in kakovostno delo in obravnava pacientov**
AKTIVNOSTI	• Vsaj dve varnostni viziti mesečno • Vsakodnevni jutranji timski sestanki • Sporočanje zaznanih odklonov in reševanje dodeljenih
EVALVACIJA	• 20 od načrtovanih 24 VV – **83 %;** 12 preventivnih vsebin (nova oprema, zdravila, pripomočki, selitev opreme…) in 8 vsebin po dogodku (v povezavi z pripravo pacienta v op, PVV, predaja pacienta) • Izvedeni timski načrtovani sest.: eden z tematiko ocenjevanja del. uspešnosti in let. razgovorov in na temo Urgentni center. Mesečne ali načrtovane sest. sicer ni potrebno izvajati, ker dogajanja obravnavamo vsakodnevno sproti na jutranjih sest.od pon do pet. Ustvarjen je bil tudi skupni mail, kamor beležimo tekoče dogajanje (ni več beleženja v zvezek) in tako je vsem zap. na voljo vsaka inf. tudi v času odsotnosti**. - 100%** • Pri delu smo zaznali in dodelili v nadaljnje reševanje dva odklona – 2x strokovni; dodeljenih odklonov nismo imeli

2 NAŠ PRISPEVEK K RAZVOJU IN KAKOVOSTI

- Kljub zmanjšanemu številu kadra smo sodelovali pri:
  - projektnih skupinah za: POCT, bolnišnično higieno, predanalitično fazo-laboratorij in standarde
  - koordinacijskih sestankih mentorjev na FZJ
  - prenovi nekaj kliničnih poti in nastajanju novih (žilni program)
  - dnevu odprtih vrat
  - anesteziji v popoldanskem programu žilne kirurgije
  - aktivnem izobraževanju v SBJ: izvedli smo 2 izobraževanja iz TPO in izobraževanje o reanimacijskih vozičkih

- o ob pripravi javnega razpisa za dva velika sklopa dihalnih pripomočkov in pripomočkov za regionalno anest. testiranje in izbira najustreznejših pripomočkov
- o notranjih presojah (kot presojevalci)
- o internih nadzorih (kot izvajalci in nadzorovalci)
- o nadomeščanju MS iz protibolečinske ambulante ob njihovi odsotnosti v dopoldanskem času
- o mentorstvu študentom; s poudarkom na izboljšanju na tem področju z lanskoletno uvedbo informativnega sestanka s študenti še pred prihodom v operacijske prostore
- o otvoritvi Urgentnega centra s predstavitvijo naše enote
- o izven stroke pa še z aktivno udeležbo na raznih prireditvah v bolnišnici in izven(fotografiranje - Aleksander Novak, petje - Maruška Bertoncelj)

- Revidirali smo nekaj obrazcev z našega področja
- Izdelava navodil za vzdrževanje in kontrolo defibrilatorjev
- Izdelava protokola za izvajanje redih servisov anestezijskih aparatov
- Izdelava protokola »Nadzor bolnika v lokalni anesteziji – vloga anestezijske med. sestre«
- Izdelava nekaj dokumentacije za ROLE
- Napisan interni dogovor o sodelovanju pri eksplantacijski dejavnosti
- Udeležba na intenzivnem tridnevnem tečaju s področja pridobivanja in presaditve organov TPM ((Transplant Procurement Management)
- Aktivnosti izven SBJ:
  - o sodelovali smo v zdravstveni oskrbi na mednarodnem smučarskem pokalu Vitranc
  - o vodja je član Sekcije MS in ZT v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V prvi polovici leta so bili izvedeni letni razgovori z vsemi sedmimi zaposlenimi v zdravstveni negi na anesteziji. Z izvedbo le - teh je bilo zaposlenim omogočeno podati svoja mnenja, predloge in pobude ter posledično krepiti medsebojne odnose in vzpodbujati komunikacijo.
Zaradi zmanjšanega števila kadra smo se morali odpovedati nekaj notranjim in zunanjim izobraževanjem. Poleg pasivnih udeležb na izobraževanjih v SBJ smo se vključevali v izobraževanja tudi aktivno (TPO, reanimacijski vozički). Letos smo se zunanjih izobraževanj udeležili samo pasivno. Sredstva za plačilo kotizacij za vsa zunanja izobraževanja smo si zagotovili od DMSZTG in ZZ.

4 CILJI ZA LETO 2016

- Čimprejšnja pridobitev in uvedba v delo novega člana tima za delo na anesteziji in zaposlitev ustreznega števila kadra za planirani spremenjeni način dela v novem Urgentnem centru
- Nadaljevanje, izboljšanje in nadgradnja že začete prakse:
  - o timska izobraževanja in delavnice – sodelovanje tudi z našimi zdravniki
  - o timske ponovitve pomembnejših SOP - ov, standardov, navodil ter izdelava novih ali dopolnjevanje in obnovitve obstoječih
  - o obravnava varnostnih problemov, odklonov
  - o optimizacija reanimacije - tudi v sodelovanju z našimi zdravniki (izdelava ZOS, vaje reanimacij, revizija standarda po potrebi , izdelava standarda opreme za reanimacijo v porodni sobi, izdelava standarda opreme za otroški reanim. voziček za reanim. prostore v Urgentnem centru, ustanovitev projektne skupine za reanimacijo)
  - o 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

- o kazalnik kakovosti »Časovna izkoriščenost operacijskih prostorov« preimenovati v »Obremenjenost anestezijske medicinske sestre«
- Dosledno upoštevanje splošnega dokumenta na področju predaje pacienta (tako ob sprejemu kot ob odpustu); mogoče tudi kazalnik kakovosti s tega področja
- Dosledno obravnavanje in reševanje raznih tem in problematike na jutranjih sestankih od ponedeljka do petka in beleženje na skupni mail (ukinitev načrtovanih mesečnih sestankov in beleženja v zvezke)

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

Janja Pristavec, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije operativnih strok

UVOD

V mesecu septembru je vodenje enote prevzela nova vodja.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Tudi leto 2015 v enoti ni bilo nikakršna izjema kar se tiče kadrovskih sprememb. V jeseni sta dve zaposleni uspešno zagovarjali diplomsko nalogo na VŠZNJ in s tem pridobili naziv diplomirana medicinska sestra. Priča smo bili dvema odhodoma in eni premestitvi zaposlene, tako da smo leto 2015 zaključili z desetimi zaposlenimi, ena zaposlena je na daljšem bolniškem staležu, ena pa na porodniškem dopustu.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE, TISS 28 TOČKE

V letu 2015 smo medicinske sestre opravile 35390 TISS točk, kar znaša 375151 minut dela medicinskih sester.

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Cilj	Znižanje incidenčne stopnje katetrske sepse 0 % Znižanje incidenčne stopnje kolonizacije OVK na 0,06 %
Aktivnosti	Konstantno izobraževanje kadra za pridobivanje znanja o oskrbi pacienta z OVK Izvajanje nadzorov v zvezi z žilnimi potmi
Elevacija	Natančno beležeje in še dodatni nadzor nad dokum. in oskrbo pac. s strani kateter MS Uvedenih je bilo 118 OVK - jev, od tega poslanih konic na MKB 34 Katetrske sepse nismo zabeležili, ena konica je bila kolonizirana Učinkovitost 100 %
Cilj	Izobraževanje
Aktivnosti	Pasivna udeležba na predavanjih Učna delavnica o ravnanju z novim bronhoskopom
Evalvacija	Pasivnih udeležb na predavanjih izven SBJ se po septembru nismo udeležili zaradi preseženih predvidenih stroškov za izobraževanje Udeležbe na predavanjih v SBJ pa so konstantne, od tega ena aktivna udeležba pri

	vzročno-posledični konferenci kot primer dobre prakse Vsi zaposleni so člani vsaj enega do dveh projektnih timov Učinkovitost 100 %
Cilj	Varnost in kakovost
Aktivnost	Izvajanje varnostnih vizit /varnostnih razgovorov Beleženje odklonov Izvajanje preventivnih ukrepov (RZP, PADEC, BO) Sodelovanje s koord. za oskrbo kroničnih ran, za področje BO in za področje padcev Izvajanje oddelčnih sestankov
Evelvacija	Izvedba 22 varnostnih vizit, od tega 6 s pomočnico direktorja za področje BO, 1 s koordinatorjem za oskrbo kroničnih ran in 1 varnostna vizita z namestnico pomočnice direktorja za področje ZN Izrečenih 73 ukrepov, 66 realiziranih, pri 7 ukrepih se raelizacija še izvaja Odklonov nismo beležili Učinkovitost 90 %
Cilj	Ohraniti uspešno vodenje kazalnikov kakovosti
	Znižanje pridobljenih RZP v enoti Ohraniti uspešen kazalnik MRSA Ohraniti uspešen kazalnik padci
Evalvacija	Incidenca pridobljenih RZP v enoti je 9,56 %, kar ne dosega zastavljenega cilja (5.93 %) Prenosa MRSA nismo beležili Padcev nismo beležili Učinkovitost 90 %

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

V enoti izvedenih 22 varnostnih vizit/varnostnih razgovorov. Vodja je opravila 11 VV/VR, ostalih 11 odgovorna MS in 9 negovalnih vizit s strani odgovornih MS. Vsi ukrepi realizirani, uspešnost le - teh ocenjujemo sproti. Odklonov v letu 2015 nismo zabeležili.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu 2015 so bili opravljeni vsi razgovori z zaposlenimi. Izpostavili so zadovoljstvo z delom in odnosih v enoti, kar se smatra za svojevrsten uspeh vseh zaposlenih, saj je delo v intenzivni enoti psihično in fizično utrujajoče. Raznih srečanj in predavanj smo se udeležili v okviru finančnih zmožnostih.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

4.1 Znižanje incidenčne stopnje katetrske sepse na 0 %; znižanje stopnje kolonizacije OVK na 0,06 %
4.2 Izobraževanje
4.3 Varnost in kakovost
4.4 Ohraniti uspešno vodenje kazalnikov kakovosti ZN
4.5 Dosledno izpolnjevanje dokumentacije ZN

Tudi v letu 2016 nadaljujemo z vodenjem TISS točkovnega sistema, vodenjem »liste dragega bolnika,« sodelovanja v projektnih skupinah, izdelava protokolov za področje intenzivne terapije.Aktivno vključevanje vodje v delo Sekcije medicinskih sester v intenzivni terapiji, anesteziologiji in transfuziologiji.

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE

Peter Najdenov, dr. med.
Predstojnik službe

V strokovnem poročilu je predstavljeno delo otroškega oddelka v letu 2015. Vsebina poročila zajema delo na kliničnem oddelku in delo v pediatrični ambulanti.

UVOD

Delo v letu 2015 je potekalo brez večjih sprememb od prejšnjega obdobja. Zaznamovala ga je nizka incidenca resnejših okužb spodnjega respiratornega trakta. Spremenila se je kadrovska sestava v pedopsihiatrični in pediatrični kardiološki ambulanti. ambulanti. 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 letu 2015 ni bilo, delno smo vzdrževali opremo. Nadaljevali smo večletni boj z golobi, ki domujejo na naših okenskih policah.

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 je vključeval zdravnik Rok Muller, dr. med, spec. ped. in nov sodelavec Jovica Dzordzevic, dr. med, spec. ped. iz Zdravstvenega doma Kranj, ki se je prav tako redno pričel vključevati v dežurno službo.

1.1.1 PROTOKOL DELA ZDRAVNIKOV

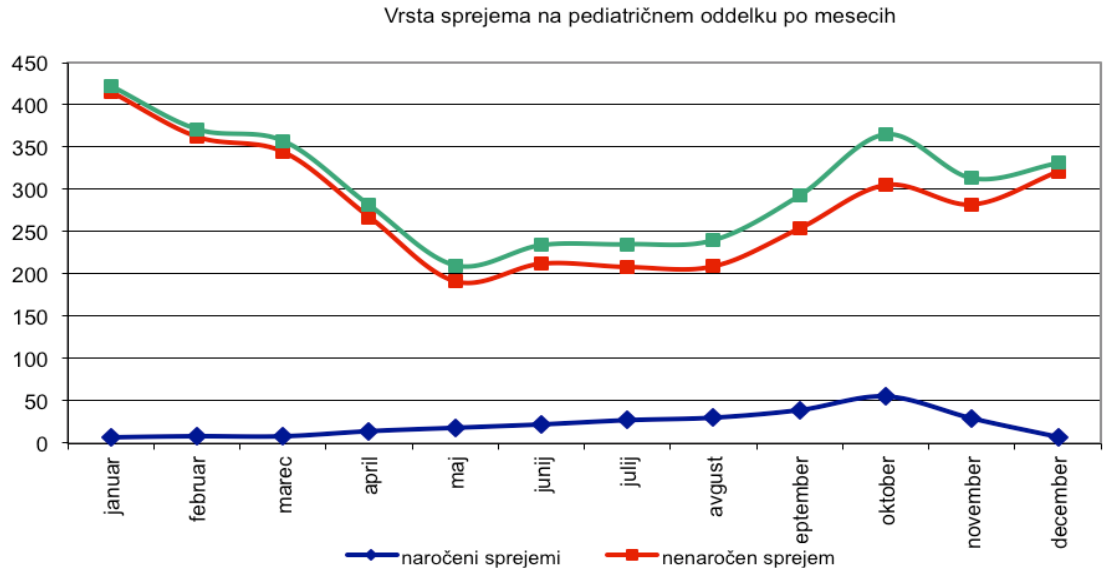
Delovni dan zdravnika je opredeljen z pisnim razporedom, ki se ga načrtuje sproti vsak teden. Večje odsotnosti je potrebno načrtovati vsaj mesec dni v naprej. Leten dopuste in odsotnosti v času šolskih počitnic se usklajuje na skupnih sestankih, ki potekajo vsaj 2 x letno.Osnova kontinuiranega dela je »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. Na jutranjem sestanku je vedno prisodna koordinatorica zdravstvene nege ali njena namestnica.
V torkih je čas namenjen obisku strokovnim sodelovcem iz farmacevtskih firm, sreda je dan glavne vizite, strokovna izobraževanja (poročila, seminarji) so največkrat v petkih, sicer pa se termin prilagaja količini dela in številu prisotnih.

2 OPRAVLJENO DELO NA OTROŠKEM ODDELKU

2.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

V letu 2015 je bilo na otroškem oddelku obravnavano 1939 otrok, kar pomeni 94,08 % realizacijo načrta. Povprečna ležalna doba je bila 2,49 dni, povprečni SPP 0,688.



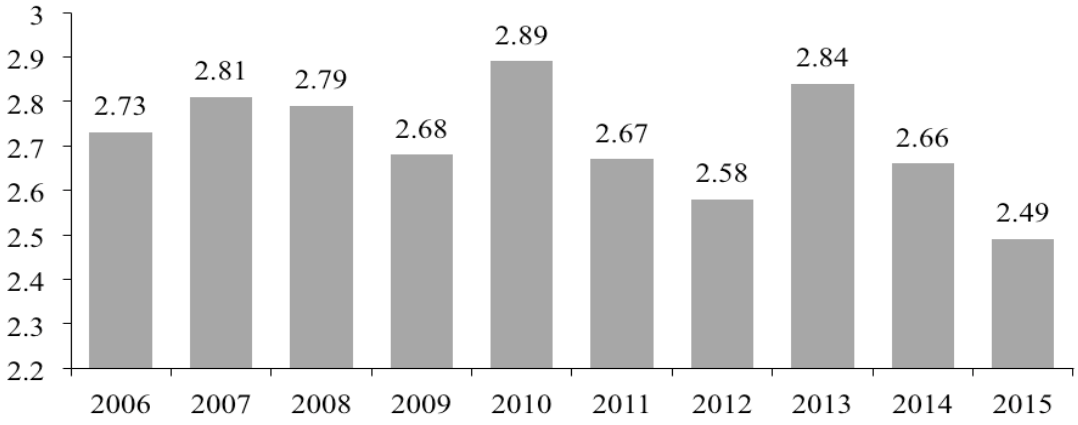
Graf 1: Vrsta sprejemov na pediatričnem oddelku po mesecih

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. Razpored in število načrtovanih sprejemov (alergološka diagnostika - obremenitvena testiranja na kravje mleko, antibiotike in cepiva) je bilo v 2015 drugačno predvsem zaradi obnovitvenih del v bolnišnični lekarni. Časovno so se sprejemi zavlekli v jesenske mesece. Več kot 60 % otrok je bilo mlajših od 6 let.

Velik delež otrok ima ob sebi starše oz spremljevalce. Bivanje na osnovi plačila Zdravstvene zavarovalnice je omogočeno do otrokove 6. leta, vendar je vedno več starejših otrok, katerih spremljevalci so samoplačniki.

Tabela 1: Število spremljajočih oseb

Leto	Doječe mame	Spremstvo	Skupaj
2010	301	1.236	1.537
2011	229	1.319	1.548
2012	246	1.459	1.705
2013	291	1.529	1.820
2014	239	1.608	1.847
2015	191	1.507	1.698

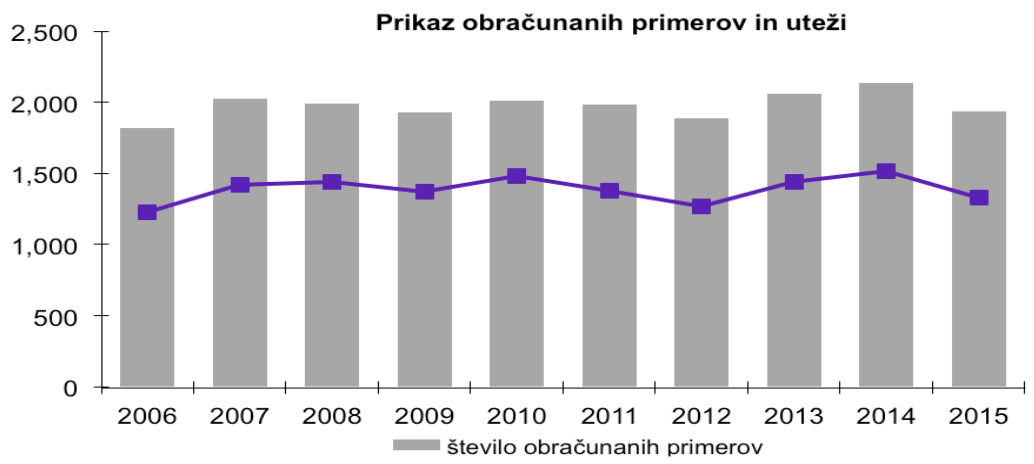


Graf 2: Povprečna ležalna doba

V letu 2015 je vidno skrajšanje ležalne dobe, predvsem zaradi manjšega deleža otrok mlajših od enega leta s težkimi obolenji spodnjih dihal, ob skoraj enakem deležu kratkotrajnih alergoloških obravnav.

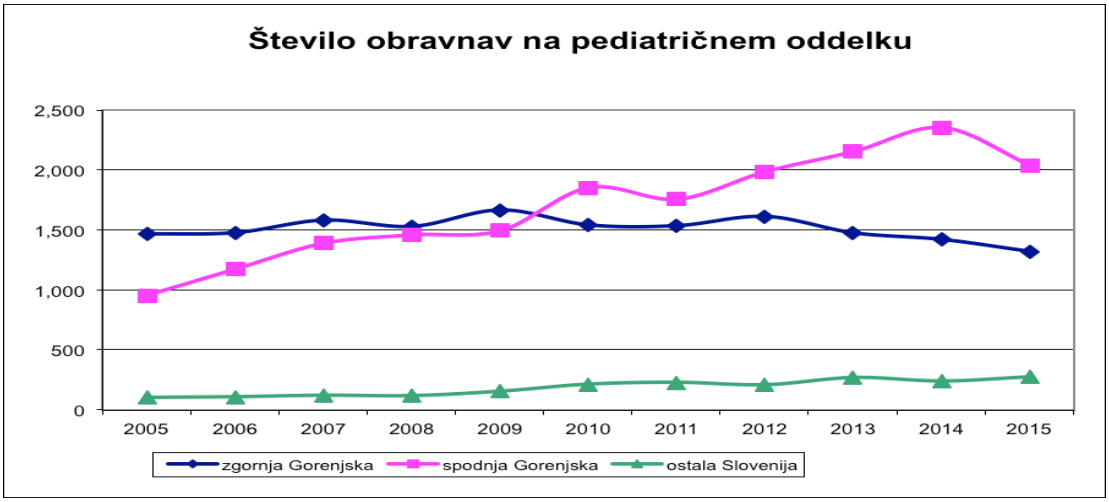
Tabela 2: Število obračunanih primerov na pediatričnem oddelku – za vse plačnike

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Število obračunanih primerov	2.013	1.982	1.887	2.060	2.135	1.939
Število obračunanih uteži	1.479,98	1.378,48	1.266,68	1.444,40	1.517,80	1.334,06
Povprečna utež	0,735	0,695	0,671	0,701	0,711	0,688
Povprečna ležalna doba	2,89	2,67	2,58	2,84	2,66	2,49

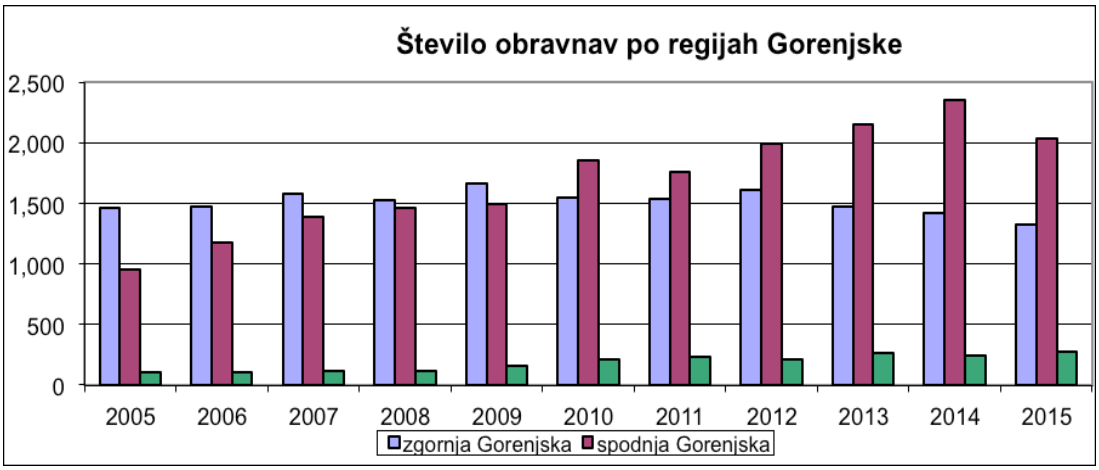


Graf 3: Prikaz obračunanih primerov in uteži

Vrednost SPP je upadla na 0,688. Utež je upadla zaradi manjšega števila bolnikov s težkimi respiratornimi stanji.



Graf 4: Število obravnav na pediatričnem oddelku - primerjava zgornje in spodnje Gorenjske



Graf 5: Število obravnav po regijah Gorenjske

Tabela 3: Število obravnav po občinah Gorenjske

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OE Jesenice	729	710	706	694	650	634	581
OE Radovljica	737	831	829	918	825	786	739
OE Kranj	724	1.393	1.208	1.344	1.543	1.650	1.268
OE Tržič	199	262	295	263	244	245	253
OE Škofja Loka	32	199	254	380	368	460	518
Ostale občine	102	213	228	208	268	239	274
Skupaj	2.523	3.608	3.520	3.807	3.898	4.014	3.633

Tabela 4: Index števila obravnav med leti 2005/2015

INDEKS 2015/2005
79,70
100,27
175,14
127,14
1618,75
268,63
144,00

Pediatrični oddelek SB - Jesenice je regionalni oddelek za zdravljenje otrok na sekundarnem nivoju. Kljub absolutno manjšemu število sprejemov se je ohranilo razmerje v deležu sprejemov med zgornjo in spodnjo Gorenjsko. Očiten je velik porast deleža bolnikov iz spodnje Gorenjske. Vedno več je hospitaliziranih otrok tudi iz regij, ki imajo lažjo dostopnost do drugih bolnišnic.

Tabela 5: Najpogostejše diagnoze na Oddelku za dojenčke in male otroke (do 1,99 let) v letu 2015

Glavna diagnoza	Št.obravnav
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	117
A080 Rotavirusni enteritis	73
J219 Akutni bronhiolitis, neopredeljen	73
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	66
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	48
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	43
J040 Akutni laringitis	40
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutlji	26
J069 Akutna infekcija zgornjih dihal, neopredeljen	22
N10 Akutni tubulointersticijski nefritis	20
R509 Vročina, neopredeljena	20
R11 Navzea in bruhanje	15
J960 Akutna respiratorna odpoved	14
N390 Infekcija sečil, mesto ni opredeljeno	14
A082 Adenovirusni enteritis	12
Z763 Zdrava oseba spremlja bolno osebo	12

L208 Druge vrste atopijski dermatitis	9
L209 Atopijski dermatitis, neopredeljen	9
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	8
R560 Febrilne konvulzije	8

Tabela 6: *Najpogostejše diagnoze na Oddelku za šolske in predšolske otroke (od 2 let naprej) v letu 2015*

Glavna diagnoza	**Št.obravnav**
J209 Akutni bronhitis, neopredeljen	155
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutlji	122
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	82
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	70
A080 Rotavirusni enteritis	67
R11 Navzea in bruhanje	57
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	36
J040 Akutni laringitis	35
K291 Druge vrste akutni gastritis	30
J450 Pretežno alergijska astma	29
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	22
L509 Koprivnica, neopredeljena	18
R560 Febrilne konvulzije	16
K295 Kronični gastritis, neopredeljen	15
J960 Akutna respiratorna odpoved	14
N10 Akutni tubulointersticijski nefritis	14
T634 Strup drugih členonožcev	12
N390 Infekcija sečil, mesto ni opredeljeno	11
R509 Vročina, neopredeljena	11
R55 Sinkopa in kolaps	11
I880 Nespecifični mezenterijski limfadenitis	10
J030 Streptokokni tonzilitis	10

20 najpogostejših diagnoz predstavlja 77,45 na oddelku za dojenčke in male otroke , 23 diagnoz na Oddelku za šolske otroke in mladino predstavlja 76,84 %.

Leto 2015 je bilo leto z manjšim številom okužb spodnjih dihalnih poti. Običajne »epidemije« bronchiolitisov ni bilo. Veliko otrok z bronchiolitisom je bilo neobičajno starejših od 2 let.Manj je bilo tudi bolnikov z okužbami sečil. Vedno več je otrok, predvsem v šolskem in mladostniškem obdobju, z psihosomatskimi težavami.
Pri okužbah prebavil je še vedno v ospredju okužba s rotavirusom. Bakterijskih okužb je bilo zelo malo. Med časom poletnih počitnic se je izvajala alergološka diagnostika (obremenitveno testiranje s KML, cepljenja pod nadzorom).

V letu 2015 je bilo iz Otroškega oddelka oz iz porodnišnice Jesenice v druge bolnišnice premeščenih 21 bolnikov. Premeščeni so bili na Pediatrično kliniko ali v intenzivno enoto (Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo - KOOKOIT UKC Ljubljana).

Tabela 7. Premestitve iz pediatričnega oddelka v 2015

Huda prirojena hipotonija	Pediatrična klinika
Motnja zavesti, intoksikacija	KOOKIT
Sladkorna bolezen tip I (DKA)	Pediatrična klinika
Novorojenček, večja mezenterialna cista	Pediatrična klinika
Akutna limfoblastna levkemija	Pediatrična klinika
Huda pulmonalna stenoza	Pediatrična klinika
Novorojenček, aspiracijska pljučnica	Pediatrična klinika
Wilmsow tumor	Pediatrična klinika
Direktna hiperbilirubinemija, hepatopatija	Pediatrična klinika
Parapareza, metabolopatija, hipovitaminoza D	Pediatrična klinika
Sum na MAS (sindrom aktivacije makrofagov)	Pediatrična klinika
Novorojenec, interupcija aortnega loka	KOOKIT
Prirojena hipotonija Sy. Prader-Willi	Pediatrična klinika
Prirojena hydronefroza	Pediatrična klinika
Ileus, Mb Chron	KOOKIT
FUO, sistemska revma	Pediatrična klinika
Novorojenček, aortna stenoza	KOOKIT
Neonatalne konvulzije	Pediatrična klinika
Koarktacija abdominalne aorte	Pediatrična klinika
Novorojenček, volvolus	KOOKIT
epilepsija	Pediatrična klinika

2.2 AMBULANTNA DEJAVNOST

Delo ambulant se v letu 2015 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** – Milena Vrečko-Tolar dr.med, Barbara Urbanc, dr. med., Silvija Morec - Jakopič, dr. med.
- **pulmološka ambulanta** - Tina Ahačič, dr. med.
- **neonatalna ambulanta** – Peter Najdenov, dr. med.
- **nevrološka ambulanta** – Peter Najdenov, dr. med.
- **nefrološka ambulanta** – Peter Najdenov, dr. med.
- **ambulanta za pregledovanje kontakov s TBC** - Peter Najdenov, dr. med.
- **gastroenterološka ambulanta** – Tina Šavs-Požek, dr. med.
- **pedopsihiatrična ambulanta** – Gabriela Debeljak, dr. med. do polovice leta, od septembra dalje Lina Hasović, dr. med, specializantka pedopsihiatrije pod nadzorom Metke Kališnik Šavli, dr. med, spec. pedopsihiatrije
- **kardiološka ambulanta** – Silvija Mörec jakopič, 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. V zadnjih mesecih smo opravili številne priprave na prevzem narčanja, ki se bo v 2016 vršil na samem oddelku. Potrebno je bilo več tehničnih prilagoditev, predvsem pa administrativne rešitve.

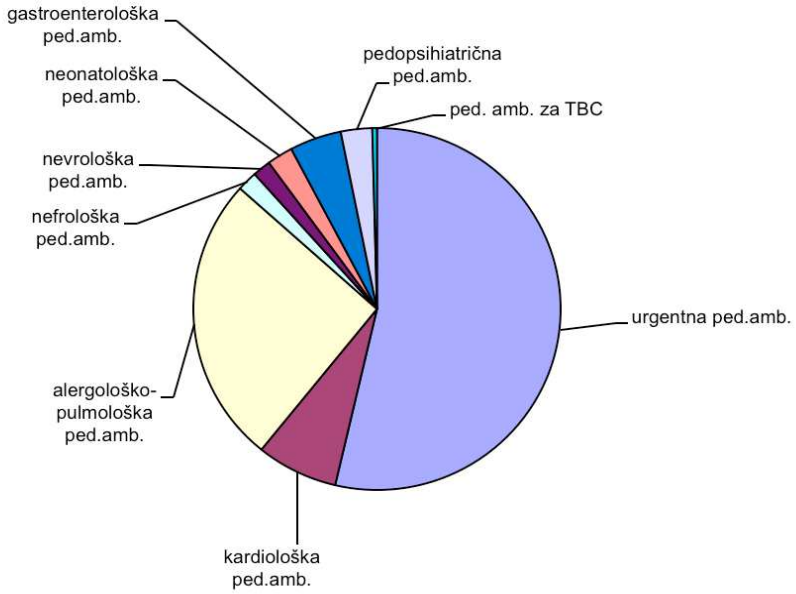
Tabela 8: Pregledi po pediatričnih ambulantah v letu 2015 - za vse plačnike

Ambulante		**Št.pregledov**
P1	urgentna ped.amb.	3.012
P2	kardiološka ped.amb.	403
P3	alergološko-pulmološka ped.amb.	1.446
P4	nefrološka ped.amb.	100
P5	nevrološka ped.amb.	90
P6	neonatološka ped.amb.	128
P7	gastroenterološka ped.amb.	256
P8	pedopsihiatrična ped.amb.	155
P9	ped. amb. za TBC	23
Skupaj pediatrične ambulante		**5.613**

Tabela 9: Načrt in realizacija dela v ambulantah v letu 2015

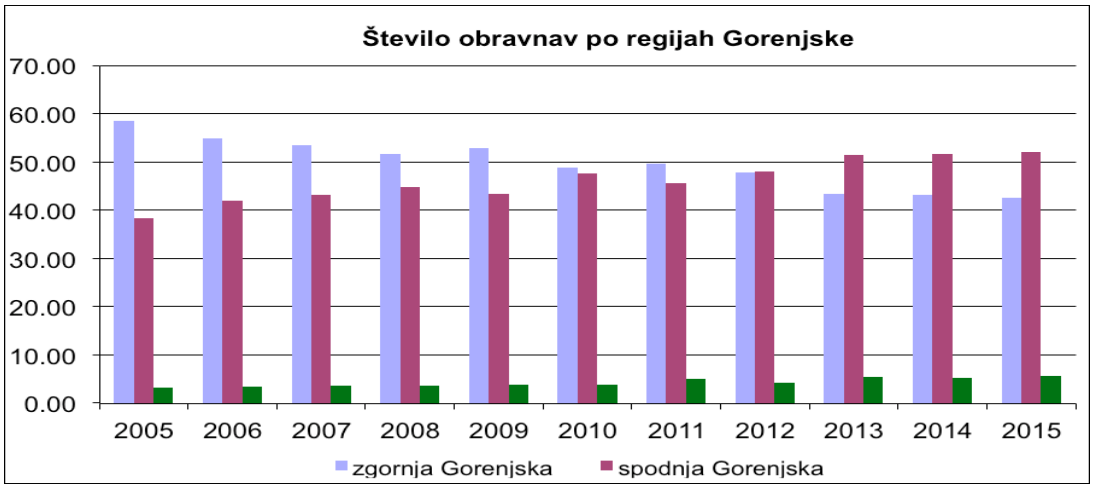
	Načrt	**Realizacija**	**Index**
	2015	2015	real/načrt
Pedopsihiatrična amb.			
točke	6.600,00	5.633,50	85,36
obiski	185	154	83,24
Pediatrična amb.			
točke	52.858,00	49.606,10	93,85
obiski	5.413	5.230	96,62

Realizacija programa v Pedopsihiatrični ambulanti je nizka zaradi spremembe zdravnika. Ambulanta več mesecev ni delovala zaradi generacijske zamenjave zdravnice.



Graf 6: 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 7: Razmerje pregledov po regijah

Tabela 10: Število obravnav po posameznih občinah

	Število obravnav					Indeks
	2005	2012	2013	2014	2015	2015/2005
OE Jesenice	1.253	1.244	1.172	1.179	1.136	90,66
OE Radovljica	1.182	1.462	1.355	1.378	1.250	105,75
OE Kranj	1.105	1.850	2.119	2.129	1.952	176,65
OE Tržič	340	383	405	384	402	118,24
OE Škofja Loka	146	491	477	536	564	386,30
Ostale občine	135	241	315	307	309	228,89
Skupaj	4.161	5.671	5.843	5.913	5.613	134,90

2.3 AKTIVNOSTI IZVEN PEDIATRIČNEGA ODDELKA

Na Otroškem oddelku je bilo obravnavanih 543 otrok s kirurškim obolenjem, s sklopu dnevne otroške kirurgije pa še 48 bolnikov. 9 otrok bilo premeščenih iz otroškega oddelka.
Pregledali smo 816 novorojenčkov, 77 krat smo bili prisotni na porodu s carskim rezom. Iz porodnišnice smo skupaj premestili 14 otrok, od tega 9 v enoto intenzivne terapije na terciarni nivo, 5 otrok na Otroški oddelek. Mrtvorojenih bili 4 otroci.
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 2015

- Spremljanje prenosa okužb: v letu 2015 smo opažali redke prenose gastrointestinalnih in respiratornih okužb. Primere smo obravnavali individualno. Pomembna je bila kohortna izolacija, kot so jo dovoljevali pogoji na oddelku in skrb za os. 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 %, število kontaminacij je majhno in smo s stanjem zadovoljni. Potrebni so občasni ponovni pogovori o ustreznem odvzemu urina.
- Preuredili smo klinično pot: »KP za sprejem otroka v urgentno pediatrično ambulanto«

4 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA V LETU 2015

- Udeleževali smo se izobraževanj in strokovnih srečanj pediatrične sekcije in posameznih specialnih sekcij pri zdravniškem društvu (otroška nevrologija, sekcija za pulmologijo, alergologijo).
- Barbara Urbanc:
    - Alergološka sekcija-in vitro alergološka diagnostika
    - Golniški simpozij /Bled
    - neonatalna sekcija/Ljubljana
    - Master course alergologije/ Oslo
    - Kongres evropske pediatrične akademije/Oslo
    - Simpozij pediatrične nefrologije/Bled
- Tina Ahačič
    - Salzburg CHOP Seminar in Neonatology /Salzburg
    - Klinična in diagnostična obdelava osteomielitisa pri otrocih /Ljubljana
    - Ocenjevanje varnosti v zdravstvu in obveščanje javnosti o tem/ Ljubljana
    - Respiration day: New concepts, promises and deja-vu: a journey through respiratory diseases /Parma
    - ERS Paediatric HERMES Summer school/ Barcelona
    - Ileokolična invaginacija in druge invaginacije pri otroku /Ljubljana
    - Tuberkuloza – klinično zanimivi primeri/ Murska Sobota
    - 8.dnevi Angele Boškin. Primeri iz prakse- smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih?
    - Piskanje pri otroku- predavanje za gorenjske pediatre/ Kranj/aktivno
    - Obravava novorojenčka po odpustu iz porodnišnice/
- Tina Požek
    - Oživljanje odraslih/ SB Jesenice
    - Piskanje pri otroku,/Kranj
    - ESPGHAN 48. annual meeting,/Amsterdam
    - Simpozij o KVČB,/Ljubljana
    - Srečanje gorenjskih pediatrov /Jesenice/aktivno
    - Probiotiki v klinični praksi (LGG)/Kranj/aktivno
- Silvija Mörec Jakopič
    - Kontinuirano izobraževanje iz UZ srca, tedensko na pediatrični kliniki/ Ljubljana
    - 10. European echocardiography course of congenital heart disease/Leuven
- Peter Najdenov
    - Neonatal life support/Edinburgh
    - Srečanje sekcija za toksikologijo /Ljubljana
    - EPLS/Sežana/aktivno
    - Mednarodni simpozij o urgentni medicini/Portorož/aktivno

- Tjedan intenzivne medicine/Brijuni/aktivno
- XXXII Alpe Adria meeting of perinatal medicine/Bassano di Grappa/aktivno
- APLS/Zreče/aktivno
- 4. Memorialno srečanje dr. Toma Ploja/Brdo pri Kranju/aktivno
- I-Day/Ljubljana/aktivno

5 NAČRTI

V 2015 smo si zadali več ciljev:

- spremljanje strok. 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

6 ZAKLJUČEK

Delo v letu 2015 je potekalo brez večjih strokovnih težav. Večjih organizacijskih težav ni bilo. Zasluge za dobro delo v 2015 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.
Glavna medicinska sestra na pediatričnem in ginekološko – porodniškem oddelku

UVOD

Zdravstvena nega na pediatričnem oddelku v letu 2015 je doživela nekaj sprememb, deloma v menjavi zaposlenih na oddelku in drugačni organizaciji ambulantnega dela. Leto 2015 pa je bilo zaznamovano tudi s povečanim številom izobraževanj, število aktivnih in pasivnih je naraslo v primerjavi s prejšnjimi leti. Vse leto smo poskušali slediti ciljem, ki smo si jih zastavili na začetku leta; nekatere smo izpeljali v celoti, nekateri nam ostajajo kot izziv za leto 2016.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

V letu 2015 smo na področju kadrovanja nadomeščali daljše bolniške in porodniške odsotnosti, poleti in v začetku jeseni pa sta nas zaradi drugačnih izzivov zapustili dve sodelavki. Zaradi povečanega obsega ambulantne dejavnosti in nekoliko drugačne

organizacije dela smo zaradi odhoda sodelavke, ki je sicer opravljala delo tudi v ambulanti, uspešno začeli z usposabljanjem nove. V letu 2015 v zdravstveni negi na pediatričnem oddelku ni bilo upokojitev, v tabeli 1 je prikazano število zaposlenih ob zaključku leta.

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

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

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Na področju kategorizacije potreb po zdravstveni negi v letu 2015 še vedno ni pričakovanih sprememb. V kategorizacijo še vedno ni vključeno zdravstveno vzgojno delo in svetovanje, kar je specifično za področje pediatrične zdravstvene nege in zahteva veliko strokovnega znanja in časa. Prav tako se v kategorizacijo še vedno vključuje tudi spremljevalec otroka, kar je posebnost kategorizacije na pediatričnem oddelku.
V tabeli 2 so prikazani podatki o primerjavi kategorij od leta 2009 do leta 2015, prikazuje pa spremembe na področju kategorizacije za pediatrični oddelek. Največ sprememb je od leta 2012, takrat se je v kategorizacijo pri otrocih začelo vključevati tudi zagotavljanje varnosti in to pomeni drugačno stopnjo kategorizacije. V primerjavi je opazno, kako se je kategorizacija spreminjala, od leta 2011 skorajda ni sprememb v 2. in 3. stopnji.

Tabela 2: Primerjava kategorij ped. odd. leto 2009, 2010, 2011, 2012,2013, 2014 v odstotkih

KATEGORIJA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. kategorija	11,0	7,4	2,0	0	0	0	0
2. kategorija	23,0	34,7	53,0	54,0	54,0	58,0	55,0
3. kategorija	66,0	58,0	45,0	46,0	46,0	42,0	45,0

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Tabela 3: realizacija ciljev za leto 2015

CILJ: Izobraževanje	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Organizacija strokovnega srečanja gorenjske pediatrije Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku 7 pasivnih udeležb na eksternih strokovnih srečanjih 4 aktivne udeležbe na eksternih strokovnih srečanjih	Realizirano
EVALVACIJA: Srečanje je bilo organizirano – december 2015 Organizirano je bilo 10 izobraževanj 11 pasivnih udeležb na eksternih strokovnih srečanjih 4 aktivne udeležbe na eksternih strokovnih srečanjih	
CILJ: Izdelava protokolov in dokumentacije	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Sprememba dokumentacije zdravstvene nege (PZN) Sledljivost protokola SLIT	Delno realizirano
EVALVACIJA: Dokumentacija je spremenjena Sledljivost še ni dokončno oblikovana	
CILJ: Varnost in kakovost	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97 % Število varnostnih vizit koordinatorice ZN in predstojnika	Delno realizirano

Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti Priprava 3 novih standardov kakovosti za področje pediatrične ZN Izvajanje preventivnih ukrepov (padci)	
EVALVACIJA: Izvedenih je bilo 83 varnostnih vizit, učinkovitost je 91 % Zabeležena sta bila 2 odklona Izdelana sta bila 2 popravka stand. kak., novih standardov nismo izdelali Preventivne ukrepe smo izvajali preko VV	
CILJ: Zdravstveno vzgojno delo	**Realizacija učinkovitost**
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 100 ZV intervencij na ped.odd. je bilo 78	
CILJ: Razkuževanje rok	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok zaposlenih po WHO, uspešnost razkuževanja 97 %	Delno realizirano
EVALVACIJA: Nadzori so bili izvedeni, učinkovitost je po WHO opazovanju 66 % (povprečje vseh opazovanj na oddelku)	

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA ODDELKU

V letu 2015 smo revidirali nekatere klinične poti in dodali nove vsebine, izdelali pa smo tudi nove. Delovni sestanki so potekali po modelu zadnjih dveh let; ker so se tematski ali problemski sestanki izkazali za dobro prakso, smo z njihovo izvedbo nadaljevali. Za te sestanke načeloma ni vnaprejšnje najave, skličejo se ob koncu dopoldanske izmene, prisotni sta tako dopoldanska kot popoldanska izmena. Sestanki so kratki, z malo točkami, ciljno usmerjeni.Proti koncu leta smo začeli tudi z projektom oblikovanja lestvice za ocenjevanje padcev hospitaliziranih otrok in mladostnikov, ki smo jo povzeli po ameriški lestvici *»Humpty«.*

2.1 KLINIČNE POTI

V letu 2015 smo dokončno pripravili in izoblikovali 2 klinični poti.

Tabela 4: Klinične poti na ped.odd. v letu 2015

Št.	KLINIČNA POT
1.	KP za obremenitveno testiranje s pšenico
2.	KP za obremenitveno testiranje s pšenico ob sočasni alergiji na kravje mleko

2.2 DELOVNI SESTANKI

Tabela 5: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah – število

Redni del. sestanki	Izredni/problemski del. sestanki	Timski del. sestanki
2	6	11

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Področje kakovosti in varnosti je na oddelku področje, ki je postalo stalnica. Izvedli smo nekaj tematskih varnostnih vizit kot posledica padcev na oddelku in so bili izvedeni v smislu korektivnih ukrepov, področja prehrane, ki je prav tako del, ki na našem oddelku pomeni izredno občutljivo in zahtevno področje ter iz področja bolnišnične higiene kot posledica nekoliko slabših rezultatov razkuževanja rok po WHO. Pri nadzorih v zdravstveni negi smo tudi to leto izboljšali rezultate, nekatera področja pa potrebujejo še vedno posebno pozornost.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2015 sta bila v računalniški program ART zabeležena 2 odklona. Narava in vrsta odklonov je prikazana v tabeli 6.

Tabela 6: Število odklonov

ODDELEK/ ENOTA	SKUPNO ŠTEVILO ODKLONOV	SPOROČILI SAMI / DODELILI DRUGI	ODKLONI SPOROČENI ANONIMNO	STROKOVNI ODKLON	PRITOŽBA PACIENTA/ SVOJCA	POŠKODBA OSEBJA	NEPRIMEREN ODNOS	TEHNIČNI ODKLON	KAZNIVO DEJANJE	DRUGO	ŠT- UKREPOV
GIN - POR	2	2/0	0	1	0	0	0	0	0	1	2

Na odklone sta bila izrečena 2 ukrepa, ki sta bila rešena in zaključena.V letu 2015 ostaja število odklonov zabeleženih v računalniški program ART nizko. Analize vzrokov na oddelku nismo izvedli, v letu 2016 nameravamo temu področju na oddelku in ambulanti posvetiti posebno pozornost tudi zato, ker v letu 2016 potekajo delavnice za zaposlene v zdravstveni in babiški negi. Morda se bo na ta način zavedanje zaposlenih o pomembnosti uporabe tega orodja spremenilo.

3.2 VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORI

V tabeli 7 je prikazano število varnostnih vizit in razgovorov v letu 2015 glede na nivo izvedbe.

Tabela 7: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

	GMS na ped. odd.	**Odgovorne MS odd.**	**Predstojnik in GMS**
Število	10	73	0

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

Tabela 8: Število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	**ŠTEVILO VV/VR**	**ŠTEVILO UKREPOV**	**UČINKOVITOST**
GMS	10	16	91 %
Odgovorne MS odd.	73	129	92 %
Skupaj	83	145	91 %

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedeni so bili 4 letni razgovori, izvedeni so bili s ključnimi osebami. Število izvedenih razgovorov je absolutno prenizko, način njihove izvedbe bo v letu 2016 spremenjen in posledično pričakujem, da bo število izvedenih večje. Sicer je zadovoljstvo z samimi razgovori veliko, osebni pristop in individualni cilji so zaposlenim motivacija za nadaljnje delo.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt izobraževanja je bil postavljen na začetku leta 2015. Izpolnjen je bil v celoti, tako interna kot eksterna.

Tabela 9: Interno in eksterno izobraževanje – število

Izobraževanje/udeležba	**Pasivna**	**Aktivna**
Interno / oddelek	100	2
Eksterno	11	4

V mesecu decembru smo zopet organizirali tudi tradicionalno srečanje gorenjske pediatrije. Udeležba je bila tudi to leto visoka, kar kaže, da so ta srečanja dobra praksa in da je tovrstno povezovanje na primarnem in sekundarnem nivoju zelo dobrodošlo.

5 PEDIATRIČNA SPECIALISTIČNA AMBULANTA

Že proti koncu leta 2014 smo pričeli z večjim obsegom ambulant, predvsem specialističnih alergoloških, v letu 2015 se je njihovo število še povečalo. Ambulantno delo poteka v dopoldanskem in popoldanskem času, zaradi odhoda zaposlene smo konec leta 2015 začeli z uvajanjem nove diplomirane medicinske sestre. Tudi naročanje na specialistične preglede se je konec leta organiziralo drugače, naročanje je prevzela naša administracija. Rezultati ankete, ki jo pacienti in/ali spremljevalci izpolnijo na koncu hospitalizacije po provokacijah so prikazani v tabeli 10.

Tabela 10: Zadovoljstvo obravnave po KP – provokacije

Št. kliničnih poti - provokacije	**Št. oddanih anketnih vprašalnikov**	**Št. oddanih anketnih vprašalniko v odstotkih**	**Zadovoljstvo obravnave po KP**
193	180	93 %	97 %

Rezultate anket mesečno pregleduje diplomirana medicinska sestra, ki je hkrati koordinatorica sprejemov, hkrati pa na podlagi rezultatov izvajamo tudi varnostne vizite, če so potrebne.
Odstopanja se največkrat nanašajo na predhodno informiranost o samem izvajanju provokacije in na prostorske razmere tekom bivanja (nerealna in visoka pričakovanja spremljevalcev).
Pozitivnih pripomb je bistveno večje število kot v prejšnjih letih, v ospredju je zadovoljstvo s strokovno, kakovostno in varno obravnavo na oddelku ter zadovoljstvo z zaposlenimi in njihovim pristopom in komunikacijo.

6 ZAKLJUČEK

Leto 2015 je bilo za zaposlene v zdravstveni negi na oddelku in v specialistični pediatrični ambulanti uspešno. Zagotovo še obstajajo segmenti, ki so potrebni izboljšav, predvsem obravnava otrok in mladostnikov v urgentni sprejemni ambulanti. Potrebno bo spremeniti in preoblikovati čakalnico, jo ločiti na infektivni in neinfektivni del tudi zaradi bolj varne in kakovostne obravnave ter oblikovati tudi del za daljšo ambulantno obravnavo v smislu opazovalnice. Poskušali smo ohranjati pozitivno delovno vzdušje, tudi z hitrim nadomeščanjem daljših bolniških odsotnosti, koriščenja porodniške odsotnosti ali zaradi odpovedi. Tudi to pripomore k motivaciji in zadovoljstvu zaposlenih ter k izvajanju kakovostne, varne, profesionalne in etične zdravstvene nege.

7 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2015

Cilji in aktivnosti za leto 2016 so prikazani v tabeli 11.

Tabela 11: Cilji in aktivnosti za leto 2016

1. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Izobraževanje	Kontinuirano, celo leto	GMS na pediatričnem oddelku
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	
2. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Izdelava protokolov in dokumentacije	Kontinuirano, celo leto	GMS na pediatričnem oddelku Odgovorne MS Dipl. m. s. v pediatrični ambulanti
Kazalnik Sprememba določene dokumentacije zdravstvene nege Izdelava protokola za ocenjevanje padcev otrok in mladostnikov »Humpty Dumpty« Sledljivost Protokola SLIT	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Varnost in kakovost	Kontinuirano, celo leto	GMS na pediatričnem oddelku Odgovorne MS
Kazalnik Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97 % Št. varnostnih vizit GMS 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	

4. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	GMS na pediatričnem oddelku Odgovorne MS Odgovorna MS v ped.amb.
Kazalnik Uspešnost izvedenih astma šol ob ponovnem pregledu v ambulanti Število ZV intervencij v ped. amb. Število ZV intervencij na ped.odd.	Kontinuirano, celo leto	
5. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Razkuževanje rok	Kontinuirano, celo leto	GMS na pediatričnem oddelku Promotorji proj. Sk. za BO na odd.
Kazalnik Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih 1x/četrtletje Uspešnost razkuževanja rok 97 %	Kontinuirano, celo leto	

STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO

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

UVOD

V letu 2015 se je obseg dela na radiološkem oddelku pomembno povečal, kar je ob zmanjšanju števila radiologov na oddelku, za 0,5 radiologa, predstavljalo velik problem. V drugi polovici leta je vodenje oddelka prevzel direktor, Janez Poklukar,dr.med.,spec internist.Leto smo zaključili z uspešno realizacijo programa dela in smo ga tudi pomembno presegli na vseh diagnostikah. Tako je 5 radiologov opravilo skoraj za 1/5 večji obseg dela, kot na primer 6 radiologov v letu 2012.

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 času 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.

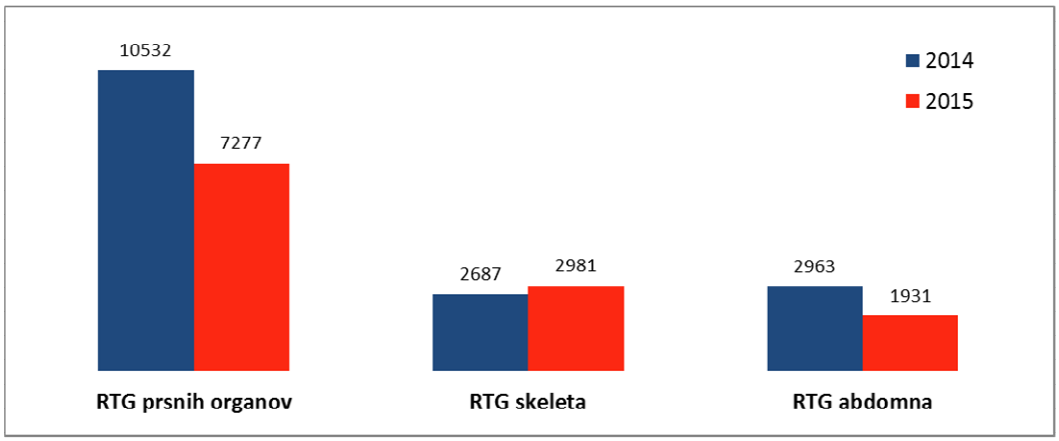
1 KADRI

Na oddelku je bilo redno zaposlenih pet radiologov, enako kot od koncu leta 2014: Aleš Agatonović, Marjetka Berdajs Avsenek, Jasmina Koteska, Bojan Prosenik in Jana F. Rejc.Za MRI diagnostiko ostane redno zapslenim radiologom premalo časa, zato to področje pokrivajo še štirje zunanji radiologi, ki delajo pogodbeno: Jadran Koder, Nejc Šavs, Miha Škrbec in Dimitrij Lovrič. V letu 2015 je mamogrfije in UZ dojk delala pogodbena sodelavka Larisa Vengar.
Radiologi smo v prvi polovici leta imeli tedensko strokovne sestanke, kjer smo obravnavali strokovno tematiko iz izobraževanj, analizirali zanimive primere in rešujevali tekoča organizacijska vprašanja. Na sestanke je bila vabljena tudi vodja radioloških inženirjev.V drugi polovici leta 2015, ko je vodenje oddelka prevzel direktor, Janez Poklukar,dr.med., smo imeli jutranje sestanke sprva vsakodnevno, kasneje bolj poredko. Občasno jih je vodila tudi strokovna direktorica, Karmen Janša, dr. med.

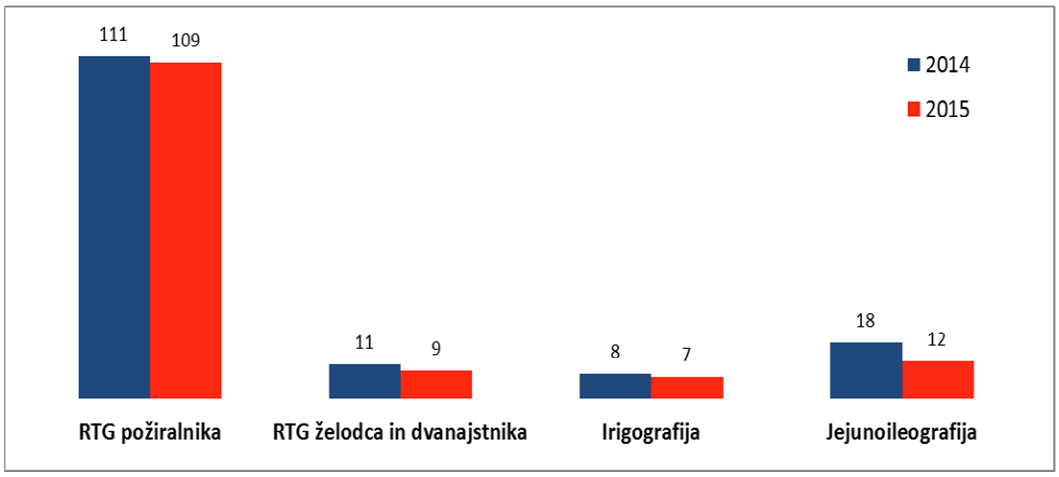
3 OPRAVLJENO DELO

V letu 2015 je bil indeks realizacije delovnega načrta na vseh diagnostikah preko 100 %.

Najbolj smo presegli delovni načrt na CT diagnostiki - za 20 %.V primerjavi s predhodnim letom je bil povečan delovni plan na MR diagnostiki ter je bila realizacija slikanj v primerjavi s predhodnim letom za skoraj 30 % večja.
Pri klasični radiologiji je število slikanj prsnih organov, kjer je bilo potrebno mnenje radiologa, nekoliko upadlo v primerjavi s predhodnim letom, ki je bilo rekordno zaradi izjemnega porasta okužb dihal ob koncu leta 2013. Za slikanje skeleta je število praktično nespremenjeno, ker za te preiskave paciente naročamo. Čakalna dobe je 14 dni.Zelo je poraslo število klasičnih rentgenskih slikanj za potrebe kirurgije in ortopedije.Število UZ preiskav je še vedno v porastu in smo delovni načrt presegli za 17 %.

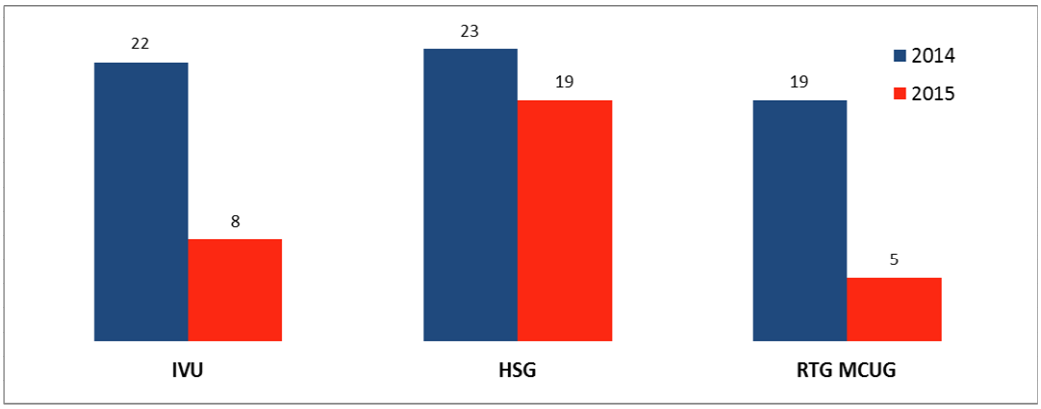


Graf 1: Primerjava števila rentgenogramov, kjer je bilo napisano mnenje radiologa, med letoma 2014 in 2015



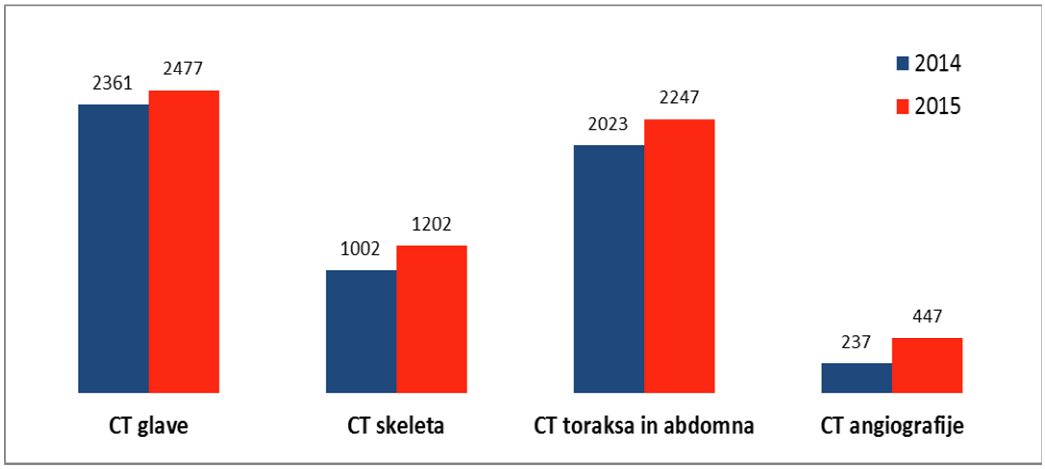
Graf 2: Primerjava števila diaskopskih preiskav med letoma 2014 in 2015

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).



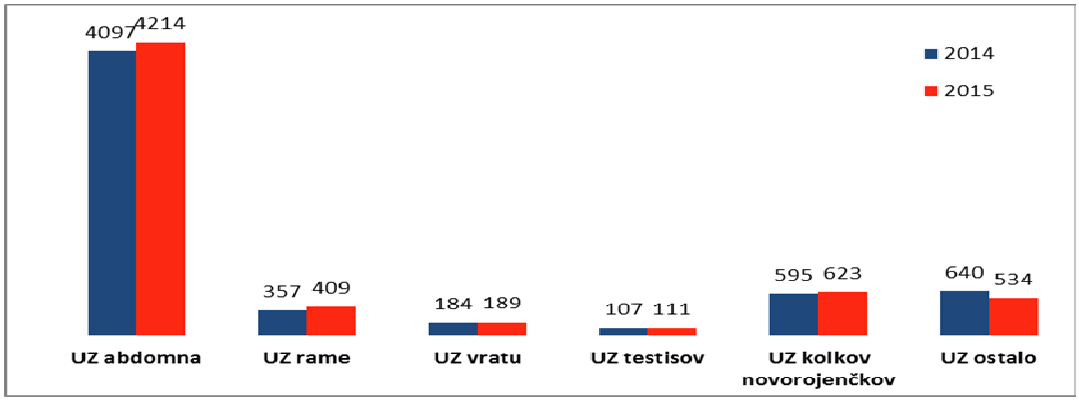
Graf 3: Število kontrastnih preiskav v letih 2014 in 2015

Tako izrazit upad Tentgenskih mikcijskih cisto-uretrografij je na račun komplementarne UZ preiskave, ki pacienta ne obremni s sevanjem in je enako povedna. Rentgenska preiskava je potrebna pred predvidenimi operacijami.



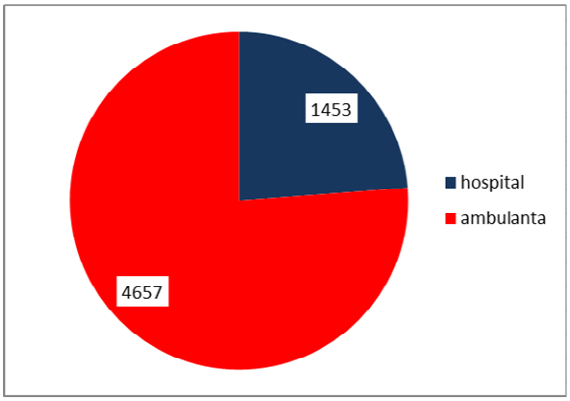
Graf 4: Število CT preiskav v letih 2014 in 2015

Število CT preiskav se je v letu 2015 povečalo tako v celoti, kot tudi po vseh organskih sistemih im tehnikah. Letni plan je bil presežen za 20 %.



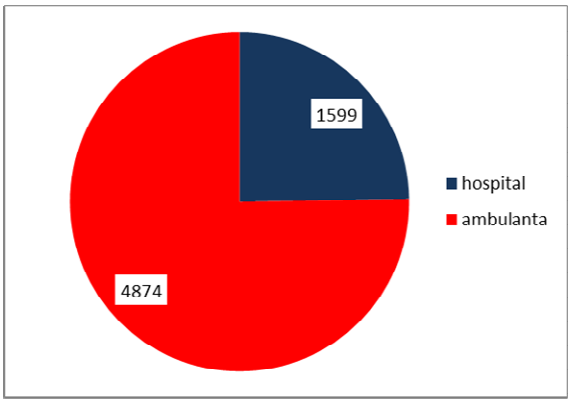
Graf 5: Število UZ preiskav v letih 2014 in 2015

V rahlem porastu je tudi skupno število UZ preiskav. Posebno je v porastu število UZ abdomna in rame ter kolkov pri novorojenčku.



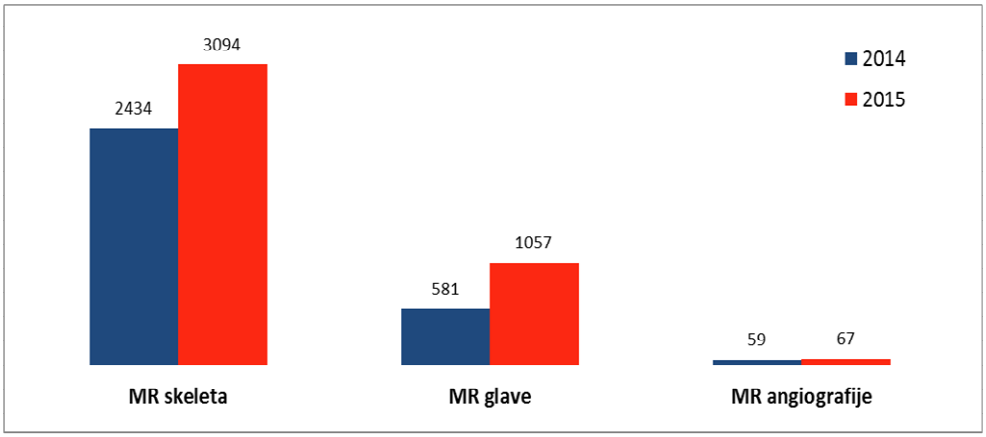
Graf 6: Delež hospitalnih in ambulantnih UZ preiskav v letu 2015

Povečal se je delež ambulantnih UZ preiskav, medtem ko je število opravljenih UZ preiskav v času hospitalizacije rahlo upadlo.



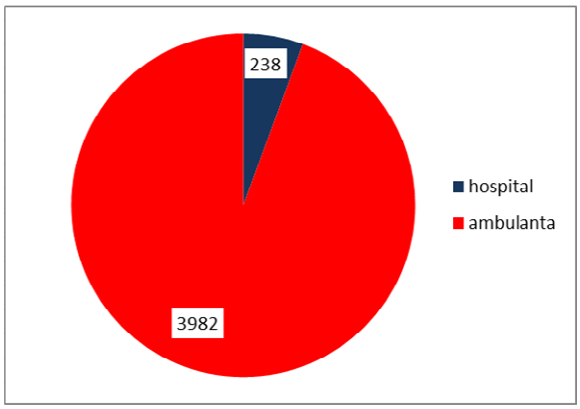
Graf 7: Delež hospitalnih in ambulantnih CT preiskav v letu 2015

Delež hospitalnih CT preiskav se je pomembno zvečal, tako v absolutnem številu kot procentualno.



Graf 8: Primerjava opravljenih MR preiskav v letu 2014 in 2015

V letu 2015 je bilo opravljenih za skoraj 30 % več MR preiskav, kot v letu 2014. Večino leta se je slikanje izvajalo v dopoldanskem in popoldanskem času. Odstotno se je najbolj povečal delež MR glave.



Graf 9: Delež hospitalnih in ambulantnih MR preiskav v letu 2015

Večina opravljenih MR preiskav v času hospitalizacije se nanaša na MR skeleta. Z uvajanjem MR abdomna v prihodnjem letu pričakujemo porast tovrstnih preiskav, ki bodo zaradi zasedenosti aparata opravljene večinoma ambulantno.

4 KAZALNIKI KAKOVOSTI

4.1 ČAS ČAKANJA HOSPITALNIH PACIENTOV NA CT PREISKAVO

V letu 2015 je le 6 pacientov čakal na CT preiskavo dlje kot 24 ur, s čimer smo zadovoljni. Vse nujne CT preiskave opravimo takoj, za nenujne pa je čakanje na preiskavo dan dlje še vedno zelo kratek čas.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.

5 NOVOSTI IN IZBOLJŠAVE

5.1 CT ANGIOGRAFIJE PERIFERNIH ŽIL

Za tehnično izvedbo preiskave sta se v UKC Ljubljana priučili dve inženirki radiologije. Izvide piše zunanji sodelavec dr. Dimitrij Kuhelj.

5.2 PTA PERIFERNIH ŽIL

Dr. Dimitrij Kuhelj je izvedel nekaj PTA v naši ustanovi. Ob izvajanju posegov za delo usposablja enega od naših radiologov.

5.3 MR ABDOMNA

V drugi polovici leta je potekalo izobraževanje našega radiologa in dveh radioloških inženirjev za MR preiskave abdomna, ki se bodo začele izvajati v začetku leta 2016. Izvajale so bodo naslednje preiskave: MR rektuma, MR male medenice – rodil, MR jeter in MRCP.

6 ČAKALNE DOBE

Preiskava	Hitro	Redno
RTG skeletal UZ preiskave	2 tedna 3 mesece	2-3 tedne 4 – mesecev
CT preiskave	1 mesec	2 – 3 mesece
MRI2	3-4 mesece	7 mesecev

7 STROKOVNO OZOBRAŽEVANJE

- Evropski kongres radiologov, Dunaj, marec 2015, (Jana Rejc in Jasmina Koteska)
- Osteomielitis pri otroku, Ljubljana, junij 2015, (Aleš Agatonović)
- Šola nevroradiologije, Ljubljana 2015 (Aleš Agatonović)
- Erasmus course Lizbona, MR abdomna, Lizbona, september 2015 (Bojan Prosenik)
- Strokovno srečanje Združenja radiologov Slovenije, Ljubljana, februar 2015 (Marjetka Berdajs Avsenek).
- Ultrazvočni kongres, Split, april 2015 (Marjetka Berdajs Avsenek)

8 TEHNIČNA OPREMA

V letu 2015 smo dobili nov UZ aparat, Toshoba Applio 500, ki je visoko zmogljiv in omogoča sodobno UZ diagnostiko.

9 CILJI

V prihodnje želimo realizirati naslednje cilje:

- MRI diagnostiko razširiti na MRI abdomna (rektum, MRCP, jetra)
- UZ vodene punkcije
- UZ s kontrastnim sredstvom
- zaposliti nove radiologe ali vključiti v delo zunanje sodelavcevsaj še dva radiologa ali vključiti v delo zunanje sodelavce
- udeležba na kvalitetnih strokovnih srečanjih.

10 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 napredka radiologije in implementacijo novosti v domači hiši.

STROKOVNO POROČILO RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

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

UVOD

V letu 2015 smo poskušali doseči večino zastavljenih ciljev, predvsem pa smo sledili realizaciji programa. Kljub povečanem programu na MRI, smo z isto kadrovsko zasedbo realizirali program.Uspešno smo se prilagodili novim delovnim razmeram na radiološkem oddelku in v vojaškem šotoru.
Z otvoritvijo urgentnega centra smo pridobili dva nova rentgenska aparata. Še posebno smo veseli, da smo po več kot 20 letih dobili nov digitalni rentgenski aparat. Dve radiološki inženirki sta se usmerili v žilno diagnostiko. Pričeli sta z CT angio medeničnega žilja in periferije, sodelujeta tudi pri vstavitvi srčnega vzpodbujevalnika. Ob mentorstvu kolega iz Ljubljane so konec leta 2015 začeli s PTA preiskavami. Napisali smo navodila za uporabo DVD z rentgenogramom (OBR RTG 1), obrazce za mamografijo in ultrazvok (OBR RTG 13 IN 14), ter dopolnili navodila za vodenje nadzora nad ustreznostjo zaščitnih sredstev pred ionizirajočim sevanjem (SOP NA RTG 1).

1 MANAGEMENT V RADIOLOGIJI

1.1 REALIZACIJA ZASTAVLJENIH CILJEV ZA LETO 2015

1.CILJ: Izvajanje varnostnih vizit	1X mesečno
AKTIVNOSTI: poročanje v polletnih in letnih poročilih	Povzetek v polletnih in letnih poročilih.
EVALVACIJA: število opravljenih vizit	Opravili smo 10 VV, zastavljeni cilj smo dosegli v 90 %.
2.CILJ: Protokoli za rentgensko slikanje med operativnimi posegi	Delno realizirano.
AKTIVNOSTI: Izdelava protokolov za rtg.slikanja med kirurškimi in ortopedskimi operacijami	Protokoli so delno napisani, dodati je potrebno še nekaj protokolov za specifična slikanja med operacijami.
EVALVACIJA:	Delo opravljeno po protokolu, pisni protokoli
3.CILJ: MR trebuha	Realizirano.
AKTIVNOSTI:	V mesecu novembru in decembru so potekala izobr. 2 dipl. inž. rad. v SB Izola.
EVALVACIJA:	Inženirki usposobljeni za preiskave, navodila za paciente napisana (SOP NA RTG 8).
4.CILJ: Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku	Anketo smo izvedli meseca decembra 2015 in del januarja 2016..
AKTIVNOSTI:	Anketa izvedena na MRI, CT in MG diagnostiki.
EVALVACIJA:	Anketirali smo 100 pacientov od tega je bilo 25 neveljavnih anket.
5.CILJ: izvajanje nadzorov na mamografski in slikovni diagnostiki	Ni realizirano.
AKTIVNOSTI:	Nadzori kvalitete rentgenogramov na slikovni in mamografski diagnostiki.
EVALVACIJA:	Zaradi organizacije dela, ter zasedenosti radiološkega oddelka (gradnja urgence), so nadzori samo delno izvedeni.

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

2.1 KAZALNIK KAKOVOSTI

Čas od napotitve rtg slikanja do obračuna preiskave za ambulantne kirurške paciente: zaradi načina dela, ko so vsa slikanja potekala na radiološkem oddelku kazalnik ni bilo smiselno meriti. Ponovno bomo kazalnik kakovosti merili v letu 2016, zadali smo si ciljno vrednost 20 min.

2.2 ANKETA

V letu 2015 meseca decembra in del januarja smo na radiološkem oddelku izvedli anketo o zadovoljstvu z ambulantno obravnavo naših pacientov. Anketirali smo 100 pacientov, od tega je bilo 25 neveljavnih anket. Anketiranje je potekalo na MRI in CT diagnostiki, ter na mamografijah. Letos zaradi procesa dela nismo izvedli ankete na rtg slikanju. V anketo so poleg radioloških inženirjev, vključene še administratorke in diplomirani zdravstvenik.
V primerjavi z lanskim letom z izvedeno anketo ne moremo biti zadovoljni. Še vedno imamo slabe rezultate o zasebnosti. Samo 77,3 % pacientov meni, da smo jih vedno zaščitili pred neželjenimi pogledi. Pri primerjavi po diagnostikah je najslabši rezultat na mamografijah, vendar menimo, da glede na naš proces dela rezultat ne more biti boljši. Rešitev je nov digitalni mamografski aparat, kjer nam ne bo več potrebno odhajati iz prostora.
Slab rezultat je tudi na CT diagnostiki, za kar smo odgovorni radiološki inženirji in diplomirani zdravstvenik. Za 10 % se je poslabšal rezultat o odgovorih na zastavljena vprašanja.

2.3 ODKLONI

Dobili nismo nobenega odklona, napisali pa smo tri:

- naročanje radioloških preiskav v Birpis, kot napotni zdravnik je napisana DMS. Odklon ni rešen.
- na radiološki oddelek pokretne oz. delno pokretne hospitalne paciente pripeljejo z posteljo, ker ni vozičkov. Glede na trenutno situacijo to ni sprejemljivo, ker ves transport pacientov poteka preko našega oddelka. Odklon je rešen.
- pacientka naročena na dodatno slikanje MG zunaj bolnišnice dobi pred preiskavo informacijo, da ima raka. Odklon je rešen.

2.4 IZVAJANJE VARNOSTNIH VIZIT

Na radiološkem oddelku smo 90 % realizirali izvedbo varnostnih vizit.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	V prvi polovici leta smo izvedli 10 VV.
Število izrečenih ukrepov	Izrekli smo 13 ukrepov.
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	Uspešno izvedeni vsi 13 ukrepi.
Skupna učinkovitost VV/VR	Večino ukrepov smo realizirali na radiološkem oddelku, uspešni smo bili tudi pri reševanju ukrepov ob sodelovanju s ostalimi timi.

Izpostavila bi varnostno vizito.

	Varnostni problem/zaplet	Korektivni ukrepi	Rezultat
	Gospa pripeljana na CT s slušnim aparatom, ki se zaradi preiskave odstrani in obesi na trapez postelje. Dipl.inž.rad. o tem obvesti oddelčne sestre. Aparat se kasneje izgubi.	Pogovor z dipl.inž.rad. in glavno sestro kirurškega in internega oddelka. Spremeni se SOP NA RTG 4.	Če ima pac. ortodont. ali ortoped. pripomoč. (slušni aparat) jih pac. pred preiskavo odstrani, rad. inž. pa jih shrani v lonček, ki ga odloži v vrečko in jo obesi na trapez postelje. V kolikor ima pac. loček že na odd., ga sestra ob odhodu na rad. preiskave pac. shrani v vrečko in obesi na trapez.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 KADRI

V lanskem letu je bilo na radiološkem oddelku zaposlenih 13 dipl. inž. rad., SMS in diplomirani zdravstvenik.
Radiološki inženirji smo kljub pomanjkanju kadra izpeljali vse načrtovane nove preiskave. Ob koncu leta se je upokojil inž.rad. Jože Fele, zaposlila pa se je dipl. inž. rad. Tamara Babič.

3.1 LETNI RAZGOVORI

Razen treh, so vsi letni razgovori za leto 2015 izvedeni.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Zunanjih izobraževanj se je udeležilo 10 dipl .inž. rad. Udeležili smo se mamografske sekcije, predavanj iz pljučne diagnostike, dve inženirki sta odšli na izobraževanje za CT angio medeničnega žilja in periferije, klasične radiološke sekcije, kvalitete CR. Udeležili smo se kongresa radioloških inženirjev v Mariboru, dve inženirki pa sta se usposabljali za MRI trebuha v SB Izola. Od internega izobraževanja smo se udeležili predvsem izobraževanj o bolnišničnih okužbah, gripi, stres na delovnem mestu, večina pa se je udeležila tečaja TPO.

4 ZAKLJUČEK

Na radiološkem oddelku smo v letu 2015 pričeli z CT angio medeničnega žilja in periferije. Usposabljanje sta uspešno zaključili dipl.inž.rad Tina Omanović in Ana Šubic Tolar. Preiskave potekajo planirano dvakrat na mesec v sodelovanju z zunanjim radiologom. Pri pripravi pacientov z inženirkama sodeluje Barbara Zupančič dr.med. V drugi polovici leta so se izvedle prve PTA in vstavitve srčnega vzpodbujevalnika.

Na magnetni resonanci smo v preteklem letu naredili kar nekaj preiskav vrhunskim športnikom, prav tako imajo pacienti tudi možnost samoplačniških MRI preiskav.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

Cilji	**Aktivnost**	**Realizacija**
1. Izvajanje varnostnih vizit 1 krat mesečno	- poročanje v polletnih in letnih poročilih.	kontinuirano
2. MR trebuha	- izdelava protokola na mri aparatu - izvedba preiskave - pisni protokoli za MR trebuha	Začetek 2016
3. Izvajanje nadzorov na mamografski in slikovni diagnostiki	- nadzori kvalitete rentgenogramov na slikovni in mamografski diagnostiki.	Maj in november 2016
4. Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku	- izvedba ankete na posameznih diagnostikah, obdelava podatkov.	November 2016

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO

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

UVOD

Tudi v letu 2015 novosti na oddelku za patologijo ne beležimo, saj so bila vsa vlaganja še vedno ustavljena. Bistvenih sprememb v delo oddelka tako nismo uvajali. Delovni postopki tečejo po vzpostavljenem dokumentiranem in nadzorovanem sistemu dela, ki omogoča sledenje vsakega obravnavanega vzorca. Vključeni smo bili 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 že vključili v prosekturno, v 2015 pa tudi v biopsijsko dejavnost. Konec leta 2015 se je odločila za usmeritev v področje citopatologije. Posledično to za nas pomeni izgubo, odhod specializantke v drug zavod, saj je obseg citopatologije za našo bolnišnico premajhen, da bi ustanavljali novo enoto.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 je bila še vedno poslana 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 2015 so bili na oddelku za patologijo tako redno zaposleni 4 uslužbenci in 2 pogodbeno, dodatno tudi specializantka, ki pa je ves čas svojega kroženja v drugih ustanovah (razen delnega nadomeščanja v času dopustov).

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, vzpostavili smo stik z možnim novim sodelavcem.
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 ukinitvijo redne kurirske službe za transport vzorcev (preko zaposlenih za informacijskim pultom), pričakujemo ponovno slabšanje stanja glede zaostankov pri dostavi vzorcev, kar se je že kazalo v mesecih ob zaključku preteklega leta.
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. Dosežen je bil dogovor o razpisu in nabavi novega laboratorijskega informacijskega sistema.

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 2015 smo tako sprejeli vzorce odvzete ob točno 3000 (2.822 – 2014) obravnavah bolnikov – število biopsij. Delež preiskav je 9,5 % višji ob ambulantnih obravnavah – 2.132 obravnav (2.022 v 2014), podobno, 9,2 %, pa ob hospitalnih - 868 obravnav (800 v 2014). Skupno je bilo za pregled poslanih 3.710 (3.387 -2014) različnih tkivnih vzorcev (tabela 2). V naši obdelavi je bilo pripravljenih 9.230 (8.598 – 2014) 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, ki nam ga že primanjkuje.

Tabela 2: Število poslanih tkivnih vzorcev po enotah

Enota/oddelek	**Število tkivnih vzorcev**	
	2014	**2015**
endoskopije	1380	1551
ambulante	1275	1389
operacijski blok z dnevno kirurgijo	732	770
Skupaj	**3387**	**3710**

V prosekturi smo opravili 51 obdukcij (39 v letu 2014), od tega 2 fetalni obdukciji. Iz vzorčenih tkiv je v histopatološkem laboratoriju nastalo dodatnih 1071 tkivnih blokov (tabela 3)

Tabela 3: Število naročenih obdukcij po oddelkih

Enota/oddelek	**Število obdukcij**	
	2014	**2015**
Interni oddelek	17	29
IIT	5	9
Urgentna internistična ambulanta	3	0
Kirurški oddelek	4	5
EITOS	10	6
Pediatrični oddelek	0	0
Ginekološko-porodniški oddelek	0	2
Skupaj	**39**	**51**

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 pregled v naši enoti. Vzorci s področja ginekologije so bili vsi pregledani na Oddelku za patologijo, SPS Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.
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 2012-2015 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 2015 smo aktivno sodelovali na slide seminarjih Onkološkega inštituta, novih objav nismo imeli.

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 3.000 obravnavah bolnikov.

Podatke smo razdelili v tri velike skupine naročnikov naših preiskav, to so E - endoskopske ambulante N=1057 (N=1023), O – op. blok z dnevno kirurgijo N=706 (N=653) in A - ostale ambulante N=1237 (N=1146). 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	**2015**	2014	**2015**	2014	**2015**
isti dan	96,2	**98,7**	100	**99,9**	99,8	**99,0**
naslednji dan	2,3	**1,2**	0	**0,1**	0,1	**0,3**
do 1 teden	1,5	**0,1**	0	**0**	0,1	**0,7**
več	0	**0**	0	**0**	0	**0**

S stalnim opozarjanjem naročnikov preiskav ob prekoračitvi rokov se stanje postopno še vedno izboljšuje oziroma v primeru ambulantne in operativne kirurgije, 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 pretežnem delu leta 2015 smo transport vzorcev iz endoskopske enote in ambulantne operacijske vršili s pomočjo medicinskih tehnikov – informatork, redno najmanj enkrat dnevno. Proti koncu zadnjega leta smo zaradi kadrovskih težav prešli na stari način, ko transport vzorcev vršijo medicinski tehniki, ki so zaposleni na mestih nastanka vzorcev.

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 že nekoliko nižji v primerjavi s preteklim letom. V vseh enotah se povečuje delež naročenih preiskav, ki so bile sprejete kasneje kot v 5 dneh. 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	**2015**	2014	**2015**	2014	**2015**
18 ur	24,1	**20,4**	45,6	**52,1**	52,2	**41,3**
1 dan	60,1	**55,4**	40,3	**20,6**	24,8	**28,9**
do 5 dni	12,9	**14,9**	12,3	**21,9**	19,2	**22,7**
več	2,9	**9,1**	1,7	**5,4**	3,5	**7,1**

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 33 naročilih (2014 pri 18 oz. 0,6 %), kar predstavlja 1,1 % 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 zavrnitev pa pogosto prihaja tudi zaradi nepopolne priprave vzorca za transport (vzorec brez naročilnice).

5.2 ANALITIČNA FAZA

Čas prevzem – izvid
V priporočilih rep. strokovnega kolegija za patologijo so podane smernice o primernosti časov obdelave tkivnih vzorcev, glede na njihovo vrsto, do izdaje izvida. Večine vzorcev za histopatološko preiskavo ni mogoče pripraviti v času, krajšem od 18 ur. Zato je najkrajši možni čas do diagnoze (od sprejema vzorca do izdaje izvida) okrog 20 ur, oz. večinoma 1-2 delovna dneva, čas pa variira tudi glede na potrebnost dodatnih diagnostičnih metod. 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 izboljšanje v deležu biopsijskih vzorcev, ki imajo histološki izvid izdan že naslednji dan po prejemu vzorca, sicer pa so rezultati podobni kot v letu 2014. Znotraj 5 delovnih dni je bilo zaključenih 92,4 % biopsij, kar je po merilih sprejemljiva vrednost, zaželjena pa bi bila 95 %. Znotraj 10 delovnih dni je zaključenih 97,4 % biopsij (2014 – 96,5 %). 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	**2015**	2014	**2015**	2014	**2015**
1 dan	23,2	**43,4**	13,4	**26,2**	14,5	**24,6**
1 teden	74,0	**54,3**	75,6	**63,4**	72,6	**64,9**
2 tedna	2,2	**2,3**	4,8	**4,4**	9,5	**9,9**
1 mesec	0,6	**0**	3,3	**2,9**	2,6	**0,3**
več	0	**0**	2,8	**3,1**	0,8	**0,3**

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 53.422 (2014 – 48.379) storitev. V tem obdobju smo odkrili in zabeležili 92 (2014 – 119) 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 5 takšnih primerov (2014 – 1 primer), napaka je bila ugotovljena pri dveh, ko je prišlo do napačnega poimenovanja lokacije odvzema tkiva..
V letu 2015 smo prejeli 9 revizijskih zahtevkov (2014 – 9). V prejetih revizijskih izvidih so bile tri diagnoze spremenjene, ena dopolnjena, pri ostalih pa bistvenih odstopanj od prvotnih nismo zaznali.

6 CILJI V LETU 2016 IN ZAKLJUČEK

Med primarnimi cilji za leto 2016 ostaja zadostiti potrebam zavoda, kljub naraščajočemu številu preiskav, potekajo že dogovori za pričetek izvajanja ginekopatološke dejavnosti. Za realizacijo je potrebno dodatno angažiranje obstoječega kadra in dodatna zaposlitev novega.
Pojavlja se povpraševanje po uslugah našega oddelka za zunanje naročnike, tako po histopatoloških preiskavah kot tudi po avtopsijski diagnostiki. Ocenjujemo, da je obseg zunanjih histopatoloških preiskav zaenkrat majhen in še obvladljiv. Smiselna je uvedba te ponudbe, predvsem zaradi priprave potrebnih organizacijskih sprememb in novosti. Za izvedbo avtopsijske dejavnosti za zunanje naročnike, pa je nujna kadrovska dopolnitev oddelka, tako zaradi obremenjenosti kot zaradi zagotavljanja stalnosti službe.
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 zadnjem letu smo proučili možnosti za uvedbo, samo izvedbo načrtujemo v letu 2016.

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. Tudi tu izvedbo planiramo pod nujno za 2016.
Na področju imunohistokemičnih preiskav je obilica novosti, ki jih z obstoječim kadrom nismo več sposobni slediti. Potrebna so tudi dodatna usposabljanja kadra v tujini. Nameravamo se pridružiti zunanji kontroli za to področje, ki jo izvaja danska ustanova NORDIQC.

Kljub poslabšanju v smislu sprememb na področju transporta vzorcev, nameravamo nadaljevati s pozitivnim vplivom na predanalitično fazo preiskav in zmanjševati pogostnost maksimalnih odstopanj.

Realizacija naših ciljev je močno povezana predvsem z dodatnim kadrom, posledično tudi večjimi prostorskimi potrebami in novo laboratorijsko opremo. V kolikor od obstoječih specializantov drugih regij ne bi bilo interesa za zaposlitev pri nas, bo nujen predlog potrebe po novi specializaciji.

LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO

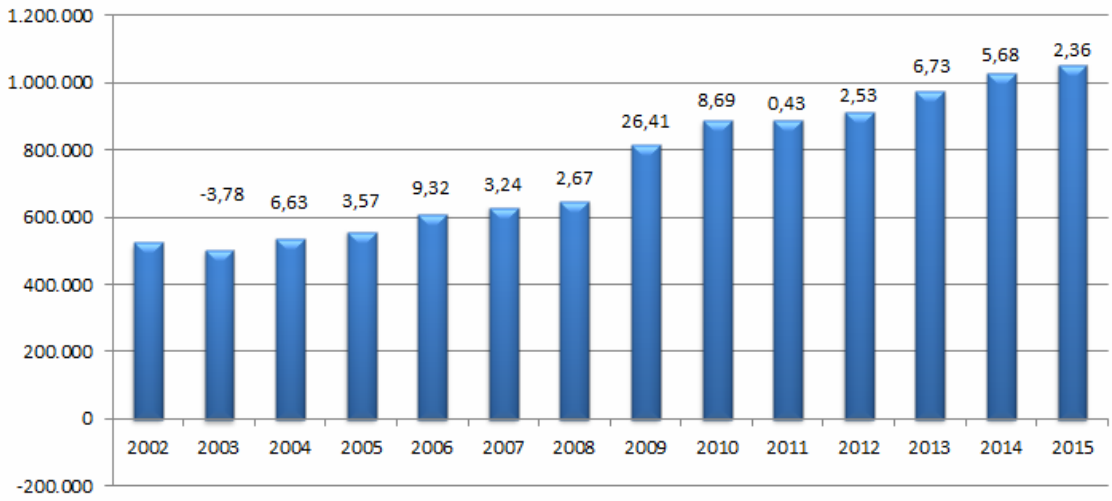
Doc. dr. Ivica Avberšek - Lužnik
Vodja laboratorija

1 ORGANIZACIJA LABORATORIJA

Po Pravilniku o notranji organizaciji Splošne bolnišnice Jesenice (23.06.2009) ima laboratorij status Oddeleka za laboratorijsko dejavnost. Laboratorijsko dejavnost izvaja po Poslovniku, ki opredeljuje prostorsko in kadrovsko strukturo laboratorija, navaja pristojnosti vodje in dveh specialistov medicinske biokemije ter vključuje pooblastila laboratorijskemu osebju, obratovalni čas, katalog preiskav, opis sistema zagotavljanja kakovosti in spremljanje kazalnikov kakovosti. Oddelek 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, povečanje števila laboratorijskih storitev na samoplačniški ravni, izvajanje laboratoijskih preiskav za zunanje naročnike in na integracijo laboratorijev gorenjske regije. Kvalitativni cilji vključujejo spremljanje trendov kazalnikov laboratorijskega procesa in vodenje sistema kakovosti v smeri, ki omogoča najvišjo stopnjo varnosti laboratorijskih rezultatov.
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.
Predstojnica laboratorija je skupaj s člani Komisije za POCT odgovorna tudi za področje hitrih testov, ki jih izvajajo medicinske sestre neposredno ob pacientu na posameznih oddelkih in enotah. Nadzor nad testiranjem ob pacientu je namreč po Pravilniku (Uradni list RS 64/2004) in po Pravilniku o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (Ur. l. RS, št. 64/04 in 1/16), v domeni specialista medicinske biokemije.

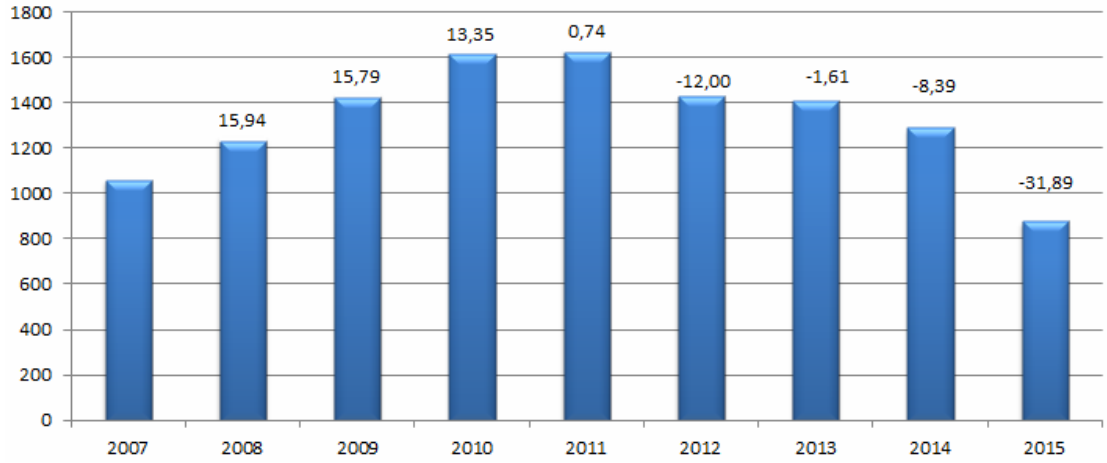
2 OBVLADOVANJE ŠTEVILA LABORATORIJSKIH PREISKAV

Laboratorijske preiskave so integralni del zdravstvene obravnave pacientov. V letu 2015 smo za ambulantni, hospitalni segment in za zdravstvene domove izdali 1.052652 laboratorijskih rezultatov, kar je za 2,36 % več kot v letu 2014 (Graf 1). Število preiskav je bilo razmeroma dobro obvladovano zaradi mesečnega poročanja o trendih preiskav za posamezne oddelke in ambulante na poslovnih kolegijih in zaradi rednih analiz števila preiskav in stroškov pod okriljem Komisije za laboratorijke preiskave, ki v Splošni bolnišnici Jesenice deluje že od leta 2013.
Na področju števila odvzetih hemokultur je bilo zaradi okvare (18. avgust 2015) na aparatu Bactec opravljenih samo 878 parov hemokultur, kar je za 31,89 % manj kot v letu 2014. Skladno z okvaro aparata se je povečal strošek (za 5888 EUR), ki ga za ta segment odvaja bolnišnica (NLZOH) Nacionalnemu laboratoriju za okolje, prostor in hrano (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, Porodnišnico Kranj in Psihiatrično bolnišnico Begunje.
V letu 2015 smo opravili za 3,91 % manj preiskav kot v letu 2014, ker je v marcu 2015 Porodnišnica Kranj izbrala dugega izvajalca laboratorijskih storitev. Ker so te laboratorijske storitve plačane s strani naročnikov po veljavnem ceniku za laboratorijske preiskave, predstavljajo vir prihodka za našo bolnišnico. Ta prihodek se je v letu 2015 zmanjšal.



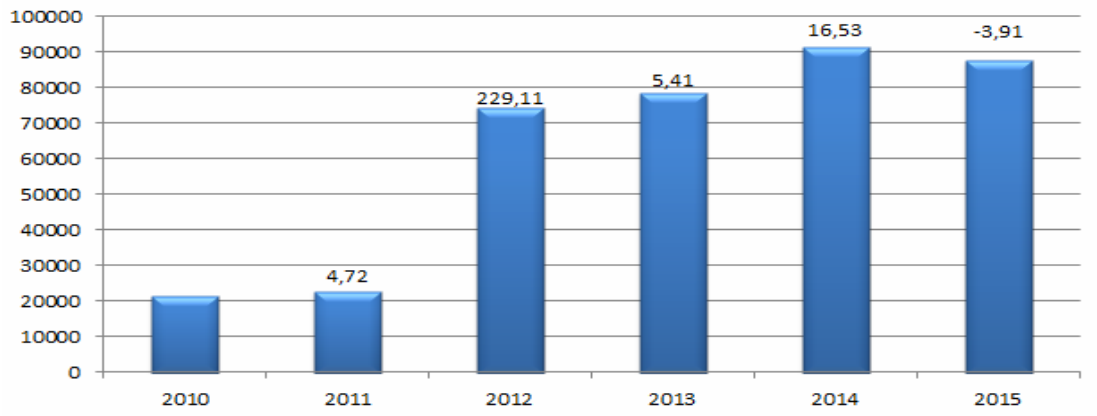
** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja v odstotkih glede na preteklo leto*

Graf 1: Laboratorijske preiskave v obdobju od 2002 do 2015



** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja/ znižanja v odstotkih glede na preteklo leto*

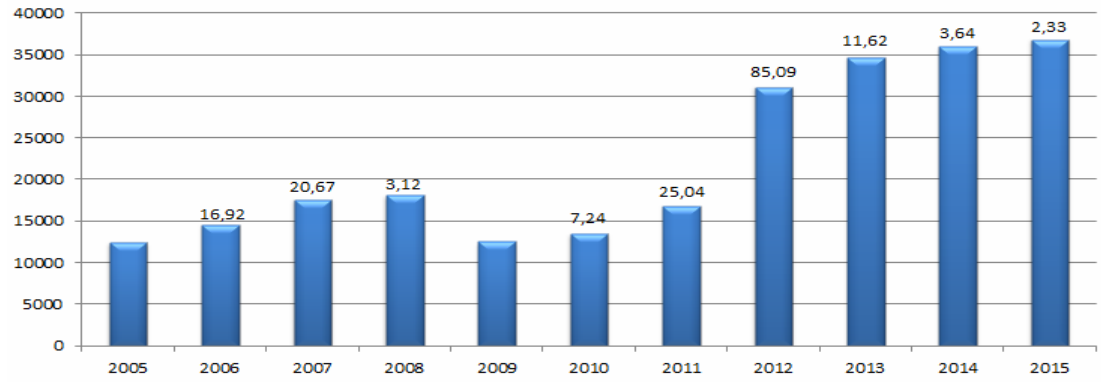
Graf 2: Število hemokultur v obdobju od 2007 do 2015



** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja v odstotkih glede na preteklo leto*

Graf 3: Opravljene preiskave za Zdravstvene domove in PB Begunje v obdobju od 2010 do 2015

Potrebno je izpostaviti dejstvo, da smo v letu 2015 v zunanje laboratorije (Nacionalni laboratorij za okolje in hrano, Mikrobiološki inštitut Ljubljana, Mikrobiološki laboratorij Golnik, Inštitut za klinično kemijo Ljubljana) odposlali 36781 vzorcev, kar je samo za 2,33 % več kot v letu 2014, ko smo jih odposlali 35944 (Graf 4). Področje naročanja zunanjih laboratorijskih preiskav je bilo obvladovano zaradi izbora novega izvajalca za analizo nadzornih kužnin. Analizo nadzornih kužnin je prevzel Mikrobiološki laboratorij Splošne bolnišnice Slovenj Gradec.

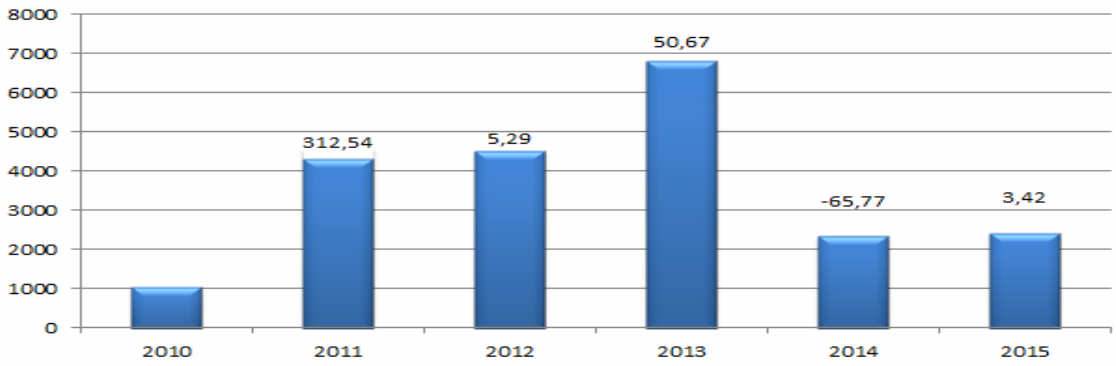


** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja v odstotkih glede na preteklo leto*

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. V letu 2015 pa je trend samoplačniških storitev začel ponovno naraščati. Opravili smo jih 2421, to je za 3,42 % več kot v letu 2014.



** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja/znižanja v odstotkih glede na preteklo leto*

Graf 5: Število opravljenih preiskav za samoplačnike od 2008 do 2015

4 TRENDI KAZALNIKOV LABORATORIJSKEGA PROCESA

V letu 2015 je laboratorijsko osebje izvajalo laboratorijski proces skladno s standardnimi operativnimi postopki za obvladovanje predanalitične, analitične in poanalitične faze. Skladno z zastavljenimi cilji smo spremljali trende štirih Kazalnikov kakovosti:
K1 : Število odstopov v kakovosti vzorcev v predanalitični fazi.
K3: Število preiskav na obravnavo pacienta v ambulantah.
K4 : Povprečen čas izvedbe URG naročenih preiskav in število urgentnih preiskav.
K5: Anketiranje zadovoljstva naročnikov in zaposlenih.
K6: Sporočanje kritičnih vrednosti.

Ob koncu leta 2015 je analiza trendov posameznih Kazalnikov pokazala:

- **Kazalnik K1: Število odstopov v kakovosti vzorcev v predanalitični fazi:** Skupno število predanalitičnih napak je v letu 2014 znašalo 1101, v letu 2015 pa 1417, kar je za 28,7 % več kot v letu 2014 (tabela 1). Zastavljen cilj, doseganje nižjega števila predanalitičnih napak kot v letu 2014, ni bil dosežen. Med najpogostejše odstope v kakovosti odvzetih vzorcev spadajo hemolizirani vzorci, koagulirani vzorci in nepriporočen volumen odvzetega vzorca.
- Člani Projektne skupine za obvladovanje predanalitike so se sestali 13.1.2016 in sprejeli korektivne ukrepe. Med najpomembnejše korektivne ukrepe sodijo priporočila laboratorija za kakovost odvzema vzorcev za laboratorijske preiskave in priprava Laboratorijskega priročnika, v katerem so navedena priporočila za odvzem vzorcev za laboratorijske preiskave. Uporaba Laboratorijskega priročnika bo obvezna za vse diplomirane medicinske sestre, ki vršijo odvzem bioloških vzorcev.

Tabela 1: Število predanalitičnih napak v letih 2012 do leta 2015

Leto	**Število napak**	**Trend (%)**
2012	2279	
2013	1543	32,5 % ↓
2014	1101	28,6 % ↓
2015	1417	28,7 % ↑

- **Kazalnik K3**: **Število preiskav na obravnavo pacienta v ambulantah:** Skupno število preiskav na obravnavo je v letu 2015 znašalo 2578, v letu 2014 pa 2521, kar pomeni, da je bilo v letu 2015 za 2,3 % višje kot v letu 2014. Število preiskav na obravnavo pacienta se je zvišalo v kirurški, ginekološki, diabetični, kardiološki, antitrombotični, dermatološki, otološki in alergološki ambulanti ter na ehokardiografiji. Znižanje preiskav za 2 % glede na leto 2014 ni bilo doseženo (tabela 2).

Tabela 2: Število preiskav v na obravnavo v letih 2013 do 2015

	2014 - Število preiskav / obravnavo	**2014 - Število preiskav / obravnavo**	**2013 – Število preiskav / obravnavo**
URG INT.AMB.	240,0	324,2	327,5
KRG.AMB.	37,01	34,4	32,5
GIN AMB	49,01	29,3	28,1
DIAB AMB	73,3	71,1	88,7
DISP. ŽENE	105	73,3	54,7
SPL INT AMB	203	205	283,7
KARD AMB	136,7	113,1	142,4
ANIT AMB	191,8	59,6	18,5
NEFR AMB	510,0	490	569,2
GASTRO AMB	291,0	298,4	199,4

URG. PED.	85,3	87,6	87,8
EHO	33,2	24	26,3
CENTER ZA HD	22,7	28,1	97,3
CAPD	7,1	146,8	326,7
DERMA AMB	55,9	9	11,6
URO AMB	12	32,7	36,3
ORTOP AMB	1,81	3,28	0,94
OTOL AMB	20,43	0,67	1,97
ALERGO AMB	201,8	23,6	17,5
NEFRO PED	224,1	271,6	264,8
GASTRO PED	63,7	182,2	105,9
NEONAT PED	13,4	13,4	22,4
SKUPAJ	2578,4	2521,35	2744,21

- **Kazalnik K4: Povprečen čas izvedbe URG naročenih preiskav:** Spremljanje trendov v številu preiskav, ki niso bile pravočasno izvedene (↑ TAT), je pokazal, da se število URG naročenih preiskav od leta 2011 veča, da pa se je povečal tudi delež preiskav s preseženim časom izvedbe (tabela 3). Določen cilj za 2014 je bil zmanjšati delež preiskav s ↑ TAT za 0,2 %. Cilj ni bil dosežen, saj se je delež preiskav s ↑ TAT povečal za 1,56 % glede na leto 2014.

Tabela 3: Trendi v številu urgentnih preiskav s podaljšanim časom izvedbe (↑TAT)

PARAMETER / LETO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Št. urgentnih preiskav		79664	64181	74538	78894	87907	92046
Število urgentnih s TAT	/	2275	1384	632	194	1187	1436
Delež URG preiskav s preseženim TAT	/	2,85 %	2,17 %	0,84 %	0,24 %	1,35 %	1,56 %

- Anketiranje o zadovoljstvu naročnikov laboratorijskih preiskav v letu 2015 ni bilo izvedeno.

Za varno obravnavo bolnikov je zelo pomembno tudi sporočanje kritičnih rezultatov. V letu 2014 smo jih sporočili 431, v letu 2015 pa 415. Trendi v številu sporočenih kritičnih rezultatov so podani v Tabeli 4.

Tabela 4: Število sporočenih kritičnih vrednosti od leta 2010 do 2015u

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Število kritičnih vrednosti	264	232	217	299	431	415

5 CILJI ZA LETO 2016

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 2016. To so:

- Spremljanje Kazalnikov laboratorijskega procesa in ukrepanje ob odstopih.
- Spremljanje ekonomske učinkovitosti laboratorijskega procesa in sprotno ukrepanje ob negativnih trendih.

- Uvajanje diagnostično uporabnih preiskav za posamezna medicinska področja.
- Implementacija profesionalnih glukometrov na delovišča kot so Urgentni center, oddelki in ambulante.
- Implementacija informacijske tehnologije na področju hitrih testov ob pacientu.
- Uporaba laboratorijskega vodnika za obvladovanje predanalitičnega in poanalitičnega procesa laboratorijske dejavnosti.

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.

Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci

1. LUŽNIK, Urška, BRLOGAR, Simon, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Neprekinjeno strokovno izobraževanje laboratorijskih delavcev - model za zagotavljanje varnega laboratorijskega testiranja. [COBISS.SI-ID 32338649]
2. SVETIC, Branka, PRODAN ŽITNIK, Irena, GANTAR, Helena, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Klinična uporabnost laboratorijskih testov pri preiskovancih z diagnozo odvisnosti od alkohola. [COBISS.SI-ID 83048449]

Objavljeni strokovni prispevek na konferenci

3. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Selektivno naročanje laboratorijskih preiskav. [COBISS.SI-ID 32233689]
Zaposleni v laboratoriju smo ponosni na obseg opravljenega analitičnega in strokovnega dela ter na rezultate uspešno opravljenih zunanjih (DIAS NIAHO, ISO) in notranjih presoj v letu 2015. Največji dosežek pa predstavlja uspešno opravljena zunanja presoja po Pravilniku (Uradni list RS 64/2004) in pridobljena licenca za delo laboratorija do leta 2020.

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNE LEKARNE

Marina Ćurčija - Jurišin, mag. farm. spec.
Vodja lekarne

UVOD

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 (sledljivost vhodnih surovin)
- 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
- evidenčna skladišča (posamezni oddelki)

2 KADRI

V lekarni je zaposlenih 7 strokovnih delavcev:
- 1 mag. farmacije specialist
- 1 mag. farmacije
- 3 farmacevtski tehniki (1 farmacevtski tehnik na daljšem bolniškem staležu)

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. Zaloge na koncu obdobja (meseca) so se gibale od 110 – 130 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 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. Stanje se glede na leto 2014 izboljšuje.
Postopek javnega naročila medicinsko tehničnih pripomočkov se izvaja direktno preko programa Go - Soft, ki predstavlja ustreznejšo izbiro adekvatnih artiklov z lažjo primerjavo cen med dobavitelji. Vedno več vele drogerij 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, kar je še v fazi razvoja.
V mesecu marcu smo vzpostavili evidenčno skladišče za osteosintetski material in implantante. Prevzem, poraba in naročila potekajo preko barkode in serijske številke posameznega artikla. V mesecu oktobru smo vzpostavili še evidenčno skladišče na Kirurškem oddelku, odsek ortopedija, za vsa zdravila in medicinsko tehnične pripomočke. Posodabljali smo SOP-je.

3.1 NABOR MATERIALA

Število kartic - zdravila in ostali material: 18108 (v l.2014 – 16749),
Število kartic se je ponovno povečalo na račun novega osteosintetskega materiala.
Promet je potekal na 9560 karticah (v l.2014 na 8302 karticah)
Realiziranih je bilo 15903 izdajnic (v l.2014 15437)
Prevzemnic je bilo 10540 (l.2014 - 9679)

Na področju analitike smo izvedli naslednje kontrole kakovosti skladno s predpisi Ph. Euro. 7th Ed.: opravljenih je bilo 180 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 2015 izdelali:
- magistralni pripravki, reagenti: 6026 kom (2014 – 6334 kom).

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 2016

- Doseganje največje kvalitete dela v skladu z SOP in spremljanje kazalnikov kakovosti.
- Posodobitev proizvodnih listov.
- Posodobitev opreme za izdelavo magistralnih pripravkov.
- Želimo izboljšati varnost in kakovost na področju transporta zdravil in ostalega materiala iz lekarne na oddelke, zato želimo kupiti nove transportne vozičke.
- 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.
- 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 na vse oddelke.
- Projekt porabe na pacienta in eTTL.
- Sodelovanje farmacevta pri sprejemu in odpustu pacientov.
- Redna izobraževanja o varni in učinkoviti uporabi ter shranjevanju zdravil za zaposlene v SB Jesenice.

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 kliničnega farmacevta na področju upravljanja z zdravili so določene s protokolom SOP 48 in jih 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 okužbin upravljanja s protimikrobnimi zdravili (PMZ), kar opredeljuje protokol SOP 49. 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, ko smo pričeli z delom kliničnega farmacevta na oddelkih.

1 OPRAVLJENO DELO

V drugi polovici leta 2015 smo pričeli z evidentiranjem konziliarnih pregledov kliničnega farmacevta v bolnišnični informacijski sistem Birpis 21 in tako omogočili vključitev priporočil o zdravljenju z zdravili v pacientovo odpustno pismo. Skupno je bilo do zaključka leta evidentiranih 20 izvidov kliničnega farmacevta.

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

Po načelih racionalne farmakoterapije okužb smo pregledali 2.341 (v letu prej 1.936) primerov bolnikov, ki so imeli predpisano eno ali več PMZ, od tega 1.655 (v letu prej 1.359) primerov na internem, 616 (v letu prej 547) primerov na kirurškem oddelku in 70 (v letu prej 30) primerov na OZZN /KKR. Klinični farmacevt je sodeloval na 45 raportih internega in 44 raportih kirurškega oddelka ter na 28 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	24		6
	Kardiološki odsek	311		
	Endokrinološki odsek	571		9
	Gastroenterološki odsek	749		13
Skupaj interni oddelek		1.655	45	28
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abd. in spl. kirurgijo	314		-
	Odsek za travmatologijo	210		-
	Odsek za ortopedijo	92		-
Skupaj kirurški oddelek		616	44	-
KKR+OZZN		70	-	-
SKUPAJ OPRAVLJENO DELO NA ODDELKIH		2.341	89	28

1.2 POSVETOVANJA NA PODROČJU UPRAVLJANJA Z ZDRAVILI

Skupaj je bilo opravljenih 212 (v letu prej 180) posvetovanj z zdravniki, 26 (v letu prej 28) z osebjem zdravstvene nege in 3 z osebjem oddelka za laboratorijsko diagnostiko. Pri reševanju problemov je bilo potrebno vključiti v 33 (v letu prej 11) primerih kliničnega mikrobiologa, v 5 (v letu prej 4) primerih infektologa in v 5 (enako v letu prej) 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	11	1	2	0	0
	Kardiološki odsek	17	0	2	0	0
	Endokrinološki odsek	35	1	4	2	0
	Gastroenterološki odsek	48	3	3	0	1
	Int. ambulante	2	0	0	0	0
Skupaj interni oddelek		**113**	**5**	**11**	**2**	**1**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abd. in spl. krg	25	8	7	1	2
	Odsek za travmatologijo	26	1	8	2	0
	Odsek za ortopedijo	19	0	5	0	0
	Krg. ambulante	3	0	0		0
Skupaj kirurški oddelek		**73**	**9**	**20**	**3**	**2**
URGENCA/SPREJEM		5	0	0	0	0
EITOS		3	3	0	0	0
AN.-RE. ODDELEK		0	1	0	0	0
OTROŠKI ODDELEK		4	1	0	0	1
GIN.-POR. ODDELEK		3	1	0	0	0
KKR		6	2	2	0	0
OZZN		2	4	0	0	1
DIALIZA		0	0	0	0	0
ODDELEK ZA LAB. DIAGNOSTIKO		3	0	0	0	0
SKUPAJ OPRAVLJENIH POSVET.		**212**	**26**	**33**	**5**	**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:

- medsebojnega delovanja predpisanih zdravil
- vpliva predpisanih zdravil na določena klinična stanja in vrednosti laboratorijskih izvidov

- interpretacije mikrobiološkega izvida
- 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)
- načina pridobitve identa novega zdravila za uporabo v SBJ (redne in izredne odobritve)
- varnosti in učinkovitosti novejših peroralnih antikoagulantov

Najpogostejša vprašanja medicinskih sester:
- farmakodinamska skupina in delovanje zdravil
- uporaba CBZ
- osnovni podatki o zdravilu (priprava, dajanje, previdnostni ukrepi)
- združljivost parenteralnih zdravil z nosilnimi raztopinami
- stabilnost zdravil za parenteralno uporabo po raztapljanju oz. redčenju
- preverjanje navodil v tujem jeziku pri zdravilih, ki se uporabljajo v SBJ kot neregistrirana zdravila in so brez navodil v slovenskem jeziku
- način poročanja NUZ in zastrupitev v sistem farmakovigilance.

2.2 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. Triindvajsetim (leto prej 19) bolnikom s tveganjem za nastanek ledvične okvare ali z že okvarjenim delovanjem ledvic smo prilagodili odmerjanje vankomicina s pomočjo računalniške farmakokinetične simulacije. Štirim (leto prej 5) bolnikom smo morali prilagoditi odmerjanje vankomicina delovanju ledvic večkrat. Tako je bilo skupno opravljenih 26 primerov prilagoditve odmerjanja vankomicina delovanju ledvic. V osemnajstih 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	5
	Kardiološki odsek	2
	Endokrinološki odsek	3
	Gastroenterološki odsek	1
SKUPAJ INTERNI ODDELEK		**11**
KIRURŠKI ODDELEK	Odsek za abd. in spl. kirurgijo	6
	Odsek za travmatologijo	8
	Odsek za ortopedijo	1
Skupaj kirurški oddelek		**15**
SKUPAJ OPRAVLJENIH INDIVIDUALNIH ODMERJANJ VANKOMICINA		**26**

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 29 (v letu prej 8) posebej izpostavljenih bolnikih: z nepojasnjenimi kliničnimi stanji (hepatopatija, hiponatremija, bolečine, slabost, hujšanje), s polifarmakoterapijo in aplikacijo zdravil po PEG.

Bolniki so imeli predpisanih od 4 do 17 zdravil. Vpliv na delovanje jeter, hiponatremijo in bolečine smo lahko potrdili kot posledico medsebojnega vpliva predpisanih zdravil. Skupaj smo pri vseh osmih bolnikih ugotovili 23 interakcij hude stopnje - ko je potrebno natančnejše spremljanje bolnikovega stanja in ukinitev zdravila ob ugotovljenem negativnem razmerju med koristjo ter tveganjem in 295 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 odd.	14	126	144	39	16	158	8
Kirurški odd.	5	47	69	20	7	75	7
OZZN / KKR	10	106	291	8	210	62	8
SKUPAJ	**29**	**279**	**504**	**67**	**233**	**295**	**23**

2.5 DELO V KOMISIJAH

	Aktivnost	**Opravljeno delo**
Komisija za zdravila	predsednica	izvedena 2 redna sestanka ter 2 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 4 od 4 sestankov

2.6 SODELOVANJE V PROJEKTIH IN NADZORIH

- Sodelovanje v državni in evropski mreži spremljanja ambulantne in bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil (Komisija za smiselno porabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji in Komisija za antibiotike SBJ)
- Spremljanje obveznih kazalnikov kakovosti MZ za bolnišnice št. 46 in 64 (MZ RS in Komisija za antibiotike SBJ)
- Spremljanje z zdravili povezanih problemov (ZPP) v SBJ (Strokovna direktorica SBJ, Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege SBJ)
- Redni pregled oddelčnih depojev zdravil s seznama prepovedanih drog
- Izredni nadzor evidenčnih knjig na internem oddelku in v op. bloku
- Vzročno posledična konferenca: Varnost pri razdeljevanju in aplikaciji zdravil
- Javna naročila zdravil (Lekarna SBJ, Nabavna služba SBJ, Komisija za zdravila SBJ)

3 IZOBRAŽEVANJA

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

- SFD, Sekcija za klinično farmacijo: 4. simpozij
- SFD, Sekcija bolnišničnih farmacevtov: 8. mednarodni simpozij (aktivna udeležba)
- SZD, Sekcija za protimikrobno zdravljenje: 21. Infektološki simpozij
- SZD, Sekcija za klinično toksikologijo: 3. slovensko srečanje o klinični farmakologiji, Toksikologija 2015
- ZZBN, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci: 3. mednarodni kongres (aktivna udeležba)

- SBJ, MZ, Društvo MS, ZT in babic Gorenjske: 8. Dnevi Angele Boškin (aktivna udeležba)

V sodelovanju z Lekarniško zbornico je pod mentorstvom specialistke klinične farmacije v SBJ opravljala svoje obveznosti ena specializantka klinične farmacije.

2 OBJAVLJENI PRISPEVKI

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Varno in učinkovito upravljanje z zdravili - različne vloge, en cilj! = Safe and effective medication management - different roles, one goal. V: BRAČKO, Vida (ur.). *Urgentni pacient - včeraj, danes, jutri : zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, 2015, str. 97-100. [COBISS.SI-ID 32547289]

ČIŽMAN, Milan, BAJEC, Tom, KOROŠEC, Aleš, JENKO, Silva, KOPAČ, Zdravka, BOGOVIČ, Meta, TRATAR, Franci, STRANCAR, Katja, KOBAL, Nataša, MAVSAR-NAJDENOV, Brigita, DROFENIK, Polonca, PREMUŠ MARUŠIČ, Alenka, BERNAT, Nada, BALKOVEC, Cvetka, REMEC-ZAFRED, Tatjana, SALEMOVIĆ, Danilo, LEČNIK GJURIN, Lidija, GRAH, Darja, MARTINČIČ, Tatjana, ŠTEFANČIČ, Jana, ŠTEFANČIČ, Metka, JOŠT, Maja, SONC, Monika, KRIŽMAN, Lučka, KRAŠEVEC, Mojca, ARMUŠ PIŽENT, Aleksandra, RUBEŠA FERNANDEZ, Adriana Špela, FIJAVŽ, Edita, ZOREC, Marija, ŽVOKELJ, Jana, FAGANELI, Nataša, LAURA, Jadranka, SIKOŠEK, Tatjana, BAČAR, Cvetka, HRIBERŠEK, Danila, ZORC, Marjeta, ČEPLAK, Polona, VESELINOVIČ, Jelena, GRILC, Tjaša, ŠTUHEC, Matej, HRIBAR BENDA, Helena, ŠERUGA, Aleksander, URBANČIČ, Magdalena, DOLENŠEK, Melita. Predpisovanje protimikrobnih zdravil v Sloveniji v obdobju 2010-2014 = Consumption of antimicrobials in Slovenia in the period 2010-2014. V: BEOVIĆ, Bojana (ur.), STRLE, Franc (ur.), TOMAŽIČ, Janez (ur.). *Problemi protimikrobne odpornosti v Sloveniji : pet pred dvanajsto ali minuta čez : novosti : 70-letnica Klinike za infekcijske bolezni in 120-letnica Infekcijskega oddelka*. Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, 2015, str. 71-81. [COBISS.SI-ID 2636972]

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Neželeni dogodki pri uporabi zdravil - ali se jim lahko izognemo?. V: BAHUN, Mateja (ur.). *Primeri iz prakse - smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2015, str. 59-64. [COBISS.SI-ID 32339161]

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Zdravljenje z vankomicinom - kako zmanjšati tveganja?. V: 8. mednarodni simpozij Zdravila z visokim tveganjem, 20. oktober 2015, Ljubljana. *Izročki predavanj = Handouts of lectures*. Ljubljana: Sekcija bolnišničnih farmacevtov Slovenije, 2015, str. 1-5, prosojnice. [COBISS.SI-ID 32548057]

3 ZAKLJUČEK

Na področju klinične farmacije je viden porast opravljenega dela na vseh področjih, kar potrjuje pomen sodelovanja kliničnega farmacevta v multidisciplinarnem timu bolnišnične obravnave bolnikov. Uspešno opravljene zunanje presoje (ISO, DIAS), vabljene aktivne udeležbe s predstavitvijo izkušenj in realizacija bibliografskih enot potrjujejo, da je delo naravnano v pravo smer in opravljeno na kakovostni ravni. Ob ustrezni kadrovski zasedbi si v bodoče želim 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). Brez dobrega sodelovanja vse to ne bi bilo mogoče, zato se vsem sodelavcem tudi na tem mestu lepo zahvaljujem za sodelovanje in upam, da bo tako uspešno še naprej.

DERMATOVENEROLOŠKA AMBULANTA

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

1 ORGANIZACIJA

V letu 2015 sva v dermatovenerološki ambulanti delali dermatologinji Tamara Levičnik, dr. med., zaposlena za polni delovni čas (40 ur tedensko) in Lina Virnik Kovač, dr. med., zaposlena 16 ur tedensko. V ambulanti Tamare Levičnik dela SMS Damjana Langus, v obeh ambulantah sodeluje VMS Mirela Bećirević. Sestri izvajata administrativna dela v ambulanti, pomagata pri oskrbi pacientov in sodelujeta pri izvajanju fototerapije 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 preglede ostalih pacientov. Sistem smo na ta način nekoliko razbremenili, pomoč s strani VMS Bećirević je dobrodošla in precej olajša delo obeh zdravnic.

2 PLAN IN REALIZACIJA

V letu 2015 je bilo pregledano 8.391 pacientov, od tega 3.349 prvih pregledov, ponovnih pregledov je bilo 5.041. Razmerje prvi/ponovni je bilo 0,66. Opravljeno je bilo 49.052,74 točk, indeks realizacije je bil 98,54 %.
Najbolj pogost razlog obravnav so bile virusne bradavice, sledijo pregledi zaradi nevusov po koži, luskavica, seboroične keratoze, aktinične keratoze, varice ven spodnjih udov, navadna mozoljavost, nato še ostale dermatološke bolezni in stanja. Delne ekscizije in diagnostične biopsije opravljamo v okviru dermatološke ambulante, delno pa jih še naprej napotujemo k kirurgom. Mikološka diagnostika poteka v sodelovanju z bolnišničnim laboratorijem, kjer izvajajo nativne preglede in kultivacijo odvzetih vzorcev, odčitavava jih sami. Redno izvajamo UZ preglede v okviru flebološke diagnostike, jeseni smo začeli s sklerozacijami varic s tekočino in peno.

3 IZOBRAŽEVANJE

Tamara Levičnik, dr. med., se je udeležila naslednjih izobraževanj: junija 2015 šola dermatoskopije Bled, septembra 2015 2. regionalni kongres korektivne dermatologije Ljubljana in šola otroške dermatologije, novembra 2015 XII dermatološki dnevi v Mariboru. Januarja 2015 je v Gorenjskem glasu objavljen intervju oz. članek na temo luskavice, novembra 2015 je imela predavanje za zdravnike v ZD Jesenice s prof. Lundrom na temo »Konvencionalna terapija luskavice«.Lina Virnik Kovač, dr. med., se je spomladi udeležila tečaja sklerozantne terapije v Zagrebu, kongresa korektivne dermatologije na Bledu, jeseni pa EADV kongresa v Kopenhagnu.

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 2015 je nevrološka dejavnost v SB Jesenice potekala četrto leto.

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2015

1.1 POTEK DELA

Delo je potekalo v obliki ambulantnih nevroloških pregledov, elektromiografskih (EMG) meritev in konziliarnih pregledov. Nekaj pacientov je bilo sprejetih v dnevno obravnavo zaradi diagnostičnih preiskav in tudi zdravljenja z intravenozno terapijo. Ob ponedeljkih in petkih sem se skupaj s specializantoma udeleževala jutranjega delovnega sestanka na internem oddelku, ob petkih pa tudi glavnih vizit.

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., med. sestre v Centralnem naročanju in administratorke po razporedu.
Enkrat tedensko sta imela redno popoldansko ambulantno delo specializanta:

- Luka Notar, dr. med., ki zaključi specializacijo leta 2016
- Aleksandra Domazetovska, dr. med., zaključi specializacijo leta 2018.

Oba sta sodelovala pri konziliarnih nevroloških pregledih, Luka Notar, dr. med., pa tudi na dopplerju vratnih arterij, ki poteka v sklopu internistične dejavnosti.

1.3 PROGRAM IN REALIZACIJA

Nevrološka dejavnost poteka ambulantno (z aktivnostma nevrološki in EMG pregledi), s konziliarnimi pregledi (z aktivnostma nevrološki in tudi EMG pregledi) ter s posameznimi dnevnimi sprejemi na interni oddelek zaradi zahtevnejše diagnostike (predvsem lumbalne punkcije) in parenteralne terapije.
Program za nevrološko ambulanto je sestavljen iz kombinacije ambulantnih pregledov in EMG meritev. Na prehodu iz leta 2014 na leto 2015 se je povečal program za nevrološko ambulanto iz 34.537 točk na 41.690 točk, kar pomeni povečanje programa iz 0.8 na 1.0 nosilca.
Pri hospitaliziranih pacientih z nevrološkimi diagnozami je skoraj celotno delo opravljeno v okviru internistične hospitalne dejavnosti, kjer so hospitalizirani predvsem pacienti z možgansko-žilnimi dogodki, po seriji epileptičnih napadov in pacienti zaradi poslabšanja degenerativnih bolezni ob pridruženi »internistični« bolezni.

Tabela 1: Plan in opravljeno delo v letu 2015

	Jan.-dec.2014	**Načrt 2015**	**Realizacija 2015**	**Index real/načrt**	**Index 2015/2014**
Nevrol. amb.	35.472,41	41.690,00	38.731,9	92,90	109,19
Obiski	2.055	2.403	2.337	97,25	113,72

Tabela 2: Realizacija opravljenega dela in primerjava s preteklimi leti

Leto	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
2015	1801	636	2442	2,84	500	574/12

Opomba: V tej tabeli so za leto 2015 prikazani pregledi za vse plačnike.

Konziliarne preglede smo beležili: Aleksandra Domazetovska, dr. med. 37
Luka Notar, dr. med. 112
Janja Borič, dr. med., spec. nevrologije 425

*Tabela 3: Najpogostejše glavne diagnoze za **EMG** v letu 2015*

Glavna diagnoza	Št.obravnav
G560 Sindrom karpalnega kanala	177,00
R69 Neznani in neopredeljeni vzroki bolezni	105,00
G544 Okvare lumbosakralnih korenin, ki niso uvršče	101,00
G542 Okvare cervikalnih korenin, ki niso uvrščene	31,00
G629 Polinevropatija, neopredeljena	15,00
G562 Okvara ulnarnega živca	10,00
R202 Parestezija kože	4,00
S5251 Zlom spodnjega dela koželjnice, z dorzalno a	4,00
G571 Meralgia paraesthetica	3,00
S442 Poškodba radialnega živca v predelu nadlakti	3,00
S642 Poškodba radialnega živca v predelu zapestja	3,00
G563 Okvara radialnega živca	2,00
G573 Okvara lateralnega poplitealnega živca	2,00
S443 Poškodba aksilarnega živca	2,00
S841 Poškodba peronealnega živca v predelu goleni	2,00

*Tabela 4: Najpogostejše glavne diagnoze za **nevrološke preglede** v ambulanti v letu 2015*

Glavna diagnoza	Št. obravnav
G20 Parkinsonova bolezen	135
Z033 Opazovanje zaradi suma na motnjo živčnega sis	122
R51 Glavobol	121
F03 Neopredeljena demenca	119
G430 Migrena brez avre [navadna migrena]	99
R202 Parestezija kože	97
I633 Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	93
R42 Vrtoglavica in omotičnost	87
R55 Sinkopa in kolaps	70
G35 Multipla skleroza	63
I693 Posledice možganskega infarkta	59
G431 Migrena z avro [klasična migrena]	46

I639 Možganski infarkt, neopredeljen	45
F067 Blaga kognitivna motnja	41
I635 Možganski infarkt zaradi neopredeljene okluzi	40
R260 Ataktična hoja	36
G448 Drugi opredeljeni glavobolni sindromi	35
G442 Glavobol tenzijskega tipa	34
R261 Paralitična hoja	34
M531 Cervikobrahialni sindrom	32
G459 Prehodni možganski ishemični napad, neopredel	26
I634 Možganski infarkt zaradi embolije cerebralnih	25
G560 Sindrom karpalnega kanala	23
M544 Bolečina v križu (lumbago) z išiasom	23
R251 Tremor, neopredeljen	23
G451 Karotidni sindrom (hemisferni)	21
G544 Okvare lumbosakralnih korenin, ki niso uvršče	21
G4090 Epilepsija, neopredeljena, niso v sklopu neo	19
G450 Vertebrobazilarni sindrom	18

2 PRIDOBITVE V LETU 2015 IN PLANI ZA NAPREJ

V letu 2015 smo pridobili prostor za opravljanje nevrološke dejavnosti. Preselili smo se v juliju 2015 in s tem smo dosegli boljše pogoje za delo. Pridobili smo kadrovsko pomoč dveh specializantov, ki sta z delom enkrat tedensko pripomogla k realizaciji celotnega programa.Opažamo porast števila pacientov z multiplo sklerozo, iz 25 v letu 2012 do 71 v letu 2015. S tem nam izbrani osebni zdravniki in pacienti izkazujejo zaupanje za subspecialistično obravnavo teh pacientov.Izziv za naprej nam ostaja usmerjanje aktivnosti v pridobitev programa in kadra za EEG, načrtovanje prostorskega pogoja in kadrovske okrepitve za ustanovitev Enote za možgansko kap ter seveda ohranjanje dosedanjih aktivnosti.

STROKOVNO POROČILO O OKULISTIČNI DEJAVNOSTI

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

UVOD

Po utečenem urniku so se tudi v letu 2015 v okviru okulistične dejavnosti izvajali:

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

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2015

1.1 ZAPOSLENI

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

1.2 PROGRAM

V letu 2015 smo realizirali 0.33 tima v ambulanti, ki deluje enkrat tedensko. Planirano realizacijo smo dosegli 101 %, prav tako je bila realizacija 2015 glede na 2014 101 %.

1.3 REALIZACIJA OPRAVLJENEGA DELA

Tabela 1: Najpogostejše glavne diagnoze za okulistične preglede v ambulanti v letu 2015

Glavna diagnoza	**Št. obravnav**
E119 Sladkorna bolezen tipa 2 brez zapletov	193
H522 Astigmatizem	117
H521 Kratkovidnost (miopija)	75
H409 Glavkom, neopredeljen	50
I10 Esencialna (primarna) arterijska hipertenzija	49
H524 Starostna slabovidnost (presbiopija)	40
Z961 Prisotnost očesne leče	40
H520 Daljnovidnost (hipermetropija)	32
H041 Druge okvare solzne žleze	26
R51 Glavobol	25
H259 Starostna siva mrena,neopredeljena	22
H40 Glavkom (zelena mrena)	21
H539 Motnje vida, neopredeljena	20
H53 Motnje vida	18
H250 Starostna začetna siva mrena	16
E1131 Sladkorna bolezen tipa 2 z neproliferativno	12
H25 Starostna siva mrene (katarakta)	11
H353 Degeneracija makule in zadajšnega pola	11
H571 Očesna bolečina	11
H001 Halacij	10
H264 Sekundarna siva mrena	10
H433 Druge motnje v steklovini	10
H534 Izpadi v vidnem polju	10

Tabela 2: Obseg opravljenega dela v letu 2015 in primerjava z letom 2014:

				Konziliarni pregledi	
	Realizacija 2014	***Načrt 2015***	***Realizacija 2015***	***2014***	***2015***
Skupaj št. obiskov	1.046	1.056	1.026	6	18
Točke	16.225	16.189	16.367		

1.4 ČAKALNE DOBE

Okulistična ambulanta:
- prvi pregled 3 mesece z napotitvijo »redno«
- napotitve pod »hitro« so tedensko triažirane in so pacienti obravnavani v obdobju šest tednov
- napotitve pod »nujno« so v času delovanja okulistične amb. obravnavane istega dne.

1.5 IZOBRAŽEVANJE IN RAZVOJ DEJAVNOSTI

Pasivna udeležba:
- Zdravljenje mrežnice z novimi zdravili; Ljubljana, junij 2015
- Predstavitev novih smernic za zdravljenje glavkoma; Ljubljana, november 2015

Aktivna udeležba:
- Strokovna srečanja glavkomske skupine oftalmologov

2 CILJI ZA LETO 2016

- ohranitev dosedanjega ambulantnega dela
- realizacija načrtovanega obsega dela za 2016
- sodelovanje z diabetološko amb. SBJ za direktno naročanje diabetikov v našo ambulanto
- izobraževanje med. sester na strokovnem srečanju Združenja oftalmoloških sester Slovenije; marec 2016
- 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 v SBJ, drugi 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	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 322 konziliarnih pregledov in 138 operacij. Narašča nam čakalna doba za prvi pregled (lani 5-6, sedaj 7-8 mesecev), predvsem pa je večje število nujnih in hitrih pregledov.

Tabela 1: Opravljene ambulantne točke za ZZZS januar - december 2015

	Realizacija 2013	**Realizacija** 2014	**Načrt** 2015	**Realizacija** 2015	**Index** real/načrt	**Index** 15/14
Otološka amb. Kranj	63.297	65.813	65.813	71.636	10,55	13,51
Otološka amb.Jesenice	61.718	58.645	58.645	57.025	0,60	6,54
Skupaj otološka amb.	125.015	124.458	124.458	128.661	103,38	102,85

2.11 Specialistična ambulantna dejavnost

Tabela 2: Opravljene storitve (pregledi in operacije) v letu 2015

Leto 2015	ORL Kranj	ORL Jesenice	Skupaj
Št.storitev (točke za ZZZS)	71.636,14	57.025,40	128.661,54
Št.pregledov (za ZZZS)	5.712	4.710	10.422
- prvi pregledi	2.883	1.777	4.660
- ponovni pregledi	2.829	2.933	5.762
Konziliarni pregledi	0	322	322
Mali kirurški posegi	218	184	402
- ambulantni	218	167	385
- hospitalni	0	17	17
Kirurške operacije	116	22	138

Tabela 3: Obseg opravljenega dela po letih od 2011 do 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Amb.preg. Kranj	5.116	5.518	5.143	5.319	5.712
- prvi pregled	2.578	2.555	2.460	2.673	2.883
- ponovni pregled	2.538	2.963	2.683	2.646	2.829
Amb. preg. Jesenice	4.634	4.922	4.874	4.740	4.710
- prvi pregled	1.729	1.899	1.890	1.830	1.777
- ponovni pregled	2.905	3.023	2.984	2.910	2.933
Konziliarni preg.	393	419	297	290	322
- Kranj	4	2	0	1	0
- Jesenice	389	417	297	289	322
Mali KRG posegi	447	429	496	390	402
- Kranj amb	207	237	227	162	218
- Kranj hospit	0	0	1	0	0
- Jesenice amb	221	168	243	203	184
- Jesenice hospit	19	24	25	25	17
KRG operacije	143	188	130	124	138
- Kranj	107	156	94	87	116
- Jesenice	36	32	36	37	22

Tabela 4: Klinični postopki pri hospitaliziranih pacientih od leta 2011 do 2015

Koda	Opis	2011	2012	2013	2014	2015
41653-00	Pregled nosne votline in zgornjega žrela	329	369	261	246	275
41849-00	Laringoskopija (tudi 41846-00)	137	141	0	118	133
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	53	56	41	46	60
41671-03	Septoplastika s submukozno resekc. nosn.pretina	62	65	51	42	29
92046-00	Zamenjava kanile pri traheostomi	18	4	5	14	16
41704-00	Aspiracija in lavaža obnosnih votlin skozi ustje	33	52	49	7	16
41677-00	Zaust. krvavitve v spr. delu nosu s tamponado in/ali	11	12	11	13	11
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	31	27	13	7	15
47726-00	Pridobitev kosti za presadek skozi drugo incizijo	5	7	5	11	0
92047-00	Odstranitev kanile pri traheostomi	3	4	4	8	3
30278-00	Frenulotomija (plikotomija) jezika	12	17	12	20	20
48242-00	Kostni presadek z osteosintezo, ki ni uvrščena drugje	6	5	1	0	0
41662-00	Odstranitev nosnih polipov brez splošne anestezije	8	10	7	0	3

30052-00	Oskrba rane zunanjega ušesa	8	0	2	6	0
47738-00	Zaprta naravnava zloma nosne kosti	3	13	8	12	11
11312-00	Zračna in kostna prevodn. avdiometrija,stand.Tehnik				43	42
11324-00	Timpanometrija s standard. preizkus. Tonom				68	77
11333-00	Kalorični labirintni test				21	14
Skupaj		719	782	470	682	725

Tabela 5: Povzetek po postopkih, ki se uvrščajo med prospektivne primere

Koda	**Opis**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
30278-02	Frenulotomija (plikotomija) jezika	17	12	20	20
30283-00	Ekstirpacija ciste v ustih		1	0	0
31230-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva nosu	1	1	7	11
31230-02	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva uhlja		3	4	11
31230-03	Izrezanje benig. tvorbe kože in podkožnega tkiva ustnice		1	4	10
31235-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva vratu	9	7	9	3
41668-00	Odstranitev nosnega polipa		2	0	3
41671-00	Submukozna resekcija nosnega pretina	4	1	1	1
41671-03	Septoplastika s submukozno resekcijo nosnega pretina	61	50	42	28
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	27	13	7	15
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	56	41	46	60
48242-00	Kostni presadek z osteosintezo, ki ni uvrščena drugje	5	1	-	-
30052-03	Reparacija rane nosu	0	0	6	7
Število pacientov, pri katerih so bili opravljeni zgornji klinični postopki:		155	123	135	169

3 IZOBRAŽEVANJE

Obe zdravnici sva se udeleževali ORL in sorodnih izobraževanj tako doma kot v tujini. V letu 2016 moramo izobraziti še eno diplomirano sestro na področju avdiometrije in vestibulologije.

4 VIZIJA

V letošnjem letu želimo urediti prostore za ORL ambulanto Kranj. Na Jesenicah želimo urediti prostor, opremo in zaposliti kader za še eno ambulanto. Planiramo nabavo nove opreme: dokup osnovnih instrumentov, endoskopi in mikroskop.

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 2015 smo nadaljevali z učinkovito, varno in kakovostno zdravstveno nego. V ospredje smo postavljali zadovoljstvo pacienta. Upoštevali smo spoštovanje, dostojanstvo, pravičnost, zasebnost, solidarnost ter etični odnos. Delovali smo v timskem duhu ob vzpodbujanju odgovornosti in nenehnem izobraževanju ter usposabljanju zaposlenih. Nadaljevali smo z aktivnostmi in nalogami, ki smo jih načrtovali v ciljih za leto 2015. Velik del naših nalog je bil usmerjen v obvladovanje bolnišničnih okužb. Sodelovali smo pri vzpostavljanju novih zdravstvenih programih in nalogah.
Delovali smo v prizadevanju za kakovost in aktivno sodelovali pri notranjih in zunanjih presojah ISO in DIAS , družini prijazno podjetje, novorojenčku prijazna porodnišnica. Leto 2015 je bilo tudi za zdravstveno nego posebno leto. Gradnja novega urgentnega centra in začasno delovanje v improviziranih prostorih vojaške bolnišnice ROLL 2 je od zaposlenih terjala mnogo truda in prilagajanja. Vendar lahko zapišemo, da so zaposleni kljub težkim pogojem dela delovali varno in kakovostno ter uspeli ohranili prijaznost in pozitiven odnos.

1 MENEDŽMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE IN OSKRBE

Tako kot pretekla leta smo tudi v letu 2015 veliko pozornost namenili uvajanju ter izobraževanju novo zaposlenih. Usposabljali smo pripravnike, nudili praktično izobraževanje študentom in dijakom. Posvečali smo se zadovoljstvu zaposlenih in gospodarnosti. Nadaljevali smo z ukrepi za večanje učinkovitosti dela, povečanje zaupanja, osebnega in profesionalnega razvoja zaposlenih. Delovali smo v smeri pripadnosti in skupinskemu, timskemu delu. Spodbujali kulturo varnosti. Tudi v letu 2015 delovali v smeri dobrega multidisciplinarnega sodelovanja in dobrih odnosov.

1.1 UČINKOVITOST CILJEV KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZNO V LETU 2015

Na osnovi sprejetih ciljev bolnišnice, smo tudi v ZNO načrtovali cilje na začetku leta 2015. Sledili smo ciljem bolnišnice in realizirali cilje v okviru stroke ZNO.

Tabela 1: Realizacija zastavljenih strateških ciljev V ZNO za leto 2015 SB Jesenice

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 mes. poročila o izpolnjevanju zdr. dokument. več kot 90 % skladnost

Učinkovitost	Izvedli smo 90 % načrtovanih aktivnosti in dosegli 86 % skladnost s kriteriji SOP razdeljevanje zdravil
1. 2. Cilj	**Nenehno izboljševanje kulture varn. 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 zagot. zasebnosti pri neposr. delu pri pac. - 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
Učinkovitost	izvedli smo 92 % aktivnosti, sledili kazalnikom kakovosti sledili številu dokumentiranih odklonom
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 pac. s področja osebn. 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
Učinkovitost	- izvedli 80 % aktivnosti - dosegli smo 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 zap. in pacientov o pomembnosti pravice pac. in njihovih svojcev do ustrezne informiranosti o sprejemu in odpustu - vodenje kazalnikov koordinatorja zdr. oskrbe na kir. in int. odd. - 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
Učinkovitost	dosegli 85% učinkovitost
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
Učinkovitost	dosegli 98% učinkovitost
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
Učinkovitost	dosegli 100 % učinkovitost
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, determitev ukrepov glede na odstopanja in merjenje učinkovitosti
Vrednotenje/Kazalniki kakovosti	Izboljšanje rezultatov ankete glede na rezultate preteklih let

Učinkovitost	Cilj je bil delno dosežen - rezultati ankete o zadovoljstvu notranjih uporabnikov s storitvami Centralne sterilizacije so 0,5 % slabši - rezultati ankete o zadovoljstvu porodnic in otročnic na porodniškem oddelku so v primerjavi z letom prej 1,0% boljši - rezultati ankete notranjih uporabnikov z delom zunanjega izvajalca čiščenja in oskrbe s tekstilijam so v primerjavi s preteklim letom slabši za 0,5 %
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
Učinkovitost	dosegli 100 % učinkovitost
1. 9 Cilj	**Org. delovanja urg. 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
Učinkovitost	dosegli 100 % 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 urin. kateterov.
Učinkovitost	delež kolonizacij OVK in kateterskih seps 100 % uspešnost 92 % doseganje kriterijev SOP pri spremljanju svežnja ukrepov pri pacientih na umetni ventilaciji.
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 izobr. vseh zaposlenih o higieni rok in izol. ukrepih - promocija higiene rok in drugih ukrepov za prepreč. prenosa okužb, - mes. poročila, analiza primerov, nadzori nad izvedenimi ukrepi, spremlj. št. odvzetih nadzornih kužnin in porabe razkužil za roke; - nadzor nad izvajanjem izolacijskih ukrepov in ureditev izol. 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 boln. 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
Učinkovitost	- Število bolnišničnih okužb z VOB je bilo zmanjšano za 5 % - Zmanjšanje št. v bolnišnici pridobljenih boln. okužb z VOB za 8 % - skladnost s kriteriji SOP izolacijski ukrepi je 95% - povečanje deleža udeležencev na izobraževanju na oddelkih/enotah je bilo več kot 10 % - skladnost pri higieni rok glede na kriterije WHO je bila 85 %
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 prepreč. 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
Učinkovitost	- Vse aktivnosti so bile 100 % realizirane - incidenca pridobljenih RZP je bila 0,69 - Incidenca vseh pacientov z RZP je bila 9,16 - Incidenca pacientov z RZP ob sprejemu 6,85

1. 2 DELO STROKOVNEGA SVETA ZDRAVSTVENE NEGE IN KOLEGIJA SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

V letu 2015 smo imeli 9 rednih sej Strokovnega sveta zdravstvene nege in oskrbe ter 14 sej Kolegija službe zdravstvene nege. 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
- Gradnje in projekti
- Selitev v improvizirane prostore vojaške bolnišnice
- Koordinacija in sodelovanje med oddelki in urgence
- 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
- Gradnje in projekti
- Selitev v improvizirane prostore vojaške bolnišnice
- Koordinacija in sodelovanje med oddelki in urgence
- Racionalizacija stroškov
- Kultura varnosti
- Proces vodenja ZNO
- Pregled novih SOP-ov, procesov, kliničnih poti
- Priprava na presoje ISO; DIAS
- Problematika čiščenja in sodelovanje z ISS službo
- Uvedba novega čistilnega servisa Aktiva
- Plan in izvedba strokovnih izobraževanj tudi v drugih ustanovah
- Preprečevanje bolnišničnih okužb in nadzorne kužnine
- Problematika izbruha VOB
- Urejanje področja rokovanja z zdravili
- Uvedba in spremembe novih pravilnikov, listin…
- Sodelovanje z tehnično vzdrževalno službo
- Sodelovanje z nabavno službo
- Poročila projektnih skupin
- Poročila promotorjev
- Predlogi za podelitev srebrnega znaka Gorenjskega društva medicinskih sester
- Letni cilji in poročila iz preteklega leta
- Poročanje o neljubih dogodkih

Realizacija sklepov sprejetih na Strokovnem svetu ZN in Kolegiju službe zdravstvene nege je bila 92 %.

2.2 UVAJANJE IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI

Nenehno si prizadevamo za izboljševanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe. V letu 2015 smo uvedli na področju zdravstvene nege in oskrbe v sodelovanju z ostalimi službami kar nekaj izboljšav in dobrih praks:
- Klinične poti (KP) so pomembne v obravnavi pacienta, saj zagotavljajo nepretrgano, usklajeno in varno zdravstveno nego in oskrbo. Ker nudijo boljšo koordinacijo kliničnega dela, zato smo tudi v letu 2015 vpeljali nove klinične poti.
- Z dodatnim znanjem in delovno mesečno obremenitvijo smo na internistični službi opolnomočili zaposlene za vstavitev srčnih spodbujevalnikov.
- Odprli smo ambulanti za obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem in pregled pacientov z vstavitvijo stalnih srčnih spodbujevalcev.
- Prevzem in vodenje zdravstvene nege in s tem zaposlenih na endoskopski dejavnosti ter v internističnih ambulantah..
- Pričeli smo z optimizacijo procesa internistične službe.
- Na vseh treh odsekih smo uspešno uvedli uporabo tabel »piši biriši« z barvnimi oznakami za beleženje predpisane terapije ter podatkov o OVK, RZP in kolonizaciji pacientov, za hitrejšo in boljšo preglednost. Tako smo tudi mesečno zmanjšali porabo večjih količin papirja.
- Na gastroenterološkem odseku smo uvedli beleženje obr. 7 »Dnevna bilanca zaužite tekočine«. Z beleženjem smo prišli do pregleda zaužite tekočine v celotnem tednu.

- Na področju padcev smo pripravili plakat za preventivo padcev odraslih. Na pediatričnem oddelku plakat preprečevanje padcev pri otrocih se nahaja v mapi z vsemi ostalimi informacijami in zloženkami ter opomnik za paciente, da pokličejo ko potrebujejo pomoč.
- Namestitev tabel piši – briši na oddelkih pediatrije, kjer so zapisana vsa tekoča izobraževanja v okviru SBJ, oddelčna izobraževanja ter izobraževanja, ki jih pripravijo zaposleni po eksternem izobraževanju kot informacijo drugim ter nameravana eksterna izobraževanja. Za table so zadolženi zaposleni na vsakem oddelku:
- Usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi za različna delovna področja (iz pediatričnega oddelka na ginekološko – porodniški oddelek in obratno). Usposabljanje zaposlenih iz porodnega bloka na oddelku in ginekološki ambulanti za pomoč.
- Informiranje zaposlenih po elektronski pošti s strani GMS (obvestila, navodila,…).
- Določitev MS za obravnavo pacientov v sprejemni pediatrični ambulanti: je odgovorna za sprejem pacienta na oddelku, merjenje vitalnih funkcij, obveščanje dežurnega zdravnika in po odločitvi ali gre za ambulantno obravnavo ali hospitalizacijo tudi sobne MS in odgovorne diplomirane medicinske sestre. Komunikacija in obveščanje poteka po sistemu Mobicall.
- V letu 2015 smo uvedli lestvico za ocenjevanje padcev na pediatričnem oddelku Humpty Dumpty.
- Tudi v letu 2015 smo imeli porast št. porodov in konec leta beležili najvišje po letu 1987.
- V letu 2015 smo pričeli izvajati babiške vizite. Otročnice pri katerih sta nosečnost in porod potekala brez zapletov, so po porodu vodile babice.
- Na področju fizioterapije smo pridobili na Odseku za ortopedije nov prostor in terapevtski prostor v fizioterapevtski ambulanti za izvajanje individualnih obravnav.
- Spremenjenih in na novo izdelanih 28 primerov fizioterapevtske dokumentacije.
- Nadgradili fizioterapevtski program na Perioperativni šoli TEP kolenskega in TEP kolčnega sklepa ter uvedli stat. spremljanje uspešnosti edukacije na Perioperativni šoli.
- Na področju zagotavljanja kontinuitete kadrovskih virov smo dosegli sistemsko ureditev zagotavljanja izvajanja fizioterapevtskih obravnav na bolnišničnih oddelkih.
- Na radiološkem oddelku smo pričeli z žilno diagnostiko: na ct-ju smo pričeli z novimi diagnostičnimi preiskavami CTA možganskih arterij, CTA karotid in CTA žil medenice in spodnjih okončin.
- Na področju ortopedije smo uvedli nov operativni programi: stabilizacije hrbtenice.
- Na področju kirurgije sta dve medicinski sestri končali šolo enterostomalne terapije.
- V okviru bolnišničnih okužb je ena medicinska sestra opravila podiplomski tečaj iz bolnišnične higiene.
- Tudi v prenova klinične poti za punkcijo, ki je enotna tako za abdominalno, plevralno kot lumbalno punkcijo.

Kultura varnosti in vzpostavitev varnega dela

Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima. Vse zdravstvene delavce smo izobrazili o varnostni kulturi. 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. Varnostne vizite in varnostne pogovori ter analize, vzročno posledične konference so tudi v letu 2015 bili naša stalnica izvajamo.
Stremeli smo k nekaznovani politiki in proaktivnemu učenju iz napak. Prav tako so v letu 2015 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 2015 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. V letu 2015 beležimo slabše rezultate na področju preprečevanja in MRSA in padcev. Nekoliko slabše rezultate pripisujemo povečanemu številu težko bolnih pacientov. V primerjavi z letom 2014 smo izboljšali kazalnik kolonizacije osrednjih venskih katetrov (OVK) in RZP.

Tabela 2: Prikaz incidence MRSA, RZP, vseh padcev pacientov, katetrske sepse in kolonizacije OVK

Kazalnik	**2012**	**Cilj 2013**	**2013**	**Cilj 2014**	**2014**	**Cilj 2015**	**2015**
MRSA	0,15	0	0,13	0,13	0,11	0,13	
RZP	2,8	0,47 %	0,78 %	0,57 %	0,69 %	0,60	0,60%
Padci s postelje	0,27	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,8
Vsi padci	1,1	1,0	1,7	1,0	1,3	1,3	1,6
Katetrska sepsa	2	0	0	0	2	0	0
Kolonizacija OVK	0,9	0	0,8	0	0,2 %	0	

2.4 NADZOR SKLADNOSTI IZVAJANJA STANDARDOV KAKOVOSTI (SOP)

Članice delovnih skupin za izvajanje internih strokovnih nadzor v zdravstveni negi so v letu 2015 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 2014, smo v letu 2015 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. V letu 2015 smo zaznali nekoliko slabše rezultate na področju jutranjega umivanja in ustne nege. Na ostalih področjih pa smo zabeležili boljše rezultate kot v preteklosti.

Tabela 3: Prikaz kazalnikov skladnosti izvajanja SOP - a zdravstvene nege

KAZALNIKI	**% 2012**	**% 2013**	**% 2014**	**%2015**
Jutranje umivanje	82,2	91,2	91,5	90
Ustna nega	91,4	87,83	88,85	88
Odvzem venske krvi	93,7	97,64	97,64	98
Uvedba i.v. kanile	92,7	93,7	93,9	94,5
Oskrba i.v. kanile	92,8	96,0	96,5	98,2
Oskrba vbodnega mesta	0	98,36	97,9	99,5
Menjava inf. steklenice	90,7	96,34	96,8	100
Preventiva RZP	90,0	93,0	93,5	92,5
Oskrba pooperativne rane	0	93,3	93,5	94
Oskrba kronične rane	96,4	93,0	93,2	94,5
Timska predaja pacienta	92,0	92,0	92,5	94.2
Posebni varovalni ukrep	76,61	93,5	93,8	94,4
Kontaktna izolacija	79,0	87,0	88,0	89
Ločevanje odpadkov	92,0	97,0	97,5	98,5
Razdeljevanje zdravil		79,80	87	
Vsi oddelki skupaj	**89,2**	**91,4**	**92,9**	**94,6**

Ukrepi pri timski predaji pacienta med vsemi službami

Učinkovitost timske predaje pacientov v zdravstveni negi je iz leta v leto boljša. V letu 2015 je v primerjavi s preteklimi leti tokrat najboljša. Protokol timske predaje pacienta z leta 2013 smo 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 2016 deluje delovna skupina, ki presoja skladnost SOP - a. V letu 2016 potekajo delavnice za vse zaposlene v zdravstveni negi na katerih se poudarja pomembnost pravilne predaje pacienta.

Tabela 4: Prikaz rezultatov skladnosti kriterijev protokola timske predaje pacienta

Oddelek	**2013**	**2014**	**2015**
Interni oddelek skupaj	89,2	89,5	90
IIT	94,4	94,5	94,4
Kirurški oddelek skupaj	91,85	92,0	92,5
Pediatrija	97,78	97,9	98,5
Ginekološko porodniški odd.	89,5	88,89	88,5
OZZN	92,5	91,11	92,5

EITOS	98,6	97,78	98
Dnevni oddelek	99,2	98,89	99
Vsi oddelki skupaj	93,9	92,22	94.2

Ukrepi na redne nadzore zdravstvene dokumentacije
V letu 2015 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 572 dokumentacij pacientov. Doslednost pri pravilnem izpolnjevanju in dokumentiranju je bila 90 %. V primerjavi z letom 2014 smo izboljšali rezultat za 0,5%. Na osnovi rezultatov smo izvedli korektivne ukrepe.

Ukrepi skladnosti kategoriziranja zdravstvene nege pacientov
V letu 2015 smo izvajali interno preverjanje skladnosti kategoriziranja zdravstvene nege pacienta na vseh oddelkih, ki dnevno kategorizirajo paciente. Pričakovali smo tudi nacionalni nadzor, vendar je le ta zaradi objektivnih razlogov prestavljen v letošnje leto.

Metodologija:

- Nadzor smo izvedli med 13. in 15. uro.
- Pregled smo izvedli za neposredne izvajalce nenapovedano. To je v interesu pridobitve realnih rezultatov.
- 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.
- Skladnost vsebinskih kazalcev smo vpisali v OBR 5.

Tabela 5: skladnosti kategorizacije v zdravstveni negi uspešnost pri merilih kategorizacije je boljša v primerjavi s prejšnjimi leti

	% 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
2015	94,2	89,5

V primerjavi s preverjanjem skladnosti kategorizacije v mesecu maju 2015 smo izboljšanje rezultatov zabeležili na ginekološko - porodniškem oddelku in kirurškem oddelku. Slabši rezultat smo opazili pri ujemanju meril na internem oddelku.

2.5 VARNOSTNE VIZITE/VARNOSTNI RAZGOVORI

Prizadevamo si sproti reševati odklone jih analizirati, se iz kaj naučiti in preprečiti nadaljnje odklone. V okviru izboljšanja varnosti in kakovosti smo v preteklem letu izvedli 462 varnostnih vizit in razgovorov ter pri tem izvedli 1024 ukrepov, od teh jih je bilo uspešno izvedenih 87 %. Učinkovitost izvedenih ukrepov je bila 97,5 %. Vse to kaže na veliko ozaveščenost zaposlenih na področju kakovostne in varne obravnave pacientov.

Tabela 6 : 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
263	291	7	1024/ 997	97,5 %

Tabela 7 : Delež izvedenih varnostnih vizit in ukrepov.

	2011	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***
Število VV/VR	602	675	532	518	462
Število izrečenih ukrepov	876	900	1126	656	1024
Št./delež realiziranih ukrepov	838/95,6 %	1469/98 %	1100/97,7	618/94,2 %	997/97,5%

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, VRE izolacijski ukrepi, razkuževanje rok, ravnanje z odpadki, zaščitna oblačila,
- preprečevanje RZP,
- dokumentacija (izpolnjevanje pacientove dokumentacije v ZN, redne mesečne kontrole),
- predaja pacienta.

2.6 SPOROČANJE NESREČNIH DOGODKOV

V letu 2015 smo odklone in varnostne zaplete spremljali tako kot v letu 2014 v računalniško aplikacijo ART. Zaposleni so sporočili 69 odklonov, kar je glede na leto 2014 nekoliko manj saj smo jih takrat zabeležili 81. Uspešno je bilo realiziranih 59 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.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V skladu z finančnim načrtom smo opredelili potrebe po kadrih na posameznih oddelkih. Tekli so postopki in vse aktivnosti ob sprejemu novozaposlenih, kot so informiranje, izobraževanj, spodbujanje timskega dela in znanstveno – raziskovalne dejavnosti.
Tudi v letu 2015 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.

Trudili smo se, da dobra komunikacija teče na vseh nivojih z multidisciplinarnim sodelovanjem, s poudarkom na komunikaciji s pacienti in njegovimi svojci. Nekaj energije smo vložiti za razumevanje dilem s katerimi se v zdravstvu srečujemo.
V zdravstveni negi se je zmanjšalo število zaposlenih srednjih medicinskih sester. 7 zaradi zaključenega šolanja na visokošolski stopnji, 1 srednja medicinska sestra je zaključila prekvalifikacijo, 3 so odšle in smo jih nadomestili z diplomiranimi medicinskimi sestrami.
Med diplomiranimi medicinskimi sestrami se je v drugi polovici leta število zaposlenih zvišalo, zaradi sprejema novega kadra na podlagi uvedbe turnusnega dela. Le tega nismo izvedli, ker se je izkazalo, da v tako kratkem času novozaposleni kader ni mogoče izobraziti za samostojno delo. Tako je konec leta število diplomiranih medicinskih sester enako lanskoletnemu (+1). Se pa srečujemo s težavo v organizaciji dela med omenjenim kadrom, saj smo prejeli številne odpovedi zaposlitev (odhod v referenčne ambulante) in imamo na vseh oddelkih veliko novega, še neizkušenega kadra.

3.1 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. Predstavljali strokovne prispevke, raziskovalne naloge in znanstvene članke. 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 2015 pripravili načrt izobraževanj.

Tabela 8: 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 1065 zaposlenih v zdravstveni negi; • Izvedenih je bilo 22 izobraževanj ovrednotenih z licenčnimi točkami; • Izvedenih je bilo še 21 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; Skupno je bilo 141 ur izobraževanj; • Izvedena je bila obvezna licenčna vsebina Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja.

Tabela 9: Primerjava ur internega strokovnega izobraževanja v letih 2010 do 2015

Leto	**Število ur izobraževanj**	**Število udeležencev**
2010	59	985
2011	68	951
2012	108	813
2013	147	1105
2014	132	989
2015	141	165

8. Dnevi Angele Boškin

23. 10. 2015 smo v hotelu Špik Gozd Martuljku v okviru organizacijskega odbora zaposlenih Splošne bolnišnice, izpeljali strok. izobraževanje 8. tradicionalnih dnevov Angele Boškin. Tokratna tema je bila »PRIMERI IZ PRAKSE – SMO ZRELI, DA SPREGOVORIMO O NELJUBIH DOGODKIH«. Predstavili smo se z petimi strokovnimi prispevki. Beležili smo veliko število udeležencev, preko 100, ki so zadovoljni prejeli veliko novih znanj s področja kakovosti in varnosti.

3.2 DODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO

V letu 2015 s strani bolnišnice ni bilo sofinanciranih novih vpisov na visokošolsko izobraževanje na področju ZNO, saj je ZUJF to onemogočal. V poteku izobraževanja je še 6 študentov na dodiplomskem študiju in 5 na magistrskem izobraževanju.

3.3 DOBITNICI PRIZNANJ SREBRNEGA ZNAKA DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV GORENJSKE

V letu 2015 smo v naši bolnišnici imeli dobitnika najvišjega priznanja društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske. Priznanje je prejel dolgoletni sodelavec Boštjan Gluhar, ki je v Splošni bolnišnici Jesenice zaposlen od leta 1982, najprej kot medicinski tehnik, od leta 1989 pa kot mavčar v kirurški specialistični ambulanti, kjer dela opravlja še danes. Dobitniku iskrene čestitke!

4 GLAVNI STRATEŠKI CILJI V ZNO V LETU 2016

PODROČJE	CILJ	KAZALNIKI	CILJNA VREDNOST	AKTIVNOSTI
KAKOVOSTNA IN VARNA CELOSTNA OBR. PACIENTA	1.Izboljšati učinkovitost na področju ravnanja z zdravili	Število odklonov in napak	Največ 12/leto	- Vzpostaviti večjo motivacijo zaposlenih o poročanju napak v zvezi z ravnanjem z zdravili z dodatnim izobr. - Izvajanje VV/VR na področju ravnanja z zdravili - Pri razdeljevanju zdravil sodeluje farmacevtski tehnik
		Rezultati nadzorov kazalniki		- Izdelati letni načrt spremljanja kazalnikov na področju ravnanja z zdravili
		Učinkovitost ukrepov	Vsaj 10 učinkovitih	- Intenzivno ukrepanje glede na poročilo nadzora in ponovni nadzor po izvedenih ukrepih v mesecu septembru - spremljanje učink. ukrepov
		Poročila o izpolnjevanju zdravstvene dokumentacije	Mesečno	- Mesečni nadzor nad izpolnjevanjem dokument. - Definiranje ukrepov glede na mesečna poročila in spremljanje učinkovitosti
	2. Nenehno izboljševanje kulture varnosti in kakovosti pri vsakdanjem delu	Izboljšanje rezultatov ankete o zaznavanju kulture varnosti pacientov v SBJ glede na leto 2014 in izvedba ukrepov		- oblikovanje strateg. in ciljev na področju varn. in kak. v okviru celostne oskrbe pac. - akcijski načrt ukrepov glede na ugotovitve ankete o kulturi varnosti iz leta 2014 - usmerjeno izobr. zap. in vključitev znanj o varnosti v fleksibilno matriko znanj - izvajanje strok. nadzorov v okviru celostne oskrbe pac., aktivnosti za real. ukrepov glede na nadzore - izvajanje preventivnih ukrepov (padci, RZP, boln. okužbe, posebni varovalni ukrep, ravnanje z zdravili, kazal. pri

				nadzoru svežnja ukrepov za prepreč. ventilatorske pljučnice, osrednjega venskega katetra, urinskega katetra) - zagotovitev pogojev za zaseb. pac. v boln. sobah - aktivnosti na področju zagotavljanje zasebnosti pri neposrednem delu pri pac. - anketa o zadovoljstvu pac.
		Izboljšanje rez. nadz. cel. oskrbe pac. in vodenje kaz. kakov.		- vzpostaviti uporabo kirurškega kontrolnega seznama v amb. op. dejavnosti
		Število vzročno posledičnih konferenc glede na letni načrt	3 x letno	- konference o izidih in zapletih, mortalitetne in morbiditetne konf., redne varn. vizite in razgovori
		Št. sodelujočih v zdr. negi na del. o kulturi varn.	2 x letno	- izobraževanje zaposlenih o kulturi varnosti
		Št. dokume. odklonov	2 x letno	- ukrep. glede na vsebino odklonov in sledenje učin
	3. Zagotavljanje osebne integritete pacientom	Izboljševanje rezultatov ankete o zadovoljstvu pacientov	1 x letno	- aktivno delo projektnega tima, redni sestanki in opredelitev ciljev na področju osebne integritete pacientov
		Št. zaposlenih pri izobraž. o pac. pravicah, etiki in komunik. s pac.	1 x letno	- izobr. v zdr. negi o vsebini osebne integriteti, etika - izobraževanje v zdravstveni negi o pacientovih pravicah
		Št. zap. vključenih v izobr. o inf. varnosti	2 x letno	- izobraževanje v zdr. negi o varstvo osebnih podatkov in varstvo poklicne skrivnosti
		Sledenje trendov rezultatov glede na izvajanje strokovnih nadzorov v ZN glede zagot. integritete pac.	2 x letno	- Izvajanje strokovnih nadzorov v ZN - zagotovitev pogojev za zasebnost pac. v bol. sobah - aktivnosti na področju zagotavljanja zasebnosti pri neposrednem delu pri pac.
	4. Izboljšati informiranost pacientov in njihovih svojcev o zdravstveni oskrbi in poteku priprave na odpust, zdravstveni negi ter zdravstveno vzgojnem delu	dvig zadovoljstva pacientov glede na anketo o zadovoljstvu pacientov v predhodnem letu		- ozaveščanje zaposlenih in pacientov o pomembnosti pravice pacientov in njihovih svojcev do ustrezne inform. o sprejemu in odpustu - vodenje kazalnikov koordinatorja zdr. oskrbe na kirurškem in internem odd.
		delež izvedenega ZV dela		- sledenje zdravstveno vzgojnemu delu na različnih področjih oskrbe pacientov - dopolnitev internetne strani na področju ZV dela in informiranja pacienta
		Delež družinskih konferenc	25	- izdelati protokol organ. družinskih konferenc pri pacientih, pri katerih je zaznati težaven odpust
	5. Zmanjšati mož. nap. ident. pac.	100 % pravilna identifikacija pac.	Maj 2016	- Izdelava stand. kakovosti »Identifikacija pac.«
	6.Izboljšanje predaje pac. med vsemi službami	Št. udeleženih zap. na izobr.	2 x letno	- Izobraževanje zaposlenih o pravilni identifikaciji pacienta
		Izvedba nadzora nad izvajanjem SK o identifikaciji pacienta	1 x letno	- Št. ukrepov po izvedenem nadzoru in merjenje njihove učinkovitosti

		90 % skladnost z SOP pri izvedbi nadzora	2 x letno	- pregled in dopolnitev SOP predaje pacienta, - opredeliti ustrezno orodje za kakov. in varno predajo službe na vseh nivojih - nadzor nad izvajanjem SOP predaje pacienta Izobr. o pomenu predaje pacienta na vseh nivojih
	7. Izboljšanje rezultatov ankete o zadovoljstvu pacientov in notranjih uporabnikov	Izboljšanje rezultatov ankete glede na rezultate preteklih let	1X letno	- analiza odstopanj v anketah o zadovoljstvu pacientov s specialistično amb. obravnavo, s storitvami na radiološkem oddelku, , FTH, dnevnem oddelku, OZZN, na hemodializi, v enotah int. terapije, o zadovoljstvu porodnic in otročnic na porod. Odd., ankete notranjih uporabnikov z delom zunanjega izvajalca čiščenja in oskrbe s tekstilijami, ankete o zadovoljstvu notranjih uporabnikov s storitvami Centralne ster., lekarne, določitev ukrepov glede na odstopanja in merjenje učinkovitosti
	8. Izboljšati kakovost meritev ob pacientu	Število odstopov od kakovosti vzorcev	Znižati št. odstopov iz 1101 (v letu 2015) na 1000	- Beleženje odklonov kakovosti na Obr 065
		Zadovoljstvo z laborator.storit.	Izboljšati za 10%	- Anketiranje zdravnikov in DMS
		Št. odstop. od ciljnih vred. kontr.	Zmanjšati iz 7 na 5	- Rezultati zunanje kontrole POCT
		Št. org. strok. izobr. za POCT	Povečati na 2 izobr.	- Organizacija izobraževanj za POCT promotorje
		Število odklonov pri terapiji z insulinom	Začeti z vodenjem	
Strokovnost	Uvedba elektr. temperaturnega lista	Št. odd., ki do konca leta 2016 uporablja ETTL	Uvajanje	- uvesti na enem oddelku
Bolnišnične okužbe	Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb	Število prenosov VOB v bolnišnici: število prenosov/število vseh hospitalizacij	Zmanjšanje št. bolnišničnih okužb z VOB	- Spremljanje hospitaliziranih bolnikov z boln. okužbami - Spremljanje bol. z VOB, spremljanje poti prenosa - Promocija higiene rok in drugih ukrepov za prepreč. prenosa okužb, - Raziskava o številu koloniziranih pacientov z VOB, ki prihajajo iz DSO
Raziskovalna dejavnost v ZN	Povečati raziskovalno dejavnost v ZNO	Spremljanje števila aplikativnih raziskovanj v ZNO	2 x letno	- Aktivno raziskovanje v ZNO - Delovanje projekt. sk. za raziskovanje v ZNO in oblik. kriterijev za razvojni proces - Objava aplikativnih raziskav na intranetni strani
		Spremljanje števila habilitacij v ZNO	1 x letno	- Spremljanje kriterijev za pridobitev habilitacij - Vodenje evid. o pridobljeni habilitaciji zap. v ZNO

Voditeljstvo in zaposleni		Ponovitev delavnic o vodenju za vse nivoje vodenja	Del. o vodenju – vsaj 1x na leto se del. udeležijo vsi vodje(100%)	- V letu 2015 se organizira izobraževanje ali delavnica na temo vodenja zaposlenih
	Letni razgovori Matrike znanj	Delež izvedenih LR Delež narejenih matrik znanj	LR narejeni z večino zap. (91 %) Matrike znanj narejene za vse službe in enote	- Delež izvedenih LR – poročanje 1x letno - Oblikovanje »prijaznejše« oblike LR - Pripraviti novo obliko matrik znanj za vse službe in enote
	Opredeliti pristojnosti in delokroge zaposlenih	Delež narejenih delokrogov Sprejeti kadrovski normativi	Narejeni delokrogi za vsa sistemizirana delovna mesta Narejeni kadrovski normativi za vse službe/enote	- V letu 2016 bo potrebno na novo opredeliti sistemizacijo delovnih mest. Hkrati s tem se bodo za vsa delovna mesta sprejeli delokrogi. - Zaradi lažjega načrtovanja zapos. novega kadra bomo sprejeli kadr. normative. Na ravni države jih čakamo že dolgo časa, zato načrtujemo, da bomo v letu 2016 sprejeli interne normative.
	Prevzem zdravil in ŽŽMTP preko čitalca barv kode	Število prevzetih artiklov	80 %	- Posodobitev proga GoSoft.
	Dobro sodel. z dob. (ocen. dob. letno po postavljenih merilih),			
	Izvajanje nabav v skladu s prejetim fin. načrtom.			

POROČILO NAMESTNICE POMOČNICE DIREKTORJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

Letno poročilo je razdeljeno na različna področja, ki jih obvladuje namestnica pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe (NPDZNO).

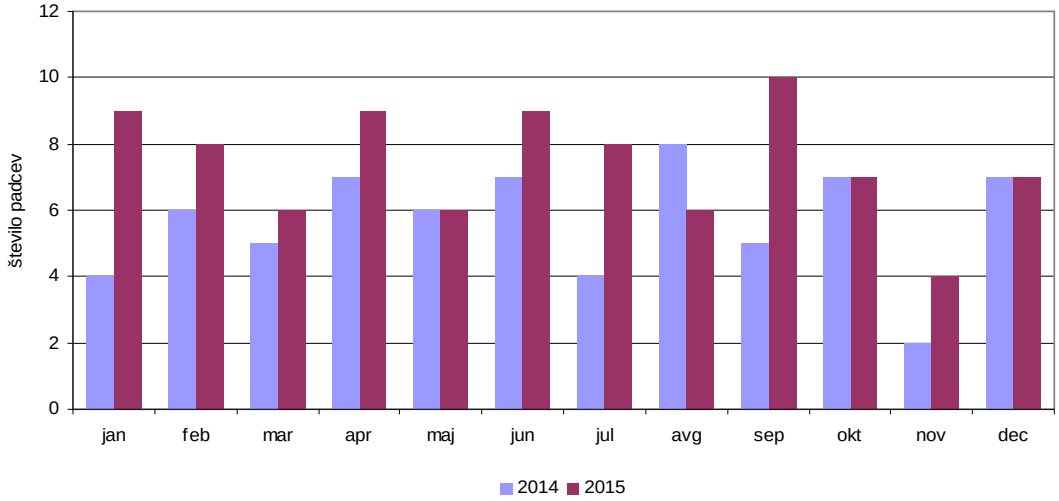
1 KAKOVOST IN VARNOST

1. 1 PREPREČEVANJE PADCEV PACIENTOV

Padec pacienta 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 hujšimi poškodbami. Z aktivnostmi za preprečevanje padca želimo zmanjšati število padcev in s tem posledično poškodbe pacientov.V letu 2015 smo zabeležili tri padce na pediatričnem oddelku. Pri nobenem od teh padcev otroci niso utrpeli poškodb.V obdobju od 1.1. do 31.12.2015 so bili posebni varovalni ukrepi uporabljeni pri 350 pacientih – incidenca 0,05. V letu 2015 smo, kot posledico padca, zabeležili dva zloma kosti in dve razpočni rani, ki sta potrebovali oskrbo kirurga. Aktivnosti projektne skupine za preprečevanje padcev so potekale tudi v letu 2015. Člani skupine so slabo aktivni in tudi udeležba na srečanjih je bila skromna.

Tabela 1: Primerjava vseh padcev in padcev s postelje januar – december 2014 in 2015

	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. padc.	10	4	7	6	10	5	4	7	6	9	7	6	8	4	8	8	10	5	6	7	11	2	8	7
Inc. vseh padc.	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	5	2	2	0	2	0	0	2	1	4	1	2	3	2	4	2	2	3	0	4	4	0	1	5
Inc. padcev s	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 poško	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 po mesecih v letu 2014 in 2015

1.2 REALIZACIJA CILJEV KAZALNIKA PREPREČEVANJA PADCEV

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	1,6 /1000 BOD 89	1,1/1000 BOD 63	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Izvajanje preventivnih in načrtovanih ukrepov za preprečevanja padcev	DA	V okviru VR po padcu pacienta na oddelku/enoti	Izvajanje ukrepov na kir., int., ped. in ginekološko porodniškem odd. – veza zapisi VR. Seznami pri glavnih MS/vodjih enot
	Izvedba delavnic za preprečevanje padcev, razširjanje dobre prakse	DA	2 - 3x letno v okviru internega izobraževanja po oddelkih/enotah	Cilj ni realiziran, ker je sprememba lestvice pogojena s finančnimi sredstvi ,ki trenutno niso na razpolago.
	Priprava nove lestvice za oceno ogroženosti pacientov in testiranje v praksi	NE	30.6.2015	Zaenkrat se odstopi od priprave nove lestvice.
	Mesečno izvajanje nadzornih pregledov ocenjevanja, načrtovanja in izvajanja aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev, izvajanje VV/VR	DA	12 Po vsakem padcu 2 delavnici	18 89 2 delavnici (februar, maj 2015)
	Pregled vzrokov za padec, študija primera	DA		Izvedeni 3 sestanki, sodelovanje večine članov je

	Izobraževanja tima ZN o pravilni izbiri in uporabi PVU - Sodelovanje članov tima ZN v projektni skupini za preventivo padcev Označevanje pacientov na seznamu (tabli), ki so ogroženi za padec – magnetki, pacienti, ki so zelo ogroženi rumene nogavice, vsi ogroženi pacienti rumena ident. zapestnica Ozaveščanje pacientov in njihovih svojcev o dejavnikih tveganja za padec – priprava plakata Nabava in uporaba blazin s senzorji, ki zaznajo spremembo položaja pacienta Dopolnitev kompletov za izvedbo PVU glede na potrebe oddelka/enote, zamenjava trebušnega pasu, ki ni varen za izvedbo PVU, z varnim Uvedba ničelne tolerance za padec po oddelkih/enotah Aktivno vključevanje zdravnika v preventivo padcev	DA DELNO DA DELNO NE DA DA NE	6 sestankov letno, aktivno sodelovanje članov Vsi pacienti, ki so ogroženi za padec Plakat o preprečevanju padcev na hodnikih in oddelkih/enotah Uporaba pri zelo ogroženih pacientih. 31.3.2015 Kontinuirano Kontinuirano	pasivno Označevanje ogroženih pac. se izvaja na seznamu (tabli), vsi ogroženi pac. imajo nameščeno rumeno ident. zapestni, zelo ogroženi pac. rumene nogavice, pacienti, ki so že doživeli padec pa rumeno pižamo Plakat je, v velikosti A 4, na voljo pacientom in njihovim svojcem, v mapah z informacijami v bolniških sobah V finančnem planu za leto 2016 Realizirano Se izvaja na oddelkih/enotah Se ne izvaja
Cilj št. 2	**Zmanjšati incidenco padcev pac. iz postelje**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**	**Evalvacija**
Kazalnik	Incidenca št. padcev iz postelje / 1000 BOD Število padcev pacientov iz postelje	0,6/1000 BOD 32	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 noč. času Število padcev pacientov v nočnem času	35 % 31	28 % 18	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 pac.	91 %	100 %	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1		Enako kot pri cilju št. 1	Poročanje strok. svetu
Cilj št. 5	**Pacient po padcu brez poškodb**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**	**Evalvacija**
Kazalnik	Padci pacientov s poškodbami	4	0	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1		Enako kot pri cilju št. 1	Enako kot pri cilju št. 1

1.3 KOREKTIVNI UKREPI, KI SE NANAŠAJO NA PADEC PACIENTA

Korektivni ukrepi, ki se nanašajo na padec pacienta
- Celostni pristop pri obravnavi pacienta - Delavnice o izpolnjevanju dokumentacije in vnosu preventive v B 21 - Sprotno pospravljanje pripomočkov - Nabava protizdrsnih podlog za kopalnico - Zdravstveno vzgojno delo o preprečevanju padcev že ob sprejemu pacienta. - Upoštevanje protokola in navodil SOP 44, SOP 5 in SOP NA 47 - Individualno načrtovanje aktivnosti preventive padca, nadzor in opazovanje pacienta - Študija primera po padcu pacienta - Negovalna vizita - Varnostni razgovori
Evalvacija - Izvajanje ukrep. je potrebno sproti nadzirati, na njih opozarjati in se pogovarjati na odd. sest. - Zapisi o izvedenih aktivnostih se nahajajo pri koordinatoricah/vodjih ZN in NPDZNO. - Izrečenih je bilo 47 ukrepov.

1. 4 POSEBNI VAROVALNI UKREPI

Posebni varovalni ukrep (PVU) posega v pacientovo osebno svobodo, njegovo integriteto in dostojanstvo. Pred uporabo posebnega varovalnega ukrepa je potrebno uporabiti alternativne metode, aplikacijo zdravil, umirjanje pacienta. Velik pomen ima izobraževanje članov tima ZN o preventivi padca, o pravilni izbiri in uporabi sredstva za fizično omejitev.
V obdobju od 1.1. do 31.12.2015 so bili PVU uporabljeni pri 350 pacientih – incidenca je 0,05.V protokolu SOP 44 Omejevanje pacienta je opredeljen kazalnik učinkovitosti in uspešnosti procesa. Nadzor nad pravilno izvedenim posebnim varovalnim ukrepom je bil izveden v mesecu marcu in novembru 2015, delež skladnosti s kriteriji je bil 93,66 %.
Nadzor nad pravilno izpolnjeno dokumentacijo je bil izveden v maju in novembru 2015, delež skladnosti s kriteriji je bil 95 %. Tudi ta kazalnik je predstavljen v posebnem poročilu.

1.5 POROČILA VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORA – 01. 01. - 31. 12. 2015

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	9
Število izrečenih ukrepov	12
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	10

2 INTERNO STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

Izobraževanje poteka skozi vsa obdobja človekovega življenja in se ne konča z zaključkom formalnega izobraževanja. Strokovne vsebine izobraževanj so izbrane na predlog zaposlenih

v zdravstveni negi in razvoj stroke. V program izobraževanj so vključene tudi vsebine, ki so obvezne za pridobitev in podaljšanje licence. V letu 2015 je izobraževanje potekalo po načrtu in glede na finančne možnosti.

2.1 REALIZACIJA CILJEV KAZALNIKA IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

Stalno izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi ima velik pomen za boljšo kakovost dela in celostno obravnavo pacienta. Izobraževanje izboljšuje tudi kulturo in razumevanje v timu. Vodstvo zdravstvene nege, v okviru dodeljenih finančnih sredstev, pripravi letni načrt izobraževanj. Izvedenih je bilo 22 izobraževanj ali 73 %, vsebine za podaljšanje licence niso bile izvedene, ker so se v novembru 2015 menjale strokovne smernice (TPO) in smo v decembru 2015 izvedli dva izobraževanja in zaposlene seznanili z novostmi.
Skupaj so izobraževanja znašala 55 pedagoških ur, vseh udeležencev pa se je bilo 604. Srednja ocena zadovoljstva udeležencev je bila 4,4 od 5,0 točk.

Tabela 3: Realizacija ciljev kazalnika Izobraževanje zaposlenih

Cilj	
Kazalnik	• Število izvedenih izobraževanj; • Število izvedenih ur izobraževanja; • Rezultati ankete o zadovoljstvu zaposlenih z internim strokovnim izobraževanjem.
Dosežena realizacija	• Izvedenih je bilo 22 izobraževanj, 4 izobraževanja so bila ovrednotena s pedagoškimi točkami, 6 izobraževanj je bilo ovrednoteno s pedagoškimi in licenčnimi točkami ter 13 ostalih strokovnih izobraževanj.
Predvidena realizacija	• 30 izobraževanj, od tega 10 izobraževanj za pedagoške in licenčne točke, 2 izobraževanja za podaljšanje licence in 18 ostalih strokovnih izobraževanj.
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 Zbornico – Zvezo in Ministrstvom za zdravje;
Evalvacija	• Izvedenih je bilo 22 izobraževanj ali 73 %, od tega 4 izobraževanja ovrednotena s pedagoškimi točkami, 6 izobraževanj ovrednotenih s pedagoškimi in licenčnimi točkami ter 13 ostalih strokovnih izobraževanj; • 55 ur, število udeležencev 604, Povprečno število udeležencev na izobraževanju je bilo 27; • Povprečna ocena zadovoljstva je 4,4, poteka ob koncu izobraževanja in je bilo izvedeno v 64 %; • Udeležence na izobraževanjih se vnaša v sezname prisotnosti za zbiranje pedagoških in licenčnih točk. Seznami so bili posredovani na Zb Zv in MZ.

3 PRIPRAVNIŠTVO

Pripravništvo predstavlja pomemben del praktičnega in teoretičnega usposabljanja po zaključku formalnega izobraževanja za poklic tehnik zdravstvene nege (TZN). Program poteka pripravništva opredeljuje Odredba o programu pripravništva in strokovnega izpita za poklic tehnik zdravstvene nege/tehtnica zdravstvene nege (TZN) Uradni list RS, 10//2012. Poleg pripravnikov TZN iz SBJ, del kroženja v okviru pripravništva opravljajo tudi TZN iz drugih zdravstvenih zavodov.

3.1 REALIZACIJA CILJEV KAZALNIKA IZOBRAŽEVANJE PRIPRAVNIKOV TZN IN UVAJANJE V DELO NOVO ZAPOSLENIH

V letu 2015 so v SBJ uspešno zaključili pripravništvo 4 TZN, 2 TZN nista uspešno opravila internega preverjanja znanja, 5 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 53 pripravnikov TZN, 3 dipl. fizioterapevti in 2 univ. dipl. soc. del. Ob zaključku pripravništva oz. kroženja izvajamo anketo o poteku pripravništva in uvajanju novo zaposlenih.

Tabela 4: Realizacija ciljev kazalnika Izobraževanje pripravnikov TZN in uvajanje v delo novo zaposlenih

Cilj	Izobraževanje pripravnikov TZN in uvajanje v delo novo zaposlenih
Kazalnik	• Izobraževanje za pripravnike in novo zaposlene po bolonjskem programu • 1 – 2 X letno glede na število pripravnikov
Dosežena realizacija	• Izvedeno je bilo izobraževanje iz teoretičnih vsebin ZN za pripravnike TZN v obsegu 32 ur. • Novo zaposleni, po končanem bolonjskem študiju, so se udeleževali internih in eksternih oblik izobraževanja.
Kazalnik	• Izvajanje anketiranja o poteku pripravništva in uvajanja – pridobiti 80 % delež vrnjenih anket.
Realizacija	• Realizacija vrnjenih anket je bila 100 %. • 49 % jih je stalno delalo z mentorjem, 51 % občasno; • 71 % mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 19 % prav dobro, 7 % povprečno in 3 % zadovoljivo; • 88 % pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah, 10 % občasno in 2 % nikoli; • 99 % pripravnikov je nadgradilo svoje znanje, 1 % ne; • 68 % pripravnikov se čuti sposobnega za samostojno delo, 32 % pa je usposobljenih bolj kot na začetku pripravništva.
Izvedene aktivnosti	• Individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoret. znanja ZN; • Ocenjevanje pripravnikov/novo zaposlenih po bolonjskem programu s strani mentorjev; • Spodbujanje mentorjev h kakovostnemu prenosu znanja na mlade sodelavce; • Posredovanje mnenja o zunanjem pripravniku v matično ustanovo; • Preverjanja teoretičnega in praktičnega znanja po opravljenih obveznostih; • Stalna skrb za kakovostni potek pripravništva.
Evalvacija	• Opravljene konzultacije in posredovana strokovna literatura; • Po zaključku kroženja na oddelku/enoti, v primeru povprečne ocene razgovor s pripravnikom/novo zaposlenim po bolonjskem programu, zapis pogovora hranjen v dokumentaciji. O zunanjih pripravnikih se posreduje mnenje v matično ustanovo; • Glede na rezultate anket razgovor s koordinatorico/vodjo ZN, VR z mentorji; • Dopis zunanjim zavodom, kaj pričakujemo od pripravnika, dopis v primeru neupoštevanja standarda osebne urejenosti.

4 OSTALE AKTIVNOSTI

4.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTA

Na področju kategorizacije potreb pacientov po zdravstveni negi (SKBZN) se pripravljajo mesečna in letna poročila. Prav tako smo vključeni v delovno skupino za poenotenje SKZBZN v okviru Razširjenega strokovnega kolegija. V letu 2015 smo izvedli 2 nadzora nad

kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Poročila o rezultatih nadzora so bila posredovana koordinatorju redne delovne skupine za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Poročilo o kategorizaciji zahtevnosti bolnišnične ZN za leto 2015 je predstavljeno kot samostojno poročilo.

4.2 PREHRANA PACIENTOV

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.Skupina za izboljšanje prehrane pacientov šteje 6 članov. V letu 2015 smo imeli 26 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. Reševali smo tudi pritožbe pacientov o nezadovoljstvu s prehrano in, glede na možnosti, upoštevali njihove pripombe in predloge.
6.11.2015 se je kuhinja preselila v prenovljene prostor. Člani skupine projektnega tima za izboljšanje prehrane pacientov smo se aktivno vključevali v odpravljanje nepravilnosti, ki so nastale pri gradnji in niso bile odpravljene. S selitvijo kuhinje se je, iz pediatričnega oddelka, preselila tudi priprava adaptiranega mleka za otroke. Postopoma smo prešli na ponudbo prehrane kot pred prenovo kuhinje. Aktivno smo se vključili tudi v odpravljanje korektivnih ukrepov po sanitarno higienskem pregleda centralne kuhinje in pripadajočih prostorov s strani NLZOH.

4.3 SKUPINA ZA OBVLADOVANJE PREDANALITIČNE FAZE

V letu 2015 sta bila organizirana dva sestanka. Na rednih sestankih smo obravnavali problematiko v predanalitični fazi vzorčenja. V okviru skupine smo sproti odpravljali zaznane nepravilnosti v predanalitični fazi vzorčenja, posredovali dodatne informacije o izvajanju procesa laboratorijskih preiskav, trendih vodenja predanalitičnih napak, poudarjali pomembnost pravočasne dostave mikrobioloških vzorcev v laboratorij, doslednost pri izpolnjevanju spremnih listov in se pogovarjali o neljubih napakah, podpirali smo izobraževanje, obveščanje, praktično usposabljanje za zmanjšanje števila predanalitičnih napak. Glede na priporočilo zunanje presoje, za kakovostno izvajanje POCT, smo opozarjali na notranjo kontrolo, ki se mora izvajati vsak dan na vseh merilnikih, ki so dnevno v uporabi.

4.4 SODELOVANJE S SREDNJO ŠOLO JESENICE – ZDRAVSTVENA USMERITEV IN FAKULTETO ZA ZDRAVSTVO JESENICE

Sodelujemo s Srednjo šolo Jesenice – zdravstvena usmeritev, kjer je vloga namestnice pomočnice direktorja za ZNO pri pripravi izvedbe praktičnega pouka in izvedbi praktičnega usposabljanja z delom (PUD).
V letu 2015 je 25 dijakov uspešno opravilo PUD. Po zaključku so dijaki izpolnjevali ankete o zadovoljstvu.
Rezultati so naslednji:

- prisotnost mentorja: stalno 48 %, občasno 42 %;
- posredovanje znanja: odlično 96%, prav dobro 4 %;
- priložnost opravljanja postopkov in posegov navedenih v poklicnih aktivnostih in kompetencah: da 88 %, včasih 12 %;
- podpiranje pri pridobivanju znanja: da 100 %;
- uspešna nadgradnja znanja: da 100 %;
- izvajanje intervencij ZN po standardih kakovosti: da 71, večinoma 25 %, občasno 4%;
- tim ZN je dijaka sprejel: prijazno 88 odvisno od tima 12
- pričakovanja dijakov: so se izpolnila 100 %.

Sodelovali smo tudi pri predstavitvi poklicev v ZN za dijake 2. letnika in organizirali ogled SBJ za dijake 1. letnika.
Za študente Fakultete za zdravstvo Jesenice (FZJ) opravljamo 100 % mentorstvo na področju ZN kirurškega bolnika, ZN internističnega bolnika, ZN žene, ZN otroka in mladostnika ter 20% mentorstvo pri ZN 1. Naloga namestnice pomočnice direktorja za ZNO je uvodni sestanek s študenti, priprava razporedov in evalvacija po zaključku kliničnega usposabljanja. Njena naloga je tudi priprava in izvedba izbirnega kliničnega usposabljanja za študente FZJ. V študijskem letu 2014/15 23 študentov opravljalo IKU.
S strani študentov smo obravnavali 1 odklon, s strani učne baze 2. Odklona sta bila uspešno rešena, sprejeti ukrepi in do ponovitve odstopanj v tem študijskem letu ni več prišlo.
V letu 2015 smo sodelovali pri predstavitvi poklicev v ZN na Srednji šoli Jesenice – zdravstvena usmeritev in pripravili ogled SBJ za 9. razred učencev Osnovne šole Žirovnica ter 1. letnik Srednje šole Jesenice – zdravstvena usmeritev.

4.5 UDELEŽBA NPDZNO NA IZOBRAŽEVANJIH

Članica organizacijskega odbora: 8. Dnevi Angele Boškin »Primeri iz prakse – smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih?«.
Pasivna udeležba: Poškodovana koža, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Obravnava agresivnega pacienta, Psihiatrična bolnišnica Begunje, 9. šola za klinične mentorje: Teorije in modeli zdravstvene nege. Kako jih uporabiti na kliničnih problemih?, Fakulteta za zdravstvo Jesenice, 8. Dnevi Angele Boškin »Primeri iz prakse – smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih?«.

4.6 OSTALO

Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO je članica skupine za razvijanje standardov kakovosti, skupine za inkontinenco, skupine za obvladovanje bolnišničnih okužb, skupine za pripravo negovalnih diagnoz, skupine za raziskovanje v zdravstveni negi, skupine za dokumentacijo, Komisije za medicinsko etiko, je odgovorna oseba za prvo prijavo kršitve pacientovih pravic. V letu 2015 je sodelovala tudi pri interni presoji.

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 2015

Naslov predavanja,delavnice	Št. ur na udeleženca	Št. udeležencev	Licenčne točke	Pedagoške točke	Ocena
1. Podkožna venska valvula, 22.1.2015	2 (2x45min)	15	NE	NE	5,0
2. Posebni varovalni ukrep (predstavitev dopolnjenega	2 (2x45min)	19	NE	NE	/

treb. pasu za fiz. omejitev pacienta) 4.2.2015					
3. Poznavanje reanim. vozička kot pomemben dejavnik pri izvedbi reanimacije, 12.2.2015	2 (2x45min)	55	NE	NE	4,9
Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomat. defibrilatorja za ZT in fizioterapevte, 17.2.2015	4 (4x45 min)	11	NE	NE	4,8
4. Prehrana pacienta s sladkorno bol., 9.4.2015	2 (2x45min)	24	NE	DA	4,7
5. Preprečevanje in obvlad. BO, 23.4.2015	2 (2x45min)	40	NE	DA	4,7
6. Temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja za radiološke inženirje, 12.5.2015	2 (2x60min)	10	NE	NE	/
7. Zdravstveno vzgojni pristop pri pacientu s srčnim popuščanjem, 25.5.2015	2 (2x45min)	35	NE	DA	4,8
8. Oviranje pac. s Segufix pasovi, obvladovanje agresiv. vedenja in veščin samoobrambe, 28.5.2015	3(3x45min)	28	NE	NE	/
9. Ergonomsko gibanje pri izvajanju postopkov v zdravstvu, 17.6.2015	2 (2x45min)	20	NE	NE	3,9
10. Oskrba pacienta v zadnjih dneh življenja, 24.9.2015	2 (2x45min)	30	NE	NE	5,0
11. Stres in izgorelost na del. mestu, 1.10.2015	60 min	33	NE	NE	4,5
12. Ali dovolj poznamo pojav epidem. gripe? Pomen prevencije gripe s ceplj. za bol. in zdr. del. 8.10.2015	60 min	34	NE	NE	/
13. Obravnava pac. z možgan. kapjo, 22.10.2015	60 min	25	DA	DA	5,0
14. 8. Dnevi Angele Boškin, 23.10.2015	490 min	49	DA	DA	4,8
15. Bolečina 4.11.2015	75 min	29	NE	NE	/
16. Osteoporoza in osteop. zlomi Pohar Lidija,dr. med.,spec. int. med., 25.11.2015	2 (2x45min)	18	NE	NE	/
17. Ločevanje odpadkov in higiensko razkuževalni plan 2.12.2015	2 (2x45min)	28	DA	DA	4,5
18. 15. Srečanje Gorenjske ped. – Obravnava otrok in mladostnikov s kir. obolenji v SBJ 3.12.2015	165 min	22	DA	DA	
19. Novosti v smernicah za oživljanje 3.12.2015	60 min	41	DA	DA	/
20. Aromaterapija 10.12.2015	2 (2x45min)	17	NE	NE	4,8
21. Novosti v smernicah za oživljanje 16.12.2015	60 min	21	DA	DA	/

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 604 zaposlenih v zdravstveni negi; • Izvedenih je bilo 9 izobraževanj ovrednotenih pedagoškimi točkami; • Izvedenih je bilo še 13 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; • Izvedenih je bilo 6 izobraževanj za pridobitev licenčnih točk ; • Vsebin za podaljšanje licence v letu 2015 niso izvedli; • Skupno je bilo 55 ur izobraževanj; • Ankete o zadovoljstvu so bile posredovane pri 64% izobraževanj; • Srednja ocena zadovoljstva je bila 4,4 od 5,0 točk.

Tabela 2: Primerjava ur internega strokovnega izobraževanja 2012, 2013, 2014, 2015

Leto	Število ur izobraževanj	Število udeležencev
2012	108	813
2013	147	1105
2014	75	562
2015	55	604

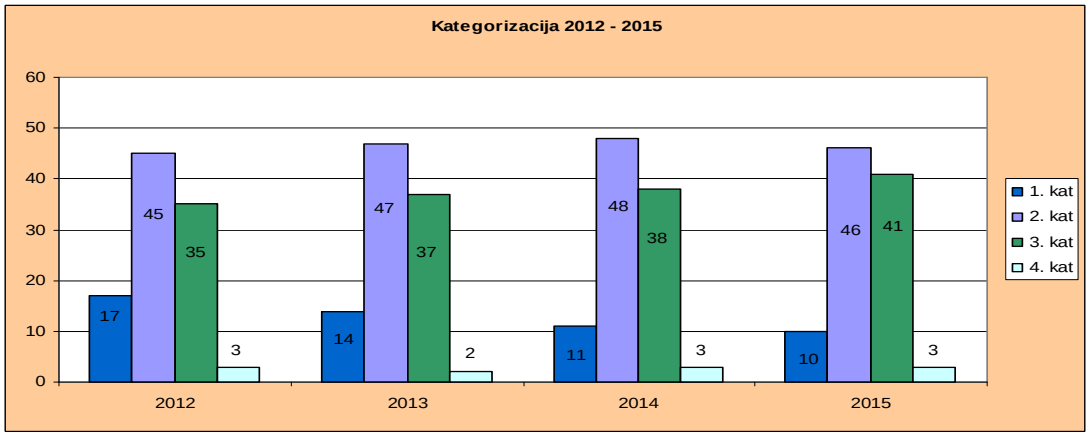
POROČILO O KATEGORIZACIJI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

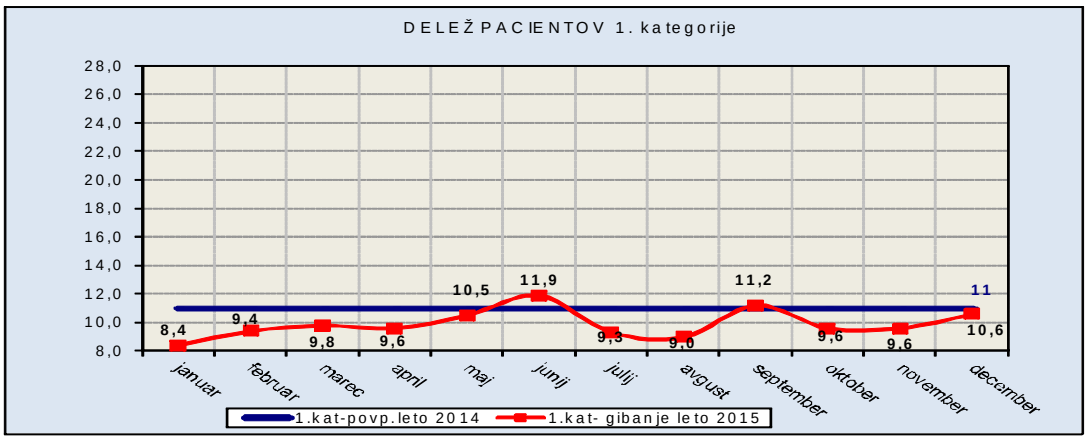
Tabela 1: Delež kategorij zdravstvene nege po mesecih v letu 2015 v primerjavi s povprečjem leta 2014

2015	2014	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec
1. kat	11,0	8,4	9,4	9,8	9,6	10,5	11,9	9,3	9,0	11,2	9,6	9,6	10,9
2. kat	48,0	49,3	49,6	47,9	44,7	45,1	48,6	44,6	40,5	45,9	47,1	44,6	46,8
3. kat	38,0	39,7	38,2	38,7	42,3	42,0	37,3	42,1	46,5	40,0	40,7	42,1	39,9
4. kat	3,0	2,6	2,8	3,6	3,4	2,5	2,2	3,9	4,1	2,8	2,6	3,6	2,4

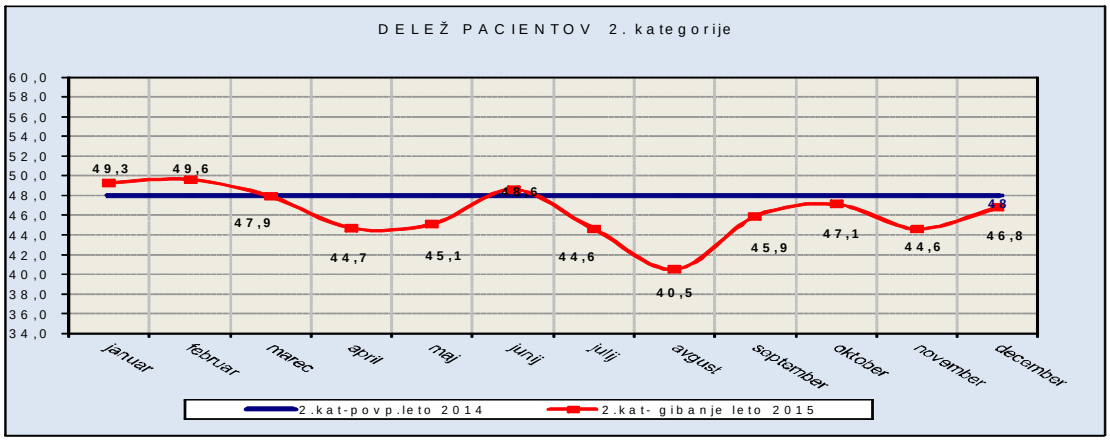
Leto	1. kat	2. kat	3. kat	4. kat
2012	17	45	35	3
2013	14	47	37	2
2014	11	48	38	3
2015	10	46	41	3



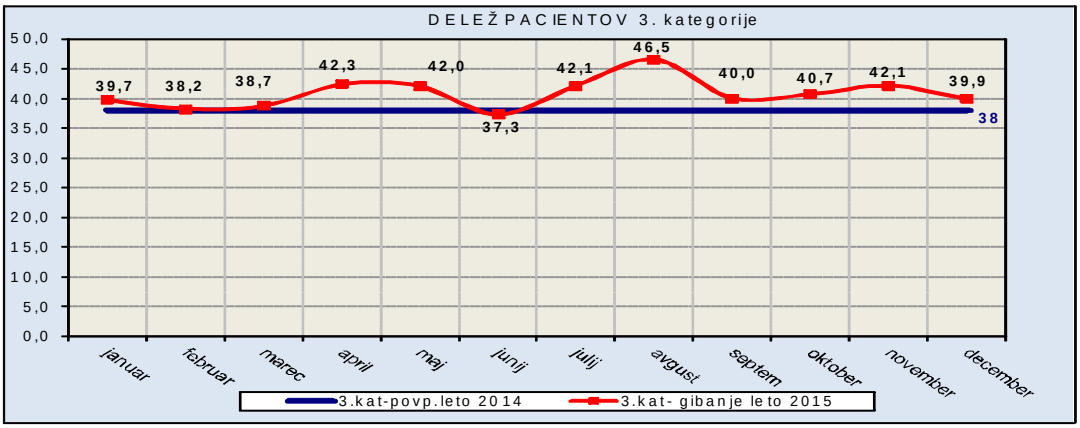
Graf 1: Prikaz gibanja posameznih kategorij ZN v letih 2012 do 2015



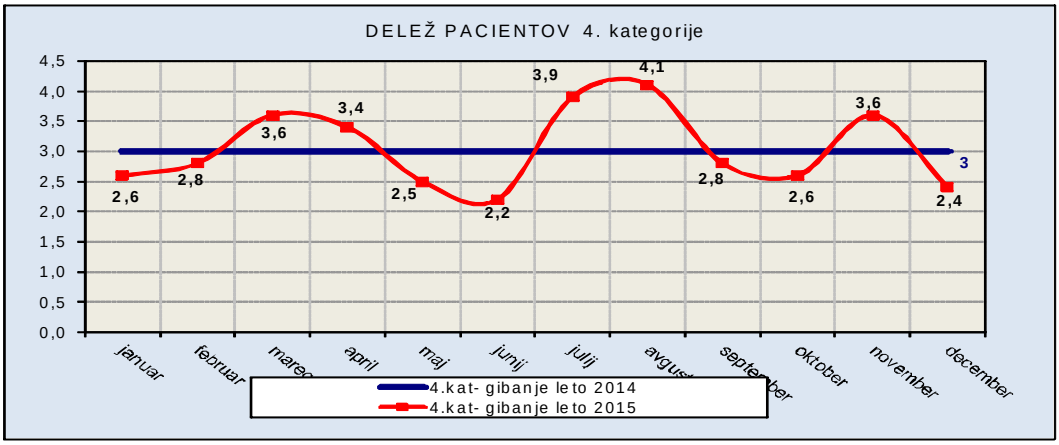
Graf 2: Prikaz gibanje 1. kategorije ZN po mesecih v letu 2015 v primerjavi s povprečjem leta 2014



Graf 3: Prikaz gibanja 2. kategorije po mesecih v letu 2015 v primerjavi s povprečjem leta 2014

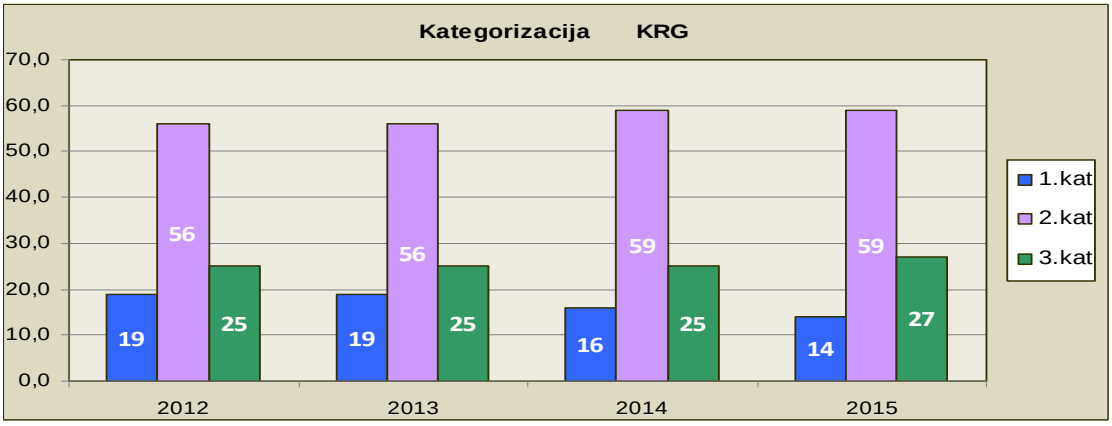


Graf 4: Prikaz gibanja 3. Kategorije ZN po mesecih v letu 2015 v primerjavi s povprečjem leta 2014



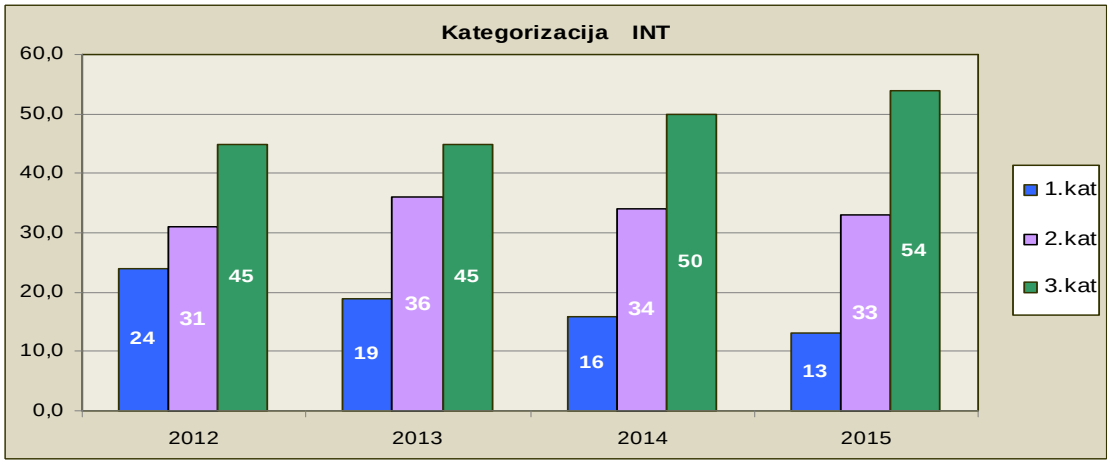
Graf 5: Prikaz gibanja 4. Kategorije ZN po mesecih v letu 2015 v primerjavi s povprečjem leta 2014

Kirurški oddelek	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
1. kat	19,0	19,0	16,0	14,0
2. kat	56,0	56,0	59,0	59,0
3. kat	25,0	25,0	25,0	27,0



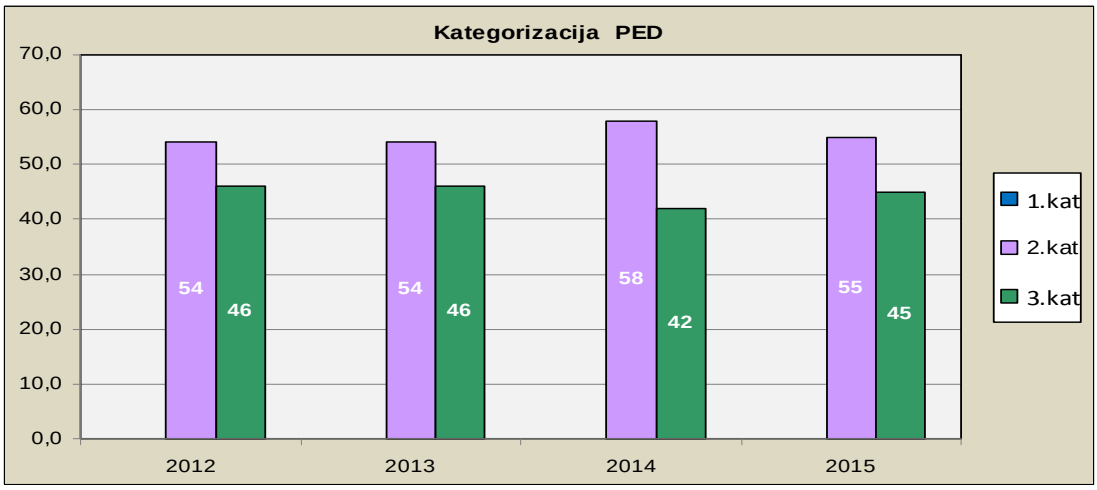
Graf 6: Primerjava kategorizacije ZN 202 – 2015 na kirurškem oddelku

Interni oddelek	2012	2013	2014	2015
1. kat	24,0	19,0	16,0	13,0
2. kat	31,0	36,0	34,0	33,0
3. kat	45,0	45,0	50,0	54,0



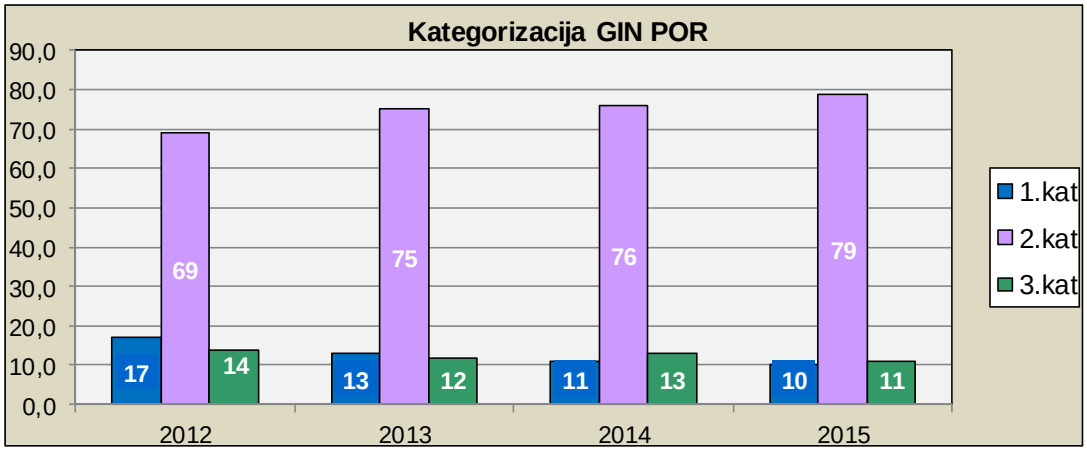
Graf 7: Primerjava kategorizacije ZN 2012 - 2015 na internem oddelku

Pediatrični oddelek	2012	2013	2014	2015
1. kat	/	/	/	/
2. kat	54,0	54,0	58,0	55,0
3. kat	46,0	46,0	42,0	45,0



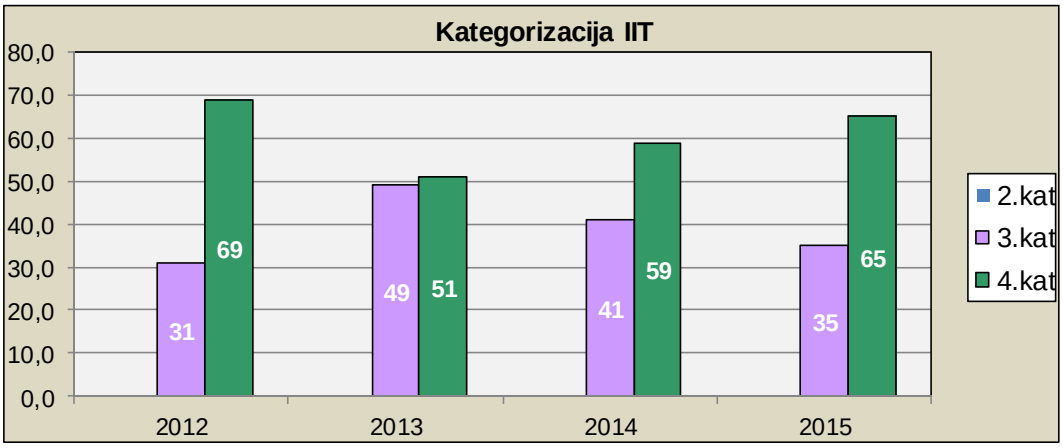
Graf 8: Primerjava kategorizacije ZN 2012 – 2015 na pediatričnem oddelku

Gin por.	oddelek	2012	2013	2014	2015
1. kat		17,0	13,0	11,0	10,0
2. kat		69,0	75,0	76,0	79,0
3. kat		14,0	12,0	13,0	11,0



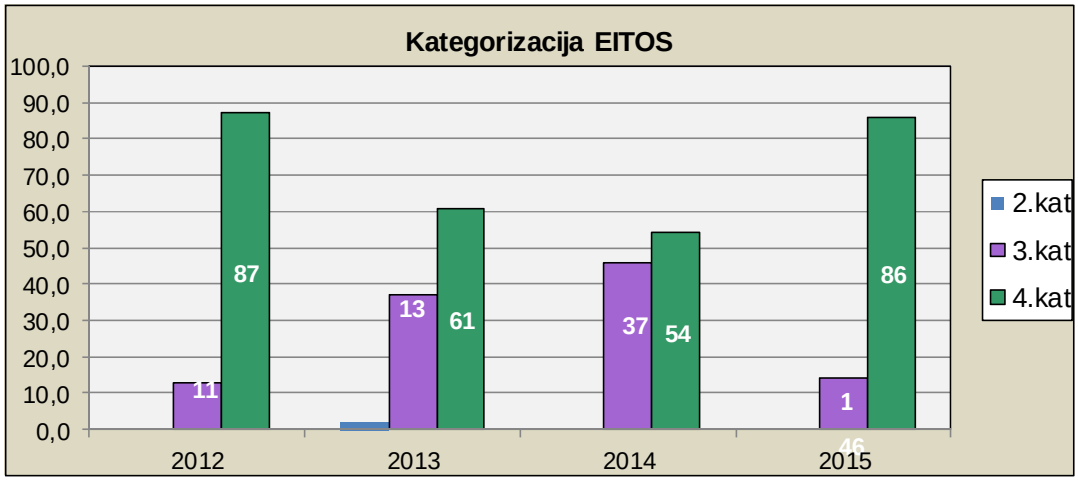
Graf 9: Primerjava kategorizacije ZN 2011 – 2014 na ginekološko porodniškem oddelku

IIT	2012	2013	2014	2015
2. kat				
3. kat	31,0	49,0	41,0	35,0
4. kat	69,0	51,0	59,0	65,0



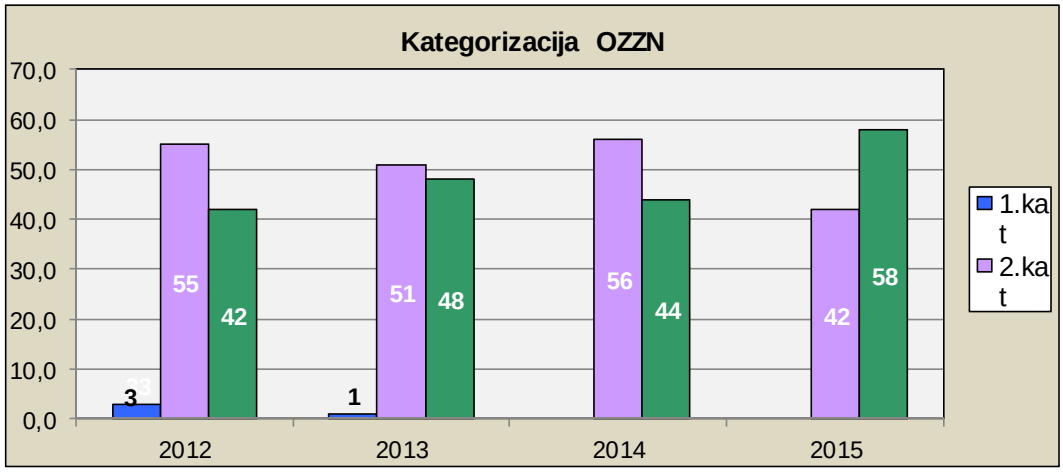
Graf 10: Primerjava kategorizacije ZN 2011 - 2014 v enoti IIT

EITOS	2012	2013	2014	2015
2. kat		2,0		
3. kat	13,0	37,0	46,0	14,0
4. kat	87,0	61,0	54,0	86,0



Graf 11:Primerjava kategorizacije ZN 2012 – 2015 v EITOS

OZZN	2012	2013	2014	2015
1. kat	3,0	1,0	/	/
2. kat	55,0	51,0	65,0	42,0
3. kat	42,0	48,0	44,0	58,0



Graf 12: Primerjava kategorizacije ZN 2012- 2015 na oddelku za zdravstveno nego

Za študente Fakultete za zdravstvo Jesenice (FZJ) smo v študijskem letu 2014/15 izvajali klinično usposabljanje (KU) in izbirno klinično usposabljanje (IKU). Na strokovnih področjih smo izvajali različen % mentorstva:

- Zdravstvena nega 1 na oddelku za zdravstveno nego 20 %, 80 % mentor FZJ:
- Zdravstvena nega 1 na internem in kirurškem oddelku 70 %, 30 % mentor FZJ;
- Zdravstvena nega kirurškega bolnika 100 %;
- Zdravstvena nega internega bolnika 100 %
- Zdravstvena nega žene 100 %;
- Zdravstvena nega otroka in mladostnika 100 %.

Razporede opravljanja KU za vse študente, razen 1. letnik zdravstvena nega 1 na oddelku za zdravstveno nego pripravi namestnica pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe (NPDZNO). Prav tako opravi tudi vse uvodne in zaključne konzultacije.

Prvi dan KU smo za skupine študentov 1. letnika, ki so prvič prišli v SBJ, izvedli predstavitev in izobraževanje o preprečevanju bolnišničnih okužb.Za študente 2. in 3. letnika, ki so prvič v študijskem letu opravljali KU smo izvedli ponovitveno izobraževanje o preprečevanju bolnišničnih okužb. Za študente 2. letnika smo v okviru ZN kirurškega bolnika pripravili uvodno predavanje o predstavitvi aktivnosti v operacijskem bloku in anesteziji.Kot izboljšavo smo uvedli anketiranje o zadovoljstvu študentov na KU na zaključni evalvaciji. Prednost je v tem, da se na kriterije, ki so ocenjeni s tri ali manj, takoj odreagira, opravi razgovor oz. uvede ukrepe. S strani študentov smo obravnavali 1 odklon, s strani učne baze 2. Odklona sta bila uspešno rešena, sprejeti ukrepi in do ponovitve v tem študijskem letu ni več prišlo. V študijskem letu 2014/15 23 študentov opravljalo IKU.

POROČILO O SODELOVANJU S SREDNJO ŠOLO JESENICE – ZDRAVSTVENA USMERITEV

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

S Srednjo šolo Jesenice – zdravstvena usmeritev sodelujemo pri pripravi in izvedbi praktičnega pouka in praktičnega usposabljanja z delom (PUD).
V letu 2015 je 25 dijakov uspešno opravilo PUD. Po zaključku so dijaki izpolnjevali ankete o zadovoljstvu. Rezultati so naslednji:

- prisotnost mentorja: stalno 48 %, občasno 42 %;
- posredovanje znanja: odlično 96 %, prav dobro 4 %;
- priložnost opravljanja postopkov in posegov navedenih v poklicnih aktivnostih in kompetencah: da 88 %, včasih 12 %;
- podpiranje pri pridobivanju znanja: da 100 %;
- uspešna nadgradnja znanja: da 100 %;
- izvajanje intervencij ZN po standardih kakovosti: da 71, večinoma 25 %, občasno 4 %;
- tim ZN je dijaka sprejel: prijazno 88 odvisno od tima 12
- pričakovanja dijakov: so se izpolnila 100 %.

Sodelovali smo tudi pri predstavitvi poklicev v ZN za dijake 2. letnika in organizirali ogled SBJ za dijake 1. letnika.

POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA RAZVIJANJE STANDARDOV KAKOVOSTI

Maja kaker, dipl. m. s.
Koordinatorica skupine za razvijanje standardov kakovosti

Člani skupine za razvijanje standardov kakovosti so se v letu 2015 sestali 4x, ob koncu leta je skupino prevzela nova vodja. V skupini delujejo predstavniki različnih oddelkov in enot bolnišnice, za pregled vsebine nekaterih standardov kakovosti smo tudi letos 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 in leta 2012
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
EVALVACIJA: število novih standardov kakovosti
REALIZACIJA: 6 standardov kakovosti – 86 %

2 DOPOLNJENI STANDARDI KAKOVOSTI V 2015

	OZNAKA	IME STANDARDA KAKOVOSTI	DATUM
1	A.1.1.	Inhalacije na masko ali ustnik	3.2.2015
2	A.1.2.	Inhalacije pri P ki samostojno dihajo preko tubusa ali kanile	3.2.2015
3	A.1.3.	Inhalacije pri mehansko predihavanih bolnikih	3.2.2015
4	A.1.4.	Uporaba pripomočka za dihalne vaje in čiščenje dihalnih poti	3.2.2015
5	A.1.5.	Uporaba spodbujevalne- incentivne spirometrije	3.2.2015
6	A.2.1.	Naročanje, transport in razdeljevanje hrane	14.12.2015
7	A.2.2.	Uvajanje želodčne sonde	7.4.2015
8	A.2.3.	Hranjenje po želodčni sondi	7.4.2015
9	A.3.1.	Enkratna katetrizacija pri ženski	3.3.2015
10	A.3.2.	Uvajanje stalnega urinskega katetra pri ženski	3.3.2015
11	A.3.3.	Uvajanje stalnega urinskega katetra pri moškem	3.3.2015
12	A.8.4.	Kopel dojenčka	19.2.2015
13	A.8.5.	Jutranja nega novorojenčka	7.4.2015
14	A.8.15.	Ginekološka anogenitalna nega	7.4.2015
15	A.8.19.	Postiljanje prazne postelje	3.3.2015
16	B.1.1.1.	S.C. aplikacija zdravila	3.3.2015
17	B.1.1.5.	Aplikacija kapljic v oko	3.2.2015
18	B.1.1.7.	Peroralna aplikacija zdravil	3.11.2015
19	B.1.2.2.	Oskrba vbodnega mesta OVK	14.12.2015
20	B.1.2.10.	Uvajanje osrednjega venskega katetra	14.12.2015
21	B.1.2.11.	Punkcija AV fistule	7.4.2015
22	B.1.2.12.	Oskrba vbodnega mesta dializnega CVK	7.4.2015
23	B.1.3.2.	Oskrba razjede zaradi pritiska	30.3.2015
24	B.2.2.	Fizični varovalni ukrep	7.4.2015
25	B.2.4.	Zaščita pacienta in osebja pred ionizirajočim sevanjem	7.4.2015
26	B.3.1.2.	Odvzem arterielne krvi	7.4.2015
27	B.3.1.3.	Odvzem kapilarne krvi	7.4.2015
28	B.3.1.8.	Odvzem krvi iz popkovnične arterije	19.2.2015
29	B.3.1.9.	Postopek dela s tkivnimi vzorci in organi	27.12.2015
30	B.3.2.3.	Merjenje osrednjega venskega pritiska	7.4.2015
31	B.3.3.1.	Histerosalpingografija - rentgenska metoda	19.2.2015
32	B.4.1.1.	Umivanje rok	14.12.2015
33	B.4.1.2.	Razkuževanje rok	14.12.2015
34	B.4.1.3.	Osebna urejenost zaposlenih	30.3.2015

35	B.4.1.4.	Kontaktna izolacija (Splošna navodila za delo v izolacijski enoti)	14.12.2015
36	B.4.1.5.	Uporaba osebne varovalne opreme	30.3.2015
37	B.4.1.6.	Standardni ukrepi za preprečevanje bolnišničnih okužb	30.3.2015
38	B.4.1.7.	Zbiranje in shranjevanje umazanega perila	30.3.2015
39	B.4.1.8.	Prevoz umazanega perila	30.3.2015
40	B.4.1.9.	Rokovanje s čistim perilom	30.3.2015
41	B.4.1.10.	Prevoz odpadkov	30.3.2015
42	B.4.1.12.	Higienske zahteve in pravila vedenja ob vstopu v OP prostore	14.12.2015
43	B.4.2.3.	Higienski sprejem otroka na pediatrični oddelek	19.2.2015
44	B.4.2.8.	Oskrba umrlega	8.10.2015
45	B.4.3.1.	Deratizacija,dezinsekcija, dezinfekcija	14.12.2015
46	B.5.1.	Transport zdravil in medicinskega materiala iz lekarne do odd., enot	14.12.2015
47	B.5.2.	Prevoz nesterilnega in sterilnega materiala	14.12.2015
48	B.5.3.	Priprava inštrumentov za ponovno uporabo	30.3.2015
49	B.5.4.	Pakiranje materiala pred sterilizacijo	14.12.2015
50	B.5.6.	Voziček za prevezo rane	30.3.2015
51	B.5.7.	Sterilizacija s paro	3.11.2015
52	B.5.8.	Higiensko vzdrževanje parnih sterilizatorjev	14.12.2015
53	B.5.9.	Rokovanje in shranjevanje sterilnega materiala na odd/e in nadzor	14.12.2015
54	B.5.10.	Sterilizacija s plazmo	14.12.2015
55	B.5.14.	Voziček za reanimacijo	17.7.2015
56	B.6.2.	Higiensko vzdrževanje prostorov, opreme in pripomočkov v kuhinji	30.3.2015

3 NOVI STANDARDI KAKOVOSTI V 2015

	OZNAKA	IME STANDARDA KAKOVOSTI	DATUM
1	A.3.5.	Namestitev inkontinenčnega pripomočka / pleničke	20.2.2015
2	A.1.11.	Subglotična aspiracija	16.2.2015
3	B.4.1.11	Priprava posteljne enote v EITOSu	4.5.2015
4	B.4.1.13	Odvzem dializneraztopine za mikrobiološki pregled	9.10.2015
5	B.4.2.2.	Identifikacija pacienta	7.4.2015
6	B.1.1.3.	i.v aplikacija zdravila	30.3.2015

4 CILJ SKUPINE ZA LETO 2016

CILJ 1: revizija 100 % standardov kakovosti, ki so stari več kot tri leta
CILJ 2: sprejetje 4 novih standardov kakovosti

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA PREPREČEVANJE PADCEV

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

Skupina za preprečevanje padcev je tudi v letu 2015 nadaljevala s svojim delom. V projektni skupini sodeluje 26 članov in 14 njihovih namestnikov. Organizirali smo 3 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; - 3 sestanki skupine za preprečevanje padcev; - Izobraževanje o pravilnem izpolnjevanju lista Varovalnega ukrepa; - Nadzor nad evidenco in shranjevanjem sredstev za PVU; - Org. izob. za promot. prav. izbire in uporabe PVU v Psih. bol. Begunje; - Aktivno vključevanje v izobr. 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 zam. trebuš. pasov za fiz. omej. paci., ki niso varni, z varnimi; - Priprava dodatnega opomnika za preprečevanje padcev; - Prenos informacij in dogovorov do timov ZN na oddelkih/enotah; - Na vsakem sestanku je bilo podano poročilo o številu padcev; - Izdelan je bil plakat za preventivo padcev pri otrocih, plastificirana verzija se nahaja v mapi z informacijami v bolniških sobah
Učinkovitost	- V skupini so zastopani vsi oddelki/enote, toda udeležba na srečanjih ni zadovoljiva. V povprečju se je sestanka udeležilo 17 članov oz. njihovih namestnikov. Aktivnost članov je slaba; - Zamenjava trebušnih pasov za fizično omejevanje pacientov, ki niso varni, z varnimi je bila opravljena; - 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 dokončan; - 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. Sprememba lestvice je pogojena s finančnimi sredstvi, ki trenutno niso na voljo, zato se odstopi od priprave nove lestvice. - Izvedena je bila delavnica o pravilni izbiri in uporabi sredstev za PVU (1 x v SBJ, 1x v PBB).

CILJI 2016:

- 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 2016;

- 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;
- Tiskanje plakata za preprečevanje padcev pri odraslih in otrocih in namestitev plakatov po odsekih/enotah.
- Vključevanje članov v strok. nadzore o izpolnjevanju dokumentacije in izvedbe PVU;
- Vključitev zdravnika v skupino za preventivo padcev.
- Osnovanje skupine promotorjev za pravilno izbiro in uporabo PVU;
- Organizacija izobraževanja za promotorje pravilne izbire in uporabe PVU v Psihiatrični bolnišnici Begunje;
- Nabava pasov za izvedbo PVU na ležečem vozičku;
- Prenova dokumentov, ki se nanašajo na padce, starejše od 2013,
- Priprava in testna uporaba lestvice za oceno ogroženosti za padec pri otrocih.

Cilji kazalnika padci za leto 2016:
- Incidenca vseh padcev 1,1 / število 63;
- Incidenca padcev s postelje 0,3 / število 20;
- Število padcev v nočnem času 28 % / število 18;
- Število zdravnikovih pregledov po padcu pacienta 100 %;
- Padci pacienta s poškodbami 0.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA OBVLADOVANJE PREDANALITIČNE FAZE

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

Skupina za obvladovanje predanalitične faze šteje 13 članov s kliničnih oddelkov/enot in ambulantne dejavnosti ter 2 člana, zaposlena v laboratoriju.
V letu 2015 sta bila organizirana dva sestanka. Na rednih sestankih smo obravnavali problematiko v predanalitični fazi vzorčenja.
V okviru skupine smo sproti odpravljali zaznane nepravilnosti v predanalitični fazi vzorčenja, posredovali dodatne informacije o izvajanju procesa laboratorijskih preiskav, trendih vodenja predanalitičnih napak, poudarjali pomembnost pravočasne dostave mikrobioloških vzorcev v laboratorij, doslednost pri izpolnjevanju spremnih listov in se pogovarjali o neljubih napakah, podpirali smo izobraževanje, obveščanje, praktično usposabljanje za zmanjšanje števila predanalitičnih napak. Glede na priporočilo zunanje presoje, za kakovostno izvajanje POCT, smo opozarjali na notranjo kontrolo, ki se mora izvajati vsak dan na vseh merilnikih, ki so dnevno v uporabi.

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 2015 je bil0 organiziranih šest formalnih sestankov, sodelujoči pri pripravi KP pa so se večkrat sestali na neformalnih srečanjih, glede na potrebe pri oblikovanju oziroma prenovi KP.

V letu 2015 smo pripravili 9 novih klinični poti:

Zap. št.	Oznaka	Naslov	Služba/enota
1.	SOP KP 23	KP vodenje zdrave otročnice	Ginekološko porodniška služba
2.	SOP KP 44	KP za sterilizacijo pri ženski	Ginekološko porodniška služba
3.	SOP KP 46	KP za »office«histeroskopijo – enodnevna obravnava	Ginekološko porodniška služba
4.	SOP KP 23	KP vodenje zdrave otročnice	Ginekološko porodniška služba
5.	SOP KP 25	KP za obremenitveno testiranje s pšenico	Pediatrična služba
6.	SOP KP 26	KP za obremenitveno testiranje s pšenico ob sočasni alergiji na kravje mleko	Pediatrična služba
7.	SOP KP 48	KP za obremenilno testiranje z Azitromicinom	Pediatrična služba
8.	SOP KP 49	KP za vstavitev trajnega srčnega spodbujevalnika	Internistična služba
9.	SOP KP 50	KP za perkutano transluminalno angioplastiko na perifernih arterijah nog (PTA)	Internistična služba

V preteklem letu smo prenovili 15 kliničnih poti:

Zap. št.	Oznaka	Naslov	Služba/enota
1.	SOP KP 8	KP za TEP kolka	Kirurška služba
2.	SOP KP 9	KP za laparoskopsko holecistektomijo	Kirurška služba
3.	SOP KP 13	KP za resekcijo raka debelega črevesja	Kirurška služba
4.	SOP KP 14	KP za TEP kolena	Kirurška služba
5.	SOP KP 20	KP za obremenilno testiranje s penicilinom (Fenoksimetilpenicilin)	Pediatrična služba
6.	SOP KP 30	KP za obremenilno testiranje z amoksicilin-klavulinsko kislino (Amoksiklav)	Pediatrična služba
7.	SOP KP 31	KP za obremenilno testiranje z Amoksicilinom (Hiconcil)	Pediatrična služba
8.	SOP KP 32	KP za obremenilno testiranje z jajcem - z nizkim tveganjem za alergično sistemsko reakcij	Pediatrična služba
9.	SOP KP 39	KP za obremenilno testiranje kravjim mlekom - z nizkim tveganjem za alergično sistemsko reakcij	Pediatrična služba
10.	SOP KP 40	KP za obremenilno testiranje kravjim mleko m - z visokim tveganjem za	Pediatrična služba

		alergično sistemsko reakcij	
11.	SOP KP 41	KP za obremenilno testiranje z Paracetamolom (Lekadol)	Pediatrična služba
12.	SOP KP 43	KP za obremenitveno testiranje z Cefuroksimom (Zinnat)	Pediatrična služba
13.	SOP KP 45	Klinična pot za sprejem otroka v urgentno pediatrično ambulanto	Pediatrična služba
14.	SOP KP 27	KP za obravnavo pacienta na OZZN	Oddelek za zdravstveno nego
15.	SOP KP 38	KP za perkutano endoskopsko gastrostomo	Internistična služba, ambulanta za enoskopije

1 CILJI ZA LETO 2016

V letu 2016 bomo pripravili tri nove klinične poti :
- Klinična pot operacija radiusa; kirurški oddelek,
- Klinična pot mrtvorojeni otrok; ginekološko porodniški oddelek,
- Klinična pot hemodializa.

Prenova obstoječih kliničnih poti bo potekala po potrebi, glede na spremembe v stroki:
- dnevni oddelek,
- kirurška služba,
- pediatrična služba,
- ginekološko porodniška služba.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE KOORDINATORJEV POCT

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., pred.
Koordinatorica skupine

Skupina koordinatorjev za POCT se je v letu 2015 sestala 2x.
Novosti v delu skupine v letu 2015:
- pripravili smo elektronski obrazec za spremljanje nadzorov.
- izobraževanje zaposlenih za svoje sodelavce so začeli izvajati koordinatorji sami (sklenili smo, da se mora vsak zaposleni, ki izvaja POCT, udeležiti usposabljanje na 3 leta, novozaposleni pa takoj, ko je mogoče (uredi koordinator na oddelku). Ker smo v letu 2014 izobrazili večino kadra, je v letu 2015 potekalo manj izobraževanj, tako se je na 8 različnih predavanjih skupaj izobraževalo 57 zaposlenih v ZN.
- Največji uspeh v letu 2015 je, da smo začeli izvajati notranjo kontrolo merilnikov za merjenje glukoze v kapilarni krvi. Kontrola se izvaja na vseh merilnikih 1x tedensko, kar poteka brez zapletov. Odklonov nismo zabeležili.

Koordinatorji POCT so v letu 2015 skupaj izvedli 270 strokovnih nadzorov nad pravilnostjo izvedbe meritve glukoze v kapilarni krvi. Gledali smo 11 kriterijev. Rezultati so na vseh oddelkih/ enotah presegli 91 % skladnost s standardov (93,5 % - 100%), razen na kirurgiji, kjer so izvedli premalo nadzorov za realno sliko.

Tabela 12: Rezultati nadzorov po posameznih deloviščih.

DELOVIŠČE	ŠTEVILO NADZOROV	(% doseganja kriterijev)
AN-RE in AMBULANTA – PROTIBOLEČINSKA	13 nadzorov	93,7 %
EITOS	7 nadzorov	96 %
DNEVNI ODDELEK	30 nadzorov	100 %
OZZN	24 nadzorov	97 %
IIT	24 nadzorov	98 %
INTERNI ODDELEK I desno - ENDOKRINOLOŠKI	30 nadzorov	97,8 %
INTERNI ODDELEK I levo - KARDIOLOŠKI	30 nadzorov	99 %
Interna II levo – GASTROENTEROLOŠKI	20 nadzorov	95 %
KIRURŠKI ODDELEK - abdomen	NI NADZOROV	-
KIRURŠKI ODDELEK - travma	2 nadzora – PREMALO	90,9%
KIRURŠKI ODDELEK - ortopedija	7 nadzorov - PREMALO	93.5 %
PEDIATRIJA LEVO in DESNO	14 nadzorov	94,4 %
GINEKOLOŠKO POR. ODD. ŠTACIJA (PNN)	30 nadzorov	95,6 %
DIALIZA	11 nadzorov	97 %
URGENCA IN KIRURŠKA AMBULANTA	24 nadzorov	97,3 %
AMBULANTA – DIABETOLOŠKA	4 nadzori	100 %

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA KLINIČNO PREHRANO V ZDRAVSTVENI NEGI

Pavla Lavrinec, dipl. m. s., bolnišnični dietetik
Koordinatorica skupine

UVOD

Čeprav skupina šteje 20 članov, je udeležba na srečanjih skromna. V letu so se prvega srečanja udeležili 3 člani, drugega srečanja se je udeležilo 7 članov.

1 OPIS AKTIVNOSTI

V letu 2015 sta bili organizirani 2 srečanji. Vsebina:

- Veganski prehranjevalni slog – problem, ker brez prehranskih dopolnil ne zagotovi vseh potrebnih hranil že v obdobju zdravja.
- Hrana po želji – odgovornost pacienta in medicinske sestre (svetovanje) za ustrezno sestavo obroka.
- Predstavitev prispevka Medicinska sestra – pomemben član zdravstvenega tima pri prehranski oskrbi bolnikov v bolnišnicah

2 CILJI ZA LETO 2016

- 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 in usvojitev nove sheme prehrane.

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.Skupina za izboljšanje prehrane pacientov šteje 6 članov. V letu 2015 smo imeli 26 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.
Reševali smo tudi pritožbe pacientov o nezadovoljstvu s prehrano in, glede na možnosti, upoštevali njihove pripombe in predloge. 6.11.2015 se je kuhinja preselila v prenovljene prostor. Člani skupine projektnega tima za izboljšanje prehrane pacientov smo se aktivno vključevali v odpravljanje nepravilnosti, ki so nastale pri gradnji in niso bile odpravljene.
S selitvijo kuhinje se je, iz pediatričnega oddelka, preselila tudi priprava adaptiranega mleka za otroke. Postopoma smo prešli na ponudbo prehrane kot pred prenovo kuhinje. Aktivno smo se vključili tudi v odpravljanje korektivnih ukrepov po sanitarno higienskem pregleda centralne kuhinje in pripadajočih prostorov s strani NLZOH.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA PREVENTIVO IN OSKRBO RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Hubert Terseglav, dipl. zn.
Koordinator za oskrbo ran

UVOD

Projektni tim za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska (RZP) je v letu 2015 imel 56 članov. Projektni tim je imel 11 sestankov. Na sestankih je bila obravnavana tekoča problematike v zvezi s preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska. Štirje sestanki skupine je bilo namenjenih nadgradnji zloženke Stop RZP, prav tako štirje pa nadgradnji protokola o negi in zaščiti anogenitalnega predela (AG). Dva sestanka (od tega eden skupaj s skupino za inkontinenco) sta bila namenjena testiranju robčkov podjetja 3M za nego AG predela, eden pa izvedbi presečne študije na Mednarodni dan razjede zaradi pritiska 19. 11. 2015.

1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2015

1. CILJ: Nadgradnja zloženke Stop RZP.	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI: Priprava dodatnih vsebin za zloženko.	Delna / 70%
EVALVACIJA: Vsebinsko je zloženka končana, potrebno je še oblikovanje za tisk.	
2. CILJ: Nadgradnja protokola o zaščiti kože v AG predelu.	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI: Revizija sedanjega protokola, vsebinski popravki	Delna / 70%
EVALVACIJA: Vseb. je delo zaklj. potrebno je še končno oblikovanje.	
2. CILJ: Nadgradnja protokola o zaščiti kože v AG predelu.	Realizacija/učinkovitost

AKTIVNOSTI: Revizija sedanjega protokola, vsebinski popravki	Delna / 70%
EVALVACIJA: Vseb. je delo zaklj. potrebno je še končno oblikovanje.	
3. CILJ: Delavnica o povijanju krnov po amputaciji (podkolenska, nadkolenska).	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI: Izvedba delavnice dne 17. 6. 2015	Da / 100%
EVALVACIJA:	
4. CILJ: Delavnica o povijanju nog z dolgoelastčnimi povoji.	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI:	Ne
EVALVACIJA: Delavnica ni bila izvedena	
5. CILJ: Izdelava plakata o povijanju nog.	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI: Obravnavanje na sestankih skupine, člani so že zbrali nekaj gradiva	Delna / 10%
EVALVACIJA: Aktivnosti za izdelavo plakata še niso stekle	
6. CILJ: Spremembe in dopolnitve standarda preventive RZP	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI: Obravnavanje standarda na sestankih, podajanje predlogov.	Da / 100%
EVALVACIJA: Standard je bil revidiran in je že objavljen.	
7. CILJ: Priprava prispevkov ob mednarodnem dnevu RZP.	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI: Izvedba presečne študije dne 19. 11. 2015 in predstavitev na vzročno-posledični konferenci.	Da / 100%
EVALVACIJA:	
8. CILJ: Izobr. novozap. o preventivi RZP ob postelji pacienta.	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI:	Ne
EVALVACIJA: Ideja v praksi ni zaživela	
9. CILJ: Strokovna ekskurzija članov skupine.	Realizacija/učinkovitost
AKTIVNOSTI:	Ne
EVALVACIJA: Ekskurzije nismo izvedli.	

2 CILJI ZA LETO 2016

1. Izdelava plakata »Preventiva RZP«
2. Dokončanje zloženke »Stop RZP«
3. Izobraževalni dan ob mednarodnem dnevu zavedanja o RZP
4. Izvedba delavnic o povijanju z dolgoelastičnimi povoji
5. Dokončanje protokola o negi in zaščiti kože AG predela
6. Strokovna ekskurzija

3 ZAKLJUČEK

Člani skupine za preventivo in oskrbo RZP moramo prispevati svoj delež pri preventivi RZP. Ena od glavnih nalog skupine oziroma njenih članov je priprava aktivnosti in gradiva, ki so v pomoč vsem drugim zdravstvenim delavcem v Splošni bolnišnici Jesenice, da bo preventiva RZP ostala na tako visoki ravni, kot je bila do sedaj.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA INKONTINENCO

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.
Koordinatorica skupine

Skupina za inkontinenco je v letu 2015 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 iz leta 2014. Pregledali smo oblikovan 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 oblikovan in objavljen; - 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 6-8 članov. V letu 2015 so bila organizirana tri srečanja, eno srečanje je bilo izvedeno v sodelovanju s skupino za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska. - Standard kakovosti je bil izdelan.

CILJI 2016:

- Ponoven pregled seznama članov skupine, z zamenjavo tistih, ki se želijo vključiti drugam oz. s tistimi, ki se želijo skupini priključiti;
- Izvedba 3 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.
Služba zdravstvene nege in oskrbe

V letu 2015 se skupina ni sestajala, ker ni zaključen projekt SLONDA v skupnem slovenskem prostoru in na tem področju ni bilo v letu 2015 sprememb. Dokumentacija v zdravstveni negi je bila v letu 2014 spremenjena in na novo oblikovana tudi na področju negovalnih diagnoz, v letu 2015 jo nismo spreminjali.
V letu 2016 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	Ni realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Ni bilo organiziranih sestankov 2.1 Sklepi niso bili realizirani	
CILJ: Enotna klasifikacija negovalnih diagnoz v SB Jesenice	**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	Ni bilo realizirano, ker projekt NANDA – slovenski prevod še ni dokončan
EVALVACIJA: 1.1 Prevod še ni dokončno oblikovan in pripravljen v slov. prostoru 2.1 Ni bilo izvedeno 3.1 PZN je spremenjen (EIT) 4.1 NANDA klasifikacija je še v fazi preverjanja in oblikovanja 5.1 Ni bil izdelan	

3 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA 2016

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 4 sestankov proj. skupine v letu 2016 Število sestankov v letu 2016 Sledenje sklepom sestankov proj. 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 2016	Koordinatorica projektne skupine

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 2015 srečala dvakrat. Sestanki so bili sklicani trikrat, 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 se je v letu 2015 nekoliko spremenilo.

1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2015

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 SB Jesenice	Ni realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izobraževanje ni bilo izpeljano	
CILJ: Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v SB Jesenice	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOST: Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izdelani so bili trije raziskovalni projekti iz področja zdr. nege 2.1 Predstavitve so bile izvedene	

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica sk. in člani skupine
Kazalnik Organizacija 6 sestankov projektne skupine v letu 2016 Sledenje sklepom sestankov proj. sk.	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Izobraževanje članov projektne skupine	1x letno	Koordinatorica skupine
Kazalnik Število izobraževanj o raziskovanju v zdravstveni negi v SB Jesenice	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Aktivno raziskovanje v zdr. negi v SBJ	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica sk. in člani skupine
Kazalnik Izdelava 3 raziskovalnih nalog iz področja zdravstvene nege Predstavitev raziskovalnih nalog	Kontinuirano, celo leto	

3 ZAKLJUČEK

Raziskovanje v zdravstveni negi je velikega pomena, pomembno je, da se tudi z njenim delovanjem ustrezno sledi trendom razvoja na področju zdravstvene nege. Raziskovalni projekti, ki predstavljajo z na dokazi temelječo zdravstveno nego, lahko ustrezno in aktivno predstavimo delo zdravstvene in babiške nege Splošne bolnišnice Jesenice na kongresih in strokovnih seminarjih izven ustanove.

POROČILO O DELU PROJEKTNEGA TIMA ZA BOLNIŠNIČNO HIGIENO IN SKUPINE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

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 in člani iz RTG, laboratorija, lekarne.

1 REALIZACIJA CILJEV PROJEKTNEGA TIMA ZA LETO 2015

Cilj	Izvesti pregled izvajanja ločevanja odpadkov na mestu nastanka 4 x letno
Realizacija	Izvedeni so bili pregledi izvajanja ločevanja odpadkov na mestu nastanka 4xletno
Cilj	Izvesti pregled nad izvajanjem preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele na oddelkih/enotah 4xletno
Realizacija	Izvedeni pregledi nad izvajanjem preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele na oddelkih/enotah 4xletno
Cilj	Izvesti nadzor uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom 4x letno in ob izrednih dogodkih
Realizacija	Izvedeni nadzori uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom 4x letno in ob izrednih dogodkih
Cilj	Predstaviti se s temo sporočanje incidentov na dnevu odprtih vrat; izdelati zloženko ali plakat
Realizacija	Izdelali smo barvni, slikovni opomnik in ga predstavili na dnevu odprtih vrat, opomnike so prejeli vsi oddelki in enote
Cilj	Izvesti dan higiene rok ob 5. maju v sodelovanju s študenti FZJ
Realizacija	Obeležili smo Dan higiene rok 5.maja. K sodelovanju smo povabili študente FZJ in predstavnika Ecolab-a, ki nam je posodil še eno skrinjico Black box s katero smo obiskali vse oddelke in enote v bolnišnici ter jih povabili, da si razkužijo roke ter preverili kako uspešno so to izvedli. Prav tako smo imeli v bolnišnici stojnico kjer so si lahko pacienti razkužili roke in preverili, če to naredijo ustrezno.
Cilj	Izdelati navodila za preverjanje uspešnosti higiene rok z Black -box
Realizacija	Navodila so bila izdelana in so v uporabi, da lahko podamo tudi izračun uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom.

V skupini je bilo konec leta 2015 prijavljenih 39 članov. Skupina za bolnišnično higieno se je sestala 4krat in enkrat je bila udeležba premajhna zato smo jo odjavili. Poleg projektne skupine (promotorji higiene rok) je bila v letu 2015 sestavljena skupina za obvladovanje bolnišničnih okužb, ki šteje 17 članov. Ta skupina se je v letu 2015 sestala 4krat.

Člani obeh skupin 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).
- izvajanjem izolacijskih ukrepov
- higieno prostorov

V letu 2015 smo pripravili oznake v obliki znaka STOP in jih namestili nad razkužila na stenah, ki zaposlene, obiskovalce in paciente spodbujajo k razkuževanju rok.

2 CILJI PROJEKTNEGA TIMA ZA LETO 2016

Cilj	Izvesti nadzore nad: o higieno okolja o izvajanjem izolacijskih ukrepov o ločevanjem odpadkov, o izvajanjem preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele
Cilj	Izvesti dan higiene rok ob 5. maju v sodelovanju s študenti FZJ in dijaki Srednje šole Jesenice (skleniti krog okoli SBJ)
Cilj	Izvesti dan umivanja rok 15. oktober
Cilj	Izdelati opomnik za izvajanje izolacijskih ukrepov

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA

Pavla Lavrinec, dipl.m.s.
Bolnišnični dietetik

UVOD

Delo bolnišničnega dietetika je usmerjeno v prehransko obravnavo hospitaliziranih pacientov, kot tudi v edukacijo o ustrezni prehrani pri ambulantno obravnavanih pacientih in njihovih svojcih. Skrbi za povezovanje med osebjem prehranske službe ter zdravstvenim osebjem, ki je vključeno v prehransko obravnavo in pacienti.

1 POROČILO O IZVEDENIH AKTIVNOSTIH V LETU 2015

Tabela 1: Prehransko svetovanje

2015 – ZV delo	Št. skupinskih svetovanj	Št. individualnih obravnav	Skupno število obravnavanih oseb	Skupno število pedagoških ur
SKUPAJ	115	201	596	560
Indeks 2014/2015	100	93,5	101	95

2.12 Služba za zdravstveno nego in oskrbo

V enoti za intenzivno terapijo operativnih strok sem bila v letu 2015 vključena v prehransko obravnavo kritično bolnih pri 44 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 144 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, beljakovinsko ali/in energijsko bogatenje osnovnega obroka).
V letu 2015 je bilo poleg utečenih dejavnosti tudi veliko aktivnosti usmerjenih v pripravo nove sheme bolnišnične prehrane. Poleg tega sem bila z Leno Tajnšek vključena v izvedbo izobraževanja za zagotavljanje HACCP sistema na bolniških oddelkih in prilagajanje HACCP dokumentacije bolniškim oddelkom.

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 • Prehrana pri povišani sečni kislini v krvi	Cilj delno dosežen – obvladan 3 navodila iz preteklega leta, 1 navodilo pripravljeno in obvladano v letošnjem letu
CILJ: Uvajanje prehranske podpore pri razjedi zaradi pritiska	Ni realizirano
CILJ: Prenova šifranta bolniške prehrane in šifranta dodatkov	Delno realizirano
AKTIVNOSTI: • Združevanje terapevtske prehrane in izdelava kataloga terapevtske prehrane	Katalog pripravljen, novi jedilniki še v pripravi
EVALVACIJA: • Predlog združevanja terapevtske prehrane • Opisi za katalog terapevtske prehrane	Pripravljen do 17.3.2015 Pripravljen do 15.9.2016

2 KAKOVOST IN VARNOST PRI ZAGOTAVLJANJU PREHRANE

2.1 SPREMLJANJE KAZALNIKOV KAKOVOSTI PRI PROCESU ZAGOTAVLJANJA PREHRANE

CILJ: Pacientom zagotoviti varno in kakovostno prehrano	
EVALVACIJA: Optimalna priprava pacientov in osebja na razdeljevanje hrane in hranjenje pacienta (cilj - 96% skladnost s standardom Naročanje, transport in razdeljevanje hrane – A.2.1.). Skladnost vsi oddelki skupno: • April – 98,7 % • November – 95,6 %	V letu 2012 je bila najvišje dosežena skladnost 96 %; v letu 2013 in 2014 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 90 % jedi	Ustrezno temperaturo je imelo: 2012 - 80 % jedi 2013 – 87 % jedi 2014 - 84 % 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 18.4.2015 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki oddelek za 30 minut, • oddelek za abdominalno kirurgijo za 25 minut, • ortopedski oddelek za 19 minut, • oddelek za zdravstveno nego za 8 minut, • endokrinološki oddelek za 12 minut, • gastroenterološki oddelek za 8 minut. Med 5.11.2014 in 14.11.2015 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki odsek za 2 minuti, • abdominalni odsek za 20 minut, • ortopedski odsek za 17 minut, • oddelek za zdravstveno nego za 1 minuto, • kardiološki odsek za 6 minut, • gastroenterološki odsek za 14 minut, • endokrinološki odsek 7 minut.	Podaljšanje časa razdeljevanja zajtrkov v primerjavi z zadnjo analizo v preteklem letu: gastroenterološki odsek, endokrinološki odsek, abdominalni odsek, odsek za ortopedijo
Zagotoviti ustrezno hranilno energetsko vrednost obrokov – doseči 100 % ustreznost Za analizo hranilno energetskih vrednosti sta bila odvzeta 2 obroka. V enem obroku je bilo neustrezno razmerje makrohranil na račun prenizkega odstotka maščob.	V letu 2012 je bilo razmerje med hranili neustrezno pri dveh obrokih, v letu 2013 pri enem obroku, v letu 2014 ni bilo odstopanj.

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. Ob neustreznem razmerju makrohranil je bila pregledana receptura obroka, kjer ni bilo ugotovljene neskladnosti. Opravljeni so bili tudi razgovori o doslednem upoštevanju normativov.

2.2 PRIJAVLJENI ODKLONI PREHRANSKI SLUŽBI

Oddelek/ enota	**Skupno število odklonov**	**Sporočili sami / dodelili**	**Odkloni sporočeni anonimno**	**Strokovni odklon**	**Pritožba pacienta/ svojca**	**Poškodba osebja**	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
Prehranska služba	5	3/1	1	1	0	0	0	0	2/2 kazalnik	5

Strokovni odklon je bil posledica nepazljivosti pri združevanju prehrane v času prenove kuhinje. Ostali odkloni so bili posledica neustrezne uporabe pripomočkov in iztrošenosti opreme. Vsi ukrepi so bili realizirani.

3 STROKOVNI RAZVOJ

3.1 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2015

V letu 2015 sem se udeležila izobraževanj po planu, ki je bil izdelan v začetku leta. Na seminarju Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji sem aktivno sodelovala pri izvedbi delavnice Si upamo sestaviti veg(etarij)anski jedilnik. Na seminarju Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji sem bila aktivna s prispevkom Mediteranski slog prehranjevanja kot prehrana po miokardnem infarktu. Na 10. kongresu zdravstvene in babiške nege Slovenije sem bila aktivna s prispevkom Medicinska sestra – pomemben del zdravstvenega tima pri prehranski oskrbi bolnikov. V Splošni bolnišnici Jesenice sem bila aktivna s predavanji: HACCP – obveznosti in zahteve Od vil do vilic, Prehrana pacientov s sladkorno boleznijo, Pooperativna prehrana otrok – kompromis med zahtevami in permisivnostjo.

3.2 STROKOVNE OBJAVE

Lavrinec P., 2015. Medicinska sestra – pomemben član zdravstvenega time pri prehranski oskrbi bolnikov v bolnišnicah. V: Majcen Dvoršak S., Štemberger Kolnik T., Klemenc D. (ur). Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik prispevkov z recenzijo /10. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju,11. in 12. maj 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester, pp. 275-282.

Lavrinec P., Lavrinec J., 2015. Pasti sodobnega prehranjevanja. V: Bizjak T. et al. 8UR9. Pomen prehrane: Zbornik predavanj, 9. oktober 2015, Palaso Strunjan. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini

Lavrinec P., Lavrinec J., 2015. Vegetarijanstvo in veganstvo v sožitju s sladkorno boleznijo. V: Tomažin Šporar M., Klavs J., (ur). Človek človeku človek: zbornik predavanj, Portorož, 16. in 17. oktober. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija ms in zt v endokrinologiji, pp. 27-33.

Lavrinec P., Lavrinec J., 2015. Vegetarijanstvo v vsakdanjem življenju sladkornega bolnika – Gradivo za delavnico Si upamo sestaviti veg(etarij)anski jedilnik?. V: Tomažin Šporar M., Klavs J., (ur). Človek človeku človek: zbornik predavanj, Portorož, 16. in 17. oktober. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija ms in zt v endokrinologiji, pp. 122-135.

4 CILJI ZA LETO 2016

- Nadaljevanje utečenega dela
- Uvedba prehranskega presejanja in prehranske podpore pri pacientih z razjedo zaradi pritiska
- Implementacija nove prehranske sheme v prakso.

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO (OZZN)

Gordana Sivec, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN na oddelku za zdravstveno nego

UVOD

Oddelek za zdravstveno nego (OZZN) šteje 15 postelj za neakutno obravnavo in 5 postelj, ki so namenjene pacientom s kronično rano in so akutno obravnavani. Oddelek vodi diplomirana medicinska sestra. Pacienta se na OZZN premesti po predhodnem dogovoru z zdravnikom ali koordinatorico odpusta na akutnem oddelku. Sprejem na negovalni oddelek je vedno načrtovan s predhodnim dogovorom z vodjo negovalnega oddelka. Bivanje je omejeno na 30 dni.

Ob spremembi zdravstvenega stanja se v obravnavo ponovno vključi zdravnik, ki je pacienta obravnaval že pred prihodom na neakutno obravnavo.

Za sprejem pacienti na neakutno obravnavo so postavljeni naslednji kriteriji:

- popolnoma ali delno odvisen od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in živijo sami ter niso sposobni funkcionirati v domačem okolju,
- so v terminalni fazi kronične bolezni,
- imajo obsežne kronične rane, pri katerih se pričakuje celjenje,
- nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni mogoče odpustiti v domače okolje.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI IN KADROVSKA ZASEDBA

1.1 KADROVSKA ZASEDBA

V letu 2015 se je tim na OZZN nekoliko skrčil. Poleg vodje oddelka in 1 diplomirane medicinske sestre je bilo na oddelku še 8 zdravstvenih tehnikov. Imeli smo precejšnje težave s sestavo razporeda službe za zdravstvene tehnike. Da smo zagotovili 24 urno obravnavo pacientom sva se v turnusno delo vključili tudi diplomirani medicinski sestri. Na tem mestu bi se zahvalili koordinatorici zdravstvene nege in negovalnemu timu na pediatričnem oddelku, ki so se vključili v naš negovalni tim da smo lahko izvedli kontinuirano obravnavo pacientov.

1.2 OBRAVNAVA PACIENTOV

V letu 2015 smo na neakutni obravnavi poskrbeli za 228 pacientov. 107 pacientov je prišlo iz internega oddelka, 120 pacientov iz kirurškega oddelka in 1 pacientka iz ginekološko porodniškega oddelka.
V letu 2015 je bilo skoraj polovica pacientov tretje kategorije. Več je razvidno iz tabele št.1.

Tabela št.:1 Kategorija pacientov

OZZN	2015	Jan	Feb	Marec	April	Maj	Junij	Julij	Avg	Sept	Okt	Nov	Dec
1. kat				0,4									
2. kat	**65,0**	33,4	54,6	34,6	41,4	34,6	45,7	38,3	43,5	29,2	46,9	37,5	41,6
3. kat	**44,0**	66,6	45,4	45,4	58,6	65,4	54,3	61,7	56,5	70,8	53,1	62,5	58,4
4. kat													

1.3 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Tabela št. 2: Varnostne vizite/razgovori

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	50
Število izrečenih ukrepov	96
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	91
Skupna učinkovitost VV/VR	95 %

1.4 ODKLONI

V informacijski sistem nismo beležili odklonov, smo pa namesto tega opravili več varnostnih razgovorov. Na temo zdravil smo opravili 5 varnostnih vizit, na katere smo podali 12 ukrepov, ki smo jih v celoti realizirali.

2 STATISTIČNI PRIKAZ IZVEDENIH AKTIVNOSTI NA ODDELKU

Tabela št. 3: Število obračunanih bolnikov na OZZN

	Jan	**Feb**	**Mar**	**Apr**	**Maj**	**Jun**	**Jul**	**Avg**	**Sep**	**Okt**	**Nov**	**Dec**	**2015**
Plačnik ZZZS	7	18	20	13	20	16	15	8	23	20	19	20	199
Ostali plačniki	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Skupaj	7	18	20	13	20	16	16	8	24	20	19	20	201

Tabela št. 4: Letni načrt in realizacija ne akutne obravnave v BOD - ih

	Načrt	**Uresničeno**	**Indeks**
OZZN	4.315	4.496	104,19

V letu 2015 je ZZZS plačal vse realizirane oskrbne dneve.

Tabela št. 5: Povprečna ležalna doba po mesecih (pri obračunanih bolnikih)

	Jan	**Feb**	**Mar**	**Apr**	**Maj**	**Jun**	**Jul**	**Avg**	**Sep**	**Okt**	**Nov**	**Dec**
OZZN	14,14	14,68	16,34	16,43	16,70	16,67	17,53	18,99	17,70	17,81	18,15	18,87

Tabela št. 6: Spol bolnikov na OZZN

Spol	**Št. bolnikov**	**Delež**
moški	82	35,96
ženske	146	64,04
skupaj	228	100

Iz tabele št. 6 je mogoče razbrati zanimiv podatek, ki lahko nakazuje na to, da žene v večji meri poskrbijo za svoje može, kot pa obratno.

Tabela št. 7: Starost pacientov na OZZN

Starost bolnikov	Št.bolnikov	Delež
90 - dalje	26	11,40
80 - 89 let	87	38,16
70 - 79 let	77	33,77
60 - 69 let	22	9,65
50 - 59 let	9	3,95
40 - 49 let	5	2,19
18 - 40 let	2	0,88
Skupaj	228	

3 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

V letu 2015 smo na oddelku spremljali kazalnike kakovosti. Pri doseganju smo bili uspešni, saj smo en kazalnik dosegli sto odstotno, to je bil RZP.

Pri prenosu MRSA je prišlo do sedmih prenosov. Uspešno smo dekolonizirali enega MRSA pozitivnega pacienta.V letu 2015 smo zabeležili 5 padcev. Cilji, ki so bili zastavljeni v smeri družinskih sestankov so bili v celoti realizirani. Sami družinski sestanki so potekali po ustaljenem načrtu, nismo pa uspeli izdelati protokola o družinskih sestankih. V letu 2015 je bilo izvedenih 98 družinskih sestankov, v katere je bila vključena koordinatorica na oddelku za zdravstveno nego, socialna delavka, svojci in v večini primerov tudi pacienti. Sodelovali pa so tudi delovna terapevtka, fizioterapevtka in dietetičarka.V drugi polovici leta 2015 smo pričeli z uporabo obnovljene klinične poti v katero smo vstavili obrazec za ugotavljanje stopnje samooskrbe ob sprejemu in odpustu pacienta.

V letu 2016 smo postavili nekaj pomembnih ciljev za oddelek:

Cilj 1: Izdelava protokola za sprejem na neakutno obravnavo
Cilj 2: Izvesti družinske sestanke pri vseh socialno ogroženih pacientih
Cilj 3: Predstaviti rezultate podatkov samooskrbe pacientov

4 KADROVSKI VIRI

Letni razgovori niso bili izvedeni z vsemi zaposlenimi. Tako, da smo si dali za cilj v letu 2016, da bodo letni razgovori opravljeni z vsemi zaposlenimi na oddelku.
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 enkrat tedensko potekala telovadba. Ob torkih se telovadbi pridružijo tudi »Rdeči noski«, ki poskrbijo za pozitivno energijo med pacienti. Enkrat mesečno potekajo konzultacije z mag. farmacije, ki prenaša svoja opažanja glede predpisovanja antibiotične terapije na zdravnike. Enkrat tedensko na oddelku poteka prehranska vizita z bolnišničnim dietetikom. Vsaka skupina študentov FZJ pripravi plakat z vnaprej določeno temo, kot so pitje tekočine, pravilna prehrana, nevarnost padca, prenos bolnišničnih okužb, itd. Ta plakat predstavijo vsem pacientom, ki so sposobni transferja na invalidski voziček.

6 ZAKLJUČEK

Pacienti na oddelku za zdravstveno nego so obravnavani celostno. Trudimo se, da bi bili pri nas pacienti na prvem mestu in, da bi se tako pacienti kot njihovi svojci počutili sprejete. Celoten zdravstveni tim pa se mora zavedati, da bo le timski pristop okrepil medsebojno povezanost in bo pripomogel k boljšim rezultatom na oddelku.

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.
Zaradi vedno večjega števila napotitev pacientov z napotnicami s stopnjo nujnosti hitro in zaradi pomanjkanja terminov še vedno izvajamo triažo teh napotnic s strani zdravnikov, kar nam je omogočilo lažjo organizacijo dela. Leto 2015 je bilo zaznamovano predvsem z obnovo endoskopij, gradnjo urgentnega centra in izvajanja urgentne službe v vojaški bolnišnici ROLE 2LM. V sodelovanju z ginekološko porodniškim oddelkom smo pripravili babiško ambulanto.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

V letu 2015 se je nekaj sodelavk vrnilo iz porodniškega dopusta, ena od teh je bila zaradi krajšega delovnega časa prerazporejena v ginekološko ambulanto, ki pa nas je proti koncu leta tudi zapustila. S 1.9.2015 se je vodenje specialistične internistične ambulante, specialistične ginekološke ambulante in ortopedske ambulante prerazporedilo na glavne medicinske sestre teh oddelkov.
Do 31.8.2016 je bilo v specialističnih ambulantah in enoti za NMP zaposlenih 39 tehnikov zdravstvene nege in 25 diplomiranih medicinskih sester. Na koncu leta 2015 pa je bilo v zdravstveni negi specialističnih ambulant in urgence zaposlenih 32 tehnikov zdravstvene nege in 22 diplomiranih medicinskih sester. To leto so nam pri delu v urgentni internistični in kirurški ambulanti oziroma v vojaški bolnišnici pomagali bojni reševalci Slovenske vojske.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

1. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Redni letni razgovori	Kontinuirano	delno realizirano
Kazalnik Število opravljenih letnih razgovorov na število zaposlenih		opravljenih je bilo 10 letnih razgovorov

2. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Varnost in kakovost - izvajanje varnostnih vizit	Kontinuirano, celo leto	opravljenih je bilo 67 VV/VR
Kazalnik Število varnostnih vizit Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti leteh	Kontinuirano, celo leto	Učinkovitost: 85%
3. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	ni realizirano
Kazalnik Število ZV intervencij v nevrološki, dermatološki ambulanti in kardiološkem laboratoriju		z ZV delom v nevrološki nismo še pričeli, v kardiološkem laboratoriju poskusno testiramo program za srčno popuščanje
4. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Izdelava protokolov in dokumentacije*	Kontinuirano, celo leto	Realizirano
Kazalnik Obrazci (pregled aparatur, čiščenje prostorov, kontrola sterilnosti,…), standard čiščenje endoskopov.		
5. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Izdelava triažnega sistema	Kontinuirano, celo leto	Ni realizirano, še vedno poteka izobraževanje dipl.m.s.
Kazalnik Obravnava pac. po Manchestrskem triažnem sistemu		

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

V letu 2015 smo sproti revidirali večino obrazcev. V dermatovenerološki ambulanti smo z zaposlitvijo oz. prerazporeditvijo dipl.m.s. pričeli z izvajanjem krioterapije oz. oskrbo bradavic s tekočim dušikom. V tem letu smo dvakrat preselili urgentno službo, najprej v vojaško bolnišnico, nato pa 12.12. v nov urgentni center.

2.1 KLINIČNE POTI

V urgentni ambulanti obravnavamo vse paciente ko Klinični poti za sprejem pacienta v urgentno ambulanto, obravnavamo naročene paciente po klinični poti za punkcijo, elektrokonverzijo in PEG.

2.2 DELOVNI SESTANKI

Tekom leta smo izvedli 10 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, 4 delovni sestanki so bili namenjeni preselitvi urgentne službe. Vodstvo pa je imelo tedenske sestanke z naslovom koordinacija ROLE in UC, kjer smo sproti postavljali delovišča in sproti tudi odpravljali težave.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Tudi v tem letu smo se trudili na področju kulture varnosti. S preselitvijo urgentne službe je bilo tudi potrebno sprotno obveščanje pacientov in obiskovalcev.

Delo v vojaški bolnišnici nam ni v celoti omogočalo zagotavljanje intimnosti, kar smo uredili z dodatnimi pregradami in španskimi stenami. Zelo dobro je bilo poskrbljeno za klimatizacijo prostorov, kljub začetnim težavam. V namen preverjanja zadovoljstva pacientov z izvajanjem urgentne službe v ROLE smo izvedli tudi anketo, ki nam je pokazala visok odstotek zadovoljnih pacientov. 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
SPEC. AMB	2	0/1	1	2	0	0	0	0	0	0	2

Na odklone sta bila izrečena 2 ukrepa, ki sta bila uspešno zaključena.

3.2 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
Koordinatorica ZN	12	14	96%
Odgovorne MS enot	46	72	94%
Skupaj	**58**	**92**	**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 izobraževanja, internega in zunanjega po planu za leto 2015.

Vseh izobraževanj = 52	Izobraževalo se je 56 med. sester (85 % vseh zaposlenih)
Eksternih izobraževanj = 27	40 pasivnih udeležb, 12 aktivne udeležbe
Internih izobraževanj = 28	2 aktivne udeležbe, 25 različnih slušateljev

5 ZAKLJUČEK

V prvi polovici leta, smo uredili večino negovalne dokumentacije. Na centralnem naročanju se občasno srečujemo s pomanjkanjem odprtih terminov za ambulante preglede. V ta namen smo pacientom pošiljamo obrazec 80 in 80a (seznanjenost pacientov o preseganju čakalnih dob). Na splošno smo lahko zaposleni v specialističnih ambulantah zadovoljni. Nadomestili smo vse porodniške dopuste. Akreditacije niso pokazale velikih odstopanj, vsa priporočila, ki so bila podana, smo skušali urediti sistemsko.S 1.3. smo pričeli z delom v vojaški bolnišnici in izvajali urgentno službo, kjer smo obravnavali v urgentni kirurški ambulanti 17.936 pacientov, v kontrolni kirurški ambulanti 6661 ter urgentni internistični 5233 pacientov. 11.12. pa smo odprli nov urgentni center.

V letu 2015 smo prenovili tudi prostore na endoskopijah, kjer sta 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. Posebna hvala gre tudi sodelavcem ostali ambulant, s katerimi sem imela možnost sodelovati do septembra.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

1. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Izobraževanje	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra
Kazalnik 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, TPO)	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Izdelava protokolov in dokumentacije	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra Predstojnik urgentnega centra
Kazalnik Revizija obstoječih dokumentov KP za AKZ, politravmo	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Varnost in kakovost	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra Odgovorne MS
Kazalnik Število varnostnih vizit Beleženje odklonov Preventiva padcev	Kontinuirano, celo leto	
4. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Odgovorne MS v specialističnih ambulantah
Kazalnik Število ZV pacientov z Multiplo sklerozo	Kontinuirano, celo leto	
5. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Razkuževanje rok	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica ZN Promotorji projektne skupine za BO

		na odd.
Kazalnik Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih 1x/četrtletje Uspešnost razkuževanja rok 97 %	Kontinuirano, celo leto	
6. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Vzpostavitev triaže	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra Triažne MS
Kazalnik Obravnava pacienta po Manchestrskem triažnem sistemu		
7. Cilj:	Rok izvedbe	Realizacija
Kazalniki kakovosti delovanja urgentnega centra po navodilih MZ	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra Predstojnik urgentnega centra
Kazalnik Število triaziranih pacientov Število pacientov obravnavanih v opazovalnici		

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI CENTRALNE STERILIZACIJE

Adrijana Ilievski, dipl. upr. ved
Vodja ZN v centralni sterilizaciji

UVOD

Enota Centralne sterilizacije je enota, ki s svojo dejavnostjo izvajalcem zdravstvenih storitev in zdravstvene nege zagotavlja kakovostno in strokovno vodeno procesiranje inštrumentov, materiala in drugih medicinskih pripomočkov, ki jih uporabljamo pri delu s pacienti. Največji delež namenimo procesiranju inštrumentov in drugih medicinskih pripomočkov iz 7 operacijskih sob, s sterilnim materialom pa oskrbujemo tudi 11 oddelkov, 4 enote, 10 ambulant in 2 zunanja uporabnika. V drugi polovici leta 2015, pa smo prevzeli dezinfekcijo in sterilizacijo pripomočkov za lekarniško dejavnost naše bolnišnice.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

Odstopanja so se pokazala pri številu reprocesiranih setov, ki so zabeleženi v informacijskem sistemu. Število reprocesiranih setov se je v letu 2015 zmanjšalo za 8.783, v primerjavi z letom 2014, kjer je bilo reprocesiranih 144.090 setov, leta 2015 pa 135.307 setov. Razlog je v nedoslednem vpisovanju elektronskih naročilnic, odstopanja rešujemo sprotno po telefonu, ustno, na delovnih sestankih in varnostnih vizitah. V letu 2015 se je število zaposlenih povečalo za 1 srednjo medicinsko sestro.

Tabela 1: Kadrovska struktura

	Nedoločen čas	Bolniška
ZT/ SMS	11	/
Dipl.m.s.	1 (4 urni delavnik)	/
Vodja CS	1	/

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

Tabela 2: Realizacija ciljev

1. CILJ: Doseči pravilno izpolnjevanje elektronskih naročilnic oddelkov in enot	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Beleženje odstopanj in poročanje	Ni realizirano
EVALVACIJA: Sprotno beleženje in opozarjanje	
2. CILJ: Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Beleženje odstopanj in primerno korektivni ukrepi	Kontinuirano Sprotno rešeno
EVALVACIJA: Od 1.1. 2015 do 31.12.2015 je bilo zabeleženih 44 odstopanj pri reprocesiranju.	
3. CILJ: Validacija vse strojne opreme	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Validacija enkrat letno neodvisnega zunanjega pooblaščenega izvajalca validacij- Validacija Robek	
EVALVACIJA: Brezhibno in varno delovanje strojne opreme	100% realizirano
4. CILJ: Boljša sledljivost reprocesiranih setov.	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Spremembe pri oddaji e-naročilnic, oz. elektronsko sledenje	
EVALVACIJA: dopolnitev obstoječega elektronskega programa T-DOC	Ni realizirano

2 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Prvi kazalnik je zagotavljanje ustreznega in kakovostnega procesa sterilizacije, kjer smo v letu 2015 zabeležili 44 odstopanj. Zabeležili smo tudi 1 odklon na reprocesiranje.
Drugi kazalnik, ki ga redno spremljamo je pravilnost shranjevanja sterilnega materiala na oddelkih/enotah. Cilj tega kazalnika je 100 % pravilnost shranjevanja sterilnega materiala. V prvem polletju je bilo 98 %, v drugem polletju pa 97 % (realizacija: druga polovica za odstotek manjša).
V mesecu oktobru smo imeli notranjo presojo, neskladij nismo prejeli, prejeli smo 8 priporočil in jih tudi delno realizirali. V letu 2015 smo prenovili in uredili standarde ter obrazce, ki jih uporabljamo v Centralni sterilizaciji.

2.1 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Tabela 3: Število VV/VR in ukrepov

Število VV/VR	9
Število izrečenih ukrepov	23
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	20
Skupna učinkovitost VV/VR	90 %

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2015 je bilo izvedenih 11 letnih razgovorov z zaposlenimi v Centralni sterilizaciji. Zaposleni so bili z izvedbo letnih razgovorov zadovoljni, na razgovor so bili pripravljeni. Podali so svoje mnenja, izboljšanja, svoje cilje in vrednote. Vsi si želijo izboljšave v komuniciranju z uporabniki in ne konfliktnih odnosov z njimi.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni v centralni sterilizaciji smo se večinoma izobraževanj udeležili po letnem planu za leto 2015. Udeležili smo se strokovnega seminarja/ izobraževanja sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji z naslovom seminarja Varnost je načrtovana. Izobraževanje je potekalo 16. in 17. aprila v Kranjski Gori. Dve zaposleni naše bolnišnice sta pri tem tudi aktivno sodelovali s predstavitvijo članka Kontrolne točke v sterilizaciji, ter Dejavniki tveganja v Centralni sterilizaciji. V mesecu juniju smo zaposleni imeli interno izobraževanje s področja preprečevanja bolnišničnih okužb. Meseca septembra smo obiskali in si ogledali centralno sterilizacijo v Splošni bolnišnici Celje, ter 9. šole kliničnih mentorjev Fakultete za zdravstvo Jesenice. 23. oktobra 2015 smo se udeležili 8. dnevov Angele Boškin z naslovom Primeri iz prakse - smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih. 20. in 21. novembra smo se udeležili izobraževanja kakovost in varnost v sodobni operacijski zdravstveni negi, ki ga je pripravila sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov iz operativne dejavnosti. Udeležili smo se tudi nekaj internih izobraževanj.

4 CILJI ZA LETO 2015

1. Cilj: Sledljivost reprocesiranih setov
   Aktivnost: Spremembe pri oddaji inštrumentov iz Op v CS in iz CS v Op
2. Cilj: Zagotavljanje ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije
   Aktivnost: Beleženje odstopanj in primerni korektivni ukrepi
3. Cilj: Izobraževanja s področja bolnišnične higiene in razkuževanje rok
   Aktivnost: Udeležba na predavanjih in uspešnost razkuževanja rok
4. Cilj: Validacija vse strojne opreme
   Aktivnost: Validacija enkrat letno

5 ZAKLJUČEK

Proces stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti smo izvajali z različnimi aktivnostmi. Na področju čiščenja inštrumentov, smo zamenjali detergent za strojno čiščenje inštrumentov pri termodezinfektorju, za dezinfekcijo občutljivih inštrumentov in pripomočkov.
V letu 2015 smo za reprocesiranje prejeli veliko novih setov z inštrumenti, s tem se je posledično povečala poraba materiala, ki ga potrebujemo za reprocesiranje. V proces smo

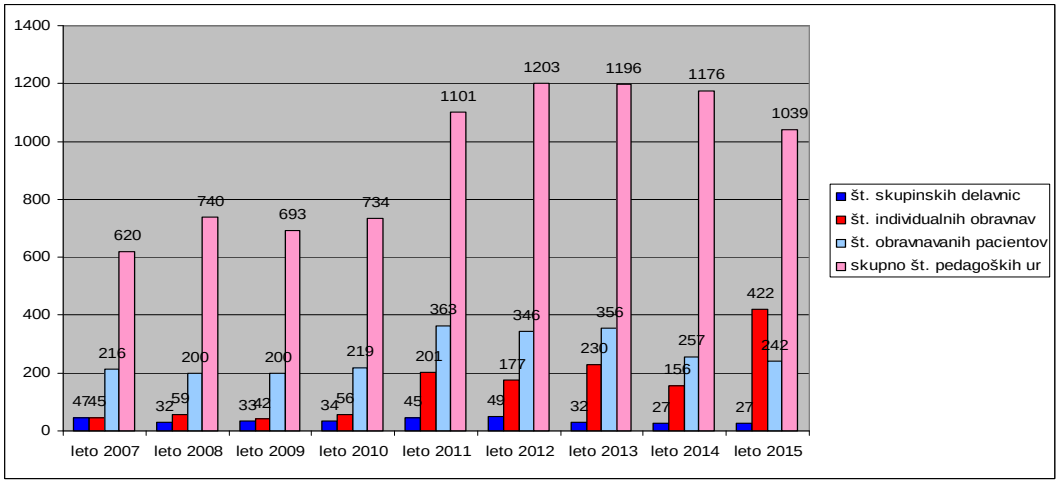
vključili tudi lekarniško dejavnost, zmogljivost strojne opreme je premajhna, zato smo v plan nabave za leto 2016 vključili nov termodezinfektor.
Tudi v prihodnje si želimo dobrega sodelovanja in dobre komunikacije z uporabniki, saj tako prispevamo k še večji varnosti in kakovosti pri celostni obravnavi pacienta.

POROČILO STROKOVNE SODELAVKE ZA PEDAGOŠKO PODROČJE

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., pred.

1 IZVAJANJE ZDRAVSTVENO VZGOJNEGA DELA (ZV)

V spodnjem grafu je prikazan trend gibanja zdravstveno vzgojnega dela samo pri pacientih s sladkorno boleznijo.



Graf 1: Primerjava izvedene zdravstvene vzgoje pri pacientih s sladkorno boleznijo v zadnjih devetih letih

Kot je razvidno iz grafa 1 smo v letu 2015 obravnavali nekaj manj pacientov, ter opravili manj pedagoških ur zdravstveno vzgojnega dela. To je na račun tega, ker se ne držimo priporočil smernic, ki opredeljujejo, da se poleg postavitve diagnoze in na željo pacienta/svojca, ZV delo izvaja tudi vsaj 1x letno, nujno pa ob spremembi terapije. Teh priporočil se ne uspemo držati zaradi načina organizacije dela v ambulanti.
Število individualnih obravnav pa narašča zato, ker je to postala prevladujoča oblika dela in ker smo šteli tudi terapevtske obravnave diabetične noge. V letu 2015 smo začeli z vodenjem novega kazalnika kakovosti za zdravstveno vzgojno delo na področju diabetesa.

KAZALNIK KAKOVOSTI: Učinkovitost ZV pri pacientih na reedukaciji - sladkorna bolezen (pacienti na insulinskem zdravljenju)

Tabela 1: Povprečne vrednosti parametrov HbA1c pred in po reedukaciji

1.1.2015 – 31.12. 2015	HbA1c_pred ZV	HBA1C_ po ZV
Povprečna vrednost	9,3 %	7,95 %

Spremljali smo vrednosti HbA1c pred začetkom reedukacije in ob prvi kontroli po zaključku le te, cilj je bil doseči padec HbA1c za vsaj 0,5 % ali več. Vključili smo 19 pacientov (tiste, kjer terapija s strani zdravnika ni bila spremenjena, tako da lahko predvidevamo, da je sprememba res vpliv ZV). Za vse v letu 2015 obravnavane paciente še nimamo podatkov, ker bodo na prvi kontroli po izvedeni ZV šele v letu 2016. Cilj smo krepko presegli, saj jeHbA1c povprečno padel za 1,35% (od +0,5% do -4,1%). Za več podatkov glede vsebine ZV glejte skupno poročilo o izvedenem zdravstveno vzgojnem delu v Splošni bolnišnici Jesenice.

2 OBVLADOVANJE DOKUMENTACIJE

Dokumentacija se redno ažurira, redno se preverja primernost vsebine, tako da dokumentacija ni starejša kot 3 leta (izjemoma je starejša, s potrditvijo primernosti vsebine, kadar imamo tiskane zaloge, ki se še niso porabile). Tako je bilo letos na novo oblikovanih ali ažururanih nekaj več kot 300 dokumentov.

3 ODKLONI

Za področje zdravstvene vzgoje pacientov s sladkorno boleznijo v letu 2015 ni bilo sporočenega nobenega odklona. Sta pa zabeležena 2 odklona na temo predpisovanje insulina, kar je malo glede na javljanje odklonov v preteklih letih. Še vedno se pojavljajo težave s časom predpisa insulinske terapije na bolniških oddelkih, ki se ne sklada z obrokom hrane in posledično pripelje do velikih nihanj glukoze v krvi in neurejeni sladkorni bolezni.

4 STROKOVNI NADZORI

Izveden je bil 1 nadzor nad shranjevanjem in rokom uporabnosti insulinov po oddelkih in v enotah (avgust 2015).

5 POCT (point of control testing) – poročilo je na strani 211

6 SLOVENSKA MREŽA ZA PROMOCIJO ZDRAVJA V BOLNIŠNICAH

Mateja Bahun, prof. zdr.vzg., pred.
Koordinatorica skupine

Na področju promocije zdravja je bilo leto 2015 zelo uspešno. Pripravili smo strateške dokumente za promocijo zdravja in sicer: akcijski načrt dela za obdobje 5 letni (SOP PZ 1 - Načrt promocije zdravja 2015-2020), kjer smo opredelili namen, opisali potek procesa, opredelili, da se postavka promocija zdravja doda v finančni načrt, opredelili, kje bomo zajemali podatke za analizo stanja, postavili cilje in kriterije za spremljanje učinkov. Ker je petletni načrt splošen, smo se dogovorili tudi za pripravo natančnejših letnih načrtov na vseh 4 nivojih (OBR PZ 1 - Načrt promocije zdravja za leto 2015, ter OBR PZ 1 - Načrt promocije zdravja za leto 2016). Na intranetu zaposlene redno obveščamo o novostih na področju promocije zdravja in objavljamo gradiva Slovenske in Mednarodne mreže HPH.

V tabeli je predstavljeno poročilo izvedenih aktivnosti v letu 2015. Več informacij o posameznih akcijah je dostopnih na intranetu in v internem glasilu Bolje.

Tabela 3: Izvedeni ukrepi promocije zdravja v letu 2015

UKREPI PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU	**Ukrep**
VZPOSTAVITEV POZITIVNEGA DELOVNEGA OKOLJA	Izvedba ankete med zaposlenimi o željah v zvezi s promocijo zdravja
	Akcija »jabolka«, 120 kg jabolk za zaposlene
	Strokovna izobraževanja v SBJ
	Sodelovanje v nacionalni anketi »preprečevanje in obvladovanje bolečine pri zaposlenih v zdravstveni negi«
	Predstavitev ravnanja ob incidentu (ubodi in urezi pri zaposlenih)
	Vse aktivnosti skupine za »družini prijazno podjetje«
PREPREČEVANJE IN OBVLADOVANJE STRESA	Predavanje in delavnica o preprečevanju stresa
	Objava gradiv na intranetu na temo preprečevanje stresa
ERGONOMSKA DELOVNA MESTA	Predavanje - Ergonomsko gibanje pri izvajanju postopkov v zdravstvu
SPODBUJANJE ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA	Akcija »ali ste danes že dovolj pili« razdeljevanje vode
	Opomniki za pitje voda na intranetu
	Akcija »uporabi stopnice«, nalepke na stopnišču
	Terapevtske vaje za stabilizacijo hrbtenice in medenice – predavanje
	Terapevtske vaje za stabilizacijo hrbtenice in medenice - vaje
SPODBUJANJE POZITIVNIH DRUŽBENO SOCIALNIH STIKOV	Prvi tek gorenjskih bolnišnic
	Športno družabno srečanje zaposlenih - spomladi
	Novoletno srečanje vseh zaposlenih
	Novoletna obdaritev otrok zaposlenih
	Božično novoletni koncert za paciente in obiskovalce
	Aktivnosti v organizaciji društva MSBZT in sindikatov
UKREPI PROMOCIJE ZDRAVJA PACIENTOV	**Ukrep**
IZVAJANJE ZDRAVSTVENO VZGOJNIH PROGRAMOV ZA PACIENTE	Izvajanje ZV programa na novo odkrite paciente s SB tip 2
	Izvajanje ZV programa za paciente s SB tip 2, ki prehajajo na inzulinsko zdravljenje
	Zdravstvena vzgoja na področju prehrane za otročnice, ki dojijo
	Izvajanje zdravstveno vzgojnega programa - dojenje
	Izvajanje ZV programa za dializne paciente
	Izvajanje ZV programa za p – zdravljenje s peritonealno dializo
	ZV na področju prehrane P ki se zdravijo s hemodializo
	ZV pacientov s kroničnim srčnim popuščanjem
	Izvajanje ZV programa za paciente ki prehajajo na antikoagulacijsko zdravljenje
	Izvajanje ZV programa ASTMA
	Zdravstvena vzgoja stomistov
	ZV pacienta z rano
TER VSI DOGODKI OPISANI V TOČKI 4	
SPREMINJANJE ZDRAVSTVENIH USTANOV V PODPORNA OKOLJA	**Ukrep**
POVEZOVANJE	Spremljanje in informiranje zaposlenih o dogajanju povezanim z zdravim načinom življenja v lokalni skupnosti - TIC Jesenice, Zavod za šport Jesenice,…

	Objavljanje promocijskih gradiv (plakati, letaki,…), ki promovirajo zdrav način življenja - intranet, oglasni deski
	Informiranje uporabnikov z Zdravstveno vzgojnimi gradivi objavljenimi na internetu SBJ
	Dan odprtih vrat
	Otvoritev urgentnega centra
PROMOCIJA ZDRAVJA LOKALNE SKUPNOSTI V OBMOČJU OKROG ZDRAVSTVENE USTANOVE	**Ukrep**
OBELEŽEVANJE SVETOVNIH, EVROPSKIH IN SLOVENSKIH DNI	Dan žil in dan ledvic
	Evropski dnevi srčnega popuščanja
	Svetovni dan umivanja rok
	Mednarodni dan RZP
	Svetovni dan otroka
	Svetovni dan bolnikov s sladkorno boleznijo
	Svetovni dan boja proti AIDSu

ANKETA O ZADOVOLJSTVU Z DELOM SKUPINE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA

Izvedli smo tudi anketo o zadovoljstvu z delom skupine v prvem letu delovanja. Odziv je bil zelo slab, saj je v več kot 1 mesecu, ko smo anketo objavljali na intranetni strani, nanjo odgovorilo le 32 oseb, ker predstavlja 4,6 % zaposlenih. 81,2 % se je opredelilo, da je bilo delovanje odlično ali dobro, tisti, ki so o delovanju skupine mislili, da deluje slabše kot to, tega niso razložili.
Smo pa dobili izredno veliko predlogov za leto 2016, ki so predstavljeni v nadaljevanju, kar bomo v okviru možnosti poizkusili uresničiti v čim večji meri.

1	aktivnosti narejene tako, da so vključeni vsi. Npr. pri zajtrku, ki je sicer zelo dobra ideja so bili predeli kjer so bolj zaprti in na deloviščih, kjer ga ne morejo zapustiti prikrajšani. Organizacija ni bila izvedena za njih. (zajtrk bi morali tem enotam priskrbeti drugače - dostava) dializa, ambulante, operacijska, eitos - delo mora potekati tekoče in ni možno zapustiti enote ali dobiti zamenjavo, ker je obseg dela v jutranjem času največji.
2	zajtrk za zaposlene bi bil lahko v večih obdobjih (mogoče na 3 mesece po en teden) razmisliti bi bilo potrebno kako naj dobijo zajtrk zaposleni, ki ne morejo iz oddelka. (mogoče od 6.30 ali 7 do 9 ih) kakšno predavanje s teoretičnimi vajami urediti primerno delovno okolje zaposlenih. nekateri so v zelo slabih prostorih (npr arhiv, skladišče, centralno naročanje) povečati št zaposlenih v menzi v času malice - dve zaposleni sta premalo! - urejeno delovno okolje. kolesarnica mikrovalovka v menzi
3	Morda kakšen izlet, tečaj nordijske hoje, ...
4	morda kakšen izlet v hribe
5	piknik kakšne karte za športno udejstvovanje
6	nimam predlogov
7	poskrbeti za normalno obremenitev delavca v delovnem času, z rednim odmorom za prehranjevanje - pogoj zadosti kadra!!!
8	kakšen druzinski izlet
9	- nadaljujete z akcijami o pomeni gibanja - morda bi se osredotočili na zmanjševanje kajenja v okolici bolnišnice (zdravstveni delavci bi morali pacientom predstavljati pozitiven zgled)
10	delavnice za prenehanje kajenja športni dnevi pohodi...
11	de
12	...
13	Mogoče kaj v zvezi z obvladovanjem stresa
14	Kar tako naprej
15	organizirani in ovedni pohodi, vaje..
16	NADALJUJETE Z AKTIVNOSTMI KOT V PREJŠNEM LETU
17	Delavnice o stresu/izgorevanju
18	Bolj individualno delo po oddelkih, Več EPP sporočil.
19	Lahko bi se spremenilo tudi kaj za nas ostale zaposlene npr.: da bi imeli v službi plastivifirano vodo, ki jo ni treba kupiti na avtomatu, saj iz pipe ni oporečna...predvsem osnovne stvari!
20	udeležbe na rekreativnih prireditvah
21	podobne akcije
22	slovenski zajtrk, izlet, zdravo hujšanje
23	da bi bila organizirana tel.vadba v sbj
24	prilagodljivost prihoda in odhoda, tako da lahko uporabimo javni prevoz, kolo, ...
25	v tem sistemu kot je bi zajtrk. čisto preveč so pomembni drugi-pacienti. da je dobra delovna sila je potreben zdrav in zadovoljen kader.

7 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA V LETU 2015

KOMUNIKACIJA IN MEDIACIJSKE VEŠČINE IN OBČNI ZBOR DMSBZT	6.3.2015
EU PROJEKTI	12.3.2015
4TH INTERNATIONAL DIAMIND	23.3.2015
BOLNIŠNIČNE OKUŽBE	23.4.2015
10. KONGRES ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE	11.5.2015
ZDRAVSTVENO VZGOJNI UKREPI PRI PACIENTU S SRČNIM POPUŠČANJEM	21.5.2015
SODOBNI POGLEDI NA FARMAKOTERAPIJO SLADKORNEGA BOLNIKA	20.6.2015
TEORIJE IN MODELI ZDRAVSTVENE NEGE: 9. ŠOLA ZA KLINIČNE MENTORJE	17.9.2015
PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU - PREDAVANJE NA GOSPODARSKI ZBORNICI SLOVENIJE	15.10.2015
TERAPEVTSKE VAJE ZA STABILIZACIJO HRBTENICE IN MEDENICE	21.10.2015
ORGANIZACIJSKI ODBOR STROKOVNO SREČANJE 8. DNEVI ANGELE BOŠKIN	23.10.2015
VAJE ZA STABILIZACIJO HRBTENICE IN MEDENICE	26.10.2015
NOVOSTI V SMERNICAH ZA OŽIVLJANJE 2015	3.12.2015

DRUGO:

MENTORICA PRI DIPLOMSKEM DELU (VSE ZA NAŠE ZAPOSLENE):

- Šmid, Ksenija - Odnos diplomiranih medicinskih sester do zdravstvene vzgoje v Splošni bolnišnici Jesenice
- Janša, Irena - Odnos medicinskih sester do dokumentiranja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice
- Avguštinčič, Tjaša - Znanje pacientov in zaposlenih v zdravstveni negi o srčnem popuščanju
- Hrvaćanin, Ljiljana - Vloga Društva diabetikov Jesenice pri širjenju znanja o diabetesu in zdravem življenjskem slogu
- Avsenek, Herta - Vloga medicinske sestre pri ocenjevanju in zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti v bolnišnici

RECENZENTKA:

- Zbornika Človek človeku človek - Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, 2015
- Zbornika Komunikacija in mediacijske veščine - Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, 2015

UREDNICA IN SOAVTORICA PRISPEVKA:

- v zborniku Primeri iz prakse - smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih? 8. Dnevi Angele Boškin

SOUREDNICA:

- Strokovnega poročila Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2014

SOAVTORICA PRISPEVKA:

- Učinkovitost čiščenja pacientove okolice - ko nevidno postane vidno - 10. kongres Zdravstvene in babiške nege Slovenije
- soavtorica pri strokovnem izobraževanju v SBJ z naslovom - Neustrezna predaja pacienta lahko povzroči neljubi dogodek

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 2015 zdravstveno vzgojno delo izvajalo na več področjih in sicer:

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 ter še terapevtska obravnava diabetične noge Aleksandra Vodopivec, ZT**

2015	**Število skupinskih delavnic**	**Število individualnih obravnav**	**Skupaj število obravnavanih pacientov**	**Povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**Skupno število pedagoških ur**
Novoodkriti pacienti s sladkorno boleznijo	12	5	68	4	68
Nosečnice – gestacijski diabetes	-	-	-	4	-
Prehod na inzulin - ambulantno obravnavani pac. + nosečnice	13	19	57	15	480
Prehod na inzulin – hospitalizirani pacienti	-	11	11	9	99
Reedukacije per os th	-	2	2	2	4
Reedukacije insulin	-	30	30	8	240
Edukacije za Glukagon	-	1	1	2	2
Edukacije za GLP 1	2	6	10	2	16
Presejalni test za noge	-	41	41	0,7	29
Terapevtska obravnava diabetične noge	-	300	15	0,5	75 (½ od 150)
Funkcionalna inzulinska terapija	-	6	6	4	24
Hipoglikemija	-	1	1	2	2
Ketoacidoza	-	-	-	2	-
SKUPAJ	**27**	**422**	**242**	**-**	**1039**

2 **Zdravstveno vzgojno delo - Tečaj vzpodbujanje dojenja – izvajalci: Čimžar Irena, dipl. babica, Sfiligoj Barbara, dipl. babica, Legat Monika, dipl. babica, Zupan Katja, dipl. babica**

2015	**Skupaj obravnavanih pacientk**	**Število skupinskih delavnic**	**Povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**Skupno št. pedagoških ur**
Tečaj vzpodbujanje dojenja	39	12	1,3	16
SKUPAJ	**39**	**12**	**-**	**16**

3 Poročilo o ZV delu – dietetik - Pavla Lavrinec, dipl. m.s.

2015	Število skupinskih svetovanj	Število individualnih obravnav	Skupno število obravnavanih oseb	Povprečne pedagoške ure na obravnavo	Skupno število pedagoških ur
Prehrana novoodkriti 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 za 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.

4 Zdravstveno vzgojno delo na fizioterapiji – izvajalci dipl. fizioterapevti

2015	Skupaj obravnavanih pacientov	Povprečne pedagoške ure na obravnavo	Skupno število pedagoških ur
Kirurgija pospešenega okrevanja	72	0,5	36
Perioperativna šola pri TEP kolka in kolena	326	0,4 (2 izvajalca naenkrat)	261
SKUPAJ	**398**	-	**297**

5 Zdravstveno vzgojno delo na internem oddelku – izvajalka Dubravka Karadžič Šmitran, dipl. m. s., koordinatorica zdravstvene obravnave

2015	Skupaj obravnavanih pacientov	Povprečne pedagoške ure na obravnavo	Skupno število pedagoških ur
Srčno popuščanje	40	1	40
Hranjenje po PEG	18	1	18
Rokovanje z urinskim katetrom, nefrostomo	12	0,7	8
Preventiva razjede zaradi pritiska	11	0,7	8
Infekti v domačem okolju (MRSA, ESBL,…)	31	0,7	22
SKUPAJ	**112**	**-**	**96**

6 Zdravstveno vzgojno delo na otroškem oddelku / v ambulantah – izvajalke imajo dodatna znanja iz alergologije in opravljen tečaj ASTMA ŠOLA (Irena Kolbl, Suzana Tavželj, Metka Lužnik, Kemila Trako, Jadranka Lazova, Anja Kavčič)

2015	**Skupaj obravnavanih pacientov**	**Povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**Skupno št. pedagoških ur**
Astma šola samostojno vodenje	150	0,3	50
Astma šola PEF + dnevnik	67	0,4	30
Astma šola znaki poslabšanja	83	0,4	37
Astma šola aplikacija zdravil	150	0,4	66
Astma šola preventi. poslabšanj	50	0,3	16
Uporaba samoinjektorja EPIPEN	28	0,4	12
Uporaba seta za samopomoč	28	0,3	9
Preprečevanje pika ose, čebele	15	0,3	5
Prepr. kontakta z arašidom	13	0,3	4
SKUPAJ	**178**	**-**	**229**

6 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

2015	**Skupaj obravnavanih pacientov**	**Število individualnih obravnav**	**Povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**Skupno št. pedagoških ur**
Preddializna edukacija	6	10	0,7	7
Edukacija med dializno proceduro	10	42	0,4	17
SKUPAJ	**16**	**52**	**-**	**24**

7 Zdravstveno vzgojno delo na kirurškem oddelku – izvajalke dipl. m. s. na oddelku in koordinatorice zdravstvene obravnave

2015	**Skupaj obravnavanih pacientov**	**Povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**Skupno št. pedagoških ur**
Črevesne izločalne stome	29	2	58
Kirurgija pospešenega okrevanja	72	dipl. m. s. na oddelku - 0,7 dipl.m.s. iz protibol. Amb. – 0,3	72
Predoperativna šola ortopedije	324	1	324
Edukacija pacientov/svojcev - nedefinirano	116	0,6	70
SKUPAJ	**541**	**-**	**524**

8 ZV delo s področja oskrbe ran – izvajal koordinator za oskrbo ran

	Skupaj obravnavanih pacientov	**Število individualnih obravnav**	**Povprečne pedagoške ure na obravnavo**	**Skupno št. pedagoških ur**
Oskrba pacientov z negativnim pritiskom - vac	60	20	0,4	8
SKUPAJ	**60**	**20**	**-**	**8**

POROČILO SOCIALNE SLUŽBE

Nina Waldner, univ. dipl. soc. del.
Socialna služba

UVOD

Socialna služba bolnišnice je del multidisciplinarnega tima, ki načrtuje kakovostno in varno obravnavo pacienta v času 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 zaznanem oteženem odpustu zaradi različnih razlogov. Pri pacientih je pogost otežen odpust iz bolnišnice zaradi večjih negovalnih potreb kot pri sprejemu, kar terja načrtovanje novih aktivnosti glede oskrbe.
Gre za urejanje pomoči na domu v večjem obsegu ali prvo vzpostavitev tovrstne pomoči, organizacijo svojcev pri nudenju oskrbe v domačem okolju oziroma urejanje domske namestitve, v kolikor oskrba v domačem okolju, kljub vzpostavitvi formalne in neformalne mreže pomoči, pacientom ne zadošča več. Socialna služba je vključena tudi ob drugih izraženih stiskah odraslih in mladoletnih pacientov, zaznanem nasilju, brezdomstvu in ob drugih različnih osebnih okoliščinah, kjer se z namenom celovite pomoči in oskrbe po odpustu že v času hospitalizacije povezuje z institucijami v lokalnem okolju.
Obravnava pacienta pomeni upoštevanje njegovih trenutnih potreb, okoliščin, želja, če jih je sposoben izraziti, socialnega in osebnega statusa, vpetosti v socialno mrežo v domačem okolju, skratka celostno obravnavo pacienta, kar vključuje tudi pacientu pomembne osebe. Hospitalizacija sama po sebi je stresen dogodek tako za pacienta kot svojce, kar pomeni jim ponuditi varno okolje za razbremenilni pogovor pred načrtovanjem ostalih aktivnosti glede odpusta. Na socialno službo se pogosto obračajo tudi zaposleni v bolnišnici.
Prva pobuda za vključitev socialne službe prihaja tako od pacientov samih, svojcev, koordinatorjev zdravstvene obravnave, 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.V prostorih bolnišnice je v vnaprej znanem terminu organizirana tudi Komisija prve stopnje za umetno prekinitev nosečnosti, kjer je obvezni član socialna delavka.
Delo socialne službe zajema tudi koordinacijo prostovoljnega dela, ki poteka znotraj bolnišnice, namenjeno pa je popestritvi bivanja pacientov.
Socialna služba tesno sodeluje s koordinatorkami zdravstvene obravnave na internem in kirurškem oddelku ter na oddelku za zdravstveno nego.

1 POROČILO O IZVEDENIH CILJIH V LETU 2015

1.1 DRUŽINSKI SESTANKI NA ODDELKU ZA ZDRAVSTVENO NEGO

V letu 2015 je bilo na oddelku za zdravstveno nego izvedenih 98 družinskih sestankov. Družinski sestanek je vnaprej dogovorjen pogovor s pacientom in svojci glede načrtovanja oskrbe pacienta po odpustu.

Na pogovoru sva prisotni socialna delavka in koordinatorka zdravstvene obravnave na oddelku, po potrebi pa so vključeni tudi lečeči zdravnik, fizioterapevtka, delovna terapevta, koordinatorka za oskrbo ran ali bolnišnična dietetičarka. Namen srečanja je skupen dogovor o trenutnih negovalnih potrebah pacienta, svetovanje glede organiziranja ostalih podpornih služb in priporočenih medicinsko tehničnih pripomočkov, dogovor glede odpusta pacienta, ob upoštevanju njegovih želja. Bivanje pacienta na oddelku za zdravstveno nego in s tem povezana možnost večjega obsega rehabilitacije povečuje pacientovo možnost vrnitve v domače okolje.

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	2015
Število obravnav	220	250	320	341	346	436	419	363	488	468	499	428

Graf 1: Socialna obravnava pacientov 2004-2015

Tabeli 2 in 3 prikazujeta kraj odpusta po končanem zdravljenju – primerjava leta 2014 in 2015.

Tabela 2: Leto 2015, vseh obravnav 428

Kraj odpusta	DSO	Domov	Umrli	Druge zdr. instutucije	Premeščanje znotraj bol.	Drugo
Število obravnavanih	164	166	60	34	1	3
Odstotek obravnavanih	38 %	39 %, od tega s pomočjo na domu 40 %	14 %	8 %	0.3	0.7
	74 % v gorenjske domove in 26 % v domove izven gorenjske	Interni odd. pomoč na domu 64 % (43 pac.) Kirurški odd. pomoč na domu 36% (24 pac.)				

Tabela 3: Leto 2014, vseh obravnav 499

Kraj odpusta	***DSO***	***Domov***	***Umrli***	***Drugam***	***Premeščanje znotraj bolnišnice***
Število /odstotek	207 42 %	188 38 %, od tega s pomočjo na domu 44%	64 13 %	31 8 %	8 2 %
	63 % v gorenjske domove in 37 % v domove izven gorenjske				

Število obravnav pacientov v socialni službi je v porastu od začetka delovanja službe, kar nakazuje veliko potrebo po tovrstni obravnavi. Obravnave so vedno bolj kompleksne in zahtevne, opazne so čedalje večje stiske svojcev, ki zaradi slabšega finančnega položaja pacientom težko zagotovijo domsko namestitev. Po drugi strani se svojci srečujejo s situacijo, ko so hkrati vpeti v delovne obveznosti in zavezani za skrb svojim otrokom, istočasno pa jih potrebuje tudi eden od staršev zaradi večjih negovalnih potreb, ki preraščajo obseg pomoči na domu. Pogosto se zgodi, da svojci že negujejo katerega od staršev ali drugega ožjega družinskega člana v domačem okolju, medtem, ko urejamo oskrbo za hospitaliziranega svojca.
V letu 2015 je v domove starejših odšlo 164 pacientov, kar predstavlja 38 odstotkov vseh obravnavanih. Število namestitev v domove starejših občanov stalno narašča, saj ob povečanih negovalnih potrebah pacientov s pomočjo svojcev in organizirano pomočjo na domu kljub zagotovljenemu največjemu obsegu ne zadošča za oskrbo doma.
Ob tem število umrlih oziroma število premestitev v druge institucije ostaja primerljivo med obema letoma.
Skoraj tri četrtine pacientov je imelo v letu 2015 možnost namestitve v domove v lokalnem okolju, pretežno tudi zaradi premestitve na oddelek za zdravstveno nego in s tem podaljšanja hospitalizacije, kar je povečalo možnost sprostitve mest v prednostno zaželjenih domovih. K nameščanju v lokalne domove je pripomoglo tudi odprtje novega doma jeseni 2015, kar je sprostilo nekaj mest v ostalih domovih.
V letu 2015 je v domačo oskrbo odšlo 39 odstotkov pacientov, od tega iz internega oddelka približno dve tretjini z organizirano pomočjo na domu, iz kirurškega oddelka pa je vsak tretji pacient odšel domov s pomočjo na domu.
V letu 2015 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 (62 odstotkov).
Obravnava posameznega pacienta v socialni službi poleg uskladitve glede premeščanja v veliko primerih pomeni 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, pac. se priskrbi oblačila, obutev ob odpustu, ipd).

1.3 PROSTOVOLJNO DELO

V Splošni bolnišnici Jesenice je v letu 2015 delo opravljalo sedem prostovoljcev, ki so namenili 162 ur svojega časa za paciente, pretežno 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. 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.

2 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2015

Izobraževanje je bilo glede na postavljene cilje in področja realizirano, glede zastavljene teme izobraževanja.

3 CILJI ZA LETO 2016

Cilj socialne službe v letu 2016 je še naprej sodelovati kot del tima pri zagotavljanju uspešne in učinkovite koordinacije aktivnosti, povezanih z odpustom pacienta. Hkrati je potrebno svojcem v času hospitalizacije ponuditi celosten vpogled v možnosti urejanja oskrbe po odpustu, jim zagotoviti ažurne in preverjene informacije ter delovati skladno s predvideno nadaljnjo obravnavo pacienta v bolnišnici. Slednje je mogoče le s tesnim sodelovanjem vseh, ki pacienta obravnavajo. Eden od ciljev je tudi priprava protokola za izvajanje družinskih sestankov na oddelku za zdravstveno nego ter preverjanje možnosti izvajanja tudi na drugih oddelkih. V ožjem obsegu se tovrstna aktivnost izvaja na internem oddelku.
Na novo je potrebno postaviti tudi kazalnike, ki bi lahko objektivno kazali uspešnost delovanja socialne službe.

4 ZAKLJUČEK

Varen in načrtovan odpust pacienta je bistven element zaključka hospitalizacije. Hospitalizacija je hkrati čas za skladno načrtovanje vsega potrebnega ob pričakovanem odpustu, usklajevanje aktivnosti obravnave in svojcev pri pripravi okolja za odpust. Zaradi načrtovanja je pomembno, da je socialno služba v obravnavo in spremljanje pacienta vključena čim prej, kar zagotovi pravočasno in učinkovito aktivacijo vseh vpletenih, tudi mreže v lokalnem okolju ter pristojnih ustanov. Navedeno je možno tudi zaradi tesnega sodelovanja s koordinatorkami zdravstvene obravnave v bolnišnici kot tudi na podlagi prepoznavnosti socialne službe bolnišnice v lokalnem okolju, od koder je pogosta prva informacija glede hospitalizacije pacienta.
Pravočasno, skladno in učinkovito sodelovanje vseh, ki v bolnišnici sodelujejo pri obravnavi pacienta, angažiranje svojcev, socialne mreže in institucij v lokalnem okolju pripomore k varnemu odpustu pacienta v oskrbo, kot jo glede na trenutne negovalne potrebe, želje in pričakovanja potrebuje ob odpustu.

RAZISKOVALNA DEJAVNOST - POROČILO

Doc. dr. Ivica Avberšek - Lužnik
Raziskovalna enota

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, ko je raziskovalne nazive pridobilo 14 zaposlenih zdravnikov in 3 nezdravniki, vodja enote pa je postala doc. dr. Ivica Avberšek - Lužnik, ki je takrat izpolnjevala pogoje za vodenje te dejavnosti. V letu 2015 je bilo v raziskovalni enoti aktivnih 19 raziskovalcev. Organiziranost in delovanje raziskovalne enote urejajo sledeči interni akti:

1. Pravilnik o raziskovalni dejavnosti SBJ z dne 22. 10 2008, 12. 1. 2009,
2. Poslovnik o delovanju Raziskovalne enote SBJ z dne 22. 10. 2008 in 5. .9. 2013,
3. Poslovnik o delovanju komisije za imenovanja v raziskovalne nazive z dne 13. 1. 2014.

Navedeni interni akti potrebujejo posodobitev, ki je predvidena za leto 2016.

2 USPEŠNOST RAZISKOVALNE ENOTE

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 in povzetki, ki so po ARRS tipologiji razvrščeni v izvirne znanstvene članke (1.01), pregledne članke (1.02), kratke znanstvene članke (1.03), strokovne članke (1.04), vabljena predavanja (1.07), znanstvene prispevke (1.08), objavljene strokovne prispevke na konferencah (1.09), objavljene povzetke vabljenih predavanj na konferencah, (1.10), objavljene povzetke znanstvenih prispevkov na konferencah (1.12), objavljene povzetke strokovnih prispevkov na konferencah (1.13) in strokovne monografije (2.03). V Tabeli 1 so od leta 2009 do 2015 prikazani tudi podatki o uspešnosti aktivnih raziskovalcev v naši bolnišnici. Iz tabele je razvidno, da število čistih citatov naših raziskovalcev ne narašča s trendom, ki smo ga dosegali v letih od 2010 d0 2013. Glede na to, da smo v letu 2015 objavili dva izvirna in 1 pregledni članek pa pričakujemo ponovni porast števila citatov šele po letu 2017.

Tabela 1: Registrirani raziskovalci in njihova bibliografska uspešnost v letnih časovnih intervalih

Kazalnik \ Leto	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Št. registriranih raziskovalcev	17	20	21	23	23	17	19
Raziskovalci z veljavnimi nazivi	17	20	21	23	14	17	19
Raziskovalci mentorji diplomantom (I.in II. bolonjska)	3	3	6	6	5	6	6
Raziskovalci z veljavnim habilitacijskim nazivom	3	4	5	6	5	7	7

Število raziskovalnih skupin	5	5	5	5	6	7	7
Število čistih citatov raziskovalcev SBJ WOS/SCOPUS	26	176	185	178	180	118	121
1.01.Število izvirnih znanstvenih člankov	5		5	1	3	1	2
1.02.Število preglednih znanstvenih člankov			1				1
1.03.Kratki znanstveni prispevek				2	1		
1.04.Število strokovnih člankov			3	2		1	2
1.07.Objavljeni strokovni prispevek na konferenci - vabljeno predavanje			1		1		1
1.08.Število objavljenih znanstvenih prispevkov na konferencah	5	1	6	4	2	4	5
1.09.Število objavljenih strokovnih prispevkov na konferencah	1	9	17	9	6	4	6
1.10.Objavljeni povzetek znanstvenega prispevka na konferenci - vabljeno predavanje					2		2
1.12. Objavljeni povzetek znanstvenega prispevka na konferenci			3	11	6	4	
1.13. Objavljeni povzetek strokovnega prispevka na konferenci			3	5		3	3
2.02. Strokovna monografija					1	1	2

3 CILJI RAZISKOVALNE ENOTE

Cilji raziskovalne enote so bili oblikovani konec leta 2014. Vključevali so sledeče aktivnosti:

- povečati število raziskovalcev z urejeno bibliografijo,
- povečati število citatov,
- povečati število komercialnih in aplikativnih študij,
- nadaljevati že začeto delo v sklopu različnih projektov.

Delno uspešni smo bili na vseh naštetih področjih. Raziskovalki iz področja upravnih služb sta poskrbeli za ureditev bibliografije za štiri raziskovalce. Število totalnih citatov se je v primerjavi z letom 2014 povečalo za 142, število normiranih citatov za 57 in število čistih citatov za 121. Urejanje Registra študij ni napredovalo v željenem obsegu, vendar se ureja skladno s prenovljenim obrazcem » Vloga za odobritev raziskave in vpis raziskave v Register raziskav SBJ (obr. RD 1)«. V Vlogi mora nosilec raziskave navesti sledeče podatke:

- ime in naslov naročnika raziskave;
- naslov raziskave;
- namen raziskave;
- številka protokola;
- tip raziskave (neintervencijska, aplikativna prospektivna - preiskušanje zdravil, aplikativna retrospektivna, načrtovana znanstveno raziskovalna, ostale);
- faza kliničnega preiskušanja zdravila (faza I, faza II, faza III, faza IV);
- predviden datum začetka in zaključka raziskave;
- ime glavnega raziskovalca in sodelujočih v raziskavi;
- način zbiranja podatkov;
- predvideno število pacientov za vključitev.

4 PRIMERJAVA USPEŠNOSTI NAŠE RAZISKOVALNE ENOTE Z DRUGIMI

Primerjava citiranosti bibliografskih zapisov v podatkovni bazi COBISS, ki so povezani z zapisi v WOS in/ali SCOPUS bazami (tabela 2) kaže, da je naša raziskovalna enota na drugem mestu v primerjavi z bolnišnicami kot so Celje, Slovenj gradec, Murska sobota in Ptuj. Ostale bolnišnice (Novo mesto, Brežice) pa nimajo registrirane raziskovalne dejavnosti. Na področju citiranosti bibliografskih enot se naša raziskovalna enota ne more primerjati z Inštitutom KOPA Golnik niti z Ortopedsko bolnišnico v Valdoltri.

Tabela 2: Prikaz citiranosti v primerljivih bolnišnicah

BOLNIŠNICA	CITATI WOS/SCOPUS	ČISTI CITATI WOS/SCOPUS
SB Jesenice	**949 / 1139**	**934 / 1124**
SB Celje	3864 / 4977	3494 / 4599
SB Slovenj Gradec	253/ 307	219 / 270
SB Murska Sobota	190 / 220	180 / 207
SB Ptuj	66 / 80	61 / 74
Inštitut Golnik	11842/15013	11373/14469
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	4028/4775	3381/4070

5 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskovalne dejavnosti značilno vplivajo na kakovost obravnave pacientov, zato je potrebno v finančnem načrtu za leto 2016 predvideti tudi sredstva za razvoj raziskovalne dejavnosti in za stimulacijo raziskovalcev. 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.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

Matej Dolenc, dr.med., spec. kirurg, ZOBO
Helena Ribič, dr. med., spec. klin. mikrobiologije, ZOBO

UVOD

Okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), so najpogostejši zaplet obravnave pacientov in prizadenejo 5 do 10 % vseh hospitaliziranih pacientov. Predstavljajo veliko breme za pacienta, zdravstvene delavce, ustanovo in nenazadnje za zdravstvo. Zelo velik problem v Sloveniji in v svetu že nekaj let 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 2015 19 članov.

Naloge zdravnika za obvladovanje bolnišničnih okužb (ZOBO) je od 1.1. 2015 do 1.9. 2015 opravljala Helena Ribič, dr. med., od 11.9. 2015 do 31.12. 2015 pa Matej Dolenc, dr. med.

2 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2015

Za leto 2015 smo opredelili sledeče cilje:
Glavni cilj je bil zagotoviti kakovostno in z vidika okužb, povezanih z zdravstvom, varno oskrbo pacientov.
Merljivi zastavljeni cilji za leto 2015:

1. doseči nizko incidenco v bolnišnici pridobljenih večkratno-odpornih bakterij MRSA in bakterij z encimi ESBL
2. zagotoviti ničelno incidenco v bolnišnici pridobljenih okužb z večkratno-odpornimi bakterijami VRE in proti karbapenemom odpornih *Acinetobacter baumanii* (CRAb) v drugi polovici leta
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.

Zaradi epidemiološke situacije v SBJ ocenjujemo, da cilja 1. in 2. nista bila v celoti izvedljiva. Kljub trudu in aktivnostim na tem področju se je incidenca vseh večkratno odpornih bakterij v SBJ povečala. Kazalnik prenosov MRSA se je v letu 2015 povečal na 0,17.
V letu 2015 smo zagotavljali ničelno incidenco seps v povezavi z žilnimi katetri.
Aktivnosti na področju spremljanja bolnišničnih okužb smo intenzivirali ob ponovnem VRE izbruhu konec leta 2015. V letu 2015 smo aktivno delovali na področju higiene rok in seznanjanju zaposlenih o pomenu preprečevanja bolnišničnih okužb.
Z aktivnostmi na področju higiene rok in povečevanja ozaveščenosti zaposlenih o pomenu preprečevanja bolnišničnih okužb smo nadaljevali v letu 2015 in sicer z izobraževanji SOBO, delavnicami in opazovanji s svetovanjem (SOBO in ZOBO). Prav tako so potekale številne aktivnosti na temo higiene rok 5.5.2015 in 15.10.2015 s katerimi smo ozaveščali paciente, zaposlene, obiskovalce in tudi širšo javnost. Odziv je bil zelo pozitiven.

3 NATANČNEJŠI PREGLED OPRAVLJENEGA DELA

3.1 SESTANKI KOBO

KOBO se je v letu 2015 sestala 4 - krat (sestanki št. 75, 76, 77 in 78). 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. Do 10.9. 2015 smo na sestankih KOBO sprejeli 25 sklepov, izvršili smo jih 20 (80 %).

3.2 PRIPRAVA IN REVIZIJA DOKUMENTOV

Na intranetu SBJ smo objavili dokument Protokol preprečevanje in obvladovanje črevesnih okužb, verzija 1. Pripravili smo dokumente:

- Načrt dela KOBO za leto 2015
- Neizvršeni sklepi KOBO v letu 2014
- Navodila za paciente in svojce: Informacija o bakteriji *Acinetobacter baumannii* za pacienta in svojce
- Obvladovanje proti karbapenemom odpornih bakterij
- Navodilo za ocenjevanje higiene rok z didaktoboksom

- Poročilo o večkratno odporni bakteriji *Acinetobacter baumanii*, odporni proti karbapenemom, v SB Jesenice, 1.1. do 31.12. 2014
- Poročilo o VRE v SB Jesenice v letu 2014.

Opravili smo revizijo dokumentov:

- Dejavniki tveganja za odvzem nadzornih kužnin na MRSA, ESBL, VRE in kontaktno izolacijo, (SOP NA 14, verzija 6, 7 in 8)
- Protokol preventivnih ukrepov za zmanjševanje tveganja okužb z legionelo iz vodnih virov, SOP 21, verzija 6

3.3 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.
V SB Jesenice spremljamo okužbe in kolonizacijo v zvezi z osrednjimi venskimi katetri in pojavnost večkratno odpornih bakterij MRSA, VRE, ESBL in in *Acinetobacter baumanii* CR (CR = carbapenem resistance; CRAb), (poglavje 4.4. in poročilo Jane Lavtižar, dipl.m.s., SOBO SBJ)

3.4 HIGIENA ROK

- ZOBO in SOBO sta sodelovali pri jutranjih vizitah na kirurškem in internem oddelku
- aktivnosti SOBO, ZOBO ob 5. maju, Dnevu SZO za higieno rok (več v poglavju 4.10)
- redni nadzori (v poročilu SOBO).

3.5 OBVLADOVANJE MRSA, VRE, BAKTERIJ Z ESBL IN DRUGIH PROTI ANTIBIOTIKOM ODPORNIH BAKTERIJ

Po izbruhih VRE in CRAb v letu 2014, smo v 2015 redno spremljali stanje glede pojavljanja teh odpornih bakterij po oddelkih/enotah in razmere analizirali mesečno. Redno smo analizirali vse na novo ugotovljene primere nosilcev/okuženih z večkratno odpornimi bakterijami, vključno z MRSA. ZOBO in SOBO sta za člane KOBO in za seznanitev na oddelkih pripravili tudi poročili za obdobje januar-februar 2015 in januar-maj 2015, ki sta kazali izrazit trend umirjanja izbruhov.Mesečno smo analizirali tudi primere pacientov, koloniziranih /okuženih z MRSA, in z bakterijami z encimi ESBL.Pomemben pokazatelj incidence odpornih bakterij so tudi invazivne okužbe. Po poročilu Oddelka za medicinsko mikrobiologijo Kranj, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, smo bakterije MRSA, bakterije z encimi ESBL, CRAb in VRE iz krvi ob invazivni okužbi osamili pri 4 pacientih; delež je pomembno manjši kot v letih 2013 in 2014, tabela 2.

Tabela 2. Invazivne večkratno odporne bakterije MRSA, VRE, ESBL in proti karbapenemom odporne (CR) bakterije A. baumanii, izolirane iz hemokultur v letih 2013 - 2015 ter primerjava z rezultati za Slovenijo za leti 2013 in 2014 (po podatkih mreže EARS-net)

Vrsta bakterije, izolirana iz hemokulture / leto	**2013**	**2014**	**2015**	**2013 Slovenija***	**2014 Slovenija***
Vsi sevi *S. aureus* vključno z MRSA	13	16	19	465	495
S. aureus MRSA - število,delež	3 23,1 %	4 21 %	1 5,3 %	42 9 %	65 13,1 %
Enterococcus faecalis in E. faecium vključno z VRE	NP	6	5	102	115

E. faecium VRE in *E. faecalis* VRE - število,delež	0	1 16,7 %	0	1 1 %	2 1,7 %
E. coli	74	62	71	1224	1216
E. coli ESBL – število, delež	5 6,8 %	4 6,5 %	2 2,8 %	117 9,5 %**	161 13,2**
Klebisella pneumoniae	4	8	11	245	233
K. pneumoniae ESBL: število (delež)	2 50 %	1 12,5 %	0	72 29,4 %**	64 27,5 % **
Acinetobacter baumanii	0	2	1	NP	NP
A. baumanii CR: število (delež)	0	1 50 %	1 100 %	NP	NP
Skupaj bakterije	91	97	111	NP	NP
SKUPAJ odporne bakterije: število (delež)	10 11 %	11 11,4 %	4 3,6 %	NP	NP

Opombe:
* Podatki mreže EARS-net, dosegljivo na spletni strani ECDC, podatkov za leto 2015 še ni. ** Sevi, intermediarni in odporni proti ceflaosporinom III.generacije, večinoma gre za ESBL seve. NP – ni podatkov

Analizo primerov seps, povzročenih v letih 2012 - 2014 z MRSA, CRAb in VRE je v okviru seminarske naloge na podiplomskem tečaju Bolnišnične okužbe, ki ga je organizirala Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, izvedla Špela Pretnar Dovžan, dr. med., mentorica je bila Helena Ribič, dr. med. Ključne ugotovitve raziskave so bile:

- V letih 2012 - 2014 je bilo v SBJ ugotovljenih 10 primerov seps z MRSA, 1 primer z VRE in 1 s CRAb. Število MRSA seps je bilo večje kot v preteklih letih, najverjetneje zaradi večjega števila primerov MRSA ob sprejemu v bolnišnico (v letih 2013 in 2014) in zaradi večjega števila prenosov MRSA v bolnišnici. Kot je razvidno iz poročila kazalnikov kakovosti, se je incidenca v bolnišnici pridobljene bakterije MRSA v letih 2012-2014 pomembno povečala.
- Med 10 primeri MRSA seps so imeli znake sepse ob sprejemu 4 pacienti. Pri 6-tih pacientih je bila ugotovljena bolnišnična sepsa, pri polovici (treh pacientih) je bila bakterija MRSA pridobljena v SBJ. Pri sepsah, povzročenih z VRE in CRAb je bil povzročitelj okužbe pridobljen v SB Jesenice.

Na podlagi navedenih ugotovitev je bil sklep KOBO, da je potrebno nadaljevati z ukrepi za obvladovanje MRSA in izboljšati doslednost pri higieni rok zaposlenih, kar smo v letu 2015 redno izvajali.

3.6 IZBRUH

V letu 2015 smo v 245 primerih v bolnišnico sprejeli bolnika z znano kolonizacijo z MRSA oziroma je bil bolnik pozitiven po nadzornih kužninah ob sprejemu. Nekateri bolniki so šteti večkrat. 171 oseb je imelo nadzorne kužnine pozitivne na MRSA ob sprejemu. Do večje epidemije je prišlo avgusta na Oddelku za zdravstveno nego. Ugotavljali smo 4 prenose MRSA. Vzrok prenosov je pojasnjen. Sprejeli smo korektivni ukrep, ki onemogoča namestitev bolnikov z večkratno odpornimi bakterijami na ta oddelek. V oktobru smo v bolnišnici zdravili 10 MRSA pozitivnih bolnikov. V istem času smo dokazali pet prenosov. Trije so se zgodili na gastroenterološkem oddelku in so posledica slabega izvajanja postopkov kontaktne izolacije in higiene rok. Celoletni kazalnik deleža prenosov MRSA (0,17) je v zaporedju zadnjih treh let najslabši. Med obravnavo v SB Jesenice smo kolonizirali 30 bolnikov.
V drugi polovici novembra smo zaznali več prenosov na vankomicin rezistentnega enterokoka (VRE) pri bolniki na internih oddelkih.

Epidemija se je pričela v enoti intenzivne terapije (IIT), kjer smo ob rednem nadzoru kužnin po dolgotrajni hospitalizaciji zaznali 3 VRE pozitivne bolnike. Vir prenosov je žal ostal nepojasnjen. VRE pozitivne bolnike iz IIT smo nato premestili na endokrinološki oddelek, kjer je prišlo do sekundarnih prenosov. V času epidemije sva SOBO in ZOBO opravila več opazovanj uporabe osebne varovalne opreme ter opazovanj skladnosti higiene rok. Pregledali smo ustreznost izvajanja izolacijskih ukrepov. Največja odstopanja so bila na področju uporabe osebne varovalne opreme (neustrezen predpasnik, rokavice) Ko je kazalo, da je epidemija pod nadzorom smo v začetku decembra zaznali ponovne prenose. Vzrok je bil premeščanje bolnika, ki je bil v kontaktu z VRE pozitivnim bolnikom, v večjo sobo. Prehodno je imel VRE negativni status.
Največje število VRE pozitivnih bolnikov smo imeli 20.11.2015 in 22. 11.2015. Takrat se je v bolnišnici zdravilo 10 oseb z VRE. Večina pozitivnih bolnikov je bila moških (12/4), povprečna starost je znašala 75 let, 4 osebe so do danes umrle (25%). Ponovno sprejeti so bili na interni oddelek 4 bolniki (dva sta bila sprejeta 2x, dva pa 3x). Epidemija se nadaljuje v leto 2016.
Sprejeli smo tudi 43 bolnikov z odpornim A. baumanii. Ugotavljamo sporadične prenose. V lanskem letu smo kolonizirali 4 bolnike.

3.7 OBVLADOVANJE LEGIONEL

SOBO in ZOBO so sodelovali pri izvajanju in nadzoru izvajanja ukrepov za obvladovanje legioneloz. Ukrepe smo redno izvajali na vseh oddelkih, posebno pozornost pa posvetili Oddelku za fizioterapijo, Internemu oddelku in prostorom, kjer je bila motena oskrba s pitno vodo v času gradnje novega urgentnega centra. Dopolnili smo dokument Protokol preventivnih ukrepov za zmanjševanje tveganja okužb z legionelo iz vodnih virov.
V letu 2015 smo do 10.9. obravnavali dva primera legioneloze na Internem oddelku – kardiološki odsek. V maju smo obravnavali odraslo bolnico, pri kateri sta bila legioneloza in karcinom pljuč ugotovljena po odpustu (izvora legioneloze ni bilo moč potrditi), v juliju pa 75 letnega pacienta, kadilca. Slednjemu primeru je sledil pregled epidemiološke službe NIJZ Kranj in inšpektorice ter vzorčenje vode na prisotnost legionel. Rezultati analize so pokazali prisotnost bakterije *Legionella pneumophila* serogrupa 1 v dveh sobah: v eni < 50 CFU/1000 ml v hladni vodi pred spiranjem, 10 CFU/1000 ml v topli vodi pred in po spiranju, v drugi sobi pa 1600 CFU/1000 ml v topli vodi pred spiranjem. Na kardiološkem odseku smo izvedli toplotni šok, dvig in spremljanje koncentracije klordioksida ter poostrili preventivne ukrepe - točenje vode, menjava pipe, ter nadzor nad izvajanjem ukrepov, izvedli smo ponovno vzorčenje.

3.8 OBVLADOVANJE OKUŽB DIHAL

Aktivno smo sodelovali pri preprečevanju širjenja gripe v sezonah 2014/2014 in 2015/2016, in pri obvladovanju drugih okužb dihal. Na pediatričnem oddelku smo obravnavali primer oslovskega kašlja 18-letnega pacienta. Na Internem oddelku (intenzivna enota in gastroenterološki odsek) smo obravnavali dva primera suma na tuberkulozo. 8.10.2015 smo izvedli izobraževanje o gripi.
Proti koncu leta smo zaznali posamezne primere gripe A. Kljub pozivom na cepljenje proti gripi se je v sezoni 2015/2016 cepilo 60 zaposlenih. Delež cepljenih je v sezoni 2015/2016 višji kot v sezoni 2014/2015.

3.9 OBVLADOVANJE ČREVESNIH OKUŽB

Aktivno smo sodelovali tudi pri obvladovanju črevesnih okužb. Na kirurškem in internem oddelku vključno z internističnimi ambulantami smo RNK norovirusov v blatu dokazali pri osmih pacientih (starih 51 do 95 let), antigene rotavirusov pri treh odraslih pacientih,

toksigeno bakterijo *Clostridium difficile* pa pri 12 pacientih (starih od 67 do 90 let, podatki Oddelka za medicinsko mikrobiologijo, NLZOH Kranj). Izbruhov s črevesnimi povzročitelji okužb do 10.9. 2015 nismo zabeležili.

3.10 OBISKI ODDELKOV/ENOT S SVETOVANJEM

ZOBO in SOBO sta izvajala obiske s svetovanjem na oddelkih: internistični odd., kirurški odd., radiološki oddelek, endoskopska ambulanta, pediatrični oddelek, urgentni center, ginekološko porodniški oddelek, oddelek za zdravstveno nego.

3. 11 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 2015 je bil izveden javni razpis potrošnega materiala za prihodnja 4 leta. ZOBO in SOBO sva aktivno sodelovala pri pripravi razpisne dokumentacije in testiranju osebne zaščitne opreme in razkužil.

3.12 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

H. Ribič in J. Lavtižar sta o pojavu in obvladovanju okužb in nosilstva bakterij VRE in CRAb (januar – februar 2015) pripravili poročilo in ga predstavili članom KOBO (12.3. 2016), anesteziologom in v Enoti za intenzivno terapijo kirurških strok.
H. Ribič je pripravila izobraževanje o pojavu VRE in CRAb ter o higieni rok za zdravnike Kirurškega oddelka (maj 2015) in za člane KOBO (junij 2015).
T.Mrvič je predstavila predavanje Ali dovolj poznamo pojav epidemije gripe, pomen prevencije gripe s cepljenjem za bolnike in zdravstvene delavce (oktober 2015).

3.13 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. Objavili smo dva prispevka v glasilu bolnišnice BOLJ (glej objave).
- SOBO in ZOBO sta se udeležili strokovnega srečanja predstavnikov KOBO maja 2015 na OI v Ljubljani in strokovnega srečanja predstavnikov KOBO na Inštitutu za rehabilitacijo invalidov (oktober 2015).
- ZOBO je s sodelavci Oddelka za medicinsko mikrobiologijo NLZOH Kranj s podatki o občutljivosti bakterij v Gorenjski regiji sodelovala pri pripravi **poročila SKUOPZ** (Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila v Sloveniji) »Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2014«, ki je v postopku objave 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 (doc. dr. Irena Grmek Košnik) sodelovala **v evropski mreži EARS-Net** (European antimicrobial resistance surveillance network). Rezultati so dosegljivi na spletni strani ECDC.
- Mikrobiologi Oddelka za medicinsko mikrobiologijo NLZOH Kranj (H. Ribič, doc.dr I. Grmek Košnik, dr. U. Dermota) so pripravili **podatke o občutljivosti bakterij in gliv pri bolnikih SBJ v letu 2014.**
- Aktivno smo sodelovali na podiplomskem tečaju Bolnišnična higiena 2014/2015 za zdravnike, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta Katedra za mikrobiologijo in imunologijo in UKC Ljubljana: Matej Dolenc, dr. med., z vabljenim predavanjem

Preprečevanje okužb pri kirurških posegih. Helena Ribič, dr. med., pa kot mentorica pri problemski nalogi Špele Pretnar Dovžan, dr. med., in kot član Nacionalne komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb z vabljenim predavanjem Strokovni nadzor obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb.

4 CILJI DO LETA 2020

1. Nujna je okrepitev kadra, ki se ukvarja z bolnišnično higieno s sanitarnim inženirjem. S tem bosta SOBO in ZOBO razbremenjena okoljskih problemov in bo več časa za svetovanje osebju, ki dela ob bolnikih.
2. Razmisliti moramo o izolacijskih sobah na oddelkih. Izolirane bolnike nameščamo v majhne sobe. Tam ni dovolj prostora za varno delo. Ob pojavu več kolonizacij ali okužb je smotrna namestitev pozitivnih bolnikov v več posteljno sobo. Iz te sobe odstranimo nepotrebne posteljne enote. Izolacijske sobe so lahko, ob ustrezni zaščiti intimnosti bolnika, tudi mešane glede na spol. Potrebno je urediti prostor za shranjevanje praznih posteljnih enot.
3. VRE epidemija je pokazala, da nimamo ustreznega števila sanitarij na oddelkih. Nujno je potrebno povečati število sanitarnih prostorov na oddelkih.
4. Čiščenje bolnikove okolice je samo v domeni zdravstvenih delavcev.
5. Izvajati kontinuiran nadzor nad higieno rok zaposlenih in nadzor nad čiščenje pacientove okolice in oddelkov.

5 ZAKLJUČEK

Trenutna epidemiološka situacija v bolnišnici ni dobra. Zaznavamo povečan delež bolnikov, ki so kolonizirani ali okuženi z večkrat odpornimi mikroorganizmi. Velik problem in dober pokazatelj našega dela so prenosi VRE v letu 2015. Potrebno je, da vsi skupaj vložimo več napora v dosledno izvajanje standardnih izolacijskih ukrepov in dosledno higieno rok. Nujno je, da na oddelkih, kjer je več bolnikov z večkrat odpornimi bakterijami kadrovsko okrepimo zdravstveno negovalni tim. Nadaljevali bomo z rednimi obiski posameznih odsekov in delovnih enot bolnišnice z namenom opazovanja s svetovanjem. V kolikor bomo okrepili področje obvladovanja okužb povezanih z zdravstvom s sanitarnim inženirjem bosta lahko SOBO in ZOBO več časa namenila oddelkom.

6 OBJAVE

1. **RIBIČ, Helena**, JUREKOVIČ, Vlado. MRSA carriers among staff members during the minor outbreak in the regional hospital and success of decolonization : konferenci Semmelweis CEE conference on hospital hygiene and patient safety 2015 "The Future of Infection Surveillance and Control", 3rd and 4th March 2015, Wien. 2015. [COBISS.SI-ID32045529]
2. **RIBIČ, Helena**, REMS, Miran, LAVTIŽAR, Jana, GRMEK-KOŠNIK, Irena, DERMOTA, Urška, JANŠA, Karmen, POKLUKAR, Janez. Izbruh proti vankomicinu odpornega Enterococcus faecium v Splošni bolnišnici Jesenice = Outbreak of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in General Hospital Jesenice in 2014. *Enboz*, ISSN 2232-3139, mar. 2015, letn. 5, št. 3, str. 4-8. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/enboz_marec_2015.pdf.
3. **RIBIČ, Helena**. Proti vankomicinu odporni enterokoki - prikrita nevarnost v bolnišnicah = Vancomycin-resistant enterococci - a hidden hospital danger. *Enboz*, ISSN 2232-3139, apr. 2015, letn. 5, št. 4, str. 10-17.

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/enboz_apil_r2015.pdf. [COBISS.SI-ID 3386341]
4. **RIBIČ, Helena.** Higiena rok je ključ do varne oskrbe bolnikov. Ob 5. Maju – dnevu SZO za higieno rok. *Bolje*, junij 2015, št. 22, str. 38.
5. **RIBIČ, Helena**, LAVTIŽAR, Jana. Obvladovanje izbruhov večkratno odpornih bakterij v regionalni bolnišnici v letu 2014. V: BAHUN, Mateja (ur.). Primeri iz prakse - smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih? : zbornik prispevkov. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2015, str. 91-99. [COBISS.SI-ID 32338905]
6. **RIBIČ, Helena.** Obvladovanje OKUŽB s *Clostridium difficile* v bolnišnicah. 2014. V: PETROVEC, Miroslav (ur.).Okužbe prebavil : [zbornik predavanj], (Medicinski razgledi, ISSN 0353-3484, Supplement, letn. 54, 2). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2015, str. 179-186.
7. **Štrumbelj I**, Berce I, Čretnik-Žohar T,... Ribič H.,...et al. Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike – Slovenija 2014. Ljubljana. Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti na protimikrobna zdravila (SKUOPZ); 2016. 1. izdaja. Dosegljivo na http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz.

ENOTA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Jana Lavtižar, dipl. m. s.
Vodja enote za obvladovanje bolnišničnih okužb

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 in člani iz RTG, laboratorija, lekarne.

1 REALIZACIJA CILJEV PROJEKTNEGA TIMA

Cilj	Izvesti pregled izvajanja ločevanja odpadkov na mestu nastanka 4 x letno.
Realizacija	Izvedeni so bili pregledi izvajanja ločevanja odpadkov na mestu nastanka 4xletno.
Cilj	Izvesti pregled nad izvajanjem preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele na oddelkih/enotah 4xletno.
Realizacija	Izvedeni pregledi nad izvajanjem preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele na oddelkih/enotah 4xletno.
Cilj	Izvesti nadzor uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom 4x letno in ob izrednih dogodkih.
Realizacija	Izvedeni nadzori uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom 4x letno in ob izrednih dogodkih.
Cilj	Predstaviti se s temo sporočanje incidentov na dnevu odprtih vrat; izdelati zloženko ali plakat.
Realizacija	Izdelali smo barvni, slikovni opomnik in ga predstavili na dnevu odprtih vrat, opomnike so prejeli vsi oddelki in enote.
Cilj	Izvesti dan higiene rok ob 5. maju v sodelovanju s študenti FZJ.
Realizacija	Obeležili smo Dan higiene rok 5.maja. K sodelovanju smo povabili študente FZJ in predstavnika Ecolab-a, ki nam je posodil še eno skrinjico Black box s katero smo obiskali vse oddelke in enote v bolnišnici ter jih povabili, da si razkužijo roke ter preverili kako uspešno so to izvedli. Prav tako smo imeli v bolnišnici stojnico kjer so si lahko pacienti razkužili roke in preverili, če to naredijo ustrezno.
Cilj	Izdelati navodila za preverjanje uspešnosti higiene rok z Black -box
Realizacija	Navodila so bila izdelana in so v uporabi, da lahko podamo tudi izračun uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom.

V skupini je bilo konec leta 2015 prijavljenih 39 članov. Skupina za bolnišnično higieno se je sestala 4krat in enkrat je bila udeležba premajhna zato smo jo odjavili. Poleg projektne skupine (promotorji higiene rok) je bila v letu 2015 sestavljena skupina za obvladovanje bolnišničnih okužb, ki šteje 17 članov. Ta skupina se je v letu 2015 sestala 4-krat.

Člani obeh skupin 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).
- izvajanjem izolacijskih ukrepov
- higieno prostorov

V letu 2015 smo pripravili oznake v obliki znaka STOP in jih namestili nad razkužila na stenah, ki zaposlene, obiskovalce in paciente spodbujajo k razkuževanju rok.

2 CILJI PROJEKTNEGA TIMA ZA LETO 2016

Cilj	Izvesti nadzore nad: o higieno okolja o izvajanjem izolacijskih ukrepov o ločevanjem odpadkov, o izvajanjem preventivnih ukrepov za preprečevanje razmnoževanja legionele
Cilj	Izvesti dan higiene rok ob 5. maju v sodelovanju s študenti FZJ in dijaki Srednje šole Jesenice (skleniti krog okoli SBJ)
Cilj	Izvesti dan umivanja rok 15. oktober
Cilj	Izdelati opomnik za izvajanje izolacijskih ukrepov

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 2015

4.1 SESTANKI KOMISIJE ZA ZDRAVILA

Člani smo se sestali na dveh rednih sestankih, dve seji so bile izvedene korespondenčno.

4.2 SPREMLJANJE IN ANALIZA PORABE ZDRAVIL

Trend zniževanja porabe denarja za zdravila v SBJ je opazen od leta 2010 in je v letu 2015 dosegel vrednost 1.247.775,98 EUR, kar je najnižja vrednost v zadnjih osmih letih (*podatke za zadnja tri leta prikazujemo v tabeli 2*). Podobno opažamo tudi na nivoju hospitalne dejavnosti: v letu 2015 je strošek za zdravila nižji, število obračunanih pacientov pa višje kot je bilo v letu 2014 (*podatke za zadna tri leta prikazujemo v tabeli 1*).
Delež stroška za zdravila v strošku vsega lekarniškega materiala se v opazovanih letih znižuje in je na nivoju hospitalne dejavnosti v l. 2015 dosegel vrednost 25,97 %. Delež stroška za antibiotike v strošku vseh zdravil pa je v l. 2015 značilno nižji vsa opazovana leta in je na hospitalni ravni dosegel vrednost 22,56 %.
V primerjavi z letom 2014, so se na hospitalni ravni v letu 2015 znižali stroški v vseh skupinah zdravil, razen na področju dezinfekcijskih sredstev. 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 in 2015 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	PORABA V LETU 2015	2015 / 2014
	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	
ŠTEVILO OBRAČUNANIH PACIENTOV	**12.736**	**12.985**	**12.999**	**200,22%**
CELOTNA PORABA LEK. MAT. + KRI + PLAZMA+KISIK	3.712.869,47	3.794.334,77	3.951.854,71	104,15 %
ZDRAVILA	1.094.515,46	1.074.750,51	1.026.111,53	95,47 %
Delež zdravil v celokupni porabi	29,48 %	28,33 %	25,97 %	
ZDRAVILA / PACIENTA	85,94	82,77	78,94	95,37 %
NARKOTIKI	14.219,02	12.306,66	11.596,22	94,23 %
ANTIBIOTIKI	289.985,93	286.387,69	231.537,31	80,85 %
Delež antibiotikov v porabi zdravil	26,49 %	26,65 %	22,56 %	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	22,77	22,06	17,81	80,76 %
NM HEPARINI	52.478,47	62.274,35	43.418,04	69,72 %
Delež NMH v porabi zdravil	4,79 %	5,79 %	4,23 %	73,03 %
ALERGENI	0,00	0,00	0,00	#DEL/0!
KRI	256.905,03	278.574,15	238.879,72	85,75 %
SERUMI	5.287,71	7.611,09	6.717,33	88,26 %
PLAZMA	28.920,50	28.794,50	27.132,00	94,23 %
ALBUMINI	62.477,60	45.497,87	33.726,07	74,13 %
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	61.611,07	71.217,52	86.929,20	122,06 %
DIETETIČNA HRANA	3.473,01	3.603,75	2.949,20	81,84 %

Vključeno: krg, CIT, int, iit, gin por, ped, OZZN

Tabela 2: Prikaz porabe zdravil v evrih za leti 2013 in 2014 in 2015na 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	PORABA V LETU 2015	2015 / 2014
	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	
ŠTEVILO OBRAČUNANIH PACIENTOV				**#DEL/0!**
CELOTNA PORABA LEK. MAT. + KRI + PLAZMA+KISIK	5.627.290,57	5.693.458,35	5.765.650,86	101,27 %
ZDRAVILA	1.325.136,81	1.299.566,69	1.247.775,98	96,01 %
delež zdravil v celokupni porabi	23,55 %	22,83 %	21,64 %	
ZDRAVILA / PACIENTA	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!
NARKOTIKI	18.297,37	14.174,97	15.268,07	107,71 %
ANTIBIOTIKI	292.570,30	288.850,46	234.008,62	81,01 %
delež antibiotikov v porabi zdravil	22,08 %	22,23 %	18,75 %	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!
NM HEPARINI	55.254,40	64.462,38	44.957,24	69,74 %
delež NMH v porabi zdravil	4,17 %	4,96 %	3,60 %	

ALERGENI	1.802,31	1.588,75	1.007,44	63,41 %
KRI	264.776,72	288.777,18	258.462,95	89,50 %
SERUMI	7.492,53	10.108,68	9.816,90	97,11 %
PLAZMA	28.920,50	28.794,50	27.265,00	94,69 %
ALBUMINI	62.532,60	45.804,11	33.768,83	73,72 %
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	110.486,66	118.151,10	135.591,63	114,76 %
DIETETIČNA HRANA	30.659,35	33.756,92	29.874,12	88,50 %

4.3 ODOBRITVE NOVIH IDENTOV ZDRAVIL

Obravnavali in odobrili smo 28 predlogov novih identov zdravil, od katerih je bilo 19 odobrenih izredno. Največ predlogov novih zdravil je bilo podanih s strani internega (17) in otroškega (12) oddelka.

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 PRIJAVLJANJE NEŽELENIH UČINKOV ZDRAVIL IN ZASTRUPITEV Z ZDRAVILI

V letu 2015 je bilo poslanih 15 prijav zastrupitev in neželenih učinkov zdravil. Po ena prijava je bila poslana z internega oddelka, iz urgentne internistične ambulante in iz ginekološke ambulante, ostalih 12 pa z otroškega oddelka SBJ.

4.6 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

V letu 2015 smo objavili 14 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 2015 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 2016

Področje	**Naloga**
Spremljanje in analiza porabe zdravil	- Stroškovna in količinska analiza porabe zdravil od 01.01. do 31.12.2016 - Stroškovna in količinska analiza porabe zdravil od 01.01. do 31.08.2016 - 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

3 ČLANI

Brigita Mavsar Najdenov, mag. farm. spec. klinične farmacije	predsednica
Matej Dolenc, dr. med. spec. kirurgije	ZOBO, 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 2015

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. 2015 in celoletno porabo PMZ v 2014. 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. Za obvladovanje naraščajoče porabe CIA antibiotikov in protiglivičnih zdravil smo sprejeli ukrep, da se bo bodoče nadaljevalo spremljanje porabe ter po potrebi analiziralo odstopanja.

4.3 ODOBRITEV NOVIH IDENTOV PMZ

Dificlir (fidaksomicin) 200mg filmsko obložene tablete za zdravljenje okužbe prebavil s *Cl. difficile* po priporočilih v slovenskih smernicah. Uvrščen je na rezervni seznam, s strogo omejenim režimom predpisovanja v SBJ (PMZ-2), po posvetu z infektologom.

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. 2014), ker so podatki za leto, ki ga strokovno poročilo obsega (l. 2015), 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 2014.**

	2013		2014	
	Slovensko povprečje	**SBJ**	**Slovensko povprečje**	**SBJ**
Celotna bolnišnična poraba	59,06	55,62	61,33	60,60
IIT	176,40	47,85	126,25	58,71
KIT-CIT-EITOS	197,50	140,53	159,71	192,46
INTERNI ODD.	76,24	69,84	66,53	71,83
KIRURŠKI ODD.	60,62	49,49	60,97	59,02
GIN-POR ODD.	24,19	23,33	30,51	19,15
OTROŠKI ODD.	34,35	16,60	41,85	19,56

Podatki za Slovenijo kažejo porast bolnišnične porabe antibiotikov. Prav tako opažamo porast porabe v l. 2014 tudi v SBJ, saj je celotna vrednost porabe presegla ciljno vrednost 55 DDD/100 BOD in se je približala povprečni vrednosti bolnišnične porabe antibiotikov v Sloveniji. Razen na ginekološko-porodniškem oddelku, se je vrednot porabe v primerjavi z letom prej povsod povečala, ob tem imata interni oddelek in EITOS nadpovprečno vrednost porabe v slovenskem merilu. Strukturno so v porastu porabe širokospektralnih penicilinov, cefotaksima, karbapenemov, fluorokinolonov, kolistina, vankomicina, linezolida in daptomicina. Vsi navedeni antibiotiki imajo v SBJ omejitev predpisovanja.

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 2014.**

	2013		2014	
	Slovensko povprečje	**SBJ**	**Slovensko povprečje**	**SBJ**
Celotna bolnišnična poraba	1,97	1,39	1,88	2,44
IIT	21,07	6,88	9,62	19,72
KIT-CIT-EITOS	38,09	21,10	23,77	47,39
INTERNI ODD.	3,41	1,68	2,48	2,11
KIRURŠKI ODD.	1,33	0,58	0,91	1,14
GIN-POR ODD.	0,10	0	0,21	0,39
OTROŠKI ODD.	0,02	0	1,65	0

Na področju bolnišnične porabe protiglivičnih zdravil (PGZ) SBJ značilno presega slovensko povprečje. V zvezi s tem smo na sestanku Komisije za antibiotike sprejeli ukrep o natančnem spremljanju porabe PGZ in analiziranju ugotovljenih odstopanj na oddelkih. Strukturno so v porastu porabe amfotericina, anidulafungina in flukonazola. Vsi navedeni antimikotiki imajo v SBJ omejitev predpisovanja amfotericin in anidulafungin se smeta uporabljati le po odobritvi infektologa .

4.7 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**	**2015**
Kolorektalne operacije	80 %	91,3 %	74,5 %	87,8 %	86,3 %
Zamenjave kolka	79,7 %	99 %	73,7 %	90,6 %	82,8 %
Histerektomije	22,7 %	65,2 %	89 %	91,3 %	81,8 %

V letu 2015 nismo dosegli ciljne vrednosti kazalnika (nad 95 %) pri nobeni vrsti op. posegov, ki so vključeni v sledenje, saj so se dosežene vrednosti kazalnika pri vseh treh vrstah posegov v primerjavi z letom prej znižale.

4.8 SODELOVANJE V DRŽAVNI IN EVROPSKI MREŽI SPREMLJANJA PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL (*ESAC – EUROPEAN SURVEILLANCE OF ANTIMICROBIAL CONSUMPTION*)

Letos teče že štirinajsto 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.

4.9 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMATIVNA DEJAVNOST

- ob 18. novembru smo na intranetu SBJ objavili kratko sporočilo Posveta ob mednarodnem dnevu preudarne rabe antibiotikov, ki ga je organiziralo Ministrstvo za zdravje RS
- prenovljena je bila preglednica *Cene najpogostejših dnevnih odmerjanj PMZ,* ki je objavljena na intranetni strani Komisije za antibiotike
- prenovljena je bila spletna stran Komisije za antibiotike

5 NAČRT DELA V LETU 2016

Področje	**Naloga**
Spremljanje in analiza porabe PMZ	- Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 01.01. do 31.12.2016 - Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 01.01. do 31.06.2016 - 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
Komisija za laboratorijske preiskave

1 DELOVANJE KOMISIJE ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE

Komisija za laboratorijske preiskave je začela delovati na začetku leta 2011. Prva seja komisije je bila izvedena 23.05.2011. Glavni cilj delovanja komisije je bil usmerjen v obvladovanje naraščajočih trendov naročanja laboratorijskih preiskav.
Konec leta 2011 je komisija že dosegla prvi uspeh, število laboratorijskih preiskav je poraslo 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
- 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 otroškega oddelka

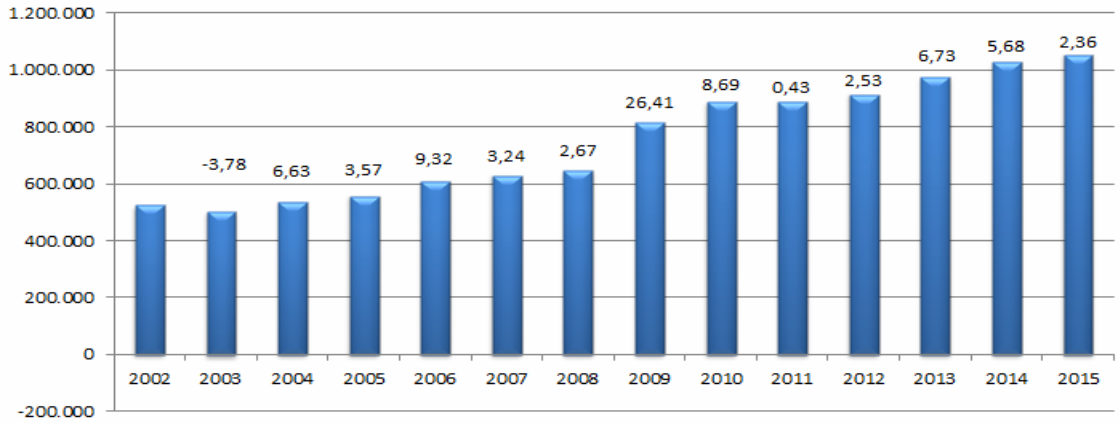
Temeljne naloge komisije so:

- 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. V letu 2015 so se člani komisije sestali dvakrat. Člani so razpravljali o povečanem indeksu obravnav, ki je predstavljal glavni razlog za večje naročanje laboratorijskih preiskav, ki sicer ni presegalo enormnega naročanja preiskav v letih 2013 in 2014.

2 STATISTIKA LABORATORIJSKIH PREISKAV ZA OBDOBJE 2002 - 2015

V letu 2015 je bilo število laboratorijskih preiskav obvladovano, saj je bil porast v primerjavi z letom 2014 le 2,36 %. Iz grafičnega prikaza (Graf 1) je razvidno, da je bil v preteklih letih nižji porast evidentiran samo leta 2003 (-3,78 %) in leta 2011 (0,43 %).



** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja v odstotkih glede na preteklo leto.*

Graf 1: Laboratorijske preiskave v obdobju od 2002 do 2015

3 RACIONALIZACIJA STROŠKOV ZA LABORATORIJSKO DEJAVNOST

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 letu 2014 je bilo izdanih 1.028.398 rezultatov laboratorijskih preiskav, v letu 2015 pa 1.052.652. Porabljena sredstva za reagente, pribor in vsa invitro - diagnostična sredstva so v letu 2014 znašala 692.370, 91 EUR, kar predstavlja 12,09 % skupnih stroškov zavoda na segmentu zdravila in zdravstveni material. V letu 2015 so porabljena sredstva za laboratorij znašala 591.896,69 EUR, kar je za 14,51% manj kot v letu 2014. Znižanje stroškov smo dosegli z uspešno izvedenimi razpisi za sklop alergoloških preiskav in za celoten sklop splošne biokemije.
V letu 2014 smo za laboratorijsko diagnostiko beležili tudi strošek vzdrževanja za redne in izredne servise v višini 14.934,52 EUR. Na pogajanjih z dobavitelji laboratorijske avtomatizacije je direktor bolnišnice, Poklukar Janez, dr. med., dosegel prihranek 4.800,00 EUR na letni ravni. Na osnovi pogajanj pa smo v lastništvo bolnišnice dobili Biorad Hermes D10 aparat, dva Siemens biokemična analizatorja in koagulometer.
Konec leta 2015 so bile zaloge laboratorijskih reagentov in potrošnega materiala manjše kot v letu 2014 za 27,18%. Na ravni celotne bolnišnice so bile zaloge nižje za 12,59%, kar pomeni, da je laboratorij dosegel dober rezultat (Tabela 1).

Tabela 1: Stanje zalog laboratorijskega materiala ob koncu leta 2014 in 2015

	Stanje (EUR)	**Stanje (EUR)**	**Povečanje+ (EUR)**	**ODSTOTKI (%)**
ZALOGE REAGENTOV IN POTROŠNEGA MATERIALA	31.12.2014	31.12.2015	Zmanjšanje – (EUR)	
LABORATORIJ	81.399,10	58.759,27	-22.639,83	-27,81
SKUPAJ STANJE - SBJ	487.920,08	426.496,38	-61.423,70	-12,59

4 ZUNANJE LABORATORIJSKE PREISKAVE

Od leta 2012 dalje so se enormno zvišale cene mikrobioloških, transfuzioloških, patohistoloških, citoloških in imunorevmatoloških preiskav, ki jih za SB- Jesenice opravljajo zunanji laboratoriji (Nacionalni laboratorij za okolje, prostor in hrano, Inštitut za mikrobiologijo v Ljubljani, laboratoriji UKKC Ljubljana, laboratoriji Onkološkega inštituta in Inštituta Golnik).

Člani komisije so podprli predlog direktorja, da z objavo razpisov za sklope zunanjih preiskav skuša doseči realne cene teh preiskav, ki jih zdravniki potrebujejo za varno obravnavo pacientov. Uspešno sta bila izvedena razpisa za imunorevmatološke preiskave in za preiskave nadzornih kužnin.

5 RAZVOJ LABORATORIJSKE DIAGNOSTIKE

Zaradi napredka v razvoju posameznih medicinskih področij (gastroenterologija, nefrologija, alergologija, urgentna medicina ..) so člani Komisije za laboratorijske preiskave za ta področja predlagali, da se na Oddelku za laboratorijsko diagnostiko začnejo izvajati preiskave, ki nudijo podporo razviti diagnostiki in terapiji. V tabeli 2 so predstavljene s strani komisije predlagane preiskave.

Tabela 2: Seznam novo uvedenih laboratorijskih preiskav v letu 2015

Analizator	Preiskava	Diagnostična uporabnost
IMMULITE 2000 Xpi SIEMENS	INTERLEVKIN 6	Sepsa, autoimunske bolezni, limfomi, okvara jeter,...
	Anti CCP (Protitelesa proti citruliniranemu cikličnemu peptidu) *	Za diagnostiko revmatoidnega artritisa
	β2M (β2 MIKROGLOBULIN)*	Za diagnozo disfunkcije proksimalnih tubulov, za diferenciacijo infekcij spodnje in zgornjega urinarnega trakta,.. Zvišan je pri limfoprolifreativnih boleznih, pri RA, pri Sjogren sindromu..
	TIROGLOBULIN (TG)* Anti –TG* TSI (Thyroid stimulating immunoglobulins)*	Za diagnostiko ščitnice. Za detekcijo protiteles za TG Za detekcijo autoprotiteles na TSHR
PROSPEC NEFELOMETER SIEMENS	TOPNI TRANSFERINSKI RECEPTORJI	Za diferencialno diagnostiko anemij (IDA, ACD)
	STfR/log feritn indeks	Za diferenciacijo anemij.
	CHr- koncentracija Hb v retikulocitih	CHr je zgodnji marker za detekcijo funkcionalnega deficita železa za eritropoezo
COBAS e601 ROCHE	HE4-Human epidermal protein*	Za diagnostiko karcinomov ovarija v povezavi z ROMA indeksom.
PRESEJALNI TESTI	Helicobacter pylori v fecesu	Za spremljanje terapije. Sensitivity = 94.0% Specificity = 96.7%
	Tkivna transglutaminaza-kvalitativni test za detekcijo IgG in IgA protiteles v krvi	Presejalni test za celiakijo Sensitivity = 96.5% Specificity = 97,3%

* Preiskave so še v postopku uvajanja.

6 ZAKLJUČEK

Napredek na področju laboratorijske tehnologije je dvignil pomen rezultatov laboratorijskih preiskav pri odkrivanju organskih in sistemskih disfunkcij in bolezni. Glavne naloge Komisije za laboratorijske preiskave za prihodnost so:

- Analiza trendov prekomernega in/ali neustreznega naročanja preiskav.

- Analiza stroškov za zunanje preiskave.
- Obveščanje zdravnikov o refrentnih vrednostih in omejitvah uporabe za novo uvedene preiskave.
- Obveščanje zdravnikov o mejnih intervalih novih preiskav za določeno patološko stanje.
- Posredovanje podatkov o klinični občutljivosti in specifičnosti novih testov.
- Komisija za laboratorijske preiskave je pripravljena na nove izzive in uvajanje diagnostičnih izboljšav v procese celostne obravnave pacientov.

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 v letu 2012.
20.11.2014 je bila s sklepom Strokovnega sveta imenovana sedanja komisija s petimi člani:

- 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 organizacijo in izvajanje POCT meritev v skladu s Pravilnikom o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine, ki je bil objavljen v UR. Listu RS, št1/2016, 08. 01. 2016. Področje POCT je definirano v 5. Členu Pravilnika in se glasi:
»Pri uvedbi in nadzoru nad izvajanjem preiskav POCT je treba upoštevati nacionalna priporočila in mednarodne standarde s področja laboratorijske medicine. Vodenje in kontrolo nad POCT mora imeti medicinski laboratorij z veljavnim dovoljenjem ministrstva in/ali specialist z ustrezno specializacijo.«

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. POCT je del laboratorijske dejavnosti, za katero veljajo enake zahteve kakovosti kot za medicinske laboratorije. POCT se mora izvajati v skladu s predpisi in standardi v vzpostavljenem sistemu kakovosti. Sistem kakovosti obsega organizacijo področja, izbiro aparata in verifikacijo delovanja aparata, usposabljanje izvajalcev, izvajanje testiranja oz meritev, kontrole kakovosti in beleženja rezultatov. Odgovornosti izvajalcev in sistem nadzora mora biti jasno opredeljen.
Po Priporočilih za organizacijo in vodenje POCT, SZKKLM 2015, se za večje zdravstvene ustanove, za vodenje POCT dejavnosti priporoča imenovanje **interdisciplinarne komisije**. Vodenje POCT mora potekati z jasnim uradnim stališčem in nedvoumno podporo vodstva zdravstvene ustanove. Interdisciplinarnost zagotavlja komisiji predvsem nepristranskost in ji omogoča uspešno uvedbo POCT dejavnosti. Skladno s Priporočili SZKKLM 2015 v naši bolnišnici deluje Komisija za POCT že peto leto.

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 2012 do leta 2015 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 - romotorji POCT.
5. Pripravljeni so predlogi letnih načrtov za izobraževanje promotorjev in izvajalcev POCT.
6. Posodobljen je protokol za izvajanje POCT v SBJ (SOP 60, V2 z dne 1.3.2016) in SOP NA V2 z dne 1.3.2016.
7. Izvaja se laboratorijska validacija POCT merilnikov pred rutinsko uporabo.

Primarni cilj delovanja Komisije za POCT v letu 2015 pa je bil usmerjen v strokovno izvajanje POCT na vseh oddelkih in odsekih, v ambulantah in v Urgentnem centru SB Jesenice.
Skladno z zastavljenimi ciliji za leto 2015 so člani Komisije za POCT izvedli sledeče naloge:

1. Izvajanje notranje kontrole vseh merilnikov po postoku, ki ga nadzorujeta koordinator za POCT, Goran Sedlovski in strokovna sodelavka za pedagoško področje, Mateja Bahun. Ob odstopih poskrbita, da izvajalci POCT meritev takoj realizirajo izvajanje ukrepov, ki omogočajo varnost POCT rezultatov.
2. Strokovna sodelavka za pedagoško področje, Mateja Bahun, je izvajala tudi strokovni nadzor na meritvami glukoze na vseh oddelkih. Precizno je definirala merila za ocenjevanje posameznih aktivnosti, ki jih morajo izvajalci meritev glukoze v kapilarni krvi pri delu dosledno upoštevati.
   Rezultati izvedenih strokovnih nadzorov in ukrepov ob odstopih so objavljeni v obliki poročila na intranetu pod zavihkom POCT – komisija.
3. Izvajanje zunanje kontrole merilnikov SNEQAS. Zunanja kontrola merilnikov je bila v letu 2015 izvedena 4- krat (24.03.2015, 25.05.2015, 24.09.2015 in 27.11.2015).
4. Izobraževanje izvajalcev POCT je bilo s strani koordinatorjev izvedeno 8-krat, sestanek skupine koordinatorjev POCT pa 2-krat.
5. Objavljeni so vsi dokumenti POCT Komisije na intranetu SBJ.
6. Spremljanje kazalnikov POCT procesa: Kazalnik POCT 1 in Kazalnik POCT 2.

POCT Kazalnik 1: pri SNEQAS zunanji kontrolni shemi v letu 2015 ni bilo odstopov.
POCT Kazalnik 2: izobraževanja za izvajalce POCT so bila organizirana po načrtu. Izobraževalo se je 57 izvajalcev. Za leto 2016 je predvideno samo spremljanje Kazalnika POCT 1.

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 pacientov. Integracija POCT v klinično okolje mora biti izvedena skladno s strokovnimi odločitvami zdravnikov, analitičnimi merili laboratorijske stroke in kakovostno izvedbo s strani medicinskih sester. V prihodnosti čaka Komisijo za POCT implementacija profesionalnih glukometrov v ambulante Urgentnega centra, na Interni oddelek in v EITOS.
To so glukometri, ki so tehnološko nadgrajeni tako, da je omogočen tudi prenos rezultatov v bolnišnični informacijski sistem, kar je po Priporočilih SZKKLM edini pravilen način, ki zagotavlja takojšen in pravi zapis rezultata po testiranju in istočasno odzivnost zdravnika na zapis v sistemu. Pooblaščeno osebje pa lahko sistematično preglejuje rezultate testiranj vzorcev, jih ovrednoti v skladu z rezultati notranje in zunanje kontrole kakovosti in razpoložljivimi kliničnimi podatki pacienta.

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA TRANSFUZIJSKEGA ODBORA (BTO) SB JESENICE

Mag. Miha Tonejc, dr. med., spec.
Amir Bešić dipl. zn.
Eva Černe, dr. med., spec

BTO SB Jesenice se je v letu 2015 sestal dvakrat. Na sestankih je bilo izpostavljeno, da večjih zapletov pri delu ni bilo, tekoče zadeve so se urejale sprotno v dogovoru med SBJ in CTD Jesenice.
Predlagana je racionalizacija naročanja krvi in produktov – tako časovno kot tudi po stopnji nujnosti.Ponovno se poudari pomembnost doslednega prijavljanja vseh zapletov, ki se eventuelno pojavijo pri zdravljenju s krvjo in krvnimi produkti – planira se predavanje na katerem bodo predstavljene novosti v procesu hemovigilance (prim. Irena Bricl dr. med. spec trans.). Predavanje v letu 2015 ni bilo izvedeno - izvedba se načrtuje v marcu 2016.
Predstavljen je bil predlog Poslovnika o delovanju BTO, vsem članom BTO je posredovan po elektronski pošti.Posredovan je predlog, da se v BIRPIS - u preveri tehnična možnost za opozorilo o prejšnjih transfuzijah pri bolniku – oziroma, da sistem opozori na morebitne posebnosti pri bolniku ob prejšnjih transfuzijah krvi(pristojne službe znotraj SBJ bodo preverile tehnične pogoje za izvedbo).

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Asist. mag. Aleksandra Kern, dr.med
Predsednica komisije

UVOD

Komisija v novi sestavi je bila imenovana s sklepom Strokovnega sveta SBJ z dne 15.1.2015. Novi člani so: doc. dr. Ivica Avberšek Lužnik, spec. med. biokem., Marija Mežik Veber, dipl. m.s., mag. Aleksandra Kern, dr.med., Teja Arnež, dr. med., Tina Ahačič, dr.med., Andrej Kunstelj, dr.med. Komisija je bila imenovana za dobo 2 let.

Naloge komisije so:

- obravnava protokolov, etična ocena in odobritev raziskav, ki potekajo v bolnišnici, skladno s predpisi raziskovanja na ljudeh
- obravnava vprašanj medicinske etike in deontologije na področju izvajanja zdravstvene dejavnosti v bolnišnici, v zvezi s pravicami posameznika, njegovo varnostjo in zdravjem in varovanjem poklicne skrivnosti in osebnih podatkov bolnikov in zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Na podlagi sklepa Strokovnega sveta je KME SBJ, na seji 23.4.2015, po prejšnjem soglasju Strokovnega sveta, sprejela poslovnik KME SBJ, ki je podlaga za njeno delo.
Poslovnik, navodila prosilcem in vzorce dokumentov je KME SBJ objavila na intranetni strani SBJ pod rubriko »Komisije«.

1 POROČILO O DELU

Komisiji je bilo poslanih 13 vlog. Komisija se je trikrat sestala na redni seji, ostale seje in komunikacije so bile med člani dopisne zaradi neenakomernega pritoka obravnavanih zadev.

Prošenj za oceno etične sprejemljivosti raziskav je bilo 10. Komisija je vse odobrila.
Prejeli smo eno vlogo, ki je že imela odobritev KME Republike Slovenije. Komisija se je z njo seznanila in jo arhivirala.Prejeli smo eno obvestilo o nameravani izvedbi ankete med zaposlenimi. Komisija ga je arhivirala.
Ena vloga za raziskavo, ki bi potekala multicentrično (tudi v SBJ) je bila napotena v obravnavo KME Republike Slovenije, skladno z njenimi navodili.
Predstavljen je bil seznam zdravnikov, ki imajo opravljen tečaj transfuzijske medicine (TM) in lahko v primeru odpovedi računalniških povezav ročno podpisujejo izvide na CTD Jesenice.

Pogodba med SB Jesenice in ZTM Ljubljana potrebuje aneks v katerem se opredeli način poročanja o delu CTD Jesenice. SB Jesenice potrebuje pisno obvezo ZTM, da bodo poročila o delu CTD Jesenice posredovana tudi v SB Jesenice (kar je v praksi sicer že utečeno – manjka še pravna podlaga, pristojne službe obeh ustanov se dogovorijo o ustrezni rešitvi).

POROČILO O DEJAVNOSTI PRESKRBE S TKIVI IN CELICAMI

Branka Gruden Repe, dr. med.
Nataša Viher Rutar, dr.med.
Odgovorna oseba in namestnica odgovorne osebe za preskrbo s tkivi in celicami v SBJ

Dejavnost se odvija na treh osnovnih področjih:

- Neposredna dejavnost
- Organizacijsko – administrativno
- Pravno – formalno

1 NEPOSREDNA DEJAVNOST

Odvzemi popokovnične krvi (PK) in tkiva popkovnice (T) izvajajo na željo mater zdravniki in babice na ginekološko – porodniškem oddelku. V letu 2015 je bilo16 odvzemov popkovnične krvi in 11 odvzemov tkiva popkovnice.

Porazdelitev odvzemov po tkivnih bankah je bila sledeča:

- Neocelica: 9 PK in 8 TP
- Biobanka 5 PK in 1 TP
- Izvorna celica: 2 PK in 2 TP

1 ORGANIZACIJSKO – ADMINISTRATIVNO PODROČJE

- Sprotno poročanje Slovenija Transplantu (ST) o vsakem odvzemu in odklonu, tudi z elektronskim poročanjem. Priprava letnega poročila ST.
- Zbiranje in hranjenje dokumentacije, povezane z odvzemi.
- Beleženje in analiza neizvedenih odvzemov in odstopanj od vsakdanje prakse. V letu 2015 ni bilo neželenih dogodkov niti hudih reakcij.
- Pridobitev poročil tkivnih bank o kvaliteti vzorcev, odvzetih v SBJ. Žal so se odzvali le v ESPOKu za leto 2014. Rezultat: 1 odvzet vzorec, ki je bil ustrezne kakovosti. Za leto 2015 nameravam ponovno pozvati tkivne banke za povratno informacijo, pa je verjetno od Neocelice, z večinskim deležem odvzemov, ne bom dobila.
- Organizacija sestankov s sodelujočimi v procesu darovanja in odvzemu tkiv in celic.
- Sodelovanje in komunikacija s ST zaradi tekočega dela in koordinacije dejavnosti.

2 PRAVNO – FORMALNO PODROČJE

- Na priporočilo JAZMP je bila sklenjena pogodba s FH-S, celice prihodnosti
- Neocelica je oktobra prenehala s poslovanjem. Prišlo je do zapleta pri dostavi uradnega obvestila odgovorni osebi in strokovni direktorici. O tem obvestim predstavnico kakovost, ga. Sandro Jerebic.
- Marca 2015 je v Uradnem listu RS izšel sledeč pravni dokument:
  Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o sledljivosti človeških tkiv in celic ter izdelkov in materialov, ki prihajajo v stik s tkivi in celicami (Uradni list RS, št. 17/2015)
- Julija 2015 je v Uradnem listu izšel Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (Uradni list RS, št.56/2015)

Oktobra 2015 sta v Uradnem listu izšla sledeča pravna dokumenta:

- Pravilnik o poročanju in obvladovanju hudih neželenih dogodkov in hudih neželenih reakcij pri ravnanju s človeškimi organi (Uradni list RS, št. 76/2015)
- Pravilnik o sledljivosti in uničenju človeških organov namenjenih za presaditev ter o nacionalni identifikacijski številki (Uradni list RS, št. 76/2015)
- Na pravnem področju zgledno sodelujemo s pravnico gospo Tino Zalokar, dipl.iur.

TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOSTI V LETU 2015

Nataša Viher Rutar, dr. med.
Bolnišnični transplantacijski koordinator
Branka Gruden - Repe, dr.med.,
Namestnik bolnišničničnega transplantacijskega koordinatorja

Področja dejavnosti:

1. Neposredna dejavnost
2. Organizacijsko – administrativno
3. Pravno – formalno

1 NEPOSREDNA DEJAVNOST

V obdobju 1.1. – 31.12.2015 je, po podatkih iz knjig sprejetih pacientov, v enotah intenzivne terapije (EITOS, IIT) umrlo 56 bolnikov.
a) V kirurški intenzivni terapiji (EITOS) je umrlo 23 bolnikov; večina zaradi nemožganskih vzrokov (septični šok z razvojem večorganske odpovedi, ireverzibilni hemoragični šok, kombinacija septičnega z obstruktivnim šokom).
Dva bolnika sta bila sprejeta zaradi hude poškodbe glave, vendar sta še pred možno izvedbo testov možganske smrti umrla zaradi hemodinamske nestabilnosti.
b) V internistični intenzivni terapiji (IIT) je umrlo 33 bolnikov. Prav tako večina (29) zaradi nemožganskih vzrokov (septični šok z večorgansko odpovedjo, kardiogeni šok, obstruktivni šok, ireverzibilni hipovolemični šok ob krvavitvi, respiratorna insuficienca, akutna jetrna odpoved).
Štirje pacienti so bili hospitalizirani zaradi masivne subarahnoidalne krvavitve, obsežnega intracerebralnega hematoma ali ishemične okvare možganov. Pri eni bolnici je bil postavljen sum na možgansko smrt, ki smo jo s kliničnimi testi in instrumentalno diagnostiko (EEG) potrdili. Opravljen je bil razgovor s svojci, vendar se z odvzemom niso strinjali.

2 ORGANIZACIJSKO ADMINISTRATIVNO PODROČJE

- 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 in priprave četrtletnih poročil. Slovenija Transplant opravi tudi letno zunanjo revizijo z bolnišničnim koordinatorjem in vodstvom bolnišnice.
- 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 – 29.5.2015.

- Vsakoletna udeležba dveh zaposlenih različnih profilov iz SBJ na tridnevnem intenzivnem tečaju s področja pridobivanja in presaditve organov (Transplant Procurement Management). Namen tečaja je razvoj donorskega programa v enotah intenzivne terapije.
- Skupaj s Slovenija Transplantom soorganizacija Delavnice sporočanje slabe novice in pogovor o darovanju – 15.4.2015.
- Predavanje o transplantacijski dejavnosti za anestezijske tehnike – 30.3.2015
- Sodelovanje v procesu notranje presoje dejavnosti preskrbe s tkivi, celicami in organi za leto 2015 (Branka Gruden-Repe, dr. med.) - 15.1.2016.

3 PRAVNO FORMALNO PODROČJE

Julija 2015 je v Uradnem listu izšel Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (Uradni list RS, št.56/2015).

Oktobra 2015 sta v Uradnem listu izšla sledeča pravna dokumenta:
- Pravilnik o poročanju in obvladovanju hudih neželenih dogodkov in hudih neželenih reakcij pri ravnanju s človeškimi organi (Uradni list RS, št. 76/2015)
- Pravilnik o sledljivosti in uničenju človeških organov namenjenih za presaditev ter o nacionalni identifikacijski številki (Uradni list RS, št. 76/2015)

POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

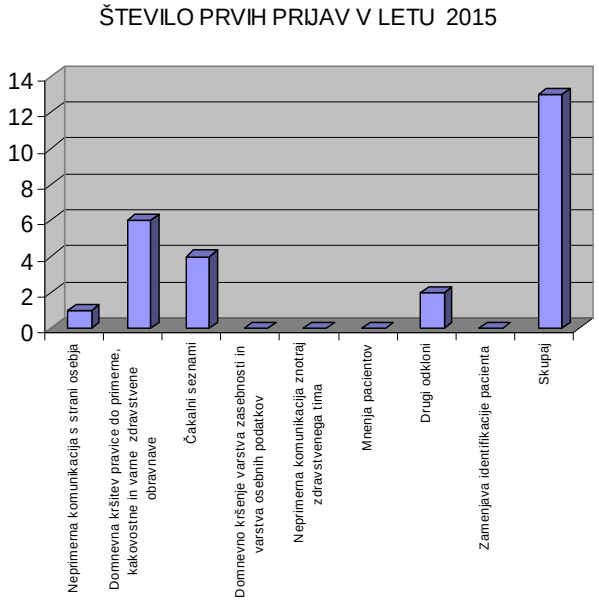
V letu 2015 so pacienti ali njihovi svojci 13 krat naslovili vprašanja ali pritožbo na pristojno osebo za prvo prijavo kršitve pacientovih pravic. V vseh primerih smo napravili analizo dogodkov, se s pacienti ali svojci pogovorili in izvedli korektivne ukrepe z namenom, da se dogodki ne bi ponovili. V večini primerov smo se s pacienti ali njihovimi svojci uspeli dogovoriti za ustrezno rešitev, razen v enem primeru, ko dogovora o načinu rešitve spora ni bilo možno skleniti. V skladu z 62. čl. Zakona o pacientovih pravicah je pritožnik vložil zahtevo pri Komisiji Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic.

Izpostavljeni problemi	Število	Poročilo in ukrepi	Rezultat
Neprimerna komunikacija s strani osebja	1	Pogovor z zaposlenimi, razgovor s pacientom, opravičilo pacientu.	Zaposleni so pritožbo vzeli zelo resno in se opravičili. Izboljšali so komunikacijo s pacienti. Pacient je bil z rešitvijo pritožbe zadovoljen.
Domnevna kršitev pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave	6	Izvedeni so bili razgovori in soočenja s pacienti, uvedeni so bili ukrepi, ki so bili v celoti realizirani. Ustna obravnava je bila sklicana v 2 primerih. V enem primeru je bilo podano nestrokovno delovanje zaposlenih, opravljen je bil razgovor z vpletenima osebama in ugotovljeno, da ni ustrezne podlage za uvedbo disciplinskega postopka. Prav tako ni ustrezne podlage	Pacienti in njihovi svojci so aktivno sodelovali pri vseh dogovorih in ostalih aktivnostih in bili z obravnavo zadovoljni. V enem primeru se postopek nadaljuje pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic.

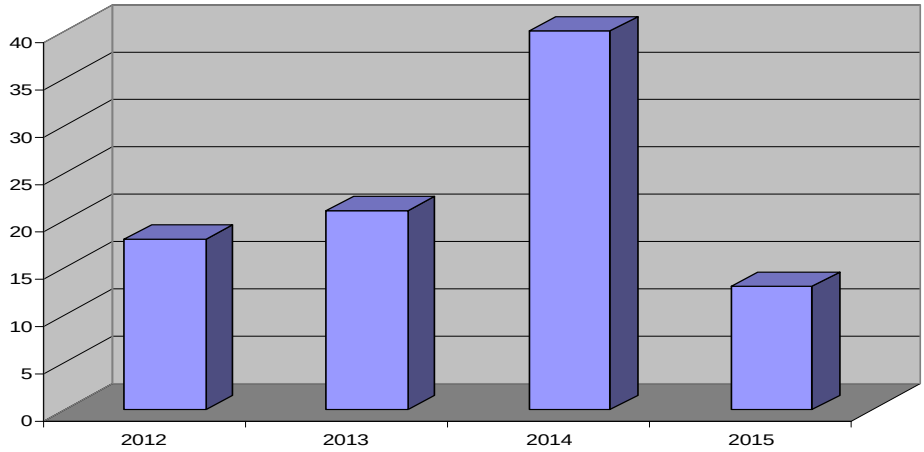
		za odškodninski zahtevek. V drugem primeru je bil opravljen pregled zdravstvene dokumentacije, omogočena pravica do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, vendar dogovor o rešitvi spora ni bil sklenjen. V ustno obravnavo je bil vključen tudi varuh pacientovih pravic.	
Domnevna kršitev pravice do dostopa do zdr. oskrbe (naročanje na ambulantne preglede)	4	Težave pri telefonskem naročanju, ni določenih datumov za preglede. V vseh primerih razgovor s pacienti in pomoč pri pridobitvi datuma za pregled.	Dogovor o načinu naročanj, obvestilo na internet. Telefonske linije so preobremenjene, izboljšanje lahko pričakujemo po uvedbi e-naročanja.
Drugi dogodki	2	Nestrinjanje pacienta s posredovanjem policije, v primeru verbalnih groženj zaposlenim, s fizičnim obračunom. Izvedeni razgovori z zaposlenimi in pacientom. Pacientu je bil pojasnjen vzrok za ravnanje zaposlenih. V obravnavo je bil vključen varuh pacientovih pravic. Izguba lastnine pokojnika.	Pacient je bil z razgovorom zadovoljen, zahvalil se za sedanji postopek in zdravljenje v preteklosti. Posredovanje odškodninskega zahtevka iz zavarovanja civilne odgovornosti.
Skupaj prijav	**13**		

Tabela 1: Število prvih prijav od leta 2012 do 2015

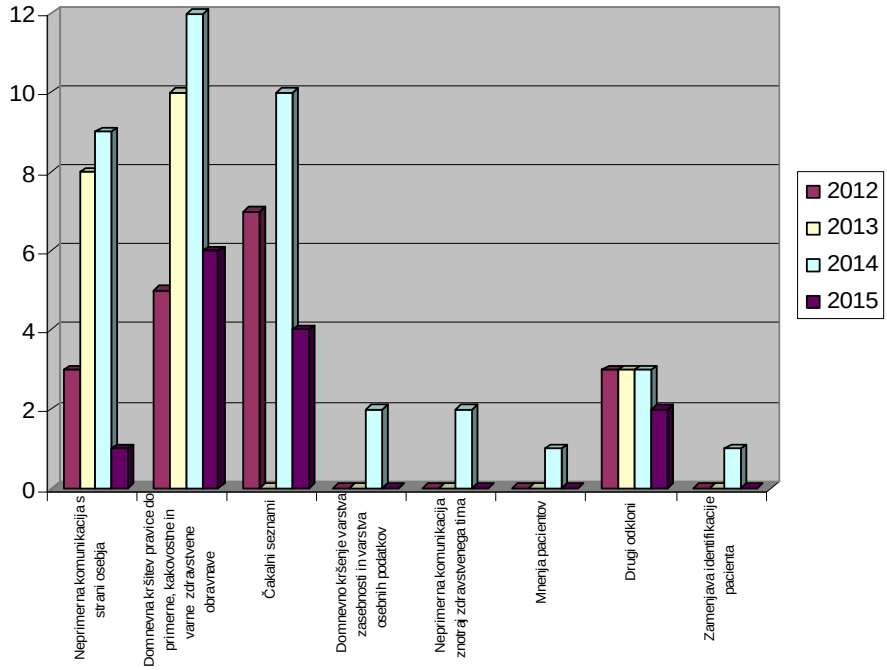
Leto	Število vseh prijav
2012	20
2013	21
2014	40
2015	13



Graf 1: Število prvih prijav v letu 2015



Graf 2: Prikaz vseh prvih prijav od leta 2012 do leta 2015



Graf 3: Prikaz vzrokov prvih prijav od leta 2012 do leta 2015

ANALIZA VPISOV V KNJIGO POHVAL IN PRITOŽB ZA LETO 2014 V PRIMERJAVI Z LETOM 2013

V letu 2015 je bilo v Knjigo pohval in pritožb vpisanih 124 vtisov pacientov, svojcev in obiskovalcev, od tega je 116 pohval in 8 pritožb. V letu 2014 smo beležili 100 zapisov. Letos smo prejeli 24 mnenj več, kar znaša 24 %. 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 leto 2015 **124**	Poročilo in ukrepi	Št. vpisov pohval in pritožb leto 2014 **100**
Število pohval	116 / 94%	Pohvale se nanašajo na prijaznost, strokovnost in profesionalnost, korekten in topel odnos do pac. Namenjene so celotnemu osebju v bolnišnici.	91 / 91%
Število pritožb	8 / 6%	V pritožbah je izpostavljen neprimeren odnos osebja, neprijaznost, vzvišenost, nestrokovnost in predolgo čakanje na amb. obravnavo in izvid, predolgo čakanje na odpustno listo, nedostopnost do zdravnika. Opravljeni so bili varnostni razgovori z zaposlenimi.	9 / 9%
Pobude/ priporočila	/		/

Tabela 2: Prikaz števila/deleža pohval in pritožb od leta 2012 do 2015

Knjiga pohval in pritožb	Število/delež pohval	Število/delež pritožb
2012	65/84,2 %	12/15,5 %
2013	158/96 %	5/3 %
2014	91 /91 %	9 / 9 %
2015	116 / 94 %	8 /6 %

POROČILO POOBLAŠČENKE ZA VARNOST PACIENTOV

Tina Ahačič, dr.med.
Pooblaščenka za varnost pacientov

V letu 2015 smo obravnavali dva opozorilna nevarna dogodka in o njih poročali na Ministrstvo za zdravje. V prvem primeru smo po analizi poteka zdravstvene obravnave pripravili mortalitetno konferenco, v drugem primeru smo na pogovor povabili sodelujočo zdravstveno delavko iz zunanjega okolja, katere delo smo ocenili kot opozorilni nevarni dogodek. Kot pooblaščenka za varnost pacientov sem sodelovala pri štirih varnostnih analizah. V vseh primerih smo s skupino proučili potek zdravstvene obravnave, napisali poročilo, ki je vsebovalo analizo dogodkov in predlagali ukrepe. Redno sem predavala na predavanjih za novozaposlene.

POROČILO O POTEKU IZOBRAŽEVANJA IZ URGENTNE MEDICINE ZA ZDRAVNIKE

Jelena Vilman, dr.med.

Specializanti v bolnišnici, ki opravljajo delo v urgentni službi in sodelujejo pri zagotavljanju neprekinjene nujne medicinske pomoči so se v letu 2015 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 in v letu 2015 sta še dva zdravnika pridobila naziv inštruktor .V bolnišnici so tudi v letu 2015 potekali redni tečaji ALS za zdravnike pripravnike. Organizirani so bili na 2-3 mesece. Skupina je bila sestavljena iz 6 pripravnikov. Potekali so v okviru 8 urnega tečaja, ki je zajemal predvsem praktično delo v obliki delavnic s scenariji, tako, da so pripravniki vadili obravnavo kritično bolnega in poškodovanega bolnika v čim bolj realni situaciji. Ta tečaj je namenjen pripravi pripravnikov na strokovni izpit ob koncu pripravništva. Izvajali smo jih v dopoldanskem času.

Konec leta 2015 smo v bolnišnici pripravili predavanje Novosti v reanimaciji in nove smernice 2015, katerega se je udeležilo veliko zaposlenih. Ker je bilo zanimanje tako veliko in tema pomembna, smo predvideli še dodatna predavanja v 2016, da bi bilo lahko čim večje število zaposlenih seznanjenih z novimi smernicami.

KAZALNIK KAKOVOSTI – RAZJEDA ZARADI PRITISKA

Hubert Terseglav, dipl. zn.
Koordinator za oskrbo ran

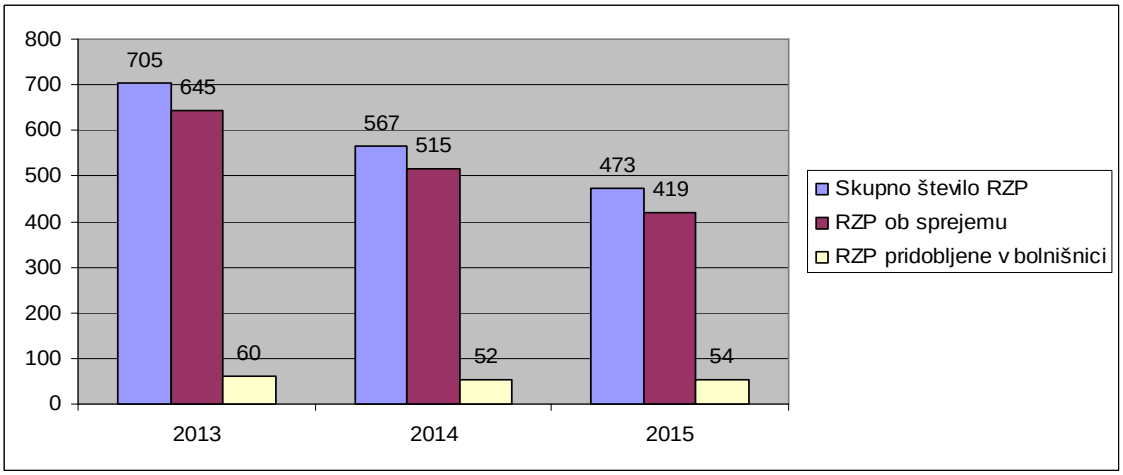
UVOD

Eden od kazalnikov kakovosti, ki jih vodimo v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) je incidenca razjede zaradi pritiska (RZP). Računamo jo v odstotkih in sicer je v števcu število pacientov z RZP, v imenovalcu pa število sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji (niso všteti pacienti, mlajši od 18 let, pacienti v dnevni obravnavi, doječe matere, spremljevalci in novorojenčki). Poleg incidence računamo tudi prevalenco in sicer tako, da ugotavljamo odstotek pacientov, ki so RZP že imeli ob sprejemu, ter odstotek vseh pacientov z RZP (tako tistih, ki so jo imeli že ob sprejemu kot tistih, pri katerih je do nastanka RZP prišlo tekom hospitalizacije).

1 CILJ ZA LETO 2015

Cilj v letu 2015 je bil, da bi bila incidenca pridobljenih RZP manjša od 0,63 %. Tega cilja nam ni uspelo doseči. Incidenca je ob koncu leta zanašala 0,70 %.

2 ŠTEVILO RZP

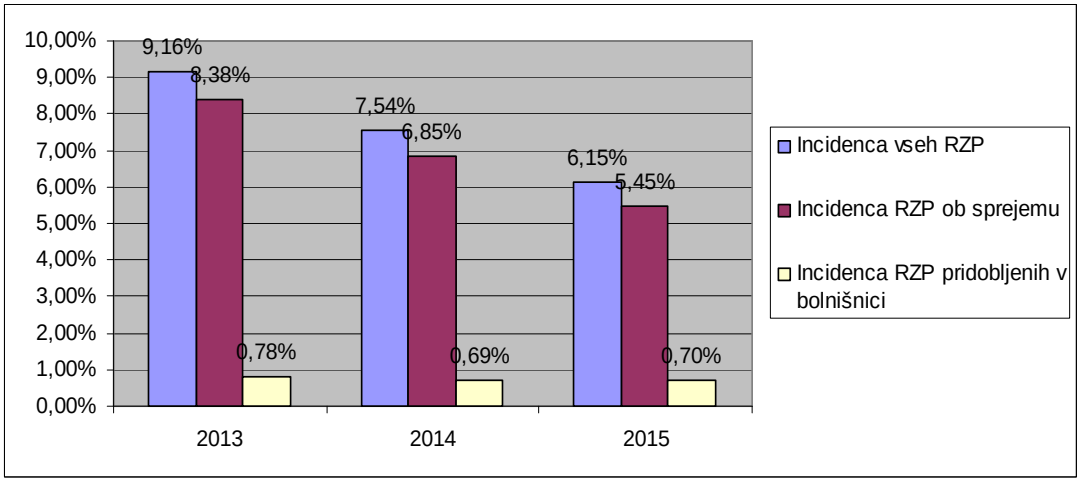


Graf 1: Število pacientov z RZP v letih od 2013 do 2015

3 INCIDENCA RZP

Tabela 3: Število pacientov z izključitvenimi kriteriji od leta 2012 do 2015

Leto	**2013**	**2014**	**2015**
Število pacientov	7697	7521	7692

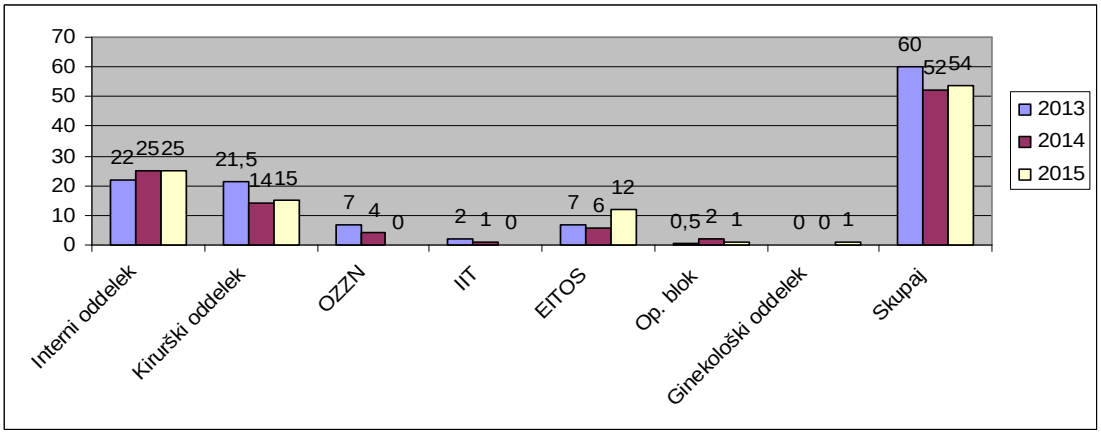


Graf 2: Incidenca RZP v SBJ od leta 2013 do 2015

4 STRUKTURA RZP PO ODDELKIH IN ENOTAH

Tabela 4: Število in incidenca pridobljenih RZP po oddelkih in enotah v letu 2015

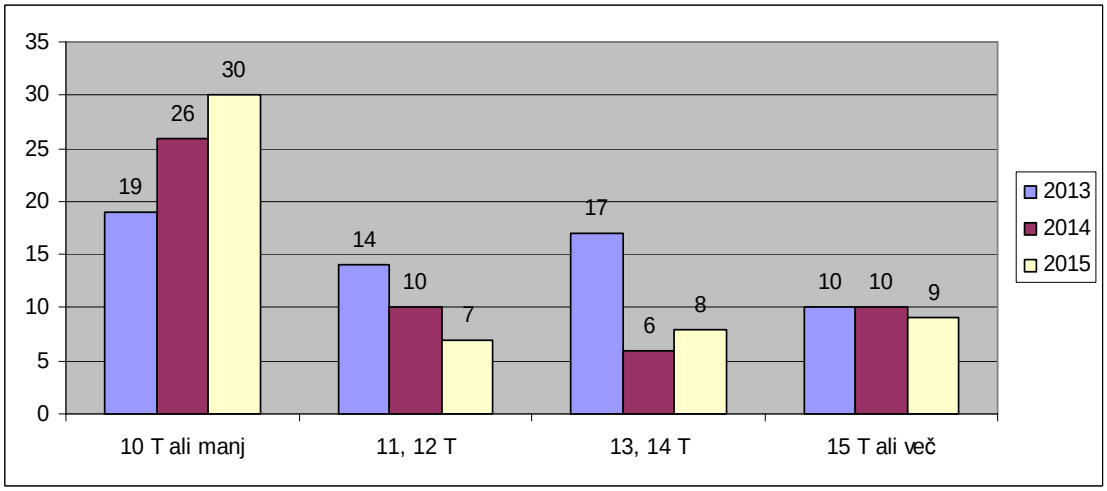
Oddelek, enota	Št. pridobljenih RZP	Leto 2014	Incidenca pridobljenih RZP	Leto 2014	Odstotek pridobljenih RZP glede na celotno bolnišnico	Število pinešenih RZP	Incidenca prinešenih RZP	Odstotek prinešenih RZP glede na celotno bolnišnico
Interni odd.	25	25	0,85 %	0,88 %	46,3	301	13,58 %	71,84
Kirurški odd.	15	14	0,35 %	0,37 %	27,8	70	1,88 %	16,71
OZZN	0	4	0,00 %	1,69 %	0,0	10	3,81 %	2,39
IIT	0	1	0,00 %	0,26 %	0,0	33	10,08 %	7,88
EITOS	12	6	9,56 %	5,19 %	22,2	4	2,96 %	0,95
Ginek. odd.	1	0			1,9			0,00
Op. blok	1	2			1,9			
Skupaj SBJ	54	52	0,70 %	0,69 %	100,0	419	6,85 %	100,00



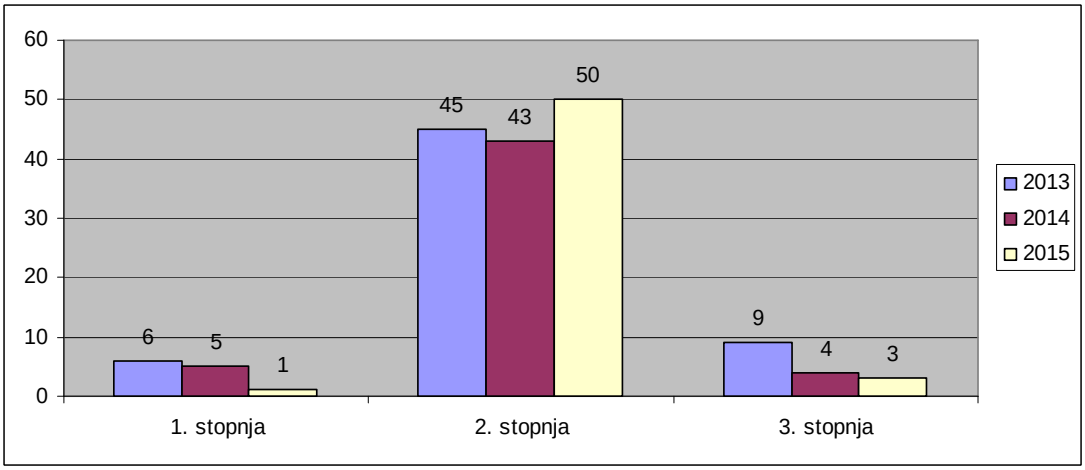
Graf 3: Primerjava števila pridobljenih RZP po oddelkih in enotah v letih 2013 do 2015

Tabela 5: Realizacija ciljev za leto 2015 po oddelkih in enotah.

Oddelek, enota	Cilj za leto 2015		Doseganje cilja	
	Število	Incidenca	Število	Incidenca
IIT	2	0,52 %	0	0,00 %
Interni oddelek	18	0,63 %	25	0,85 %
OZZN	5	2,11 %	0	0,00 %
EITOS (ena RZP je bila pridobljena v op. bloku)	8	5,93 %	13	9,56 %
Kirurški oddelek	14	0,33 %	15	0,35 %
Skupaj SBJ	47	0,63 %	54	0,70 %



Graf 4: Stopnja ogroženosti po Nortonovi ob nastanku RZP v letih 2013 do 2015



Graf 5: Stopnje RZP po EPUAP lestvici v letih 2013 do 2015

Tabela 6: Stopnja RZP ob nastanku in ob odpustu

Zaporedna številka	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Stopnja RZP ob nastanku	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	III	II	II	II	II	II	II	II	III	II	II	II	II	II	II	I	II
Stopnja RZP ob odpustu	II	II	II	II	II	II	II	/	II	II	III	II	II	II	/	II	/	II	III	/	II	II	/	/	II	/	III

Tabela 7: Stopnja RZP ob nastanku in ob odpustu

Zaporedna številka	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
Stopnja RZP ob nastanku	II	II	II	II	III	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
Stopnja RZP ob odpustu	II	II	II	III	IV	III	II	II	II	II	II	II	II	/	II	II	/	/	II	II	II	II	II	II	II	II	III

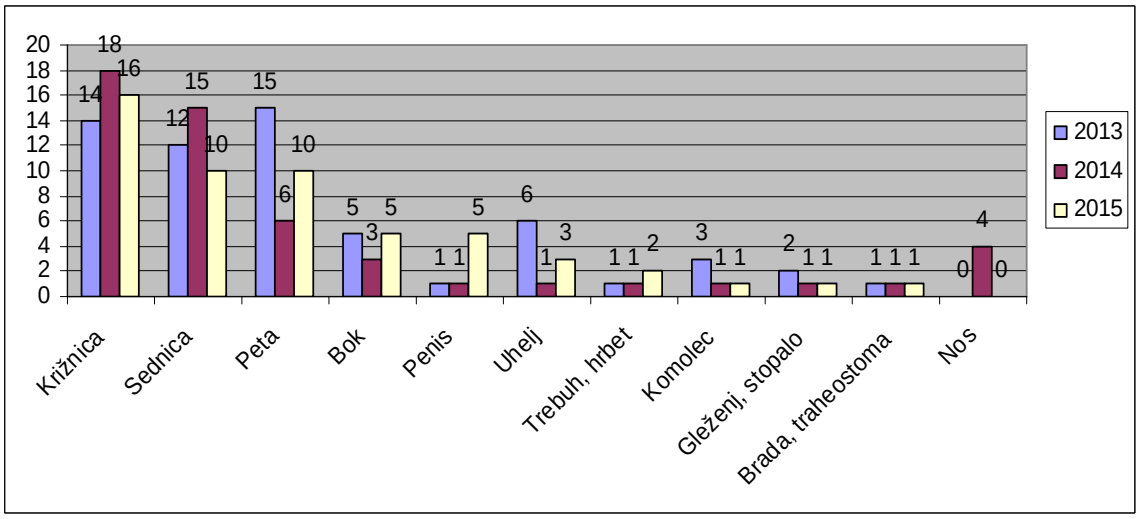
Tabela 8: Vzrok nastanka RZP

	2013	2014	2015
Poslabšanje zdravstvenega stanja, oslabelost v kombinaciji z drugimi notranjimi in zunanjimi dejavniki	16	17	16
Terapevtski pripomočki	4	5	7
Neustrezna razbremenitev, zaščita	9	7	6
Zavračanje obračanja/neupoštevanje navodil	5	5	6
Vlažnost in febrilno stanje	9	6	6
Neustrezna blazina		2	6
Terapevtsko mirovanje/položaj	7	7	4
Nemir, fiksacija	3	2	3
Nezadosten pregled in opazovanje kože	7	1	0
Skupaj	60	52	54

Tabela 9: Število ogroženih pacientov po Nortonovi lestvici v letih 2014 in 2015[1]

		2014	2015	Odstotek glede na vse paciente na oddelku	Odstotek glede na vse paciente v bolnišnici
Interni oddelek	10 T ali manj	675	730	24,8 %	9,7 %
	11, 12 T	177	185	6,3 %	2,5 %
	13, 14 T	172	173	5,9 %	2,3 %
	Skupaj	**1024**	**1088**	**36,9 %**	**14,5 %**
Kirurški oddelek	10 T ali manj	169	172	4,0 %	2,3 %
	11, 12 T	104	83	1,9 %	1,1 %
	13, 14 T	136	132	3,1 %	1,8 %
	Skupaj	**409**	**387**	**9,0 %**	**5,1 %**
Ginekološki oddelek	10 T ali manj		3	0,9 %	0,04 %
	11, 12 T		1	0,3 %	0,01 %
	13, 14 T		1	0,3 %	0,01 %
	Skupaj	**0**	**5**	**1,6 %**	**0,07 %**
Pediatrični oddelek	10 T ali manj		3		
	11, 12 T		1		
	13, 14 T		1		
	Skupaj	**0**	**5**		
Skupaj SBJ	10 T ali manj	844	908		12,1 %
	11, 12 T	281	270		3,6 %
	13, 14 T	308	307		4,1 %
	Skupaj	**1433**	**1485**		**19,7 %**

[1] Pacienti, ki so bili hospitalizirani v EITOS, so šteti pod kirurški oddelek, pacienti, ki so bili hospitalizirani v IIT, so šteti pod interni oddelek; upoštevana ja najnižja ocena tekom hospitalizacije.



Graf 6: Mesta nastanka pridobljenih RZP v letih 2013 do 2015[2].

5 RAZPRAVA

Naš cilj za leto 2015 je bil, da incidenca RZP ne bi presegla 0,63 %, oziroma da bi največ 47 pacientov dobilo RZP tekom hospitalizacije v naši bolnišnici. Tega cilja nismo uspeli doseči, saj je do nastanka RZP prišlo pri 54 pacientih in je incidenca ob koncu leta znašala 0,70 %, kar je več kot leta 2014 (Graf 1, 2). Število pridobljenih RZP je bilo za 7 višje od zastavljenega cilja, kar je 15 %.

Leta 2015 je bilo hospitaliziranih 7629 pacientov (tabela 1), ki so izpolnjevali kriterije za računanje incidence RZP. Od tega smo jih po Nortonovi lestvici 1484 ocenili, da so ogroženi za nastanek RZP, kar je 19 % vseh pacientov z izključitvenimi kriteriji (Tabela 1, 7). Število ogroženih je višje kot leta 2014, odstotek pa je enak. Ker število ogroženih spremljamo šele drugo leto zapored, trenutno še ni mogoče z gotovostjo reči, če se številka z letu povečuje, ali ne.

Kar zadeva posamezne oddelke, je bilo število pacientov, pri katerih je prišlo do nastanka RZP, na Internem in Kirurškem oddelku enako oz. skoraj enako kot leta 2014, vendar je Kirurški oddelek zastavljeni cilj presegel le za 1, interni pa za 7. Največji porast pridobljenih RZP beležimo v EITOS, kjer je RZP pridobilo 12 pacientov, kar je 6 več kot lansko leto oz. 4 več od zastavljenega cilja. Na OZZN ter v IIT v letu 2015 niti pri enem pacientu ni prišlo do nastanka RZP (Graf 3, tabela 3).

Na internem oddelku še vedno ugotavljamo največjo ogroženost za nastanek RZP. Od 2948 pacientov, hospitaliziranih na tem oddelku leta 2015, jih je bilo 1088 ogroženih za nastanek RZP, kar je 37 % vseh pacientov. Izmed ogroženih jih je bilo kar 68 % (730) zelo ogroženih (Tabela 7). 82 % vseh pacientov, ki so RZP imeli že ob sprejemu, je bilo hospitaliziranih na Internem oddelku (Tabela 2). Od 54[3] razjed, ki so nastale tekom hospitalizacije, jih je bilo 2 % I. stopnje, 93 % II. stopnje in 5 % III. stopnje (Graf 5). Ob odpustu smo v 12 (22 %) primerih beležili izboljšanje, v 10 (19 %) primerih celo popolno zacelitev, v 5 (9 %) primerih je prišlo do poslabšanja razjede, v 37 (69 %) primerih pa je bilo stanje večinoma nespremenjeno (Tabela 4, 5).

[2] Upoštevan je RZP najvišje stopnje.

[3] Pri 21 pacientih je prišlo do nastanka več kot ene RZP (pri 15 do dveh, pri 4 do treh, pri 1 do štirih in pri 1 do šestih razjed) – ker štejemo paciente in ne razjed, vedno upoštevamo razjedo najvišje stopnje.

Kar zadeva ogroženost, je bilo 55 % pacientov, ki so dobili RZP, ocenjenih kot najbolj ogroženih, 13 % kot bolj ogroženih 15 % kot ogroženih, prav tako 17 % pa jih ni bilo ocenjenih kot ogroženi. Glede na prejšnja leta se povečuje število pridobljenih RZP pri zelo ogroženih pacientih, medtem ko številka v ostalih skupinah ostaja bolj ali manj enaka oziroma se celo manjša (Graf 4). Verjetno je glavni razlog v nezmožnosti vsem najbolj ogroženim pacientom istočasno zagotoviti ustrezno preventivo. Predvsem je problem nezadostno število in iztrošenost antidekubitusnih blazin.
Najpogostejša mesta nastanka RZP so še vedno križnica (16) in sednica (10), ponovno se je povečalo število RZP na peti (10), sledijo pa bok (5) in penis (5) (Graf 6). Vzrok za Vzrok RZP, ki so nastali na križnici in sednici, je navadno pritisk oz. delovanje strižnih sil v kombinaciji z vlažnostjo in poslabšanjem zdravstvenega stanja. Glavni razlog za nastanek največjega števila RZP je poslabšanje zdravstvenega stanja, sledijo pa terapevtski pripomočki, neustrezna razbremenitev/zaščita, zavračanje obračanja/neupoštevanje navodil, vlažnost in febrilno stanje ter neustrezna blazina. Sicer je bila kar pri 21 pacientih (39 %) neustrezna blazina eden od vzrokov za nastanek RZP (Tabela 6). Od 54 pacientov, pri katerih je tekom hospitalizacije prišlo do nastanka RZP, jih je umrlo 15, kar je 28 %.

6 CILJI ZA LETO 2015

- Število pacientov s pridobljeno RZP naj ne bi presegalo števila 49,
- incidenca pridobljenih RZP 0,64 % ali manj,
- nabava dodatnih blazin in pripomočkov za preprečevanje nastanka RZP,
- kontinuirano izobraževanje zaposlenih,
- implementacija preventivnih ukrepov, ki jih priporočajo najnovejše smernice,
- uporaba nove študije primera,
- izobraževalni dan, »Stop RZP«,
- sprememba standarda za preventivo RZP,
- redno izvajanje nadzorov,
- testiranje novih materialov, s katerimi lahko preprečimo nastanek RZP.

7 ZAKLJUČEK

V letu 2015 nismo dosegli zastavljenega cilja, število in incidenca se je v primerjavi z letom 2014 celo malenkost povečala. Cilj za prihodnje leto je, da bi bila incidenca pridobljenih RZP manjša od 0,64 %. Glede na razloge za nastanek RZP upamo, da nam bo uspelo dobiti nove antidekubitusne blazine in pripomočke za razbremenitev pet. Najti moramo način, kako preprečiti ali vsaj zmanjšati RZP, povzročene z urinskimi katetri. Eden od poudarkov v letu 2016 bo prav gotovo spet izobraževanje in ozaveščanje zaposlenih, ker je veliko novega kadra, ker je prišlo do določenih novosti pri materialih in ker se moramo ves čas zavedamo pomena preventive ter poznati in vse negovalne intervencije s tega področja.

LETNO POROČILO O SPREMLJANJU KAZALNIKA KAKOVOSTI PADCI

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

UVOD

V letu 2015 na področju preprečevanja padcev niso dosegli nobenega od zastavljenih ciljev.

1 CILJI 2015

- 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 28%;
- Padci pacientov s hujšimi poškodbami 0,0.
- Število pregledov zdravnika po padcu pacienta dvigniti na 100%.

2 KAZALNIKI KAKOVOSTI

- Incidenca vseh padcev in padcev s postelje po oddelkih in enotah in skupno v SBJ;
- 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 2014;
- Prikaz števila vseh padcev s postelje v primerjavi s povprečnim številom padcev v letu 2014;
- 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;
- Padci pacientov z večjimi poškodbami:
- Prikaz manjših poškodb, ki so nastale kot posledica padca.

3 PRIKAZOVANJE PODATKOV

- Mesečno;
- Na tri mesece;
- Letno.

4 VIR PODATKOV

- Proces zdravstvene nege ZN 2, ZN 2a, ZN 2b;
- Ocena tveganja za padec v B 21;
- Poročilo o padcu pacienta OB 53;
- Pogovor o varnosti pacienta po padcu OBR 54.

5 REZULTATI

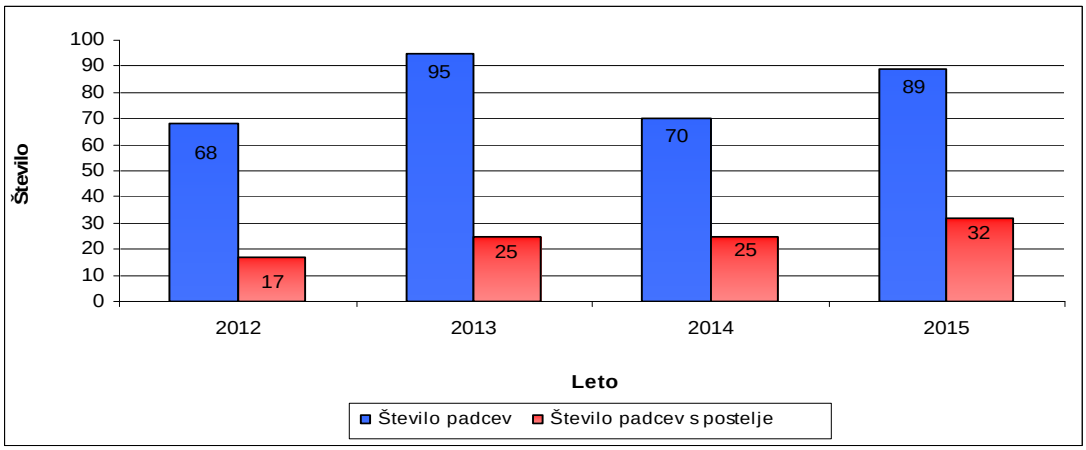
Tabela 1: Cilji in njihova realizacija v letu 2015

	Povprečje in delež 2014	Cilj 2015	Število jan – dec 2015	Incidenca jan – dec 2015
Incidenca vseh padcev pac. na 1000 BOD	**1,3 / 70**	**1,1 / 63**	**89**	**1,6**
Incidenca padcev pac. iz post. na 1000 BOD	**0,4 / 25**	**0,3 / 20**	**32**	**0,6**
Delež in število vseh padcev v nočnem času	**31 % / 22**	**28 % / 18**	**31**	**35 %**
Delež in št. pac., ki jih je po padcu pregledal zdravnik	**86 % / 60**	**100 %**	**81**	**91%**
Padci pacientov s poškodbami	**2,9 / 2**	**0,0**	**4**	**4,5**

Tabela 2: Kazalnik za obdobje 1.1.2015 – 31.12.2015

Števec	Število vseh padcev X 1000	**89 x 1000 = 1,6**
Števec	Število padcev iz postelje x 1000	**32x 1000 = 0,6**
Imenovalec	Število bolniških oskrbnih dni za vse hospitalizirane paciente/	**54.886**

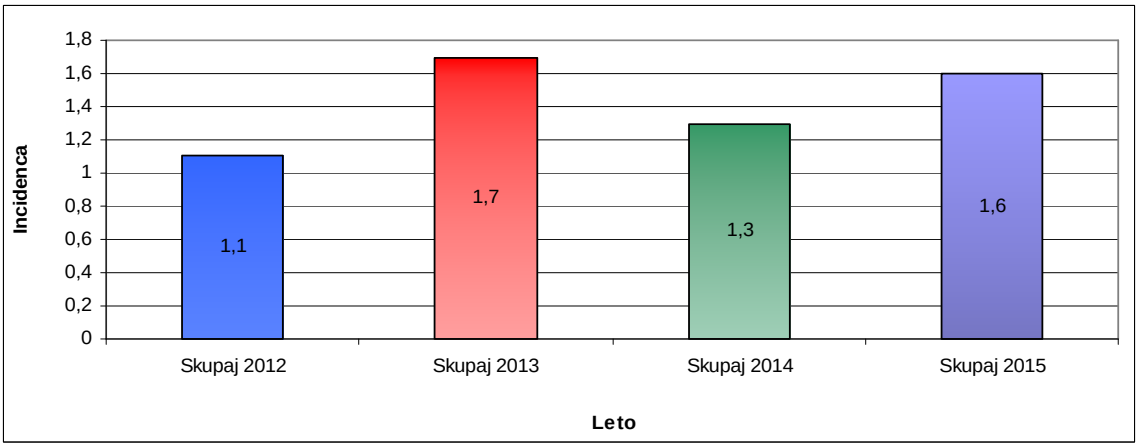
Števec	Padci pacientov s poškodbami X 100	**4 x 100 = 4,5**
Imenovalec	Število vseh padcev / **89**	



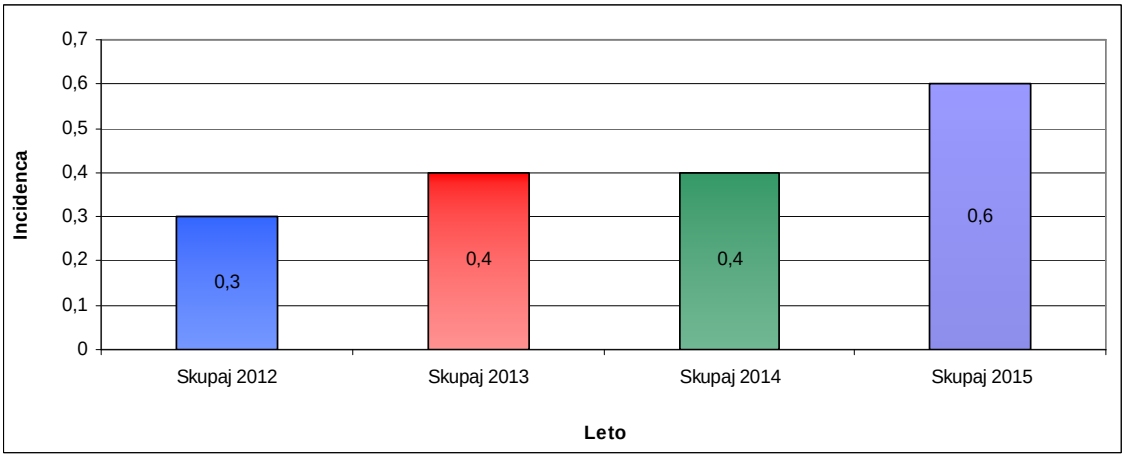
Graf 1: Prikaz števila vseh padcev in padcev s postelje v letih 2012, 2013, 2014 in 2015

Tabela 3: Odstotek povečanja padcev v letu 2015

	% povečanja padcev glede na leto 2014
Število padcev	21 %
Število padcev iz postelje	22 %



Graf 2: Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 bolnišnično oskrbnih dni



Graf 3: Incidenca padcev pacientov z bolniške postelje na 1000 bolnišnično oskrbnih dni

Tabela 4: Odstotek padcev glede na poškodbe po padcih v letih 2012 do 2015

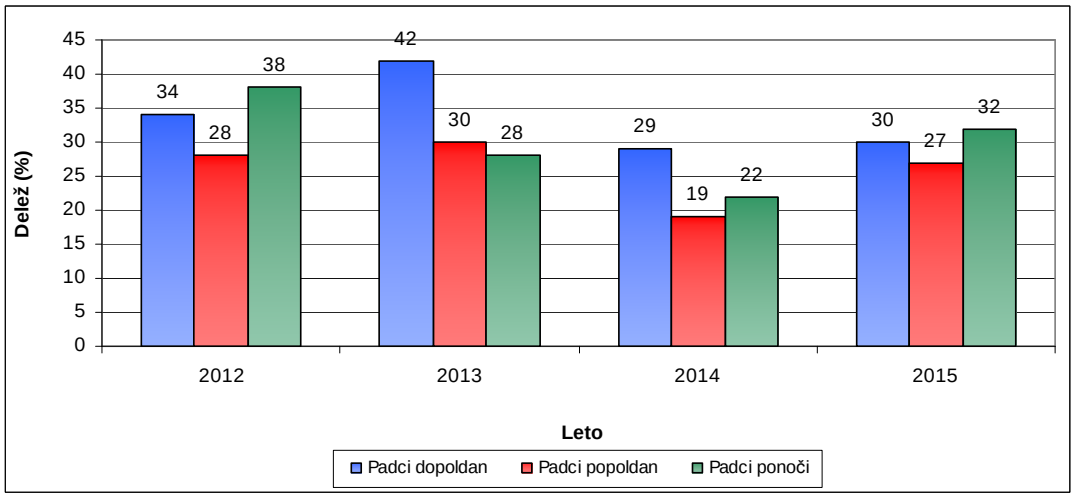
	2012	**2013**	**2014**	**2015**
Padci s poškodbo	46 %	38 %	33 %	37 %
Padci brez poškodbe	54 %	62 %	67 %	63 %

Tabela 5: Delež posameznih poškodb, ki so nastale zaradi padca, v letih 2012 do 2015

Vrsta poškodbe	**2012**	**2013**	**2013**	**2015**
Krvavitev	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Bolečina	1,5%	5,6%	13,0%	18,2%
Rana	11,7%	11,1%	13,0%	15,2%
Zlom kosti	4,4%	13,9%	8,7%	6,1%
Drugo	80,9%	69,4%	65,3%	60,5%

Tabela 6: Število padcev v posamezni delovni izmeni v letu 2015

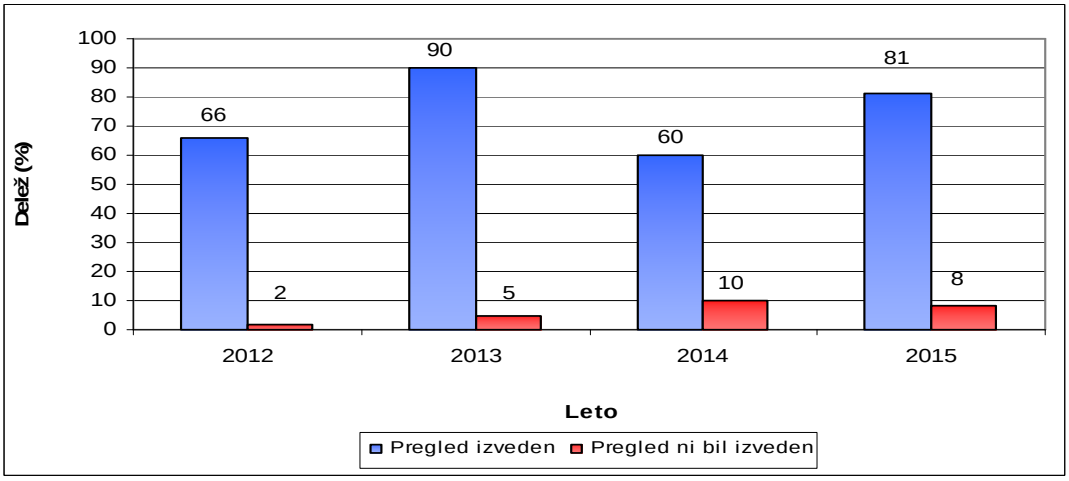
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec
DOP	2	5	4	1		5	4	1	3	2	1	2
POP	1	1	1	5	6	1	2	3	2	3	1	1
NOČ	6	2	1	3		3	2	2	5	2	2	4



Graf 4: Prikaz števila padcev glede na delovno izmeno od leta 2012 do 2015

Tabela 7: Prikaz deleža pacientov po oddelkih in enotah, ki jih je po padcu pregledal zdravnik od leta 2012 do leta 2015

Pregled zdravnika po padcu	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Interni oddelek	94 %	95 %	97 %	94 %
Kirurški oddelek	100 %	90 %	70 %	88 %
OZZN	100 %	100 %	86 %	80 %
Ginekološko-porodniški oddelek	100 %	100 %	100 %	100 %
IIT	100 %	100 %	Ni bilo padca	Ni bilo padca
Skupaj	97 %	95 %	86 %	91 %



Slika 5: Prikaz števila pacientov, ki jih je po padcu pregledal zdravnik od leta 2012 do 2015

Tabela 8: Prikaz vzrokov za padec

Vzrok padca	Skupaj
Menjava položaja v postelji	10
Omotica,kolaps	6
Zmedenost, oslabelost, delirij	26
Potreba po izločanju in odvajanju	26
Drugo*	21

*neupoštevanje navodil, izguba ravnotežja, mokra tla, ovira na poti, spanje sede na postelji

Kazalniki, ki smo jih spremljali, so opredeljeni v Procesu celostne oskrbe pacienta. Izvajali smo načrtovane ukrepe za preprečevanje padcev.
V letu 2015 smo pripravili plakat za preventivo padcev, ki se nahaja v mapi za informacije pacientom in svojcem po oddelkih/enotah in opomnik pacientu, da pokliče pomoč, ko jo potrebuje.

6 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2015

Cilj št. 1	**Zmanjšanje incidence vseh padcev pacientov na 1,1 / 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, - izobraževanje tima ZN o pravilni izbiri in uporabi PVU; - označevanje pacientov na seznamu (tabli), ki so ogroženi za padec – magnet, pacienti, ki so zelo ogroženi rumene nogavice, pacienti, ki so že padli rumena pižama/preklanka, vsi ogroženi pacienti rumena identifikacijska zapestnica: - ozaveščanje pacientov in njihovih svojcev o dejavnikih tveganja za padec; - vključevanje fizioterapevtk in delovne terapevtke v interdisciplinarno obravnavo preventive padcev pacientov;

	- dopolnitev kompletov za izvedbo PVU glede na potrebe oddelka/enote, zamenjava trebušnega pasu, ki ni varen za izvedbo PVU, z varnim.
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. Incidenca vseh padcev v letu 2015 je bila 1,6. Število vseh padcev se je zvišalo za 20% glede na leto 2014.
Cilj št. 2	**Zmanjšanje incidence padcev s postelje 0,3/ 1000 BOD**
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1 in - posebna pozornost pri uporabi posteljne ograjice (pravilna izbira, pravilna namestitev).
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. Incidenca padcev s postelje v letu 2015 je bila 0,4. Število padcev pacientov s postelje se je zvišalo za 21% glede na leto 2014.
Cilj št. 3	**Zmanjšati število padcev v nočnem času na 28%;**
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1, 2 in - pogostejši nočni obhodi in opazovanje pacientov; - vrata delovnega prostora MS so odprta 24 ur; - vrata bolniških sob so v nočnem času priprta; - uporaba nočne lučke.
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. V nočnem času je padlo 35% pacientov, kar je 4% več kot v letu 2014.
Cilj št. 4	**Povečati delež zdravnikovih pregledov pacienta po padcu na 100%**
Izvedene aktivnosti	- seznanjanje zdravnikov o potrebi pregleda po padcu; - 2 krat letno poročanje, o doseženih rezultatih preventive padcev, strokovni direktorici; - opozarjanje zdravnika, da vnese poročilo o padcu v B21.
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. Po padcu je bilo pregledanih 91% pacientov, kar je 5% boljši rezultat ko t v letu 2014.
Cilj št. 5	**Padci pacienta s hujšimi poškodbami 0,0**
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1, 2, 3 in 4.
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. 4 pacienti so se pri padcu huje poškodovali, kar pomeni 2 hujši poškodbi več kot v letu 2014.

7 RAZPRAVA

Aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev so se izvajale tudi v preteklem letu, vendar kljub temu nismo dosegli postavljenih ciljev. Aktivnosti se niso izvajale s tako intenziteto kot v letu 2014.

Iz zgornji grafov je razvidno, da smo v letu 2015 dosegli drugi najslabši rezultat v primerjavi s štiriletnim obdobjem od leta 2012 do leta 2015. Največ vseh padcev smo zabeležili v mesecu septembru (10), najmanj pa v mesecu oktobru in novembru (po 4 padce).

Največ vseh padcev iz postelje smo zabeležili v mesecu aprilu (5), najmanj pa junija in oktobra (po 1 padec).Povprečno število vseh padcev je bilo 7,4, povprečno število padcev iz postelje pa 2,7 na mesec.

Ocenjevanje tveganja za padec in planiranje preventivnih negovalnih aktivnosti (SOP5) ni bilo vedno dosledno upoštevano. Podanih je bilo kar nekaj ukrepov za dosledno izvajanje SOP 5, v obliki varnostnih razgovorov in vizit.

Predpis posebnega varovalnega ukrepa (PVU) in zdravil za pomiritev ni bil vedno pravočasen, velikokrat je bil predpis narejen, ko je pacient že padel.

V letu 2015 smo zabeležili štiri padce na pediatričnem oddelku.

V tabeli 4 so prikazane poškodbe zaradi padcev. Pri 56 padcih ni bilo poškodbe, v 29 primerih so pacienti utrpeli lažje poškodbe, 4 padci pa so se končali s hujšimi poškodbami (2 krat zlom kosti. 2 krat razpočna rana, potrebna kirurške oskrbe).

V nočnem času se je zgodilo 35% vseh padcev pacientov, kar je 4% več kot v letu 2014.

Pri pregledu zdravnika, po padcu pacienta, nismo dosegli postavljenega cilja. Pregled je bil opravljen samo pri 91% vseh pacientov, ki so padli, kar je 5% več kot v letu 2014.

Vzroki za padce so največkrat zmedenost pacienta, delirij, oslabelost, vrtoglavica ter potreba po izločanju in odvajanju.

8 CILJI ZA LETO 2016

- 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 %;
- Število zdravnikovih pregledov po padcu pacienta povečati na 100 %;
- Padci pacientov s hujšimi poškodbami 0,0.

KAZALNIK KAKOVOSTI - OVIRNICE

Marija Mežik Veber, dipl. m.s.
Namestnica pomočnice direktorja za področje ZNO

Posebni varovalni ukrep(PVU) posega v pacientovo osebno svobodo, njegovo integriteto in dostojanstvo. Pred uporabo posebnega varovalnega ukrepa je potrebno uporabiti alternativne metode, aplikacijo zdravil, umirjanje pacienta. Velik pomen ima izobraževanje članov tima ZN o preventivi padca, o pravilni izbiri in uporabi sredstva za izvedbo posebnega varovalnega ukrepa.

Tabela 1: Število pacientov, pri katerih je bil uporabljen PVU, po oddelkih/enotah, v letu 2015

Oddelek/enota	**Število pacientov**
Kirurška služba	127
Internistična služba	162
Oddelek za zdravstveno nego	28
IIT	22
EITOS	9
Pediatrična služba	2
SKUPAJ	350

Tabela 2: Incidenca PVU v bolnišnici za leto 2015

Števec	Število vseh pacientov s PVU	350
Imenovalec	Število vseh sprejetih pacientov	7.699
Incidenca		0,05

Nadzor nad pravilno izvedenim posebnim varovalnim ukrepom je bil izveden v mesecu marcu in novembru 2015. Nadzor je izvedla Marija Mežik Veber.

1 POROČILO NADZORA O PRAVILNO IZVEDENEM PVU

Tabela 3: Prikaz rezultatov nadzora posebni varovalni ukrepi od leta 2013 do 2015

Oddelek/enota	2013	2014	2015
Kirurška služba	93,14 %	97,06 %	83,48 %
Internistična služba	93,75 %	90,34 %	96,57 %
EITOS	V času nadzora ni bilo primerov	V času nadzora ni bilo primerov	88,24 %
IIT	V času nadzora ni bilo primerov	94,12 %	100 %
OZZN	82,35%	V času nadzora ni bilo primerov	100%
Ginekološko porodniški oddelek	V času nadzora ni bilo primerov	V času nadzora ni bilo primerov	V času nadzora ni bilo primerov
Pediatrični oddelek	V času nadzora ni bilo primerov	V času nadzora ni bilo primerov	V času nadzora ni bilo primerov
SKUPAJ	92,65 %	92,06 %	93,66 %

Nadzor nad pravilno izpolnjeno dokumentacijo PVU je bil izveden v mesecu maju in novembru 2015. Nadzor sta izvedli Nevenka Svetina in Marija Mežik Veber.

Tabela 4: Prikaz rezultatov nadzora o pravilno izpolnjeni dokumentaciji PVU od leta 2013 do 2015

Oddelek/enota	2013	2014	2015
Kirurška služba	84 %	90 %	94 %
Internistična služba	92 %	98 %	96 %
EITOS	90 %	94 %	90 %
IIT	93 %	100 %	99 %
Oddelek za ZN	87 %	96 %	100 %
Ginekološko porodniška služba	/	/	/
Pediatrična služba	/	100 %	89 %
SKUPAJ	89 %	96 %	95 %