STROKOVNO POROČILO

SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

ZA LETO 2016

Jesenice, 2017

Kolofon:

STROKOVNO POROČILO SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE ZA LETO 2016

Urednici: Karmen Janša, Mateja Bahun

Tehnično uredila in pregledala: Mojca Stojan

Avtorji poročil po abecednem vrstnem redu:
Tina Ahačič, Lidija Arlič, Teja Arnež, doc. dr. Ivica Avberšek - Lužnik, Mateja Bahun, Brankica Bašić Narić, Marjetka Berdajs Avsenek, Alenka Bijol, Janja Borič, Robert Carotte, Marina Ćurčija - Jurišin, Matej Dolenc, Teja Frelih, Adrijana Ilievski, Helena Dolžan Lindič, Branka Gruden Repe, Karmen Janša, Primož Jovan, Vlado Jurekovič, Maja Kaker, Gregor Kalan, asist. mag. Aleksandra Kern, Janja Kovačič, Pavla Lavrinec, Jana Lavtižar, Tamara Levičnik, mag. Mateja Lopuh, Amela Lovič, Eva Macun, Nada Macura Višić, Judita Mandelc Kunčič, Brigita Mavsar - Najdenov, Marija Mežik Veber, Sabina Mulalić, Peter Najdenov, Andraž Nastran, Darja Noč, Zorica Panić, Breda Pavlenč, Mateja Perko, Janja Pristavec, Tanja Pristavec, prim. Janez Pšenica, Renata Rabič, Mateja Repinc, prim. Igor Rus, Gordana Sivec, Mojca Strgar, Milana Štibelj Blok, Hubert Terseglav, Lina Virnik Kovač, Nataša Viher Rutar in Nina Waldner

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

Leto izdaje: 2017

Tisk: Medium d.o.o.

Naklada: 70 izvodov

ISSN: 2335-4186

© Splošna bolnišnica Jesenice.

Uporaba in objava podatkov je dovoljena le z navedbo vira.

KAZALO

	UVOD V STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2016	
1	***STROKOVNA DIREKTORICA***	
	STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2016	*1*
2	***POMOČNICA DIREKTORJA ZA PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE***	
	POROČILO O DOSEGANJU CILJEV SLUŽBE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE TER OSKRBE	*9*
3	***POROČILA O DELU MEDICINSKIH SLUŽB, ODDELKOV IN ENOT***	
3.1	***KIRURŠKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE	*30*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA KIRURŠKEM ODDELKU	*51*
	POROČILO KOORDINATORIC ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA KIRURŠKEM ODDELKU	*53*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE	*54*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA DNEVNEM ODDELKU	*57*
	LETNO POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE IN DELOVNE TERAPIJE	*60*
3.2	***INTERNISTIČNA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO INTERNISTIČNE SLUŽBE	*64*
	POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE	*79*
	LETNO POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE	*80*
	POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO	*82*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA INTERNEM ODDELKU	*84*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INTERNISTIČNI INTENZIVNI TERAPIJI	*88*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V CENTRU ZA HEMODIALIZO	*90*
3.3	***URGENTNI CENTER***	
	STROKOVNO POROČILO URGENTNEGA CENTRA	*95*
3.4	***GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKE SLUŽBE	*103*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKEM ODDELKU	*112*
3.5	***ANESTEZIOLOŠKO - REANIMACIJSKA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO	*120*
	STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)	*123*
	STROKOVNO POROČILO DNEVNEGA ODDELKA	*131*
	STROKOVNO POROČILO CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO ZDRAVLJENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO	*134*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO	*136*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)	*139*
3.6	***PEDIATRIČNA SLUŽBA***	
	STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE	*142*
	STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA PEDIATRIČNEM ODDELKU	*150*

3.7	***ODDELEK ZA RADIOLOGIJO***	
	STROKOVNO POROČILO O DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO	*158*
	STROKOVNO POROČILO RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV	*163*
3.8	***ODDELEK ZA PATOLOGIJO***	
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO	*167*
3.9	***ODDELEK ZA LABORATORIJSKO DIAGNOSTIKO***	
	LABORATORIJSKA DEJAVNOST - STROKOVNO POROČILO	*175*
3.10	***LEKARNA IN KLINIČNA FARMACIJA***	
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNE LEKARNE	*181*
	STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI KLINIČNE FARMACIJE	*183*
3.11	***SPECIALISTIČNA AMBULANTNA DEJAVNOST***	
	DERMATOVENEROLOŠKA AMBULANTA	*187*
	STROKOVNO POROČILO O NEVROLOŠKI DEJAVNOSTI	*188*
	POROČILO O IZVAJANJU OTORINOLARINGOLOŠKE DEJAVNOSTI	*191*
3.12	***SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO***	
	POROČILO NAMESTNICE POMOČNICE DIREKTORJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO	*194*
	POROČILO O IZVEDENEM INTERNEM STROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU	*201*
	POROČILO O KATEGORIZACIJI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV	*204*
	POROČILO O SODELOVANJU S SREDNJO ŠOLO JESENICE – ZDRAVSTVENA USMERITEV	*209*
	POROČILO O SODELOVANJU S FAKULTETO ZA ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN	*209*
	POROČILO O DELU PROJEKTNIH TIMOV V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI	*210*
	Poročilo projektne skupine za razvijanje standardov kakovosti	*210*
	Poročilo projektne skupine za preprečevanje padcev	*212*
	Poročilo projektne skupine za obvladovanje predanalitične faze	*213*
	Poročilo projektne skupine za oblikovanje kliničnih poti	*214*
	Poročilo projektne skupine POCT	*215*
	Poročilo projektne skupine za klinično prehrano v zdravstveni negi	*216*
	Poročilo projektne skupine za izboljšanje prehrane pacientov	*216*
	Poročilo projektne skupine za pripravo negovalnih diagnoz	*217*
	Poročilo projektne skupine za raziskovanje v zdravstveni negi	*218*
	Poročilo o delu projektnega tima za bolnišnično higieno in skupine za obvladovanje bolnišničnih okužb	*219*
	Skupina za kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege	*221*
	POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA	*221*
	LETNO POROČILO O DELU KOORDINATORJA ZA OSKRBO RAN	*224*
	STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO (OZZN)	*227*
	STROKOVNO POROČILO ZDRAVSTENE NEGE IN OSKRBE ZA NUJNO MEDICINSKO POMOČ	*231*
	STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI CENTRALNE STERILIZACIJE	*237*
	POROČILO STROKOVNE SODELAVKE ZA PEDAGOŠKO PODROČJE	*240*
	POROČILO O ZDRAVSTVENO VZGOJNEM DELU	*243*
	POROČILO SOCIALNE SLUŽBE	*247*
4	***KOMISIJE IN OSTALE STROKOVNE DEJAVNOSTI V SBJ***	
	RAZISKOVALNA DEJAVNOST - POROČILO	*253*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE IN ZDRAVNIKA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB	*256*
	ENOTA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB	*261*
	POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ZDRAVILA	*272*

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE *275*
POROČILO O DELU KOMISIJE ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE *279*
POROČLO O DELU KOMISIJE ZA POCT *282*
POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA TRANSFUZIJSKEGA ODBORA (BTO) SB JESENICE *285*
POROČILO O DELU KOMISIJE ZA MEDICINSKO ETIKO *286*
POROČILO O DEJAVNOSTI PRESKRBE S TKIVI IN CELICAMI *287*
TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST *288*
POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC *290*
POOBLASTILO POOBLAŠČENKE ZA VARNOST PACIENTOV *293*
POROČILO O POTEKU IZOBRAŽEVANJE IZ URGENTNE MEDICINE ZA ZDRAVNIKE *293*
5 KAZALNIKI KAKOVOSTI
KAZALNIK KAKOVOSTI - RAZJEDA ZARADI PRITISKA *294*
LETNO POROČILO O SPREMLJANJU KAZALNIKA KAKOVOSTI - PADCI *296*
KAZALNIK KAKOVOSTI - OVIRNICE *303*

UVOD V STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2016

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 za leto 2016, v katerem so zapisani vsi strokovni podatki, ki predstavljajo naše dosežke in realizirane cilje.
S strokovnega stališča lahko trdimo, da je bilo leto 2016 uspešno, saj smo realizirali številne cilje. Sledili smo strokovnim smernicam zdravljenja in posvečali posebno pozornost kakovosti in varnosti obravnave. S skupnimi močmi, ob sodelovanju vseh zaposlenih, smo delovali uspešno in našim pacientom omogočili najboljšo možno obravnavo. Najvidnejši in najlaže merljiv kazalec uspešnosti javne ustanove je gotovo realizacija zastavljenega in dogovorjenega programa. Skozi vse leto smo skrbno načrtovali in spremljali realizacijo prospektivnega programa. Realizirali in presegli smo načrtovani delovni program v hospitalni dejavnosti. Naša bolnišnica je v letu 2016 uspešno pridobila dodatne primere operacije kil, totalne endoproteze kolka in operacije varic. Vse omenjene operacije smo uspešno opravili, del znotraj rednega programa, del izven rednega programa.
Vzdrževali smo sisteme kakovosti ISO 9001:2008, DNV-NIAHO akreditacijo, Novorojenčku prijazna bolnišnica in Družini prijazno podjetje. Izvajali aplikativno raziskovanje in krepili vlogo SBJ kot učne baze. Izdelali smo mnoge nove klinični poti, protokole in strokovne standarde. Na mnogih strokovnih področjih smo izvajali zdravstveno – vzgojno delo pacientov. Izvedli smo anketo o zadovoljstvu pacientov in dosegli dobre rezultate; pacienti se v našem okolju počutijo sprejete, strokovno ustrezno obravnavane, hkrati pa prepoznavajo prijaznost vseh zaposlenih. Z mnogimi aktivnostmi smo nadaljevali s kulturo varnosti. Z namenom vzdrževanja varnosti in iskanja sistemskih rešitev smo v aplikacijo za aktivno sporočanje odklonov pri svojem delu zapisovali odstopanja. Izvajali smo varnostne vizite in razgovore znotraj celotnega zdravstvenega tima in vzročno posledične konference. Izvajali redne notranje nadzore. Pohvalimo se lahko z mnogimi aktivnostmi službe za obvladovanje bolnišničnih okužb. Redno smo spremljali kazalnike kakovosti in jih poročali na Ministrstvo za zdravje ter rezultate objavljali na spletni strani bolnišnice. Pri kazalnikih MRSA, RZP in padcih smo dosegli zastavljene cilje.
S strokovnimi prispevki in posterji smo se udeležili številnih strokovnih izobraževanj v Sloveniji in tujini in na ta način skrbeli za neprestani strokovni razvoj zaposlenih. Ponosni smo lahko na mnoge strokovne prispevke tako s področja medicine kot s področja zdravstvene nege, ki so bili objavljeni v različnih strokovnih revijah in zbornikih.
Soočali smo se z reševanjem kadrovskih težav, zlasti na področju radiologije in zdravstvene nege.
V letu 2016 je vsekakor velika pridobitev cevna zračna pošta, ki je zanesljiva tehnologija transportiranja vseh vzorcev v laboratorijsko diagnostiko. Na radiološkem oddelku je bila v letu 2016 velika pridobitev novega informacijskega sistem RIS, PAKS in nova diagnostika MRI trebuha. Novost v letu 2016 na katero smo zelo ponosni, je šola za koordinatorja zdravstvene obravnave, ki smo s podporo in sodelovanjem Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze organizirali prvič.

Pred nami so novi izzivi, želimo si napredka tako na strokovnem področju kot na področju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, verjamemo, da nam bo skupnim trudom in entuziazmom uspelo.
Vsem avtorjem se zahvaljujemo za prispevke ter želimo tudi v prihodnje veliko strokovnih dosežkov.

STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2016

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

UVOD

V letu 2016 smo nadaljevali z aktivnostmi na področju Strategije Splošne bolnišnice Jesenice 2016-2025, predstavili smo jo Ministrstvu za zdravje, Zavodu za zdravstveno zavarovanje, gorenjski in lokalni skupnosti. V strategiji smo si zastavili ambiciozne cilje tako na strokovnem kot na infrastrukturnem področju. Med njimi je največji gradnja nove bolnišnice. Naša bolnišnica je že stara gospa, drugo leto dopolni 70 let in bi morala oditi v zasluženi pokoj. Postala je premajhna, poleg tega bi potrebovala energetsko in požarno sanacijo, prenovo in klimatizacijo prostorov, ureditev večjega števila sanitarij, zmanjšanja števila postelj v sobah, nov operacijski blok, nove intenzivne enote, in še in še bi lahko naštevala. Denarni vložek za prenovo in vzdrževanje je najverjetneje večji, kot postavitev nove bolnišnice. Zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice si želimo vsem prebivalcem Gorenjske nuditi učinkovito, celostno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, za kar pa poleg dobre organizacije procesov in visoko strokovnega dela potrebujemo dovolj kadra, ustrezno opremo in primerno delovno okolje.

V naši bolnišnici se že 10 let trudimo za stalno izboljševanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave. V Sloveniji smo bili med prvimi bolnišnicami, ki so se podale na pot kakovosti in bili certificirani ter akreditirani po mednarodnih smernicah. V letu 2016 smo na jubilejni 25. konferenci Slovenskega združenja za kakovost in odličnost prejeli najvišje priznanje za aktivnosti na področju kakovosti.

Januarja leta 2016 smo aktivno pričeli z delom v novem Urgentnem centru. Pred nami so se odpirali številni novi izzivi. Že v prvih delovnih dneh so naše diplomirane medicinske sestre pričele s triažo pacientov po Manchesterskem triažnem sistemu, sredi januarja se nam je priključila ekipa Nujne medicinske pomoči iz Zdravstvenega doma Jesenice.

Skupaj z Osnovnim zdravstvom Gorenjske smo pristopili k pilotnemu projektu Ministrstva za zdravje »Za boljše upravljanje s čakalnimi dobami«. V njegovem okviru smo pričeli z uvajanjem eKonzultacij preko sistema eZdravje med zdravniki družinske medicine in zdravniki specialisti naše bolnišnice. Vzporedno smo se spopadali tudi s težavami z uvajanjem eNapotnice, ki so bili predvsem tehničnimi.

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 na primarnem nivoju v dispanzerjih za žene in fizioterapiji. 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 2016 smo v bolnišnični dejavnosti skupno obravnavali 13.746 primerov in dosegli 20.018 uteži. Povprečna utež je bila 1,461. Največ uteži, 56,40 odstotkov, je bilo opravljenih na kirurških oddelkih, sledijo interni oddelki s 28,82 odstotki, ginekološko-porodniški s 7,74 in pediatrični s 7,04 odstotki. Na področju prospektive smo izvedli 3.155 primerov, 867 porodov in 21 splavov. Na področju kirurgije smo načrt presegli za 129 primerov, število porodov se je glede na lansko leto povečalo za 67.
V letu 2016 je bolnišnica pridobila 400 dodatnih primerov akutne bolnišnične obravnave in v okviru enkratnega dodatnega programa za skrajševanje čakalnih dob 1.200 EMG ter 204 kirurških ter ortopedskih primerov (61 operacij hrbtenice, 20 ortopedskih operacij rame, 50 endoprotez kolena in 73 operacij kile).
V specialističnih ambulantah smo opravili 116.643 pregledov, kar je 811 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***	***2016***
SKUPAJ SPP - št. prim.	**12.938**	**13.088**	**12.448**	**12.736**	**12.985**	**12.999**	**13.746**
SKUPAJ SPP - št. uteži	**18.330**	**18.339**	**17.614**	**17.758**	**18.581**	**19.550**	**20.018**
Krg odd. - št. prim.	5.274	5.956	5.768	5.857	6.041	5.953	6.483
Interni odd. - št. prim.	3.373	3.298	3.278	3.330	3.320	3.385	3.608
Gin por odd. - št. prim.	1.609	1.542	1.515	1.489	1.489	1.503	1.623
Pediatrični odd. - št. prim.	2.013	1.982	1.887	2.060	2.135	1.917	2.032
Zdravstven nega - št. BOD	4.522	4.390	4.336	4.367	4.582	4.551	4.529

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

	2010	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
Št. obiskov	100.485	105.180	111.366	112.834	114.395	115.832	116.643
Št. točk	1.009.468	1.025.081	1.062.177	1.085.222	1.079.151	1.097.338	1.116.977

Povprečna ležalna doba je bila za celotno bolnišnico 3,82 dni. Ležalna doba je po oddelkih za več let prikazana v tabeli št. 3.

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

	2006	***2007***	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
Kirurški oddelek	4,93	4,71	4,42	4,27	4,13	3,65	3,54	3,44	3,23	3,23	3,18
Interni oddelek	7,66	7,12	6,65	6,56	6,77	6,48	6,30	6,55	6,62	6,46	6,17
Gin - por. oddelek	2,88	2,76	2,70	2,49	2,55	2,42	2,63	2,53	2,68	2,55	2,62
Pediatr. oddelek	2,73	2,81	2,79	2,68	2,89	2,67	2,58	2,84	2,66	2,49	2,51
Bolnišnica skupaj	**4,55**	**4,35**	**4,14**	**4,00**	**4,09**	**3,81**	**3,76**	**3,84**	**3,80**	**3,91**	**3,82**

3 ČAKALNE DOBE

V Splošni bolnišnici Jesenice smo tudi v letu 2016 izvajali številne aktivnosti na področju upravljanja s čakalnimi dobami. Pri tem moram najprej omeniti številne organizacijske spremembe, ki so bile že pred leti vpeljane v naši bolnišnici in so izrednega pomena za kakovostno, varno ter učinkovito zdravstveno obravnavo pacientov. Najpomembnejše med njimi so ustanovitev dnevne bolnišnice, opravljanje posegov v specialistični ambulanti, vzpostavitev koordinatorjev zdravstvene obravnave, vpeljava kliničnih poti, vpeljevanje kirurgije s pospešenim okrevanjem z optimizacijo oboperativnih postopkov in paliativna oskrba z mobilnim paliativnim timom. Na njihovi podlagi smo uspeli pacienta dobro pripraviti na operativni poseg, okrevanje, odpust v domače okolje in zmanjšati pritok paliativnih pacientov, ki so bili vodeni v domačem okolju. Skrajšali smo ležalno dobo, dosegli hitrejši obrat pacientov in posledično ob dani prostorski in kadrovski zasedbi uspeli povečevati število obravnavanih pacientov

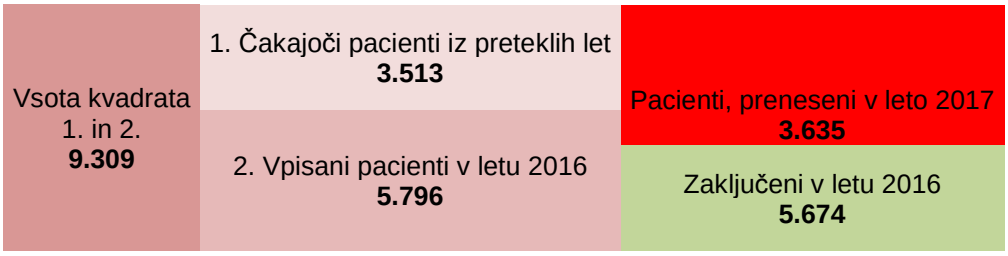
V drugi polovici leta smo pristopili k projektu Ministrstva za Zdravje »Za boljše upravljanje s čakalnimi dobami«. Okrepili smo sodelovanje z zdravniki družinske medicine OZG, predvsem na področju uvajanja e-Konzultacije in telefonske konzultacije med primarnim in sekundarnim nivojem. Napravili smo številne organizacijske spremembe in opravili ves program dogovorjen v Pogodbi z ZZZS, skupaj z možnim preseganjem ter ves dogovorjen enkratni dodatni program. Zavedamo se, da je vse več starejših ljudi, ki imajo številne kronične bolezni in rabijo več zdravstvenih uslug, in da se zato vsako leto na naše čakalne sezname vpisuje več ljudi, kot jih lahko obravnavamo. Od drugih aktivnosti naj omenim še prenos kompetenc na diplomirane medicinske sestre na področju porodništva, antitrombotične ambulante, oskrbe kroničnih ran in dermatologije, uvedba SMS sporočil pacientom pred terminom pregleda, ureditev terminov za diagnostiko v drugih zdravstvenih ustanovah, analiza delovanja specialističnih ambulant in iskanje novih organizacijskih možnosti, vzpostavitev večjega števila izobraževanj in pogovorov naše bolnišnice z Osnovnim zdravstvom Gorenjske.

Čakalne dobe so v letu 2016 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. 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.

V letu 2016 smo na področju planiranih operativnih posegov obravnavali **5.674** pacientov; od teh je bilo operiranih 4.041 (71%), 1.633 (29%) smo jih iz čakalnih vrst izločili (622 zaradi odpovedi posega s strani pacienta, 437 zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja ob kronični bolezni, 43 jih je umrlo, 531 iz različnih razlogov). Število čakajočih pacientov na planirane operativne posege konec leta 2015, ki so bili preneseni v leto 2016 je bilo **3.513**. **5.796** pacientov se je v letu 2016 na novo vpisalo v čakalne vrste za planirane operativne posege. Število pacientov, ki so ostali za prenos v leto 2017 je bilo na koncu **3.635.** Glej sliko 1.

Iz podatkov je razvidno, da je število zaključenih pacientov (operirani in izključeni iz čakalnih vrst) **manjše** od novo vpisanih pacientov v čakalne vrste, zato imamo posledično že na začetku leta 2017 izhodno stanje večje za 122 pacientov, kot je bilo v letu 2016. Pri tem moram poudariti, da smo v letu 2016 operirali več pacientov, kot v letu 2015.

Slika 1: Gibanje pacientov v čakalnih vrstah na področju planiranih posegov



Pri določenih programih smo v letu 2016 uspeli skrajšati čakalno dobo pri obeh stopnjah nujnosti. Poleg tega se v določenih dejavnostih, kljub povečanju števila čakajočih pacientov, čakalne dobe niso podaljšale. Skrajšanje oz. ohranjanje čakalnih dob na nivoju iz preteklega obdobja smo dosegli predvsem pri programih, ki so bili vključeni v enkratni dodatni program oz. pri programih, ki so bili plačani po realizaciji (MRI preiskave). Največje znižanje čakalnih dob smo dosegli pri operacijah kil, kjer se je čakalna doba za stopnjo nujnosti 'redno' skrajšala kar za eno leto.
Ob izvedenih aktivnostih se nam čakalne dobe še vedno podaljšujejo, vsako leto se vpiše več pacientov, kot jih uspemo obravnavati skladno s priznanim programom, kadrovskimi in prostorskimi zmožnostmi. 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 2016 skupno 668 zaposlenih. Zdravnikov je bilo 122, od tega 64 specialistov, 37 specializantov in 10 pripravnikov. Čeprav se je število zdravnikov specialistov nekoliko povečalo, je še vedno prisotna kadrovska podhranjenosti na praktično vseh področjih. V zdravstveni negi je bilo zaposlenih 352 medicinskih sester, od tega 151 diplomiranih in 201 srednjih medicinskih sester in babic. Zaposlenih je bilo še 8 farmacevtov, 13 fizioterapevtov, 15 radioloških inženirjev, 9 laboratorijskih delavcev ter 144 nezdravstvenih delavcev. Število zaposlenih se nam je v letu 2016 v primerjavi z letom 2015 povečalo za 34 oseb, vendar je še vedno na meji, ki omogoča varno in kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev.

Tabela 4: Število zdravnikov in drugih zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev v SBJ po letih

	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Zdravniki	94	104	114	120	111	116	116	122
Zdravstvena nega	335	344	347	346	340	340	330	352
Zdravstveni sodelavci	49	44	49	47	47	46	47	50
Nezdravstveni del	145	143	150	143	142	133	141	144
Skupaj	**623**	**635**	**660**	**656**	**640**	**635**	**634**	**668**

5 KAKOVOST IN VARNOST

Kot sem že zapisala v uvodu, smo v letu 2016 na jubilejni 25. konferenci Slovenskega združenja za kakovost in odličnost prejeli najvišje priznanje za aktivnosti na področju kakovosti. Priznanje je zasluga vseh naših zaposlenih. Navdalo nas je s ponosom, potrdilo, da smo na dobri poti in nam vlilo dodatno motivacijo za delo.

V letu 2016 smo nadaljevali z aktivnostmi na poti celostne, varne, kakovostne in strokovne obravnave pacientov in si zagotovili obnovitev akreditacije DNV – NIAHO, certifikatov ISO 9001, Družini prijazno podjetje ter Novorojenčkom in materam prijazna porodnišnica. Spremljali in analizirali smo 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.
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.

5.1. REDNI INTERNI STROKOVNI NADZORI

5.1.1. Nadzor nad zdravili: predpisovanje antibiotične terapije, spremljanje porabe rezervnih antibiotikov, spremljanje profilaktične rabe antibiotikov, poraba protimikrobnih zdravil, nadzor nad predpisom in aplikacijo terapije, nadzor nad narkotiki

5.1.2. Nadzor laboratorijskih storitev

5.1.3. Nadzor nad predpisom krvi: pregled nad porabo krvi, pregled indikacij za predpis krvi in krvnih derivatov

5.1.4. Pregled medicinske dokumentacije: pregled dokumentacije skladno z obrazcem 120, pregled odpustnih pisem, pregled ambulantnih izvidov in kartonov, pregled nad obračunavanjem storitev

5.1.5. Spremljanje bolnišničnih okužb: spremljanje koloniziranih pacientov z odpornimi bakterijami, spremljanje bolnišničnih okužb po operativnih posegih, spremljanje epidemij z odpornimi bakterijami

5.1.6. Nadzori na drugih kliničnih področjih: pregled nad pljučnimi trombembolizmi po operativnih posegih, klinično-patološke konference, pregled nad amputacijami, nenamerne poškodbe pri operativnih in drugih posegih

5.1.7. Pregled nad pritožbami, odškodninskimi zahtevki in tožbami

- V letu 2016 smo obravnavali 16 pritožb, ki so prispele v pismeni obliki, v knjigi pohval in pritožb jih je bilo 29, prvih prijav je bilo 11.
- Odškodninska zahtevka sta bila 2.
- Trenutno poteka še 6 tožb.
- Pohval je bilo v pismeni obliki 84, v knjigi pohval in pritožb jih je bilo 171. Vsem pacientom, ki so zapisali pohvalo v pismeni obliki, smo se zahvalili z dopisom in jih zaprosili za dovoljenje, da se objavijo na intranetu.

5.2. IZREDNI STROKOVNI NADZORI IN VARNOSTNE ANALIZE

5.2.1. Opozorilni nevarni dogodki: v letu 2016 smo obravnavali 4 opozorilne nevarne dogodke, o treh smo poročali na Ministrstvo za zdravje. Pri vseh smo napravili izredni interni strokovni nadzor oziroma varnostno analizo dogodkov in sprejeli ukrepe.

6 STROKOVNI SVET

Člani strokovnega sveta v letu 2016:

Karmen Janša, dr. med., spec. int., strokovna direktorica
Prim. 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, nabave medicinskih naprav, informacijski podpori, odklonih in izobraževanju ter razpravljali o različnih temah, med katerimi naj omenim področje varnosti in kakovosti, notranje strokovne nadzore, sodelovanje v evropskih projektih, organizacijo urgentnega centra, vodenju akutnih dializ, elektronsko napotnico, transport pacientov, pošiljanje materiala v histopatološki laboratorij, obdukcijah, zadovoljstvu pacientov, laboratorijski vodnik, specializacije, cepljenje, raziskave v bolnišnici in medicinsko dokumentacijo. Na seji smo poročali o tekočih projektih, in sicer o organizaciji samostojne številke Zdravniškega vestnika, kritični infrastrukturi, porabi na pacienta, novem informacijskem programu v operacijski dvorani, aktivnostih na področju čakalnih vrst, enkratnem dodatnem programu.

7 STROKOVNO IN RAZISKOVALNO DELO

Uspešnost in ugled bolnišnice temelji predvsem na intelektualnem kapitalu naših zaposlenih. Kot strokovna direktorica menim, da bolnišnica mora stopiti korak naprej tudi na tem področju. Prepričana sem, da moramo v bolnišnici imeti več zaposlenih z akademskimi in znanstvenimi nazivi ter da si želimo svoje znanje prenašati tudi na mlajše generacije. V bolnišnici imamo veliko število mladih, katere moramo spodbujati in jim nuditi pogoje za nadaljnjo rast in razvoj ter jim pomagati pri podiplomskem izobraževanju. Poleg tega jih je potrebno spodbujati tudi k prenosu znanja na mlajše kolege, pripravnike, specializante in študente ter spodbujati raziskovalno delo. Področja je potrebno ustrezno opredeliti in urediti. V sklopu urejanja kompetenc za zdravnike, ureditve mentorstva, raziskovanja in strokovnega napredka SB Jesenice predstavljam izhodiščne podatke.

7.1. MENTORJI

Mentorji pripravnikom: Marko Šluga, Jelena Vilman, Polona Studen Pavletič, Karmen Janša

Glavni mentorji specializantom:

Interna: prim. Igor Rus, Joško Fajdiga, Teja Arnež, Marko Šluga
Kirurgija: Matej Dolenc, prim. mag. Miran Rems, prim. Matej Andolšek, prim. Janez Pšenica
Ortopedija: mag. Tomaž Silvester
Anestezija: asist. mag. Aleksandra Kern
Urgentna medicina; Jelena Vilman
Pediatrija: Tina Ahačič, Peter Najdenov
Ginekologija: Drago Sredanovič,

7.2. AKADEMSKI NAZIVI

Asistenti: asist. mag. Aleksandra Kern
V procesu habilitacije za naziv asistent na Medicinski fakulteti Ljubljana:
Kirurgija: Polona Studen Pavletič, Aleš Fabjan, mag. Sonja Kramer
Interna: Tomaž Šavli, Marko Šluga, Ana Travar
Ginekologija: mag. Mateja Škreblin
Pediatrija: Peter Najdenov

7.3. ZNANSTVENI NAZIVI

Magistri znanosti:
asist. mag. Aleksandra Kern
prim. mag. Miran Rems
mag. Sonja Kramer
mag. Mateja Lopuh
mag. Tomaž Silvester
mag. Mateja Škreblin Ulčar
mag. Andrej Prlja
mag. Martina Pogačar Kavčič
mag. Maja Valjavec

Doktorji znanosti:
doc. dr. Ivica Avberšek Lužnik
dr. Lena Tanjšek
dr. Maja Podkrajšek

7.4. PRIMARIJI

Prim. mag. Miran Rems
Prim. Igor Rus
Prim. Janez Pšenica
Prim. Matej Andoljšek

7.5. STROKOVNA SREČANJA V ORGANIZACIJI SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

Zaposleni smo tudi v letu 2016 aktivno in pasivno sodelovali na številnih strokovnih srečanjih doma in v tujini, se ukvarjali z znanstveno raziskovalnim delom in objavili strokovne prispevke.

8 NAJPOMEMBNEJŠI PROJEKTI IN PRIDOBITVE V LETU 2016

- oblikovanje Strategije SBJ 2016-2025
- sodelovanje v projektu »Za boljše upravljanje s čakalnimi dobami«
- izvedba projekta »Kritična infrastruktura«
- pričetek projekta »Poraba na pacienta«
- sodelovanje s »Hit Alpinea«
- pridobitev naziva »Olimpijski referenčni športno-medicinski center«.
- priprava na projekt nove informatizacije operacijskih dejavnosti
- odločitev za samostojno izdajo Zdravniškega vestnika
- pričetek delovanja fiziatrije z zaposlitvijo fiziatra
- pridobitev novega fizioterapevtskega prostora na oddelku za ortopedijo

- redno izvajanje implantacije stalnih srčnih spodbujevalcev in uvedba ambulante za paciente s srčnimi spodbujevalci
- pričetek delovanja ambulante za srčno popuščanje
- širitev patohistološke dejavnosti na ginekološko področje
- širitev rentgenološke dejavnosti z MR trebuha
- pričetek delovanja Ambulante za kirurško rano
- izdaja laboratorijskega vodnika za medicinske sestre in zdravnike
- preselitev prostorov ginekoloških ambulant v stavbo D
- prenova ginekološko-porodniškega oddelka in pridobitev sobe za nadstandardno bivanje/sobivanje na porodnem oddelku
- prenova otolaringološke ambulante v Kranju
- priprava dokumentacije za izgradnjo prizidka intenzivnih enot in adaptacijo dosedanjih prostorov
- prenova PACS sistema
- tedenske konzultacije psihiatra
- nadgradnja ergospirometrije
- ureditev obravnave hemofilikov
- vpeljava elektronskega spremljanja temperature v hladilnikih za zdravila
- pridobitev avtomobila za paliativni tim
- uvedba cevne poti za transport laboratorijskih vzorcev in izvidov
- uvedba vrstomatov za hitrejši administrativni vpis pacientov
- označitev bolnišnične stavbe, oddelkov, postavitev svetlobno informativne table in usmerjevalne svetlobne table za boljše informiranje pacientov in obiskovalcev
- nadgradnja Birpisa
- 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.

V letu 2016 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.

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

Kot pretekla leta smo v zdravstveni negi tudi v letu 2016 delovali v smeri prepoznavanja priložnosti za razvoj sistemov in odnosov s poenostavljanjem postopkov dela in spodbudo zaposlenih za družbeno odgovorno ravnanje. Delovali smo v smeri učinkovite, varne in kakovostne zdravstvene nege s ciljem 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. Delovali smo v smeri učinkovitosti zdravstvene nege in oskrbe s povezovanjem v interdisciplinarne time in oblikovanjem delovnih skupnih s pobudami za spremembe načrtov dela, za izboljšave procesa dela, kar je posredno vplivalo na kakovost celotne bolnišnice. Nadaljevali smo z aktivnostmi in nalogami, ki smo jih načrtovali v ciljih za leto 2016. 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 2016 je bilo zaradi delovanja v novem urgentnem centru tudi za zdravstveno nego poseben izziv. Vzpostaviti sistem dela v novih prostorih po novem procesu dela je od zaposlenih terjala mnogo truda in prilagajanja. Vendar lahko zapišemo, da po enem letu delujemo zelo dobro kar dokazujejo tudi mnoge pohvale pacientov.

1 MENEDŽMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE IN OSKRBE

V letu 2016 smo veliko pozornost namenili uvajanju ter izobraževanju novo zaposlenih. Usposabljali smo pripravnike, nudili praktično izobraževanje študentom in dijakom. Posvečali smo se zadovoljstvu zaposlenih in racionalnosti. Uporabili in razvijali sodobne metode pristopov vodenja v cilju nenehnega izboljševanja delovanja in doseganja finančno vzdržnega poslovanja bolnišnice. 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 2016 delovali v smeri dobrega multidisciplinarnega sodelovanja in dobrih odnosov v skrbi za strokovni, karierni in osebni razvoj zaposlenih, ob spoštovanju zaposlenih in dobrih medosebnih odnosih.

1.1 UČINKOVITOST CILJEV KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZNO V LETU 2016

Na osnovi sprejetih ciljev bolnišnice, smo tudi v ZNO načrtovali cilje na začetku leta 2016. Sledili smo ciljem bolnišnice in realizirali cilje v okviru stroke ZNO.

Tabela 1: Realizacija zastavljenih strateških ciljev V ZNO za leto 2016 SB Jesenice

PODROČJE	CILJ	KAZALNIKI	CILJNA VREDNOST	AKTIVNOSTI
KAKOVOSTNA IN VARNA CELOSTNA	1.Izboljšati učinkovitost na področju	Število odklonov in napak	Največ 12/leto	- Vzpostaviti večjo motivacijo zaposlenih o poročanju napak v zvezi z ravnanjem z zdravili

OBR. PACIENTA	ravnanja z zdravili			z dodatnim izobr. - Izvajanje VV/VR na področju ravnanja z zdravili - Pri razdeljevanju zdravil sodeluje farmacevtski tehnik
		UČINKOVITOST		Izvedli smo 96 % načrtovanih aktivnosti
		Rezultati nadzorov kazalniki		- Izdelati letni načrt spremljanja kazalnikov na področju ravnanja z zdravili
		UČINKOVITOST		Izvedli smo 90 % načrtovanih aktivnosti in dosegli 86 % skladnost s kriteriji SOP razdeljevanje zdravil
		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
		UČINKOVITOST		V ZNO so redno 100% tekli nadzori dok. in bili postavljeni ukrepi glede na 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 prevent. ukrepov (padci, RZP, boln. okužbe, posebni varovalni ukrep, ravnanje z zdravili, kazal. pri nadzoru svežnja ukrepov za prepreč. Vent. 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 kirur. kontrolnega seznama v amb. op. dejavnosti

		UČINKOVITOST		Ni bilo realizirano, cilj se prenese v leto 2017
		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
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
		Št. sodelujočih v zdr. negi na del. o kulturi varn.	2 x letno	- izobraževanje zaposlenih o kulturi varnosti
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
		Št. dokume. odklonov	2 x letno	- ukrep. glede na vsebino odklonov in sledenje učin
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
	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
		UČINKOVITOST		Realizirano 68%
		Št. zaposl. 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
		UČINKOVITOST		Realizirano 81%
		Št. zap. vključenih v izobr. o inf. varnosti	2 x letno	- izobraževanje v zdr. negi o varstvo osebnih podatkov in varstvo poklicne skrivnosti
		UČINKOVITOST		Ni bilo realizirano, cilj se prenese v leto 2017
		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.
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
	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

		UČINKOVITOST		V ZNO Realiziranih 100% družinskih konferenc
	5. Zmanjšati mož. nap. ident. pac.	100 % pravilna identifikacija pac.	Maj 2016	- Izdelava stand. kakovosti »Identifikacija pac.«
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
		Št. udeleženih zap. na izobr.	2 x letno	- Izobraževanje zaposlenih o pravilni identifikaciji pacienta
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
	6. Izboljšanje predaje pac. med vsemi službami	Izvedba nadzora nad izvajanjem SK o identifikaciji pacienta	1 x letno	- Št. ukrepov po izvedenem nadzoru in merjenje njihove učinkovitosti
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
		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
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
		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
	8. Izboljšati kakovost meritev ob pacientu	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

		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
		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
		UČINKOVITOST		Ni realizirano, cilj se prenese v leto 2017
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 pacientov 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
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
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
		UČINKOVITOST		Realizirano 100%
		Ponovitev delavnic o vodenju za vse nivoje vodenja	Del. o vodenju – vsaj 1x na leto se del. udeležijo vsi vodje(100%)	- V letu 2016 se organizira izobraževanje ali delavnica na temo vodenja zaposlenih
		UČINKOVITOST		Ni realizirano, cilj se prenese v leto 2017
Voditeljstvo in zaposleni	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
		UČINKOVITOST		V ZNO Realizirano 96% letnih razgovorov in 100% narejenih matrik znanja
	Opredeliti pristojnosti in delokroge zaposlenih	Delež narejenih delokrogov	Narejeni delokrogi za vsa sistemizirana delovna mesta	- 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

		Sprejeti kadrovski normativi	Narejeni kadrovski normativi za vse službe/enote	sprejeli kadr. normative. Na ravni države jih čakamo že dolgo časa, zato načrtujemo, da bomo v letu 2016 sprejeli interne normative.
		UČINKOVITOST		Ni realizirano, cilj se prenese v leto 2017
	Prevzem zdravil in ŽŽMTP preko čitalca barv kode	Število prevzetih artiklov	80 %	- Posodobitev proga GoSoft.

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

Sledimo vrednotam, viziji in strategiji. Vse pomembne odločitve in spremembe na področju zdravstvene nege in oskrbe v bolnišnici sprejmemo na Strokovnem svetu zdravstvene nege in oskrbe ter Kolegiju Službe zdravstvene nege in oskrbe, ki je pod mojim vodstvom. Informacije, delovne naloge, dobre prakse tečejo do vsakega posameznika v zdravstveni negi preko glavnih medicinskih sester/vodij oddelkov/enot ter preko delovanja številnih delovnih in projektnih skupin.
V letu 2016 smo imeli 13 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 SSZNO so bile:

- Ukrepi po odklonih
- Priprava in izvedba internih rednih strokovnih nadzorov
- Obvladovanje in racionalizacija stroškov
- Priprava na nove delovne programe
- Prenos kompetenc iz zdravnikov na dipl. m. s.
- Kadrovska problematika in organizacija dela na oddelkih/enotah
- Vizija in cilji vodstva SBJ
- Bolnišnične okužbe
- Kultura varnosti
- Delo projektnih timov
- Sledenje kazalnikom kakovosti in varnosti
- Priprava spremenjene dokumentacije v ZN z uporabo negovalnih diagnoz
- Gradnje in projekti
- Delo v novem urgentnem centru
- Koordinacija in sodelovanje med oddelki in urgenco
- Mentorstvo in vodenje klinične prakse
- Sodelovanje s Fakulteto za zdravstvo Jesenice
- Priprava in izvedba dneva odprtih vrat
- 9. dnevi Angele Boškin
- Priprava novih pravilnikov in protokolov

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
- Novi delovni programi
- Delo v novem urgentnem centru

- Koordinacija in sodelovanje med oddelki in urgenco
- Obvladovanje in racionalizacija stroškov
- Kultura varnosti
- Proces vodenja ZNO
- Pregled novih SOP-ov, procesov, kliničnih poti
- Priprava na notranje preoje
- Priprava na presoje ISO; DIAS
- Problematika čiščenja in sodelovanje z službo Aktiva
- Plan in izvedba strokovnih izobraževanj
- Matrike znanj
- Ocenjevanje delovne uspešnosti
- Disciplina zaposlenih
- 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 94 %.

2.2 UVAJANJE IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI

Vsaka organizacija, skupina ljudi kot tudi posameznik imajo težnje po doseganju dobrega, še boljšega ali odličnega oz. težnjo k zagotavljanju kakovosti. Dejstvo je, da kakovosti v stroki zdravstvene nege ne moremo graditi, če k temu ne pristopimo načrtno in določimo odgovornih za področje zagotavljanja sistema kakovosti. V letu 2016 smo uvedli na področju zdravstvene nege in oskrbe v sodelovanju z ostalimi službami kar nekaj izboljšav in dobrih praks:
V naši bolnišnici poskušamo doseči hitre, učinkovite, predvsem kvalitetne storitve v čim krajšem času. V letu 2016 je vsekakor velika pridobitev cevna zračna pošta, ki je zanesljiva tehnologija transportiranja vseh vzorcev v laboratorijsko diagnostiko in krvnih pripravkov iz transfuzijskega oddelka. Povečana učinkovitost zdravstvenega osebja, tako vsebinska (ni motenj procesa), kot časovna (več časa namenjenega efektivnim procesom usmerjenih v pacienta). Transport je hiter, točno programiran in podatkovno preverljiv (čas odvzema in odhoda, čas prihoda, hitra in predvsem pravočasna povratna informacija pregledanega vzorca). Posledično zmanjšuje čas zdravstvene obravnave in tako posredno vpliva tudi na njeno kakovost. V celoti zamenjuje osebni transport, ki je ob stroških za neproduktivno manuelno delo, predvsem časovno nepredvidljiv (nepravočasna dostava), možnost napake (zamenjava vzorcev) in podvržen možnim škodljivim vplivom na transportiran material (poškodba pri prenosu, uničenje pri razbitju epruvet z vsebino)
Cevna pošta v Splošni bolnišnici Jesenice bo vsekakor velik doprinos h kakovostni in varni obravnavi pacienta. Medicinske sestre tako prihranijo čas in energijo ter jo usmerijo v pacienta .
Ponosni smo na kar nekaj novitet in izboljšav na posameznih področjih in oddelkih. Tako smo v letu 2016 na internistični službi izboljšali sledeče.

V letu 2016 smo pripravili klinično pot Enodnevna obravnava internističnih pacientov (SOP KP 54). Svojo klinično dejavnost smo uspešno razširili na vzpostavitev srčnih spodbujevalnikov. Pri tem aktivno sodelujeta Irena Šenk, dipl. m. s. in Anja Novak, dipl. m. s. Paciente obravnavamo po novi klinični poti SOP KP 49. V letu 2016 je bilo vstavljenih 65 srčnih spodbujevalnikov. Po novi klinični poti SOP KP 50 za PTA, pa obravnavamo paciente za izvajanje postopka perkutane transluminalne angioplastike.
V punkcijskem prostoru je bilo tekom leta obravnavanih po klinični poti za punkcije 145 pacientov. Celotno izvedbo omenjenega, pokriva kader na gastroenterološkem 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 celotnem internem oddelku uvedli beleženje obr. 7 »Dnevna bilanca zaužite tekočine«. Z beleženjem smo prišli do pregleda zaužite tekočine v celotnem tednu. V letu 2016 je Elisa Kadić, dipl. m. s. ponovno pričela z aktivnostmi na področju edukacije pacientov z sladkorno boleznijo na oddelku. V sodelovanju z Matejo Bahun, mag. zdr. neg. tako omenjeno področje, ki je zelo obsežno, veliko bolj natančno pokrivamo.
V Enoti za srčno žilno diagnostiko smo uvedli v večini brezpapirno obravnavo ambulantnega pregleda pacienta. Privarčevali smo velike količine papirja ter prostor.
V letu 2016 smo na področju zdravstvene nege na pediatričnem, ginekološko – porodniškem oddelku s porodnim blokom izboljšali sledeče.
Preselitev ginekološke ambulante na drugo lokacijo in vpeljava spremenjene organizacije dela na ginekološko porodniškem oddelku.
Potekali so redni »Kombinirani« sestanki v zdravstveni in babiški negi (pediatrični in ginekološko porodniški oddelek). Potekalo je dodatno usposabljanje zaposlenih iz porodnega bloka za delo v babiški ambulanti. Dokončana je bila spremljajoča dokumentacija – pripravile so ga v celoti zaposlene v porodnem bloku. Potekalo je dodatno usposabljanje zaposlenih iz ginekološko porodniškega oddelka v ginekološki ambulanti in pediatričnem oddelku – »pool« MS, ki lahko pokrivajo različna delovišča. Vpeljana je bila protibolečinska distrakcija otrok na pediatričnem oddelku: uporaba različnih preizkušenih metod, vključitev dveh TV v prostorih za intervencije poleg igrač, pravljic,… na podlagi analize literature, ki sta jo pripravili dipl. m.s. na pediatričnem oddelku. V pediatrični ambulanti je diplomirana medicinska sestra, ki se je pričela uvajati konec leta 2015, pričela s svojim delom v celoti.
V letu 2016 smo na enoti fizioterapije izboljšali sledeče:
S področja kakovosti za uporabnike smo izboljšave in zelo velik napredek dosegli na področju delovne terapije, kjer so bili izvedeni postopki za zagotavljanje tako kadrovskih kot materialnih virov za vpeljavo novih storitev, ki predstavljajo velik strokoven napredek pri zagotavljanju kakovostnih rehabilitacijskih postopkov s področja rehabilitacije roke ter nadgradili rehabilitacijske postopke na pred operativni šoli, vključujoč tako fizioterapevtske kot delovne terapevtske postopke dela, in sicer:

- nadgradnja in poenotenje izvajanja postopkov dela na pred operativni šoli,
- izboljšanje fizioterapevtskih postopkov dela v ambulantni dejavnosti (individualna obravnava pacienta),
- izvedba aktivnosti za izvajanje novih rehabilitacijskih postopkov s področja rehabilitacije roke.
-

S področja kakovosti za stroko smo:
1. Realizirali interna izobraževanja:

- akcijsko raziskovanje (9 primerov reševanja rehabilitacijskih problemov s področja respiratorne in lokomotorne fizioterapije).

2. Prenovili obstoječo in izdelali novo dokumentacijo:
Spremenili, pregledali ali na novo izdelali smo 28 primerov fizioterapevtske in 2 primera delovno terapevtske dokumentacije.

3. Nadgradili fizioterapevtski program na pred operativni šoli TEP kolenskega in TEP kolčnega sklepa, nadgradili in statistično ovrednotili kazalnik kakovosti za spremljanje uspešnosti edukacije na pred operativni šoli.
4. Pridobili status učne baze za področje fizioterapije.

Na področju izobraževanja in mentorstva smo v letu 2016 pripravili študije primera za pripravnike TZN. Izvedli smo nekaj izobraževanj za zunanje udeležence in pripravili protokol.

Na področju varnosti je novost spremljanja novih kazalnikov za padce: starost, spol, odseki na internem in kirurškem oddelku, padec glede na delovni dan/praznik/vikend. Na pediatričnem oddelku smo prilagojdili lestvico Hampty Dumpty za ocenjevanje dejavnikov tveganja za padec pri otroki, ocenjevanje tveganja za padec pri sprejemu otroka. Zaživela je nova projektna skupina za kategorizaciji zahtevnosti bolnišnične ZN.

Kultura varnosti in vzpostavitev varnega dela

V naši bolnišnici se zavedamo kako pomembno je zaznavanje kulture varnosti pacientov. Zaradi tega organiziramo izobraževanja v obliki delavnic in na koncu evalviramo z anketnimi vprašalniki. Imamo zanesljiv in dober elektronski sistem za sporočanje odklonov v katerega zaposleni lahko pod svojim geslom ali anonimno zapišejo odklone.
Vzpostavili smo zanesljiv način poročanja na področju padcev pacientov, poročanje o nastanku razjede zaradi pritiska, prenosu več odpornih mikroorganizmov in drugih dogodkov, ki lahko povzročijo škodo za pacienta. Zagotavljanje in nenehno uvajanje kakovosti in varnosti v okviru celostne oskrbe pacientov smo že v veliki meri vgradili v naše neposredno delo, 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 2016 bili naša stalnica. Prav tako so v letu 2016 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.

2.2 VARNOST IN KAKOVOST TER KAZALNIKI KAKOVOSTI

Kot pretekla leta smo tudi v letu 2016 ves čas delovali v smeri zagotavljanja kakovosti in varnosti. Delovali smo s ciljem zagotoviti najvišjih standardih zdravstvenih storitev in celovitosti zdravstvene ponudbe. Skrbeli za zadovoljstvo pacientov. Ob uvajanju novih diagnostičnih in terapevtskih metod smo nadgrajevali procese zdravstvenih storitev. Podpirali smo raziskovalno dejavnost, pedagoško dejavnosti ter tržno dejavnosti. Delovali smo v smeri zadovoljstva pacientov, njihovih svojcev in zaposlenih. Vsako leto zadovoljstvo merimo tudi z anketami, ki nam dajejo oceno našega dela, kar nam nudi možnost za izboljšave. V letu 2016 smo izvedli naslednje ankete: anketa o zadovoljstvu pacientov, hospitalna obravnava, anketa o zadovoljstvu porodnic na ginekološko-porodniškem oddelku, anketo o zadovoljstvu z ambulantno in bolnišnično fizioterapevtsko obravnavo, anketa o zadovoljstvu zaposlenih. Pri vseh izvedenih anketah pacienti izražajo visoko zadovoljstvo z našimi storitvami kar kaže, da smo na dobri poti. Organizacijsko in strokovno vodimo in koordiniramo neakutno obravnavo - negovalni oddelek ter dolgotrajno zdravstveno nego in oskrbo v vseh okoljih in na vseh nivojih. Dobro imamo vpeljane družinske konference, ki dodatno pripomorejo k kakovostni celostni obravnavi pacienta in družine na oddelku za zdravstveno nego. Vsebina družinskih konferenc je najpogosteje vezana na predstavitev svojcem o napredovanju rehabilitacije pacienta.

Na tej ravni potekajo tudi dogovori o odpustu pacienta v domače okolje in ureditev pomoči na domu ali o premestitvi pacientov v institucionalno varstvo. Veliko je svetovanja o oskrbi pacienta v domačem okolju. Vključili smo tudi koordinacijo prostovoljcev ter drugih preizkušenih oblik pomoči sočloveku.
Zagotavljanje kakovosti in varnosti je praktično naša stalnica zato jo vodimo tudi s kazalniki kakovosti. Zavedamo se, da so na nekaterih področjih možne izboljšave. V letu 2016 zaznavamo izboljšanje na kazalniku razjeda zardi pritiska in kazalnika MRSA. V letu 2016 beležimo rahlo nižje rezultate na področju vodenja kazalnika padcev in poškodbe z ostrimi predmeti. Nekoliko slabše rezultate pripisujemo povečanemu številu hospitaliziranih težko bolnih pacientov na internem oddelku. V primerjavi z letom 2014 smo izboljšali kazalnik kolonizacije osrednjih venskih katetrov (OVK) in RZP.

Kazalniki kakovosti

Tabela : Kazalniki kakovosti – primerjava rezultatov od leta 2014 do 2016

Ime kazalnika	Opomba	Leto 2014	Leto 2015	Leto 2016
Razjede zaradi pritiska	delež. vseh pacientov z RZP	7,539 %	6,149 %	5,592 %
	delež pac., ki so pridobili RZP v bolnišnici	0,691 %	0,702 %	0,638 %
	delež pacientov, pri katerih je RZP prisotna že ob sprejemu v bolnišnico	6,847 %	5,447 %	4,954 %
Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)	št. poškodb na 100 zaposlenih	1,366	7,468	7,495
Padci pacientov	delež vseh padcev hospitaliziranih pacientov	1,259	1,620	1,602
	delež vseh padcev s postelje hospitaliziranih pacientov	0,450	0,582	0,587
	delež vseh padcev s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami	2,857	4,494	4,444
Kolonizacija z MRSA pridobljena v bolnišnici	št. pacientov z MRSA, ki jo pridobili v bolnišnici /100 pacientov število pridobljenih MRSA skupno	0,130 18	0,175 30	0,129 18
Katetrska sepsa	število pridobljenih kateterskih seps skupno	2	0	0
Kolonizacija OVK	število pridobljenih kolonizacij OVK skupno	0,2 %	0	0

2.4 NADZOR SKLADNOSTI IZVAJANJA STANDARDOV KAKOVOSTI (SOP)

Interni strokovni nadzori
Interni strokovni nadzori v zdravstveni negi vsako leto potekajo po principu preverjanja skladnosti standardov kakovosti. posledično se vpelje korektivne in preventivne ukrepe in meri njihovo učinkovitost. Izvajajo jih medicinske sestre določene po nadzornih skupinah in so izobražene notranje presojevalke za sistem kakovosti. Po vsakoletnem pravilu se izvajajo: na internem oddelku, na pediatričnem oddelku, v enoti intenzivne terapije operativnih strok, na kirurškem oddelku, na ginekološko porodniškem oddelku, na oddelku za zdravstveno nego, v internistični intenzivni terapiji,urgenci, dnevnem oddelku, hemodializi, anesteziji, fizioterapiji. Pred začetkom nadzora se na uvodnih sestankih točno določi metodologija nadzorov. Rezultati prikazujejo kazalnike učinkovitosti in kakovosti pri izvajanju zdravstvene nege na naslednjih aktivnostih in posegih:

- jutranje umivanje
- ustna nega
- odvzem venske krvi
- uvedba venske kanile

- oskrba iv kanile
- odvzem krvi za hemokulturo
- oskrba OVK
- 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 2015, smo v letu 2016 skupno beležili boljše izide kot leto poprej. Na področjih kjer smo imeli slabše izide smo izvedli korektivne in preventivne ukrepe in merili njihovo učinkovitost. Pri rezultatih pod 90 % smo organizirali delavnico in ponovno naredili nadzor in merili uspešnost. V letu 2016 smo zaznali nekoliko slabše rezultate na področju oskrbe IV kanile in oskrbe vbodnega mesta OVK. Slabše rezultate kot v preteklem letu smo zaznali tudi na področju ločevanja odpadkov in skladnosti kontaktne izolacije. Na vseh ostalih področjih pa smo zabeležili boljše rezultate kot v preteklosti.

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

KAZALNIKI	**% 2013**	**% 2014**	**%2015**	**%2016**
Jutranje umivanje	91,2	91,5	90	92,5
Ustna nega	87,83	88,85	88	89,5
Odvzem venske krvi	97,64	97,64	98	98,5
Uvedba i.v. kanile	93,7	93,9	94,5	94.5
Oskrba i.v. kanile	96,0	96,5	98,2	95,5
Oskrba vbodnega mesta	98,36	97,9	99,5	95,5
Odvzem krvi za hemokulturo			95,56	96,96
Menjava inf. steklenice	96,34	96,8	100	/
Preventiva RZP incidenca	93,0	93,5	92,5	93,1
Oskrba pooperativne rane	93,3	93,5	94	95
Oskrba kronične rane	93,0	93,2	94,5	96
Timska predaja pacienta	92,0	92,5	94.2	95
Posebni varovalni ukrep	93,5	93,8	94,4	98,6
Kontaktna izolacija	87,0	88,0	89	96,7
Ločevanje odpadkov	97,0	97,5	98,5	94,2
Razdeljevanje zdravil	79,80	87	89	90
Vsi oddelki skupaj	**91,4**	**92,9**	**94,6**	**95,5**

Ukrepi pri timski predaji pacienta med vsemi službami

Leta 2013 smo v okviru projektnih skupin pričeli s sistematičnimi aktivnostmi na področje predaje pacienta med posameznimi izmenami, med timi in enotami. Uvedli smo strukturiran način predaje pacienta.

Aktivnosti in delavnice ter raziskave na tem področju tečejo še danes, kajti področje predaje je nujno nenehno spremljati. V letu 2016 smo tako izdelali žepni opomnik. 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.

Ukrepi na področju razdeljevanja zdravil
Vzpostavljen imamo sistem varnosti na področju rokovanja z zdravili, ki vključuje predvsem aktivnosti za preprečitev napak pri predpisu in razdeljevanju zdravil. Na vseh področjih smo spremenili terapevtske liste, ki omogočajo lažji in bolj pregleden predpis terapije z možnostjo vpisa časa in parafe zdravnika, ki zdravilo predpisuje, kot tudi medicinskih sester, ki zdravilo aplicira. Protokol nam natančno opredeljuje predpis in aplikacije, dokumentiranja ter hrambe zdravil. Poleg tega opredeljuje nadzor dokumentiranja, ki ga mesečno izvajata predstojnik in glavna medicinska sestra posamezne zdravstvene službe. Sistem poročanja farmacevtu o zlorabah/izgubah kontroliranih substanc poteka zelo dobro. V letu 2016 smo v namen varnega razdeljevanja zdravil uvedli rdeče predpasnike.

Ukrepi na redne nadzore zdravstvene dokumentacije
V letu 2016 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 581 dokumentacij pacientov. Doslednost pri pravilnem izpolnjevanju in dokumentiranju je bila 95 %. V primerjavi z letom 2015 smo izboljšali rezultat za 1,5%. Na osnovi rezultatov smo izvedli korektivne ukrepe.

Ukrepi skladnosti kategoriziranja zdravstvene nege pacientov
V letu 2016 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
2016	94,5	90,5

2.5 VARNOSTNE VIZITE/VARNOSTNI RAZGOVORI

V okviru službe za kakovost v sodelovanju projektnih timov in na nivojih oddelkov poskušamo zagotavljati varnost in kakovost s korektivnimi ukrepi, ki jih izvajamo s pomočjo varnostnih vizit in razgovorov o varnosti, vzročno posledičnih konferencah, konferenca o izidih in zapletih v zdravstveni negi, s pomočjo analize vzrokov in posledic, različnih nadzorov in presoj. V letu 2016 smo v zdravstveni negi in oskrbi opravili 468 varnostnih vizit in razgovorov ter pri tem izvedli 1029 ukrepov, od teh jih je bilo uspešno izvedenih 88 %. Učinkovitost izvedenih ukrepov je bila 98,5 %. Vse to kaže na veliko ozaveščenost zaposlenih na področju kakovostne in varne obravnave pacientov.
V letu 2016 smo organizirali 4 vzročno posledične konference o izidih in zapletih. Varnostne vizite in varnostni razgovori razumemo kot pomemben element pri iskanju priložnosti za izboljšanje kakovosti in varnosti pacienta. Z korektivnimi ukrepi, ki so bili izrečeni na varnostnih vizitah, internih nadzorih in številnih študijah primerov smo pomembno doprinesli k večji varnosti 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**
269	296	4	1029/ 1015	98,5 %

Tabela 7 : Delež izvedenih varnostnih vizit in ukrepov.

	2012	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
Število VV/VR	675	532	518	462	468
Število izrečenih ukrepov	900	1126	656	1024	1029
Št./delež realiziranih ukrepov	1469/98 %	1100/97,7	618/94,2 %	997/97,5%	98,5%

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 pacient. dokumentacije v ZN, redne mesečne kontrole),
- predaja pacienta.
- neprimerna komunikacija.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V skladu z finančnim načrtom smo opredelili potrebe po kadrih na posameznih oddelkih. Tekli so postopki in vse aktivnosti in izobraževanja ob sprejemu novo-zaposlenih, kot so informiranje, izobraževanje, spodbujanje timskega dela, kulture varnosti, obvladovanja bolnišničnih okužb, upoštevanje standardov in znanstveno – raziskovalne dejavnosti.
Tudi v letu 2016 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.
Z novim urgentnim centrom smo pridobili tudi nove dejavnosti, ki so zahtevale nove zaposlitve v zdravstveni negi. Tako smo za potrebe urgentnega centra v letu 2016 v skladu s kadrovskimi normativi zaposliti 6 diplomiranih medicinskih sester ter 2 zdravstvena tehnika.
V skladu s kadrovskim finančnim načrtom smo v zdravstveni negi nadomeščali vse dalše bolniške odsotnosti ter porodniške odsotnosti.

3.1 IZOBRAŽEVANJE IN RAZVOJ KADRA V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

V naši bolnišnici se zavedamo, da je izobraževanje zaposlenih izjemno pomembno za razvoj stroke in osebnostno rast vsakega posameznika. V tem duhu že vrsto let izvajamo redne letne razgovore kjer zaposleni z neposrednim vodjem planira izobraževanje. Redno sledimo razvoju kompetenc v zdravstveni negi in v tej povezavi opredeljujemo delokroge zaposlenih ter jih dopolnjujemo z matrikami znanj. Za enovit sistem izobraževanja smo v bolnišnici sprejeli:

- Pravilnik o pripravništvu, mentorstvu in strokovnih izpitih v Splošni bolnišnici Jesenice.
- Protokol za sprejem v bolnišnico novo zaposlenega.
- Protokol usposabljanja za delo diplomiranih medicinskih sester, ki so končale bolonjski program študija.

Na področju razvoja kadrov kontinuirano, vsako leto izvajamo različne učne delavnice in predavanja kot so:

- Temeljni postopki oživljanja
- Tečaj ILS – poglobljen tečaj iz postopkov oživljanja
- Delavnice s področja uvajanja varnostne kulture
- Delavnice iz vodenja za srednji management
- Delavnice o higieni rok
- Delavnice o preprečevanju RZP

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 podaljšanja licence za dipl. m. s./dipl. zn.
Medicinske sestre naše bolnišnice delujemo izobraževalno tudi izven bolnišnice:

- V procesu izobraževanja na Fakulteti za zdravstvo Jesenice.
- Vsako leto aktivno sodelujemo na več kot 20 strokovnih srečanjih doma in v tujini.

Smo učna baza za Srednjo šolo Jesenice – zdravstvena usmeritev, Fakulteto za zdravstvo Jesenice, Zdravstveno fakulteto Ljubljana, Biotehniško fakulteto Univerze v Ljubljani, Fakulteto za vede o zdravju Izola in z letošnjim študijskim letom tudi za Alma Mater Europaea ECM Maribor.
Poleg pripravnikov TZN iz SBJ, del kroženja v okviru pripravništva opravljajo tudi TZN iz drugih zdravstvenih zavodov: Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice, Dom

upokojencev Kranj, Dom počitka Mengeš, Dom Petra Uzarja Tržič, Dom dr. Janka Benedika Radovljica, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Zavod sv. Martina Bohinj, ZD Jesenice, ZD Kranj, ZD Logatec in ZD Radovljica.

Kot pretekla leta smo tudi v letu 2016 spodbujali udeležbo na strokovnih srečanjih in tudi sami organizirali izobraževanja. Predstavljali strokovne prispevke, raziskovalne naloge in znanstvene članke. S to dejavnostjo bomo nadaljevali tudi v letu 2017, 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 2016 pripravili načrt izobraževanj.

Tabela 8: Prikaz doseženega cilja na področju izobraževanja v ZNO

Cilj	Izvedba planiranih internih strokovnih izobraževanj
Izvedene aktivnosti	• Razpored izobraževanj enakomerno po mesecih; • Oblikovanje napovednika izobraževanj za Zbornico - Zvezo za pridobitev licenčnih točk in vsebin, ki so obvezne za pridobitev in podaljšanje licence. • Zagotoviti čim večjo udeležbo na izobraževanjih; • Anketiranje udeležencev o zadovoljstvu z vsebinami, predavatelji, organizacijo in obveščanjem.
Učinkovitost	• Izobraževanj se je udeležilo 1155 zaposlenih v zdravstveni negi; • Izvedenih je bilo 27 izobraževanj ovrednotenih z licenčnimi točkami; • Izvedenih je bilo še 18 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; • Izvedena sta bila 2 izobraževanja za pridobitev in podaljšanje licence; • Skupno je bilo 115 ur (5185 min) izobraževanj; • Ankete o zadovoljstvu so bile posredovane pri 87% izobraževanj; • Srednja ocena zadovoljstva je bila 4,7 od 5,0 točk.

Razvoj informacijskega sistema

V naši bolnišnici se trudimo zagotoviti Informacijski sistem, ki omogoča celostno podporo zdravstveni negi in oskrbi, kar pomeni kvaliteten dostop do podatkov, kot tudi dokumentiranje opravljenega dela. V začetni fazi vpeljevanja informacijske podpore nam je sistem nudil možnost vpogleda v sprejeme in odpuste, ali premeščanje pacientov znotraj bolnišničnega zdravljenja, pregled zasedenosti postelj in razvrščanje pacientov po sobah, izbiro in naročanje prehrane, določanje kategorije zdravstvene nege pacienta, naročanje različnih laboratorijskih preiskav... Skozi čas se je naš informacijski sistem nadgrajeval in omogočal izdelavo določenih statistik in analiz pomembnih za upravljavce zdravstvenega sistema in nekatere ponudnike zdravstvenih storitev. Pomemben del informacijske podpore smo dobili pri spremljanju kazalnikov kakovosti: za evidentiranje razjede zaradi pritiska, pojavnosti proti meticilinu odpornega Staphylococcus aureus, evidentiranje podatkov o preprečevanju padcev pacientov v bolnišnici. V letu 2016 smo pričeli z uvajanjem elektronskega beleženja stroška na pacienta ter elektronski terapevtsko temperaturni list. Za boljši izkoristek operacijskega programa vpeljujemo nov elektronski sistem koordinacije in planiranja operacij.

Zdravstveno vzgojno delo

V procesu zdravljenja je pomemben člen zdravstveno vzgojno delo. Tega se v naši bolnišnici še posebej zavedamo, tako paciente na učnih delavnicah, predavanjih in individualnih konzultacijah educiramo: iz področja sladkorne bolezni, preprečevanja RZP, srčnega popuščanja, iz področja zdrave in dietne prehrane, šole dojenja…

Izdelali smo zbirko tematskih zloženk: Dojenje v domačem okolju, Stop razjedi zaradi pritiska, informativna zloženka za paciente o preprečevanju padcev, sklop navodil v okviru fizioterapevtske obravnave, ponatis zloženke o pacientovih pravicah.

Koordinator zdravstvene obravnave
V Splošni bolnišnici Jesenice se zavedamo, da je za dobro zdravstveno obravnavo nujen ustrezen načrt, ki zahteva holistično in temeljito obravnavo pacientov. Na ta način obravnavo v naši bolnišnici izpeljemo v sklopu koordinatorja zdravstvene obravnave, katere začetki segajo v leto 2005. V fazi razvoja, ki se je pričela na kirurških oddelkih so se diplomirane medicinske sestre, ki so jo izvajale imenovale koordinatorice primera, kasneje leta 2011 pa koordinatoruce odpusta, koordinatorstvo pa se je razširilo tudi na interne oddelke. V teh letih se je koordinatorstvo razvijalo, dopolnjevalo in dobivalo svoje velike dodane vrednosti v zdravstveni obravnavi pacientov, tako so leta 2013 koordinatorice dobile današnji naziv: koordinator zdravstvene obravnave, dejavnost pa poteka na vseh oddelkih bolnišnice. Tako je sedaj na vsakem odseku ena koordinatorica, ki skrbi za celoten proces od priprave pacienta pred sprejemom, vodenje in koordiniranje med bivanjem v bolnišnici, pravočasni odpust. Kriterije določa glede na pacientove potrebe za tekoč prehod iz enega nivoja oskrbe na drugega (od doma v bolnišnico, v bolnišnici iz oddelka na oddelek, iz bolnišnice v domačo oskrbo oz. v institucionalno varstvo). Učinkovitost dela koordinatoric zdravstvene oskrbe vpliva na zmanjšano število ponovnih sprejemov. S koordinatorstvom smo povečali tudi večjo informiranost pacientov in njegovih svojcev o zdravstveni oskrbi. Delež ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu se je v letu 2013 znižal na vseh oddelkih.
V letu 2016 smo s podporo in sodelovanjem Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze prvič organizirali ŠOLO ZA KOORDINATORJA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE. Udeleženke izobraževanja so bile diplomirane medicinske sestre / diplomirane babice s primarnega in sekundarnega nivoja zdravstvenega varstva, iz različnih slovenskih ustanov in različnih delovnih področij. V letu 2016 je izobraževanje uspešno zaključilo enajst kolegic, ki so pridobile naziv koordinator zdravstvene obravnave - specialna znanja VII/1.

9. Dnevi Angele Boškin
Devet let je že preteklo od prve organizacije strokovnega seminarja Angele Boškin. Takrat smo govorili o uvajanju kakovosti v slovenskem zdravstvu, prepoznavanju pomena kakovosti v zdravstvenih zavodih in prepoznavanju pomena vidika varnosti v zdravstveni obravnavi. Danes je kakovost nujna in samoumevna in kot taka že vsa leta glavna, rdeča nit teme strokovnih srečanj Angele Boškin.
Deveti dnevi Angele Boškin so potekali 21. 10. 2016 v hotelu Špik v Gozd Martuljku. Tema srečanja je bilo 10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire. Predstavljenih je bilo 15 prispevkov, s katerimi so sodelovali tako zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice kot tudi iz drugih ustanov v Sloveniji. Veseli nas, da so se Dnevi Angele Boškin uveljavili v slovenskem prostoru, kar potrjuje tudi številčna udeležba iz vse Slovenije. Teme so aktualne za današnji čas in situacijo v zdravstvu. Ponosni smo na vse, kar smo skupaj dosegli na področju kakovosti in kulture varnosti.9. srečanje 201 6je bilo zagotovo zelo uspešno. Iz strokovnih prispevkov je bilo prepoznati, da smo v desetih letih ogromno naredili na tem področju. Vedno pa se srečujemo z novimi izzivi, zato tem za naslednja leta ne bo zmanjkalo.

1.2 DOBITNICI PRIZNANJ SREBRNEGA ZNAKA IN ČASTNEGA ČLANA DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV GORENJSKE

V letu 2016 smo v naši bolnišnici imeli dobitnico najvišjega priznanja društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske »srebrnega znaka« ter dobitnico častnega znaka. Priznanje »srebrni znak« je prejela dolgoletna sodelavka Nada Macura Višić, ki je svojo poklicno pot začela v Splošni bolnišnici Jesenice leta 1995 kot zdravstveni tehnik na internem oddelku v letu 2008 je pridobila naziv diplomirana medicinska sestra. Kmalu po končanem šolanju je Nada prevzela vodenje zdravstvene nege v urgentni dejavnosti, leta 2011 pa še vodenje specialističnih ambulant.

Je notranja presojevalka Splošne bolnišnice Jesenice za sistem kakovosti ISO 9001, sodeluje v različnih projektnih timih. Opravila je tečaje dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok in aktivno sodeluje pri organizaciji temeljnih postopkov oživljanja v Splošni bolnišnici Jesenice. Leta 2011 se je priključila Strokovni sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci kot članica ožjega izvršnega odbora, leta 2015 pa postala podpredsednica Sekcije. Junija 2016 je bila prva diplomirana medicinska sestra, ki je opravila tečaj Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) – tečaj dodatnih postopkov oskrbe hudo poškodovanih pacientov v Sloveniji in v sodelovanju z zdravniškim društvom ATLS (Advanced Trauma Life Support) postala koordinatorica vpeljave tečaja v Slovenijo in nacionalna direktorica tečajev v Sloveniji. Aktivno sodeluje kot tajnica Sindikata zdravstvenih delavcev Slovenije sindikalne enote Splošne bolnišnice Jesenice. V času gradnje urgentnega centra, je imela veliko vlogo pri postavitvi urgentne službe v vojaški bolnišnici ROLE 2LM, po otvoritvi urgentnega centra pa tudi s postavitvijo dela v njem. Nada s svojo humanostjo, spoštovanjem, profesionalnostjo, stalnim izobraževanjem je njen doprinos k razvoju zdravstvene nege v naši ustanovi opazen. Nada velja tudi za osebo, ki je pripravljena sodelovati pri reševanju problemov, je nesebična, zanjo veljajo visoka etična merila in vse to se kaže na vseh področjih njenega delovanja.
Priznanje častne članice je dobila naša dolgoletna sodelavka, sedaj že upokojena magistrica zdravstveno socialnega managementa, ki je zaradi svojih osebnostih vrlin, življenjske energije, optimizma povsod priljubljena in spoštovana in je prispevala pomemben delež k dvigu, ugledu in prepoznavnosti zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice in širom Slovenije. Ponosni smo na dobitnici in jima iskreno čestitamo.

Delovanje projektnih timov

V naši bolnišnici delujejo številni projektni timi katerih aktivnosti se stopnjujejo iz leta v leto. Trenutno jih v bolnišnici deluje na področju zdravstvene nege preko deset. V okviru nenehnega zagotavljanja kakovosti in varnosti so zelo pomembni in vsak zase predstavlja nepogrešljivi člen pri vsakodnevnem zagotavljanju varne zdravstvene obravnave.
V okviru projektne skupine je v letošnjem letu na novo pričela s svojimi mnogimi aktivnostmi skupina za promocijo zdravja na delovnem mestu. Vsako leto po planu obeležujemo mednarodne dneve. Še posebej je z mnogimi aktivnostmi, z vključitvijo medijev, obeležen svetovni dan higiene rok.

4 GLAVNI STRATEŠKI CILJI V ZNO V LETU 2017

Izziv za zdravstveno nego je vsekakor razvoj znanja in izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi. Dvig izobrazbene strukture pomembno vpliva na kakovost in varnost obravnave pacientov. Že dolgo se zavedamo, da v zdravstveni negi ni dovolj samo prijaznost, da je še kako pomembno strokovno znanje, da smo zavezani k zagotavljanju varnosti in odličnosti pri oskrbi pacientov.
Ob vsakodnevnem delu je naš celoten sistem usmerjen uveljavljanju ciljev zdravstvene nege, ki so v končni instanci usmerjeni v dobrobit pacienta. Sem pripisujemo kontinuiran razvoj zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice. Nanaša se na profesijo zdravstvene nege, njene cilje, odnose med izvajalci zdravstvene nege in pacienti. Razvoj zdravstvene v Splošni bolnišnici Jesenice temelji na managementu v zdravstveni negi, na sodelovanju v timih in na izobraževanju kadrov v zdravstveni negi.

PODROČJE	CILJ	KAZALNIKI	CILJNA VREDNOST	AKTIVNOSTI
KAKOVOST NA IN VARNA CELOSTNA OBR. PAC.	1. Izboljšati učinkovitost na področju ravnanja z zdravili	Število odklonov in napak	Največ 12/leto	- Vzpostaviti večjo motiv. zap. o poroč. napak v zvezi z ravnanjem z zdravili z dodat. 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 mes. por. in spremljanje učinkov.
	2.Nenehno izboljševanje kulture varnosti in kakovosti pri vsakdanjem delu	Izboljšanje rezultatov ankete o zaznavanju kulture varnosti pacientov v SBJ glede na leto 2016 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 2016 - usmerjeno izobr. zap. in vključitev znanj o varnosti v fleksibilno matriko znanj - izvajanje strok. nadzorov v okviru cel. oskrbe pac., akt. 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 rezultatov nadzorov celostne oskrbe pac. in vodenje kazal. kakov.		- vzpostaviti uporabo kir. kontroln. 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 varnosti	2 x letno	- izobraževanje zaposlenih o kulturi varnosti
		Št. dok. odklonov	2 x letno	- ukrep. glede na vsebino odklonov in sledenje učinkovitosti
	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.		-nadzori skladnosti s SOP-om
		Št. udeleženih zap. na izobr.	2 x letno	- Izobraževanje zaposlenih o pravilni identifikaciji pacienta
	6. Izboljšanje predaje pac. med vsemi službami	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 odd., 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
		Število odstopov od kak. vzorcev	Znižati št. odstopov	- Beleženje odklonov kakovosti na Obr 065
		Zadovoljstvo z laborator.storit.	Izboljšati za 10%	- Anketiranje zdravnikov in DMS
	8. Izboljšati kakovost meritev ob pacientu	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 2017 uporablja ETTL	Uvajanje	- uvesti na enem oddelku
	Uvajanje elekt. negovalne dokumentacij	80% negovalne dokumentacije v elektronski obliki		
Bolnišnične okužbe	Prepreč. in obvladovanje bolnišničnih okužb	Število prenosov VOB v bolnišnici: število prenosov/število vseh hospitalizacij	Zmanjšanje št. bolnišničnih okužb z VOB	- Spremljanje hospitaliziranih pacientov 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
	Prenos kompetenc iz zdravnikov na izvajalce zdravstvene nege	- Obremenitveno testiranje - Vodenje PČ ambulante - Posamezna področja UZ preiskav		
Raziskov. 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 2017 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 2017 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 2017 sprejeli interne normative.
	Prevzem zdravil in ŽŽMTP preko čitalca barv kode	Število prevzetih artiklov	80 %	- Posodobitev progama GoSoft.
	Dobro sodel. z dob. (ocen. dob. letno po postavljenih merilih)			
	Izvajanje nabav v skladu s prejetim fin. načrtom.			

2 ZAKLJUČEK

Ponosni smo na vsakoletni kontinuiran razvoj zdravstvene nege in oskrbe. Da vzdržujemo in višamo ta nivo se zavedamo, da je to doprinos vsakega zaposlenega in da brez sodelovanja in skupnih moči ne bi dosegli tako visokega nivoja. Zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi številne izzive prepoznavajo kot priložnost za izboljšavo same zdravstvene obravnave ter tudi kot možnost za osebni in organizacijski razvoj. Verjamemo, da smo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi v sodelovanju z ostalimi profili zaposlenih, sposobni tudi v letih, ki prihajajo sposobni zagotoviti še višji nivo odgovornosti pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave.

3 POROČILA O DELU MEDICINSKIH SLUŽB, ODDELKOV IN ENOT

3.1 Kirurška služba

STROKOVNO POROČILO KIRURŠKE SLUŽBE

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

UVOD

Leto 2016 se je pričelo z novim urgentnim centrom, ki je prinesel lepe nove prostore, razkril pa kadrovsko podhranjenost tako urgence, kot kirurgije. Postopno smo skozi leto te stiske nekoliko omilili. V naslednjem letu moramo usposobiti še urgentne operacijske dvorane za širši spekter urgentnih operacij.
Druga značilnost leta 2016 je enkratni dodatni program, ki smo ga dobili v septembru. Ob zavzetem delu vseh deležnikov kirurške in anesteziološke službe smo tako redni kot dodatni program v celoti realizirali. Kljub temu da smo v letu 2016 operirali največ pacientov do sedaj, ob koncu leta ugotavljamo, da so čakalne vrste za dobrih sto ljudi daljše.

1 ORGANIZACIJSKA ZGRADBA ODDELKA

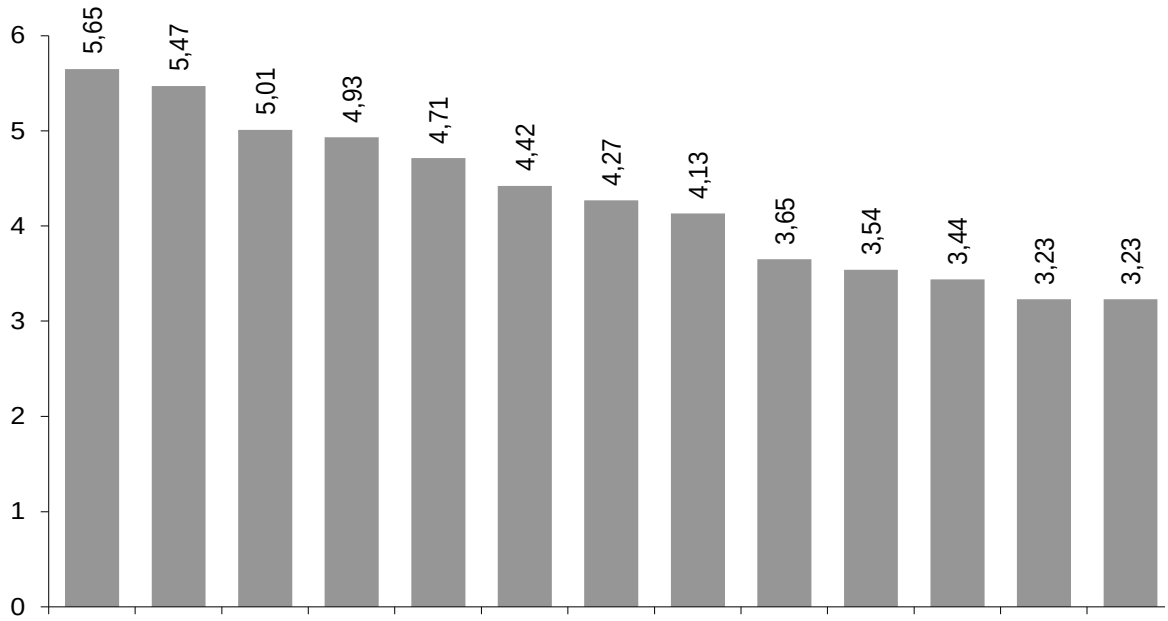
Prostorske in posteljne kapacitete oddelka se v letu 2016 niso spremenile. Kirurgija deluje v petih hospitalnih operacijskih dvoranah, od katerih eno tri dni v tednu uporabljajo ginekologi in specialistki ORL. Od tega sta dve dvorani prostorsko primerni, ostale tri pa premajhne in s tem za nekatere večje operacije komaj primerne ali neprimerne. Tako se npr. kolo rektalna kirurgija izvaja v prostoru velikem 4 x 5m. Ne klimatizirana ostaja operacijska dvorana Dnevne bolnišnice, zato bo pri temperaturah preko 25 stopinj zaprta.
Oddelek deluje na treh traktih. Pacienti so razvrščeni po dejavnostih kirurgije – Abdominalna s splošno kirurgijo, Poškodbena kirurgija in Ortopedija. Odseki imajo 25 do 29 postelj od tega vsak štiri postelje intenzivne kirurške terapije. Poleg treh traktov imamo tudi odsek kroničnih ran s 6 posteljami, kamor usmerjamo paciente, ki potrebujejo poleg kirurškega dela tudi intenzivno negovalno in fizioterapevtsko obravnavo. Otroci s kirurškimi boleznimi in poškodbami ležijo na otroškem oddelku, da so lahko več strokovno vodeni.
Dnevna bolnišnica je fizično ločena in deluje kot samostojen sklop na enem traktu. Večinoma tam na 6 posteljah ležijo kirurški pacienti, ki so dopoldan operirani, zvečer pa gredo domov. Dnevni oddelek vodi Judita Mandeljc - Kunčič, dr.med., spec. anestezije. Skupaj kirurški oddelek deluje na 92 posteljah.
Najtežje paciente zdravimo v EITOS, ki ga vodi Anka Markelj, 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 pet 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:

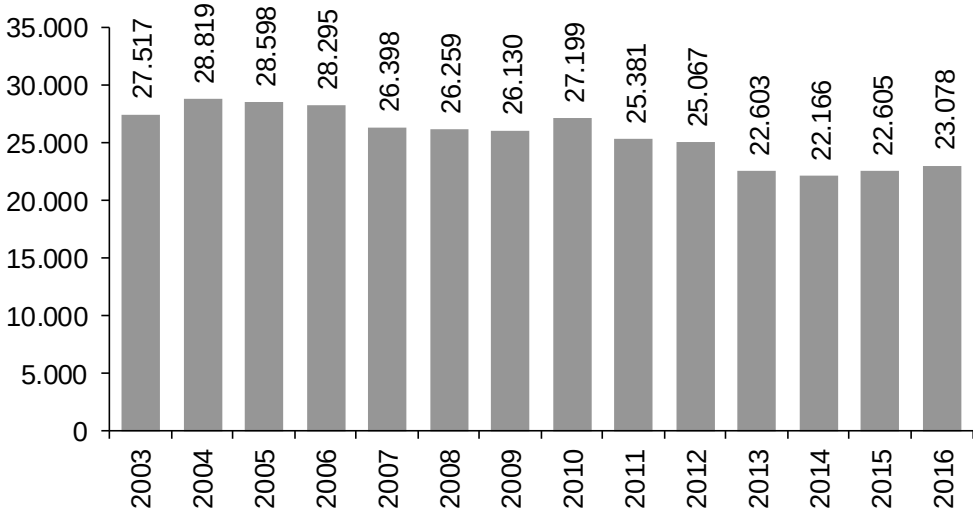
Namestnik predstojnika in vodja OP bloka	Andrej Rupel, dr. med., spec. krg.
Kirurške ambulante	Petra Rupar, dr. med., spec. krg.
Urgenca	Robert Carrota, dr. med., spec. krg.
Odsek poškodbene kirurgije	prim. Matej Andoljšek, dr. med., spec. krg.
Odsek trebušne kirurgije	prim. mag. Miran Rems., dr. med.,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

2 OPRAVLJENO DELO

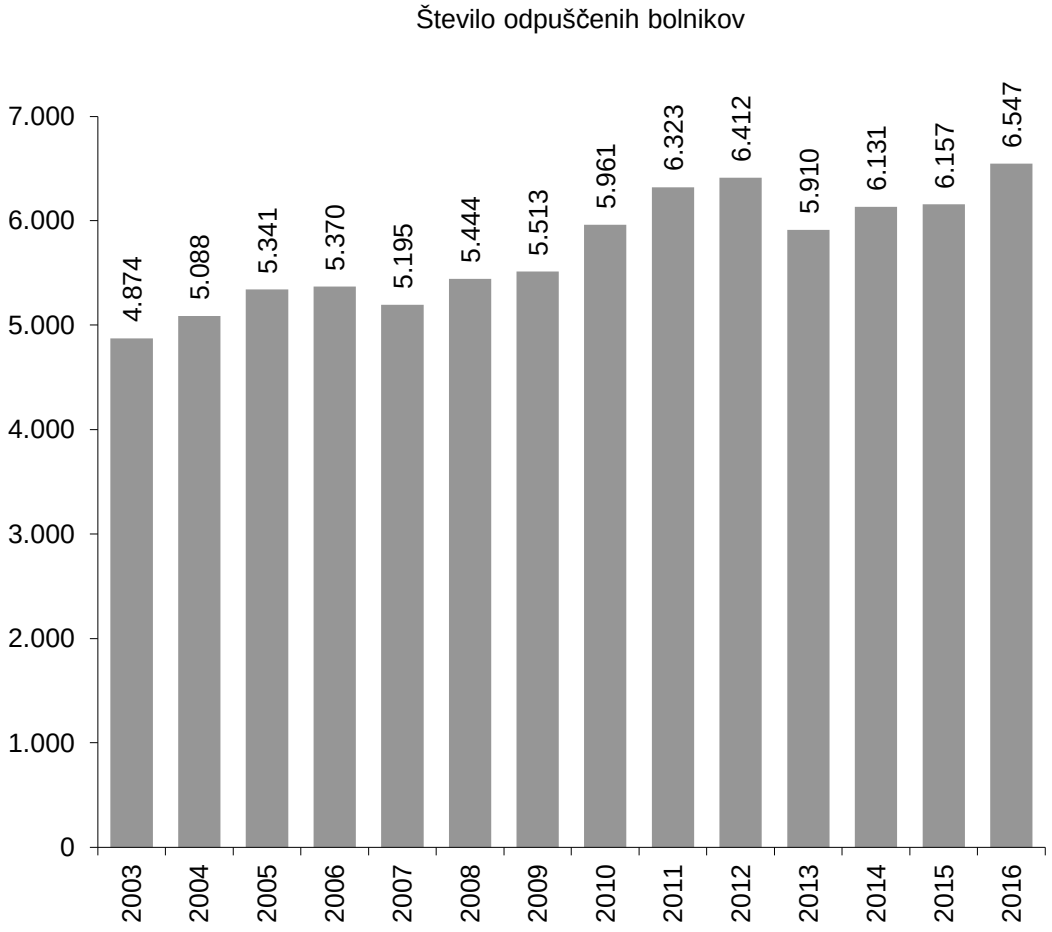
Obravnavali smo 6547 hospitaliziranih pacientov, kar je 390 pacientov več kot v letu 2015. 290 več operacij smo izvedli v rednem delovnem času, 100 pa izven rednega delovnega časa, pogodbeno. V celoti smo izkoristili možnost 10 % preseganja nekaterih prospektivnih operacij, pri katerih presegamo dopustno čakalno dobo in pristali pri 5662 hospitalno operiranih pacientih, kar je kar 500 več kot leto prej. Nekateri pacienti so imeli več posegov. Večjo operacijo je imelo preko 86 % hospitaliziranih pacientov.
Odstotek prospektivnih primerov je dosegel 54 % (3071) vseh operacij. Posledično naraščajo čakalne dobe tudi pri manj pogosti patologiji. Število čakajočih na operativni poseg se je v letu 2016 povečalo za 100 primerov. Skupno je ob koncu leta na operativni poseg čakalo 3512 pacientov. Glede na število urgentnih operacij to pomeni da pacienti v povprečju na operacijo čakajo 10 mesecev.
Ob vedno boljšem planiranju programskih posegov smo ležalno dobo še skrajšali na 3,18 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 endo protezi 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.



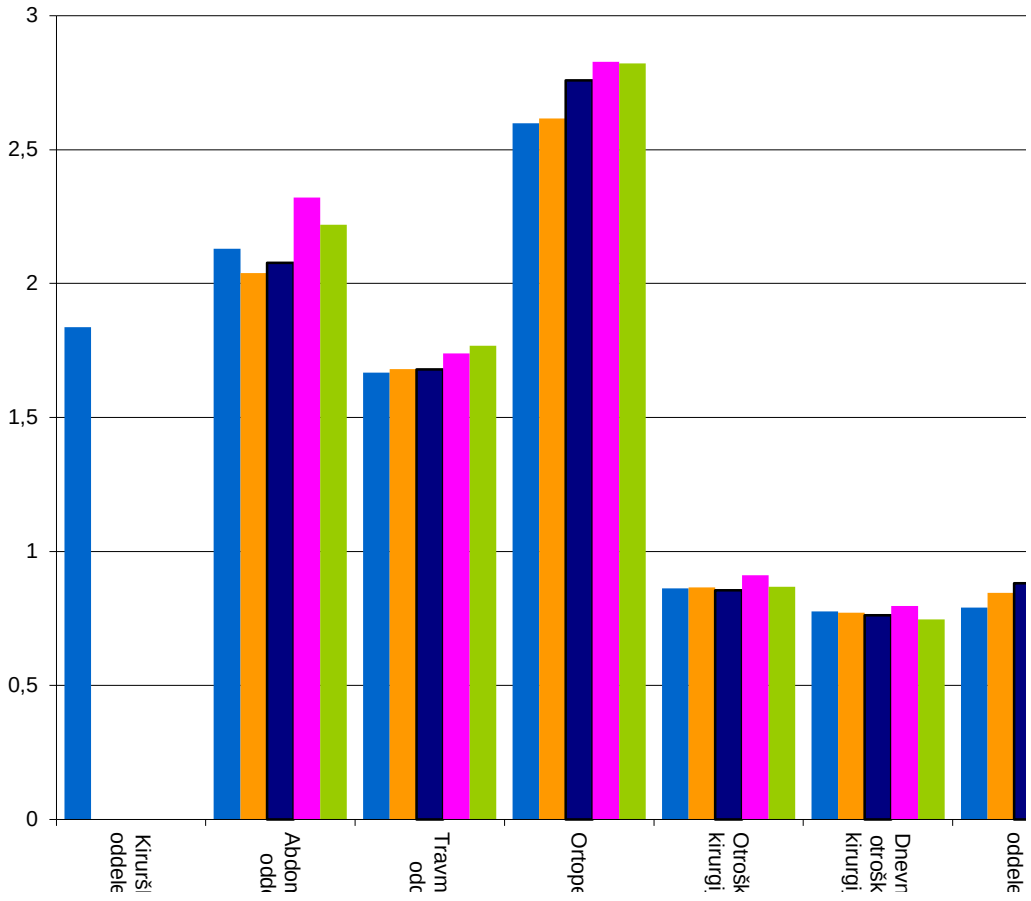
Graf 1: Povprečna ležalna doba na kirurškem oddelku SB Jesenice 2003 - 2016



Graf 2: Število oskrbnih dni kirurškega oddelka SB Jesenice 2003 – 2016

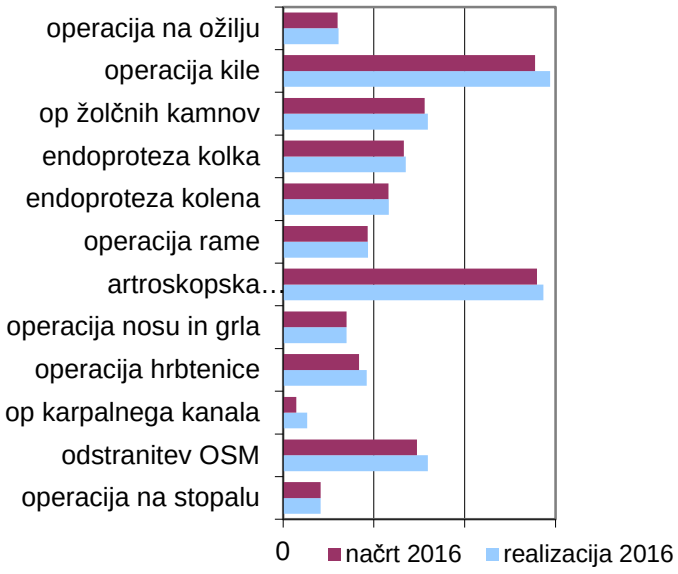


Graf 3: Število odpuščenih pacientov 2003 do 2016



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

Povprečna utež je bila v letu 2016 le malo nižja kot v letu 2015, ko smo dosegli povprečje 1,78. 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 2016

Karpalnih kanalov smo ambulantno naredili 500, 67 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. Takih pacientov je bilo 54.

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

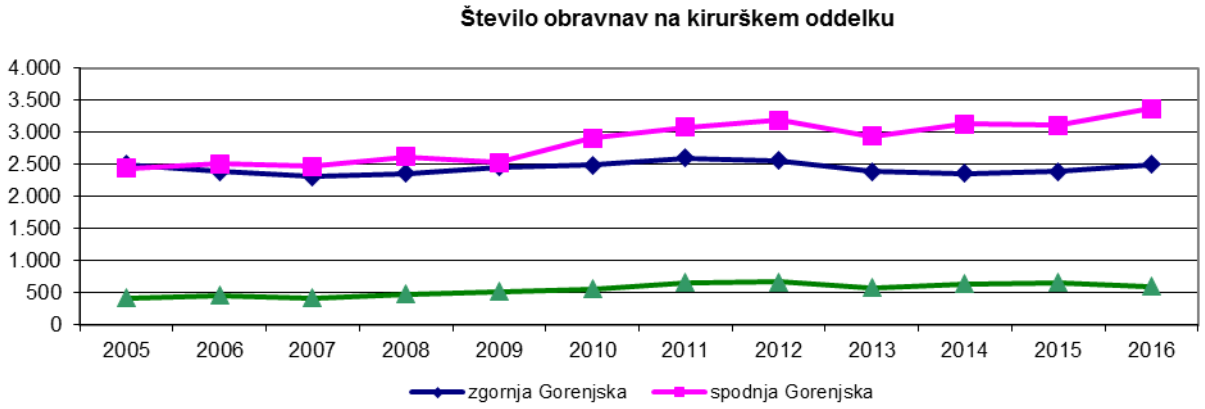
Glavne diagnoze	**2000**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posled. zun. vzrokov (S00-T98)	1803	2219	2347	2524	2809	2532	2469	2593	2611
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	846	1023	1226	1341	1269	1252	1378	1298	1465
Bolezni prebavil (K00 - K93)	1216	1119	1141	1302	1236	1147	1218	1287	1337
Neoplazme (C00 - D48)	197	185	229	216	218	251	241	299	262
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	188	156	237	185	158	131	131	128	115
Simptomi, znaki ter nenormalni klin. in lab. izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00 - R99)	223	153	171	167	150	115	100	95	99
Bolezni obtočil (I00 - I99)	115	122	132	135	147	154	185	219	199
Bolezni dihal (J00 - J99)	62	94	130	139	144	104	108	99	91
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	67	88	112	104	87	74	110	77	151
Endokr., prehr. in presn. bol. (E00-E90)	37	49	55	52	82	35	37	36	59
Bolezni živčevja (G00 - G99)	25	232	116	86	30	33	37	34	66
Nekatere inf. in parazit. bol. (A00-B99)	11	15	15	13	14	12	21	16	13
Duševne in vedenj. motnje (F00-F99)	1	2	0	2	1	2	0	1	1
Ostale diagnoze	70	52	41	45	59	58	23	29	7
Skupaj	4791	5457	5911	6266	6404	5910	6131	6190	6547

Tabela 2: Najpogostejše hospitalne operacije v zadnjih letih

Opis postopka	**2009**	**2015**	**2016**
Hernioplastika ingvinalne kile, enostranska	326	359	408
Artroskopska meniskektomija	314	317	325
Laparoskopska holecistektomija	248	266	256
Odstranitev plošče, žeblja ali žice, ki ni uvrščena drugje	217	246	256
Enostranska popolna kolenska artroplastika	59	180	228
Laparoskopska apendektomija	11	207	192
Popolna enostranska artroplastika kolčnega sklepa	184	192	181
Osteosinteza stegnenice zaradi zloma vratu ali pertrohanterneg	111	142	145
Odstranitev medvretenčne ploščice, na eni višini	73	82	141
Prekinitev safenofemoralnega ustja krčnih žil	66	100	113
Odprta naravnava zloma distalnega dela koželjnice z osteosinte	75	119	105
Reparacija rotatorne manšete	0	86	102
Hernioplastika popkovne kile	36	76	83
Artroskopska rekonstrukcija kolena	59	85	81
Nekrektomija mehkega tkiva	11	65	76
Zaprta naravnava zloma distalnega dela koželjnice z osteosinte	14	94	71
Debridemnt in lavaža peritonealne votline	4	93	68

Struktura sprejetih pacientov in operacij se spreminja predvsem na račun poškodovancev, bolezni lokomotornega aparata in rakavih trebušnih operacij. Po eni strani je to odraz

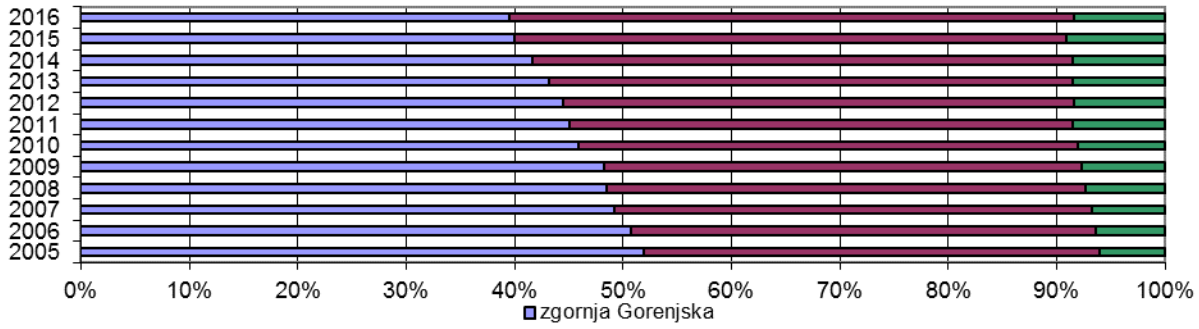
staranja prebivalstva, daljše življenjske dobe, pa tudi večjega števila rekreativnih športnikov in ničelne tolerance za po poškodbeno zmanjšano aktivnost.
V poškodbeni kirurgiji prevladuje patologija zlomov v predelu kolka, ki so večinoma nizko energijske poškodbe starejših. Sledijo zlomi v predelu zapestja 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.
Od leta 2014 smo resekcije debelega črevesa in druge trebušne operacije bolj pogosto začeli delati manj invazivno,endoskopsko, kar je za pacienta velika pridobitev, za finance pa dodaten strošek. Sedaj je tak način trebušne operacije postal rutina.
Dopustne čakalne dobe presegamo najbolj pri trebušnih po operativnih kilah, ki so pogosto prisotne pri pacientih z veliko spremljajočimi boleznimi, kar oteži planiranje operacije. Matej Dolenc, dr.med., 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. Delo nadaljuje mag. Sonja Kramer dr. med. spec. krg. uvaja pa se še druga mlada specialistka.
Periferna vaskularna diagnostika in terapija je eden od strateških projektov SBJ, v katerem je kirurgija le eden od dejavnikov. V tem letu smo ob pomoči kolegov iz Ljubljane naredili kar nekaj kirurških posegov na arterijah okončin. V sodelovanju z internim oddelkom smo tudi vstavili 50 srčnih spodbujevalcev.
Ortopedska kirurgija je prezasedena z artro plastikami kolka in kolena. Zlasti za slednji poseg je redna čakalna vrsta dolga, a ne najdaljša, saj za kompleksne operacije stopal pacienti čakajo še leto več. Trenutne kadrovske in prostorske danosti ne omogočajo pomembnega povečanja programa. Pridobili smo dva novegaa specializanta ortopedije, naredili smo več zadajšnih spondilodez z inštrumentacijo ledvene hrbtenice in tudi več 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

3.1 Kirurška služba

V ambulantnem delu kirurgije in ortopedije se število pregledov in ambulantnih storitev vsako leto povečuje. V preteklem letu je bilo 47.763 ambulantnih kirurških pregledov – 360.000 točk Že vrsto let opravimo vse posege, ki jih lahko, ambulantno. Tako smo v letu 2016 opravili 6567 operacij 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 sub specialistične 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 7304 pregledov, v ambulantah v sklopu ZD Bled, ZD Tržič in ZD Kranj pa še podobno veliko 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

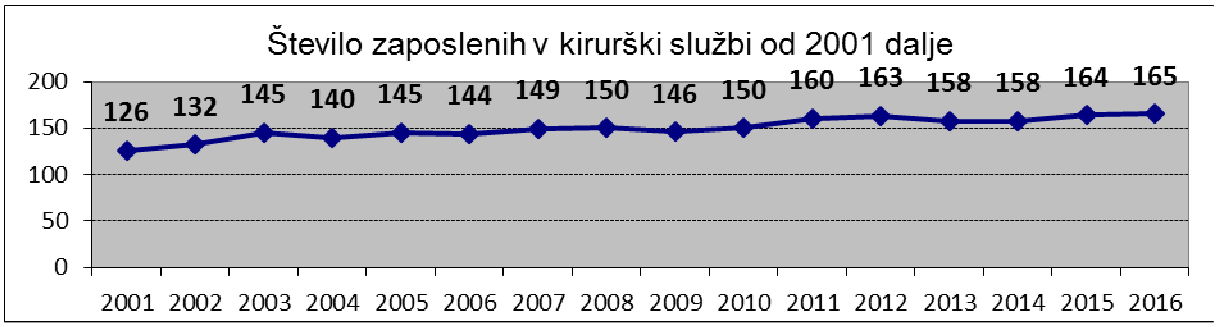
ZZZS	**Realizacija**	**Načrt**	**Realizacija**	**Index**	**Index**
	leto 2015	**leto 2016**	**leto 2016**	**real/načrt**	**16/15**
Ortopedska amb. Jesenice	36.873,75	41.132,00	38.076,33	92,57	103,26
Obiski	6.406	6.495	6.441	99,17	100,55
Ortopedska amb. Šk.Loka	3.228,28	3.190,00	3.552,66	111,37	110,05
Obiski	546	504	597	118,45	109,34
Skupaj ortopedska amb.	40.102,03	44.322,00	41.628,99	93,92	103,81
Obiski	6.952	6.999	7.038	100,56	101,24
Ostali plačniki	**Realizacija**	**Načrt**	**Realizacija**	**Index**	**Index**

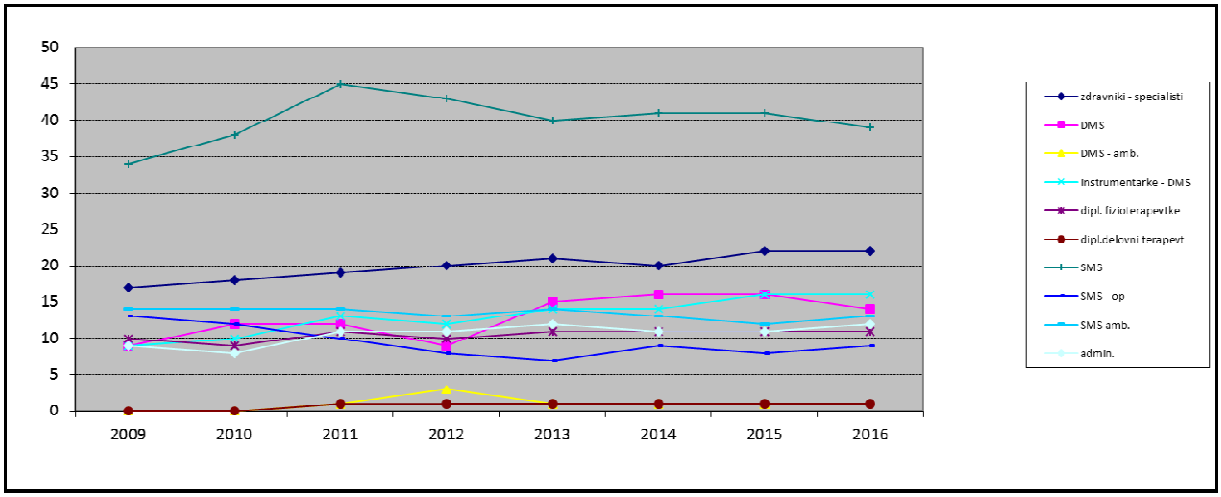
	Leto 2015	Leto 2016	Leto 2016	Real/načrt	16/15
Ortopedska amb. Jesenice	270,00	270,00	249,90	92,56	92,56
Ortopedska amb. Šk.Loka	0,00	0,00	16,73		
Skupaj ortopedska amb.	270,00	270,00	266,63	98,75	98,75

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 2016 ni povečalo. Stalno zaposlenih je 137 za določen čas pa še 28 sodelavcev.

Tabela 4: Vsi zaposleni na kirurškem oddelku SB Jesenice v zadnjih 15 letih





Število zaposlenih v kirurški ambulanti, 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 13 letih število sprejemov in operacij povečalo za 1565 primerov, število ambulantnih pregledov pa za 10000, je 20 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% delovnega 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. 2016 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. V tekočem letu pričakujemo razpis za dva specializanta kirurgije in eno specializacijo urologije. Tekoče delo nekako gre za kaj več ali pa za zmanjšanje čakalnih vrst pa kadra enostavno zmanjka. Svojih specializantov imamo sedaj 7 kar je obetavno.

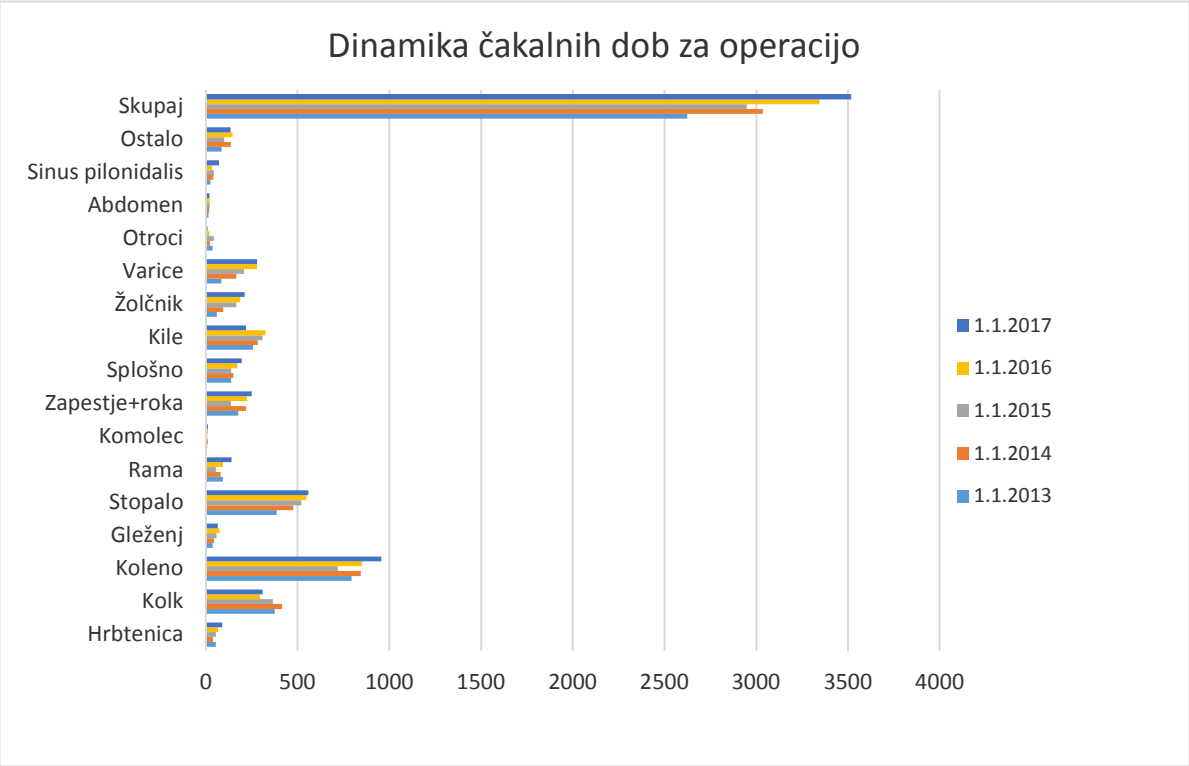
4 ČAKALNE DOBE

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 pacientov – 398 več kot leto prej. V letu 2016 smo naredili še dodatnih 400 operacij. Ocena iz preteklih let, da za stabilno čakalno dobo potrebujemo 6500 primerov se je izkazala za netočno, saj se je čakalna doba kljub rekordnemu delu povečala za 150 primerov(3518). Razlaga za to je le v večjem prilivu pacientov iz spodnje Gorenjske.
Več operacij v obstoječih prostorih v rednem delovnem času ne zmoremo. 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 v gradnji 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 nadaljevali 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 v obstoječih prostorih in ob istem kadru več enostavno ni mogoče.

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

	1.01.2013	1.01.2014	1.01.2015	1.01.2016	1.01.2017
Hrbtenica	55	38	55	66	90
Kolk	376	416	365	295	309
Koleno	794	844	719	851	956
Gleženj	36	43	57	73	65
Stopalo	386	477	521	549	559
Rama	92	80	54	93	140
Komolec	7	10	7	10	11
Zapestje+roka	177	219	137	226	251
Splošno	139	150	139	171	196
Kile	258	283	310	325	218
Žolčnik	60	94	166	188	211
Varice	84	167	209	280	279
Otroci	36	21	44	20	9
Abdomen	14	17	21	20	19
Sinus pilonidalis	25	40	44	33	71
Ostalo	86	136	100	146	134
Skupaj	**2625**	**3035**	**2948**	**3346**	**3518**



Graf 8: Dinamika števila čakajočih na prospektivne operacije zadnjih 5 let

Trajne rešitve so vezane na novogradnje operativnega bloka ali nove Gorenjske bolnišnice. 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 – urejevalke (koordinatorice) 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 2016

ANDOLJŠEK, Matej. Open reduction and internal fixation of displaced intraarticular fractures of the calcaneus : influence of type of fracture and congruency of the subtalar upon functional result. V: DOLENC, Igor (ur.). *Poškodbe spodnjega dela spodnje okončine : zbornik*. Nova Gorica: Zdravniško društvo Iatros, 2016, str. 122-137, ilustr. [COBISS.SI-ID 32939993]

ANDOLJŠEK, Matej, FABJAN, Aleš. Poškodbe v Lisfranc-ovem sklepu = Lisfranc injuries. V: DOLENC, Igor (ur.). *Poškodbe spodnjega dela spodnje okončine : zbornik*. Nova Gorica: Zdravniško društvo Iatros, 2016, str. 138-140. [COBISS.SI-ID 32940249]

ANDOLJŠEK, Matej. Rekonstrukcijski posegi po neuspešnem primarnem zdravljenju zlomov petnice = Reconstructive surgery after failed primary treatment of calcaneal fractures. V: DOLENC, Igor (ur.). *Poškodbe spodnjega dela spodnje okončine : zbornik*. Nova Gorica: Zdravniško društvo Iatros, 2016, str. 109-121, ilustr. [COBISS.SI-ID 32939737]

FABJAN, Aleš, ANDOLJŠEK, Matej. Sindezmotični vijak pri učvrstitvi zlomov gležnja - razkorak med teorijo in prakso = Syndesmotic screw in ankle fractures treatment - between theory and daily practice. V: DOLENC, Igor (ur.). *Poškodbe spodnjega dela spodnje okončine : zbornik*. Nova Gorica: Zdravniško društvo Iatros, 2016, str. 13-24, ilustr. [COBISS.SI-ID 32938713]

ANDOLJŠEK, Matej. "Skriti" zlomi skočnice in petnice = "Hidden" fractures of the talus and the calcaneus. V: DOLENC, Igor (ur.). *Poškodbe spodnjega dela spodnje okončine : zbornik*. Nova Gorica: Zdravniško društvo Iatros, 2016, str. 75-92, ilustr. [COBISS.SI-ID 32939481]

ANDOLJŠEK, Matej. Zlomi gležnja pri otrocih in mladostnikih = Ankle fractures in children and youths. V: KOMADINA, Radko (ur.). *Zbornik predavanj XLVI. podiplomskega tečaja kirurgije za zdravnike, 25. in 26. november 2016*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 2016, str. 122-133, ilustr. [COBISS.SI-ID 32977369]

ANDOLJŠEK, Matej, RUPAR, Petra. Zlomi gležnja pri otrocih in mladostnikih = Injuries of the ankle epiphyses. V: DOLENC, Igor (ur.). *Poškodbe spodnjega dela spodnje okončine : zbornik*. Nova Gorica: Zdravniško društvo Iatros, 2016, str. 25-29, ilustr. [COBISS.SI-ID 32938969]

ANDOLJŠEK, Matej. Zlomi v Chopart-ovem sklepu = Chopart joint injuries. V: DOLENC, Igor (ur.). *Poškodbe spodnjega dela spodnje okončine : zbornik*. Nova Gorica: Zdravniško društvo Iatros, 2016, str. 141. [COBISS.SI-ID 32940505]

Kacijan B, Novak Z, Jug B, Dolenc Novak M, Vrtovec M, Gužič Salobir B .Heart-rate reduction with adjusted-dose ivabradine in patients undergoingcoronary computed tomographic angiography: a randomized trial. J Comput Assist Tomogr. 2016 Nov 17.

GERŠAK, Ksenija, FRAS, Zlatko, **REMS, Miran**. Ali vemo, kakšne morajo biti dobre klinične smernice? = Do we know what makes a good clinical guideline?. *Zdravniški vestnik*, ISSN 1318-0347. [Tiskana izd.], jan. 2016, letn. 85, št. 1, str. 6-14, ilustr. [COBISS.SI-ID 284983040]

SARTELLI, Massimo, WEBER, Dieter G., RUPPÉ, Etienne, BASSETTI, Matteo, WRIGHT, Brian J., ANSALONI, Luca, CATENA, Fausto, COCCOLINI, Federico, ABU-ZIDAN, Fikri M, **REMS, Miran**, et al. Antimicrobials : a global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA). *World journal of emergency surgery*, ISSN 1749-7922, jul. 2016, [Vol.] 11, str. 1-32, doi: 10.1186/s13017-016-0089-y. [COBISS.SI-ID 1024182574]

REMS, Miran, KALAN, Gregor, KUNSTELJ, Andrej, JEMEC, Marko, DOLENC, Matej. Ekstralevatorna abdominoperinenalna ekscizija - nova ali stara metoda? = Extralevator abdminoperineal excision - new or old operation?. V: IVANECZ, Arpad (ur.), KREBS, Bojan (ur.), POTRČ, Stojan (ur.). *Simpozij z mednarodno udeležbo na temo Abdominoperinealna resekcija, razsejani rak debelega črevesa in danke, razne teme : [zbornik predavanj]*. Maribor: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, Kirurška klinika UKC Maribor, 2016, str. 131-136, ilustr. [COBISS.SI-ID 1024192046]

REMS, Miran. *Koordinator primera - od kod in kam? : predavanje v okviru izobraževanja koordinatorjev zdravstvene obravnave, 9. 3. 2016*. [COBISS.SI-ID 32717785]

MULALIĆ, Sabina, ARLIČ, Lidija, ŠTIBELJ BLOK, Milana, DOLŽAN LINDIČ, Helena, **REMS, Miran**. Koordinator zdravstvene obravnave izboljša učinkovitost zdravstvene oskrbe. V: *Kakovost in odličnost v digitalni družbi : zbornik referatov*, 25. Jubilejna Kknferenca SZKO, Portorož, 10. in 11. november 2016. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, 2016, str. 212-217, ilustr. http://www.szko.si/uploads/external/Zbornik_25_Konf_SZKO.pdf. [COBISS.SI-ID 33208025]

REMS, Miran, JARM, Katja. Lokalna ponovitev bolezni pri bolnikih, operiranih zaradi nemetastatskega raka danke = Local recurrence of rectal cancer in patients with non-metastatic disease. V: IVANECZ, Arpad (ur.), KREBS, Bojan (ur.), POTRČ, Stojan (ur.). *Simpozij z mednarodno udeležbo na temo Abdominoperinealna resekcija, razsejani rak debelega črevesa in danke, razne teme : [zbornik predavanj]*. Maribor: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, Kirurška klinika UKC Maribor, 2016, str. 65-73, tabele. [COBISS.SI-ID 1024191790]

REMS, Miran. Neizkoriščene priložnosti kakovosti v zdravstvu. V: BAHUN, Mateja (ur.), PAVLENČ, Breda (ur.). *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu : izkušnje, dobre prakse, ovire : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2016, str. 33-36. [COBISS.SI-ID 33212889]

REMS, Miran. *Prihodnost kakovosti v zdravstvu : predavanje na 8. dnevi Marije Tomšič - Kakovost zdravstvenih storitev, 21. in 22. januar 2016, Dolenjske Toplice*. Dolenjske toplice, 22. jan. 2016. [COBISS.SI-ID 1024152366]

ACCETTO, Blaž. *Razumevanje kompetenc operacijske medicinske sestre med študenti zdravstvene nege = Nursing students' understanding of perioperative nurses' competences : diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: [B. Accetto], 2016. 34 f. [4] f. pril., graf. prikazi. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2016/Accetto_Blaz.pdf. [COBISS.SI-ID 1024189486]

ZRNIĆ, Goran. *Vodenje protibolečinske terapije po operaciji v dnevni bolnišnici = Managing post-operative analgesia in a day hospital : diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: [G. Zrnić], 2016. 43 f., [6] f. pril., tabele. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2016/Zrnic_Goran.pdf. [COBISS.SI-ID 1024186926]

PREDAVANJA – aktivne udeležbe

Andoljsek M. Complications in pilon tibiale fractures (case based discussion). AOTrauma Foot&Ankle Course. Kyiv, Ukraine 17-19.02.2016

Andoljsek M. Failed primary treatment of fractures calcaneus. What now?. AOTrauma Foot&Ankle Course. Kyiv, Ukraine 17-19.02.2016

Andoljsek M. Subtalar dislocation and peripheral talar fractures. AOTrauma Foot&Ankle Course. Kyiv, Ukraine 17-19.02.2016

Andoljsek M. Fractures and fracture-dislocation in Chopart joint. AOTrauma Foot&Ankle Course. Kyiv, Ukraine 17-19.02.2016

Andoljšek M. Antikoagulacijska zdravila in poškodbe: problem ima sedaj rešitev. Edumec. Srce in diabetes. Stopimo skupaj. Bled 07.05.2016

Andoljsek M. Fractures of the talus- conservative and surgical treatment. 3. Interdyscyplinarne sympozjum. Zlamania okolicy stopy i stawu skokowo-goleniowego. Krakow, Poland 13.05.2016

Andoljsek M. The fractures and dislocations of the Chopart joint. 3. Interdyscyplinarne sympozjum. Zlamania okolicy stopy i stawu skokowo-goleniowego. Krakow, Poland 13.05.2016

Andoljsek M. Salvage procedures after failed primary treatment of calcaneal fractures. 3. Interdyscyplinarne sympozjum. Zlamania okolicy stopy i stawu skokowo-goleniowego. Krakow, Poland 13.05.2016

Andoljsek M. Calcaneal fractures: different fractures – different approaches? AOTrauma Masters Course Foot&Ankle with Anatomical Speciments. Graz, A 12-13.09.2016

Andoljsek M. Calcaneal fractures – managing complications (case based discussion). AOTrauma Masters Course Foot&Ankle with Anatomical Speciments. Graz, A 12-13.09.2016

Andoljsek M. Complex trauma of the foot. How I did this case? AOTrauma Masters Course Foot&Ankle with Anatomical Speciments. Graz, A 12-13.09.2016

Andoljsek M. Approaches to the ankle. AOTrauma Masters Course Articular Fractures of Lower Extremity with Anatomical Speciments. Brno, CZ 27-28.09.2016

Andoljsek M. Articular fracture around the ankle. Anatomical speciment laboratory. AOTrauma Masters Course Articular Fractures of Lower Extremity with Anatomical Speciments. Brno, CZ 27-28.09.2016

Andoljsek M. Articular fracture around the ankle. Closing case. AOTrauma Masters Course Articular Fractures of Lower Extremity with Anatomical Speciments. Brno, CZ 27-28.09.2016

Andoljšek M. Practical excercise: Management of a malleolar fracture type 44-C. AOTrauma Course Basic Principles of Fracture Management. Brdo pri Kranju, SI 28.09. – 01.10.2016

Andoljšek M. Practical excercise: Intramedullary nailing of a proximal femur using a proximal femoral nail antirotation (PFNA). AOTrauma Course- Basic Principles of Fracture Management. Brdo pri Kranju, SI 28.09. – 01.10.2016

Andoljšek M. Practical excercise: Application of large distractor to commminuted femoral fracture. AOTrauma Course- Basic Principles of Fracture Management. Brdo pri Kranju, SI 28.09. – 01.10.2016

Andoljšek M. Zapleti po operativnem zdravljenju pilon zlomov goleni. 8. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica, 04-05.11.2016

Andoljšek M. Rekonstrukcijski posegi po neuspelem primarnem zdravljenju zlomov petnice. 8. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica, 04-05.11.2016

Andoljšek M. Poškodbe v Chopartovem sklepu. 8. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica, 04-05.11.2016

Andoljšek M. Zlomi gležnja pri otrocih in mladostnikih. XLVI. Podiplomski tečaj kirurgije – Otrok kot kirurški bolnik. Portorož, 25-26.11. 2016.

Andoljsek M. Hindfoot malunion and arthritis. AOTrauma Masters Course – Foot and Ankle. Davos , CH 04.09.12.2016.

Dolenc M. Preprečevanje okužb pri operacijskih posegih. Podiplomski tečaj iz hospitalne higiene za zdravnike; 11.3.

Dolenc M. Hemoroidalna bolezen. Obravnava bolnika s kronično boleznijo, Združenje zdravnikov družinske medicine: Portorož 2.4.

Dolenc M. Večkrat odporni enterokoki. 21.4. interno izobraževanje SBJ

Dolenc M. Izpeljano črevo - zakaj? 5.6. ILCO Šmarješke toplice

Dolenc M. Protimikrobna odpornost: Ali jo še lahko obvladujemo, VRE epidemija v regionalni bolnišnici 8.11. Slovensko farmacevtsko društvo

Dolenc M. Ukrepanje ob izbruhu gripe v zdravstveni ustanovi.Irena Grmek Košnik, Helena Ribič, Matej Dolenc, Jana Lavtižar, Tanja Čebin Skale, Metka Velušček. 8. Baničevih dnevi, Bled 19.11.

Dolenc M. Življenje s kolostomo. 13.12. ILCO, Šmarješke toplice

Fabjan A, **Andoljšek M.** Poškodbe v Lisfranc-ovem sklepu. 8. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica, 04-05.11.2016

Fabjan A. Poškodbe kolena - MRI za vsakogar? - IATROSSKI 2016 Kranjska Gora

Fabjan A. Poškodbe v Lisfrancovem sklepu - Goriški Travmatološki dnevi Nova Gorica, 04-05.11.2016

Fabjan A. Poškodbe TF sindezmoze - kdaj in kako učvrstiti - Goriški Travmatološki dnevi Nova Gorica, 04-05.11.2016

Kovač M. *Sindrom zapestnega prehoda- Kdaj na operacijo?;* 4. Artrosov strokovni simpozij. Pogosta stanja v ortopediji.Ljubljana 5.2.2016

Kovač M. *Menagement principles for articular fractures – How do they differ from diaphyseal fractures?.* Basic principles of fracture management. Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.

Kovač M. *Fractures of the olecranon and patella.* Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.

Kovač M. *Femoral neck fractures.* Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.

Kovač M. *TFCC injuries*. Symposium Wrist and elbow a la carte.Zagreb.29.10.2016

Kovač M. *Elbow fracture dislocations*. Symposium Wrist and elbow a la carte.Zagreb.29.10.2016

Pšenica J. My 20 years of Wrist Arthroscopy. Symposium New sight on Wrist joint. Krapinske toplice.21.5.2016

Pšenica J. Operate your plan—fixation of a 22-C1 forearm fracture using the LCP 3.5 (8 and 11 holes). Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.

Pšenica J. Tension band wiring of the olecranon Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.

Pšenica J. Corrective osteotomies of distal radius. Symposium Wrist and elbow a la carte.Zagreb.29.10.2016

Pšenica J. Wrist arthroscopy: What can we do. Symposium Wrist and elbow a la carte.Zagreb.29.10.2016

Rupar P.*Thoracic injury*. ATLS Advanced Trauma Life Support course.Sežana.14.16.2016

Rupar P.*Trauma in pregnancy.*ATLS . Advanced Trauama life Support course.Sežana.14.-16.2016

Rupar P.*Shock.* ATCN Provider Course.Sežana. 8.-10.9.2016

Rupar P.*Musculosceletal trauma.* ATCN Provider Course.Sežana.9.2016

Rupar P.*Trauma in women.* ATCN Provider Course.Sežana. 8.-10.9.2016

Rupar P. *Fractures in the growing skeleton-how are they different.* Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.

Rupar P. *Principles of surgical approaches.* Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.

Rupar P. *Principles of surgical approaches.* Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.
Rupar P. *Reduction techniques of diaphyseal fracture - principles and methods.* Basic principles of fracture management.Brdo pri Kranju 28.9-1.10.2016.
Rupar P. *Zlomi gležnja pri otrokih in mladostnikih.* 8. Goriški travmatološki dnevi. Nova Gorica 04.-05.11.2016.
Rupar P. *Distal biceps tendon rupture*. Symposium Wrist and elbow a la carte.Zagreb.29.10.2016
Rupar P. *Radial head injuries*. Symposium Wrist and elbow a la carte.Zagreb.29.10.2016
Studen P. European trauma course, inštruktor; Ig 7.-10.4.206 in 17.-20.11.2016
Studen P. TPO - inštruktor in predavatelj; Jesenice 4.5.2016
Studen P.Kirurški dnevi 2016 - Otrok kot kirurški bolnik. Ukleščene kile, predavanje (objava v zborniku izvlečkov), Portorož, 25.-26.11.2016

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. Na mednarodnem travmatološkem vsakoletnem AO tečaju je skoraj polovica predavateljev in inštruktorjev iz naše bolnišnice. 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 ter čas od sprejema do operacije zloma kolka.

6.1 BOLNIŠNICA - ZAPLETI OZ. ODKLONI PRI PROGRAMSKO OPERIRANIH PACIENTIH

Obdobje od 1. 1. – 31.12. 2016

Hospitalno smo v letu 2016 operirali 2236 programskih in 2137 nujnih pacientov. V lanskem letu smo pripravili spletno anketo, ki smo jo tudi poenostavili, da ni možno pretirano število odgovorov in interpretacij. Velika večina je ocenila storitev kot dobro ali zelo dobro.
Na anketo je odgovorilo 2289 pacientov. 14% jih je bilo operiranih v DB ostalih 86% pa hospitalno. Kot glavno težavo po operaciji pacienti navajajo bolečino. Kar 9,1% je po operativno bolečino ocenilo kot hudo. Vnetje, izcedek ali krvavitev iz rane je omenilo kar 10% pacientov. Recept za analgetik je dobilo po OP 85% pacientov. 27 pacientov je po operaciji iskalo pomoč v drugi zdravstveni ustanovi. 2,7% je bilo zaradi težav po operaciji ponovno hospitaliziranih, vendar le 2 v drugi ustanovi. 99% pacientov odnos osebja ocenjuje kot korekten in je bila tudi zadovoljna z varovanjem zasebnosti. Le nekaj manjši ostotek – 97% je bilo zadovoljno z čistočo na oddelku. Le 0,4% (9) pacientov ni bila zadovoljna z obravnavo. 98,25% bi zdravljenje pri nas priporočilo tudi sorodnikom in znancem.
V letu 2016 smo se usmerili v natančno analizo hospitalnih infektov. Skupno smo našteli 96 primerov kar predstavlja 1,7 % vseh operiranih pacientov. Največ infektov je bilo na abdominalnem odseku 68, na travmatološkem 23 in na ortopedskem 11.
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 pacient zaradi po operativne infekcije je zanimiva tudi škoda za bolnišnico. Ta se kaže predvsem v bistveno daljši ležalni dobi takih pacientov. 96 pacientov z infekcijo je ležalo skupaj 2540 dni, kar je v povprečju 27 dni na primer.

Tabela 7: Ponovne hospitalizacije zaradi infekta po operaciji

2016	Operacija			Odstotek
TRA	osteosinteza	ključnica	1	
		pertrohanterni	3	
		golen	6	
		falange	1	
	stabilizacija / rekonstrukcija	AC sindezmoza	2	
		Ahilova kita	1	
		patelarni lig	1	
	proteze	PEP kolka	5	
		TEP kolka	1	
	ostalo	SCC	1	
		halux	1	
	SKUPAJ		**23**	**0,95%**
ORT	TEP kolka - prim. infekt	1		
	TEP kolena - prim. infekt	2		
	HD	1		
	RRM	1		
	Pozni infekti protez		6	0,4%
	SKUPAJ		**5**	**0,78%**
ABD	karcinomi	16		
	žolčnik	9		
	slepič	9		
	ventr / umbilikalna kila	4		
	fem / ing kila	4		
	ulkus dvanajstnika	1		
	žilne op	2		
	divertikulitis	3		
	strangulacijski ileus	7		
	amputacije, krni, ulkusi, stopala	12		
	hidrokela	1		
	SKUPAJ	**68**		**3.4%**

Ukrepi: Nadaljevali bomo z beleženjem zapletov in odklonov, ter objektivne podatke zajemali na vse možne načine. Vsaka infekcija čiste operativne rane je tragedija. Le z sprotno analizo in odpravljanjem vzrokov lahko ta kazalnik izboljšamo. Drug velik problem je obvladovanje po operativne bolečine, ki očitno še ni zadostna.

6.2 DNEVNA BOLNIŠNICA – ODKLONI OD KLINIČNIH POTI

Obdobje od 1. 1. – 31.12. 2015

Tabela 8: Premestitve in zapleti na dnevnem oddelku

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,	3	glavobol	≥50 %	

			glavobol, nausea		po SB		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
2016	1289	21 (1,6%)	prevoz, soc.i. hematom	7 – 0,5%	hematom	ni podatkov	blaga bolečina

ODKLONI DB skupaj: 2,2 %

Dnevna bolnišnica deluje vzorno. Vsekakor jo je smiselno povečati. Ker to fizično ni možno v obstoječih prostorih smo jeseni sporadično, kadar je bilo kadrovsko možno paciente naročene za DB operirali v urgentnem centru. Takih operacij je bilo 72. Ker drugih rezerv ni imamo tudi v letu 2017 namen nadaljevati s to prakso. Opazno se je povečal odstotek operacij v lokalni anesteziji, kar je za pacienta večinoma ugodnejše. 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.

Ukrepi:
Stanje je zadovoljivo in ne odstopa od preteklih let. V dnevni bolnišnici se, zaradi bistveno krajše čakalne dobe kot v bolnišnici, lotevamo vedno zahtevnejših posegov. Proces teče optimalno. Nujna je klimatizacija operacijske dvorane ali pa je obratovanje DB poleti vprašljivo.

6.3 ODPUST – ČAS OD ODPUSTA DO POSLANE ODPUSTNICE

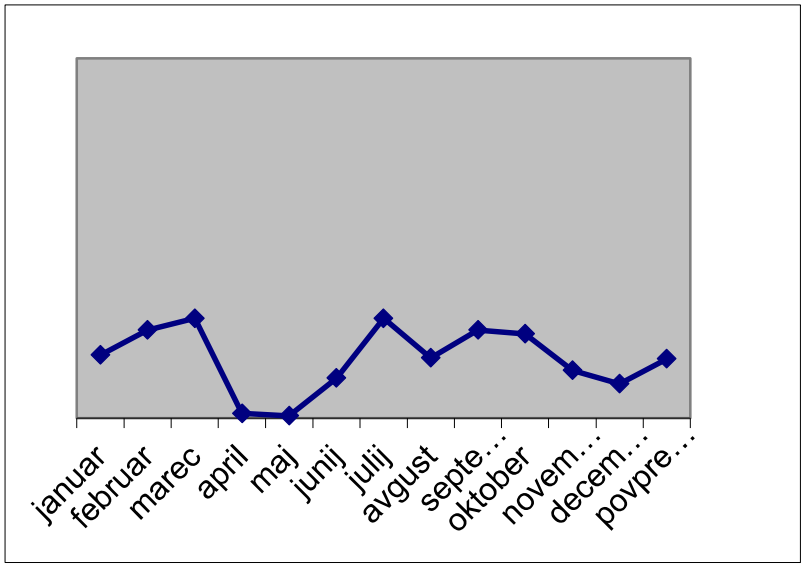
Obdobje od 1. 1. do 31.12. 2016
Skupno število pacientov oz. odpustnic 6700.

Povprečen čas od fizičnega odpusta pacienta do odpustnega pisma oddanega na pošto je bil v letu 2016 15 ur. Več kot 96% pacientov je odpustnico dobilo v roke obenem z fizičnim odpustom. Če bi še premestitve in smrti urejali tako vzorno, bi bila številka še nižja.

Tabela 8: Čas od fizičnega odpusta pacienta do poslane odpustnice

Leto	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Januar	94 ur	50 ur	85 ur	84 ur	65 ur	22 ur	23 ur	15,8 ur

Februar	63	74	95	96	52	23	24	22
Marec	89	60	67	65	38	36	34	25
April	77	70	79	81	39	25	25	1,25
Maj	80	47	57	49	49	30	29	0,66
Junij	98	63	47	74	46	28	27	10
Julij	34	61	54	42	29	15	14	25
Avgust	48	72	61	46	19	29	28	15
September	61	72	53	48	39	21	20	22
Oktober	59	68	37	63	39	13	14	21
November	48	67	56	47	35	17	18	12
December	45	88	62	43	40	15	14	8,6
Povprečje	66,3 ur	66,0 ur	62,8 ur	61,5 ur	43 ur	22,8 ur	21,4 ur	14,9 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. 2016

Tabela 9: Skupno število umrlih pacientov

Leto	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pričakovane smrti	94 -1,7%	97-1,6%	61 -1%	52- 0,8 %	39- 0,65 %	33-0,53 %	31-0,60 %	37-0,56%
Nepričakovane smrti	22 -0,4%	7-0,1%	7- 0,1%	6 -0,1 %	13-0,2 %	18 -0,29 %	20-0,23 %	33–0,5%
Skupaj	116-2,1%	104-1,7%	68-1,1%	58-0,9%	52- 0,87%	51- 0,83 %	51-0,83 %	70–1.07%

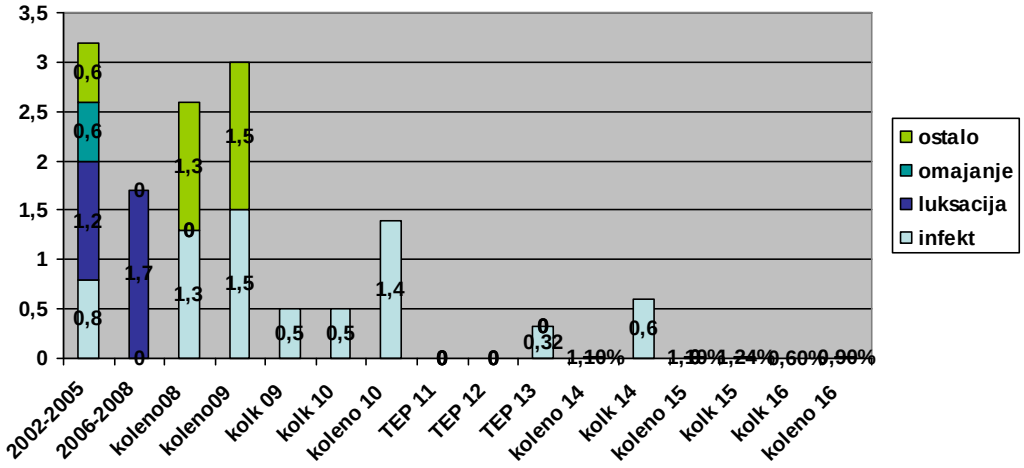
Definicijo pričakovanih oz. nepričakovanih smrti je skoraj nemogoče postaviti. V letu 2009 smo izhajali iz predpostavke, da med nepričakovane smrti štejemo tiste, pri katerih ob retrogradni analizi ugotavljamo, da bi mi sami lahko naredili kaj več ali hitreje. V lanskem letu smo uporabili analizo, ki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

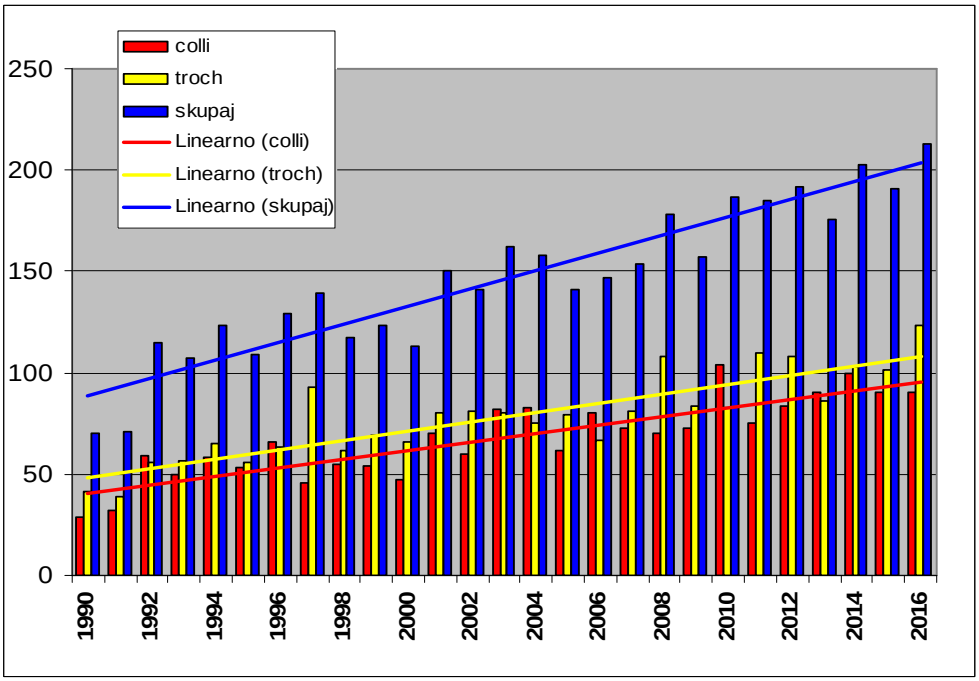
Kot kazalnik kakovosti so opredeljeni zgodnji zapleti po programskih primarnih artroplastikah kolka in kolena – infekt, omajanje s potrebo po ponovnem posegu, izpah s potrebo po ponovnem odprtem posegu (ne zaprta repozicija) . Tako je to definirano v švedskem registru TEP in splošno sprejeto v ostali Evropi.V tem letu smo opravili 188 primarnih popolnih artroplastik kolka in 227 primarnih artroplastik kolena. Zabeležili smo en primer zgodnjega zapleta oz. infekta Tep kolka, ki je potreboval ponoven poseg(0,6 %). Zabeležili smo dva infekta primarne TEP kolena (0,9 %).



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

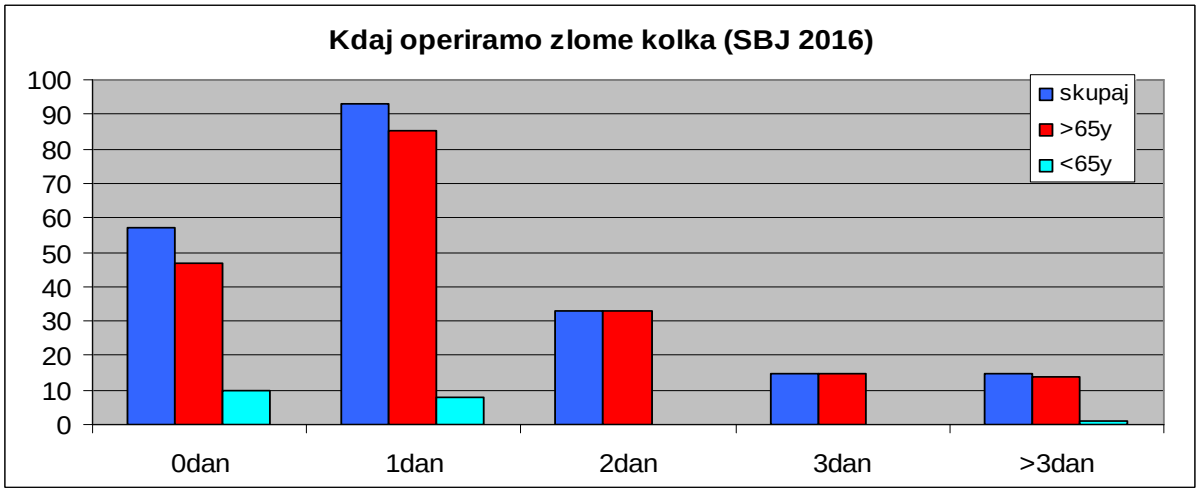
6.6 ČAS OD SPREJEMA DO OPERACIJE PACIENTOV Z ZLOMOM KOLKA

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.



Graf 12: Operirani zlomi kolka (SB Jesenice 1990-2016)

Leta 2016 smo v 48 urah po sprejemu operirali 165 od 194 starostnikov z zlomom kolka (85,1%). Med pacienti je bilo 40 pacientov (vsi starejši od 65let), ki so imeli pred poškodbo predpisana antikoagulantna zdravila (33 kumarine, 7 NOAK). Osmim pacientom z antikoagulantnimi zdravili smo skrajšali interval do operacije s predpisom koncentrata protrombinskega kompleksa (Octaplex®); na ta način je bil delež operiranih v 48 urah s predpisanim antikoagulantnim zdravilom 87,5%.

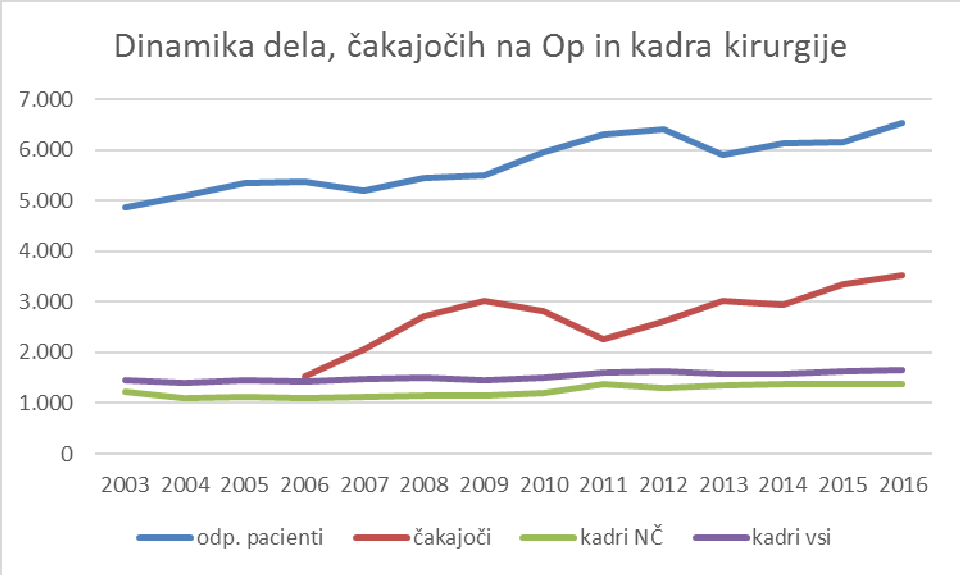


Graf 13: Kdaj operiramo zlome kolka? (SBJ 2016)

Ker smo v treh letih kar sledimo ta kazalnik le malo dvignili odstotek operiranih v prvih 48 urah po sprejemu, vodja Poškodbenega oddelka prim. Andoljšek ob sodelovanju mlajših kolegov pripravlja natančno analizo katere namen je tudi izboljšati ta kazalnik kakovosti in morda posledično tudi zmanjšati zaplete zdravljenja.

7 ZAKLJUČNE MISLI

Končno je družba in vlada čakalne dobe vzela resno in nam ponudila, da opravimo več pregledov in operacij. Vse kar so nam ponudili smo naredili z istim kadrom in v istih prostorih. S tem smo se približali mejam možnega.
SB Jesenice je bila zgrajena pred 68 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 je po več letih končno premaknilo z mrtve točke. S povečanim obsegom dela pa smo naleteli na omejene prostorske in kadrovske možnosti.



Graf 14: Dinamika dela, čakajočih na Op in kadra kirurgije

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 vsaj 6500 primerov, od katerih bo najmanj 85 % operiranih. Medicina je servis prebivalcev Gorenjske in ta servis je v primerjavi z drugimi regijami podhranjen na vseh ravneh.

Analiza realizacije ciljev za leto 2016:

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

Nedokončani cilji za leto 2016 ostajajo za realizacijo v letu 2017. Novih ni smiselno dodajati, če še lanski niso realizirani.
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, administratorke in radiologe.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA KIRURŠKEM ODDELKU

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

UVOD

Za leto 2016 smo si za cilj zadali varno in kakovostno obravnavo pacienta.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

Leto 2016 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, daljše bolniške odsotnih 5 medicinskih sester, 3 diplomirane medicinske sestre. V preteklem letu je 6 tehnikov zdravstvene nege dalo odpoved delovnega razmerja, 2 tehnika zdravstvene nege in 1 diplomirana medicinska sestra sta bila prerazporejena na drugo delovno 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 medicinskih sestrah, 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

Največ pacientov III. kategorije potreb po zdravstveni negi je bilo v mesecu aprilu, juniju, juliju, avgustu in septembru 2016 ter najmanj III kategorije v mesecu novembru, februarju in sledijo januar in marec. Več kot 56% vseh pacientov hospitaliziranih na kirurškem oddelku je razvrščenih v II. stopnjo kategorizacije potreb po zdravstveni negi. Kategorija potreb pacientov v letu 2016 je zelo podobna kot v letu 2015, vendar smo v kirurški službi obravnavali 6.547 pacientov, 373 pacientov več kot leta 2015.

1.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO

V letu 2016 je bilo na kirurškem oddelku izvedenih 96 planiranih razgovorov s pacienti pred operacijo resekcija raka na debelem črevesu in želodcu. Z 36 stomisti in njihovimi svojci je bilo na abdominalnem odseku izvedenih 72 ur zdravstveno vzgojnega dela. Prav tako je bilo v predoperativni ortopedski šoli opravljenih 153 razgovorov s kandidati za TEP kolka in 221 za TEP kolena.
Izvajalo se je tudi zdravstveno vzgojno (ZV) delo na področju subkutane aplikacije antikoagulantne terapije v domačem okolju in sicer na travmatološkem odseku 76 ur, na abdominalnem odseku 17 ur in na ortopedskem odseku s 32 ur. Skupaj je bilo izvedenih 145 ur ZV.

1.3 KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

V letu 2016 so koordinatorice zdravstvene obravnave na kirurškem oddelku obravnavale 673 pacientov z oteženim odpustom, pri tem so uredile namestitev v prvo domsko varstvo 105 pacientov. Uredile so 553 medicinsko tehničnih pripomočkov bodisi, na naročilnico preko ZZZS ali najem / odkup. Edukacijo pacientov svojcev oziroma skrbnikov so izvedle v 578 primerih. Prav tako so koordinatorice zdravstvene obravnave 114 pacientom uredile namestitev na oddelku za zdravstveno nego.
Diplomirane medicinske sestre so patronažni službi posredovale 512 obvestil službe zdravstvene nege, 137 obvestil v domove za starostnike in 6 obvestil ob premestitvah v druge ustanove.

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 • spremljanje in beleženje kazalnik kakovosti 72 katetrske okužba krvi • analiza rezultatov nadzora in izvajanje ukrepov • izvajati nadzor nad razkuževanjem rok zap. (izboljšati rezultat iz leta 2016) • izvajati delavnice o razkuževanju rok • vzpostaviti učinkovit sistem obračanja pacientov
Realizacija	• evidentiranih je bilo 28 padcev pacientov. V letu 2016 smo presegli ciljno vrednost za 6 padcev, vendar smo zaznali 6 padcev manj kot leto poprej • pridobljenih je bilo 13 RZP. Cilj smo dosegli, saj smo načrtovali oziroma si postavili cilj 14 pridobljenih RZP. • Obravnavali smo 4.543 pac., od tega smo zabeležili 6 primerov pridobljene, prenesene MRSA, 57 primerov novoodkritih ESBL, 6 primerov novoodkritih VRE. Na kirurškem oddelku je bilo 50 primerov prenesenih MRSA, kar je 6 primer več kot v letu 2015. Na oddelku je bilo odvzetih 1.071 nadzornih brisov za MRSA in sicer smo v letu 2016 odvzeli 270 NB kot v letu 2015. • nismo beležili katetrske sepse, zabeležili smo 2 kolonizirani konici OVK. Oba pacienta sta bila z OVK premeščena iz KC Ljubljane. • Izvedeni so bili nadzori nad aktivn. ZN in ukrepe pri posameznih aktivnostih • Izveden je bil nadzor nad razkuževanjem rok na oddelku. Skladnost razkuževanja je bila: • Izvedena je bila delavnica o razkuževanju rok na oddelku. Delavnice s preverjanjem so izvedli promotorji.

Cilj	**Povečanje enotne prakse ZNO**
Aktivnosti	• prenova obstoječih kliničnih poti • izdelava dveh novih standarda kakovosti, • izdelava dveh novih protokolov dela na kirurškem oddelku • nadzor nad dokumentacijo ZN • usmerjeno izobraževanje zaposlenih na oddelku o dokumentiranju • uvesti spremembe v delovni proces na krg. oddelku pri prevezi rane • mikroorganizacija na krg. oddelku
Realizacija	• v letu 2016 smo pričeli z prenavljati obstoječih klin. poti, vendar niso bile v celoti prenovljene, prav tako je delno realizirana 1 akt.. (2 stand. kak.in 2 protokola, zaradi usklajevanja z zdravniki). Realizirali smo zastavljen cilj in pripravili 2 stand. kak.. Prav tako smo izdelali osnutek dveh novi klin.poti, ki sta dani na odd., kjer bosta preverjeni in pred tiskanjem dopolnjeni z ugotovitvami zap. • izveden je bil mes. nadzor nad dokument. in skladnost dokument. je 96%,

	rezultat smo v primerjavi z letom poprej boljši za 4% • spremembe pri prevezi so bile izvedene delno, tudi kot posledica povečanja števila infektov na oddelku zaradi hitenja v času vizite predvsem pri opravljanju prevez • na oddelku smo spremenili način razdeljevanja zdravil. Per os terapija se je približala razdeljevanju točno na 8 ur.

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 realizirana. Plan nismo dosegli saj se nismo udeležili vseh planiranih izobraževanj zaradi bolniških odsotnosti. Zaposleni na oddelku smo se udeležili 12 zunanjih izobr. in 25 notranjih izobr. Imeli smo 4 aktivne udeležbe Izvedeni sta bili 2 kirurški učni delavnici izvedenih je bilo 12 letnih razgovorov 1 zaposlena je uspešno končala delavnica za opazovalce izvajanja higiene rok 1 zaposlena se je udeležila ATCN tečaja in ga tudi uspešno končala GMS kirurške službe sodelovala pri izvedbi programa izobraževanja za specialno znanje – koordinator zdravstvene obravnave abdominalni oddelek obeležil 4. februar - Svetovni dan proti raku.

3 ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTOV

Iz leta 2015 smo prenesli v leto 2016 tri neizvedene ukrepe: dokumentiranje v bolniških sobah, pisna navodila za paciente ogrožene za padec v obliki opozorila v sobi in nakup blazin za paciente 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 2016**	**1- 12 2016**	**1- 12 2016**
Koordinatorica ZN na krg.odd.	34	73	92%
Odgovorne MS odd.	65	127	92%
Predstojnik odd. in koord. ZN	0	0	0

POROČILO KOORDINATORIC ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA KIRURŠKEM ODDELKU

Sabina Mulalić, Lidija Arlič, Milana Štibelj Blok

V letu 2016 smo obravnavali na kirurgiji 6.547 pacientov. 373 pacientov več kot leto 2015. Operiranih pacientov po čakalni vrsti je bilo 5.686, vključen je tudi dodatni operativni program z 204 pacienti. Ostali pacienti, ki so bili operirani v lanskem letu (urgentni sprejemi) niso statistično vodeni.Koordinatorice zdravstvene obravnave dnevno vodimo in pripravljamo paciente na operativni poseg. Poleg rednega operativnega programa smo zaradi urgentnih sprejemov, zdravstvenih in drugih razlogov odpovedali in prenaročili 1.059 ljudi. Planiramo in usklajujemo operativni program za tekoče delo v operacijskih blokih.

V predoperativni pripravi pacientov je tudi anesteziološka obravnava, ki deluje tri krat tedensko. Dnevno naročimo in pripravimo z vso dokumentacijo do 15 pacientov, pri katerih pa ni nujno, da je prva obravnava zaključena in pacient potrebuje dodatno koordinacijo. V primeru odpovedi ambulante moramo koordinatorice poskrbeti za prenaročilo pacientov.
V sklopu priprave na operativni program redno izvajamo zdravstveno vzgojno delo pacientov in njihovih svojcev pred sprejemom. V razgovor vključimo in časovno uskladimo celoten tim, ki bo pacienta spremljal v času njegove planirane obravnave. Šola, kot jo imenujemo za pripravo ortopedskih pacientov je bila izvedena za 343 pacientov. Imeli smo 96 razgovorov predoperativne priprave za Fast- track. Ostalo zdravstveno vzgojno delo svojcev in pacientov na oddelku smo izvedli 578 krat. Koordinatorice zdravstvene obravnave dnevno preverjamo elektronsko vodeno čakalno vrsto in vnašamo vso dokumentacijo pacientov, ki so naročeni na operacijo iz zunanjih enot.
Za vsakega pacienta dnevno pripravimo vso potrebno dokumentacijo in ga s sprejemnim zdravnikom tudi sprejmemo. Pacienta nato spremljamo in vodimo na oddelku.
Delo koordinatoric zdravstvene obravnave na kirurgiji bi za lažje razumevanje razdelili na dva dela. Prvo je priprava in vodenje pacienta za operativni poseg in vse kar zraven spada. Drugi del je pa varen in hiter odpust pacienta, ter reševanje socialne problematike. Prvemu delu posvetimo 70-80% časa našega delovnika, v 20-30% pa se lahko posvetimo varnemu in hitremu odpustu pacienta. Oba dela sta nepredvidljiva in se konstantno spreminjata, bodisi zaradi urgentnih sprejemov, sprememb / poslabšanj v zdravstvenih stanjih pacientov, opravičenih odsotnosti zaposlenih in pacientov, itd. Tako koordinator zdravstvene obravnave na kirurgiji ni zgolj voditelj pacienta skozi celotni proces zdravljenja, ampak medpoklicni koordinator učinkovite in kakovostne zdravstvene oskrbe.
Vse paciente koordinatorice dnevno spremljamo in vodimo na oddelku, odlično sodelujemo z celotnim zdravstvenim timom, kar je bistvenega pomena za hitro ugotavljanje težav in potreb v procesu kontinuirane oskrbe. V letu 2016 je bilo z našo pomočjo omogočenih 105 prvih namestitev v institucionalno varstvo. Uredili smo 553 medicinsko tehn. pripomočkov bodisi, na naročilnico preko ZZZS ali najem/odkup. 114 je bilo podaljšanih okrevanj na OZZN.
Vsi pacienti vodeni po klinični poti so po odpustu iz bolnišnice s strani koordinatoric poklicani zaradi preverjanja njihovega splošnega počutja in eventualnih pooperativnih odklonov. Po zaključeni obravnavi so telefonsko preverjani tudi vsi pacienti z oteženim odpustom.
Izvajamo in vodimo anketo o zadovoljstvu vseh operiranih pacientov v tekočem mesecu. Zanima nas kako so preživeli pooperativno obdobje in ali je morebiti prišlo do pooperativnih zapletov.V letu 2016 (21. 3. 2016 – 13. 5. 2016) smo izvedli praktično in teoretično usposabljanje zunanjih udeležencev v sklopu Šole za koordinatorja.
Glede na statistične podatke leta 2016 je razvidno, da je bilo obravnavanih več pacientov, kar pomeni več predoperativne koordinacije in posledično več oteženih odpustov. Skrajšala se je čakalna doba pri določenih obremenjenih operacijah. Zaradi večjega števila obravnav se je skrajšala tudi ležalna doba pacientov.

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE KIRURŠKE IN GINEKOLOŠKE OPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE

Janja Kovačič, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege v operativni dejavnosti

UVOD

»EN TIM, ENA REŠITEV« je bila tema letošnjega seminarja operacijskih medicinskih sester. Operacijska dvorana je najbolj kompleksno mesto v bolnišnici, kakovost izvajanja operativnih posegov je odvisna od znanja in usposobljenosti vseh zaposlenih.

3.1 Kirurška služba

Ker je operativni poseg zelo stresno doživetje za vsakega pacienta, dejavnosti celotnega večdisciplinskega tima pripomorejo k boljšemu počutju in zadovoljstvu pacienta. In del tega tima smo me, operacijske medicinske sestre, ki s svojim znanjem,spretnostimi in izkušnjami pripomoremo k pozitivnemu izidu operativnega zdravljenja pacienta.Vemo,da je delo v operacijski dvorani specifično in da sodelujemo z več profili zaposlenih. Zato je timsko sodelovanje izrednega pomena, za kvalitetno opravljeno delo, za varnost pacienta, njegovo zadovoljstvi in nenazadnje zadovoljstvo osebja.
Delo v operacijski sobi mora potekati tekoče, hitro, nemoteno, zato mora med osebjem potekati dobra komunikacija in zaupanje.
V letu 2016 je bilo opravljenih 5726 operativnih posegov, vključno z dodatnim programom. Pričeli smo tudi z operativnim programom v urgentnem centru.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

1.1. KADROVSKA ZASEDBA IN ORGANIZACIJA DELA

Tabela 1: Kadrovska sestava v primerjavi z leti od 2012 do 2016

	2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
dipl.m.s.	14	14	12	14	15
dipl.m.s.bolniška	0	0	4	2	2
dipl.m.s.porodniška	0	0	3	3	1
TZN + koordinator	7	7	6	7	7
TZN bolniška	1	0	0	0	1
TZN porodniška	0	0	0	0	

Zaradi daljših bolniški odsotnosti in porodniški dopustov smo dobili kar nekaj novozaposlenih. Številčno nas je dovolj, vendarje v operacijski sobi delo specifično in zelo zahtevno, zato uvajanje novozaposlenega kadra traja daljše obdobje.
Prav tako večje število novozaposlenih pomeni veliko obremenitev in stresne situacije za ostale zaposlene. Upam,da nam bo uspelo specializirati sodelavce za določena področja, da bo delo potekalo še bolj tekoče in varno. Na mestu koordinatorja so sedaj tehniki zdravstvene nege. Prišlo je tudi do menjave vodja ZN v operacijskem bloku, ker se je dosedanja vodja upokojila.

2 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2016

Tabela 2: Realizacija izobraževanja v letu 2016

Izobraževanja in delavnice znotraj enote	Realizirano
Mentorstvo za novozaposlene	Vsakodnevno,realizirano
Izobraževanja v okviru SBJ-po planu izobr. SBJ za področje ZN	Delno
Obvezna izobraževanja v okviru SBJ-po planu	Realizirano
Varnostna kultura-zapleti in odkloni,ki nam pretijo	2 OPMS,1 ZT
Sistematična analiza globjih vzrokov za napake:SAGV	2 OPMS
Tisoč težav in ena rešitev	1 OPMS,1 ZT
En tim,ena rešitev	2 OPMS
9 dnevi Angele Boškin	2 OPMS

3 REALIZACIJA CILJEV

Tabela 3: Realizacija ciljev v letu 2016

Popis,dopolnitev seznama inštrumentov po setih	Delno realizirano
Konsignacija osteosintetskega materiala	Realizirano

Interna izobraževanja v op bloku	Realizirano
Iso presoja	
Notranja presoja procesa celostne obravnave pacienta v op bloku	
Nov kovček za operacijsko mizo,namenjen operaciji hrbtenice	
Nov aparat za kirurško rezanje v operacijski sobi na dnevnem oddelku	
Novi aparati za bledo krvno stazo	Realizirano

4 CILJI IN KAZALNIKI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI

CILJI	Pridobivanje in obnavljanje znanja vseh zaposlenih v op bloku	Realizacija
AKTIVNOSTI	Izobraževanje in delavnice znotraj enote	Realizirano po planu in potrebi ob uvajanju novih metod dela
	interna izobraževanja po shemi v SBJ	Delno realizirano
	Izobraževanja zunaj naše ustanove v letu 2016	Realizirano
	Obiski drugih bolnišnic po Sloveniji	Ni bilo realizirano
	Aktivna udeležba na zunanjih srečanjih	Aktivne udeležbe ni bilo
	Letni razgovori z zaposlenimi	Nerealizirano
EVALVACIJA	Preverjanje znanja po izobraževanjih,obvezna poročila iz izobraževanj,spremljanje udeležencev izobraževanj glede na matriko znanj	

CILJI	Izboljšanje kakovosti dela ZN v OP bloku. Varna obravnava pacienta v OP bloku. Dvig kulture varnosti v OP bloku. Varnost zaposlenih v OP bloku	Realizacija
AKTIVNOSTI	Varnostne vizite in varnostni razgovori	
	Poročila o VV in VR	Polletno in letno poročilo
	Beleženje neljubih dogodkov,padci pacientov	Padci 1
	Uporaba kirurškega varn. sistema	Realizacija
	Planiranje zadostnega kadra v OP	
	Notranja in zunanja presoja	
	Sodelovanje v projektni skupini za standarde in klinične poti	Valerija Šavs
	Sodelovanje v projektni skupini za bolnišnično higieno	Petra Valjavec
	Sodelovanje v skupini za preprečevanje padcev	Irena Janša
	Sodelovanje v skupini za zasebnost	Nanda Klepič
	Sodelovanje z centralno sterilizacijo	
	Zamenjava in nabava dodatnega inštumentarija	delno
EVALVACIJA	15 OPMS IN 9 ZT na koncu leta 2016, redna poročanja udeležencev projektnih skupin	

5 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH IN VARNOSTNIH RAZGOVORIH

Najpogosteje izpostavljeni problemi:

- odstranjevanje ostrih predmetov
- dokumentacija in transport histologije
- varnost pacientov, preprečevanje padcev
- varnost zaposlenih

Število VV/VR	16
Število izrečenih ukrepov	31
Število uspešno izvedenih ukrepov	31
Skupna učinkovitost	100

6 CILJI IN AKTIVNOSTI V PERIOPERATIVNI DEJAVNOSTI ZA LETO 2017

- specializacija OPMS po različnih vejah operative
- sledenje in kontrola inštrumentov
- popraviti,urediti,posodobiti popis inštrumentov po setih,ter urediti slikovno gradivo,kot pomoč zaposlenim v operacijskem bloku in v centralni sterilizaciji
- popraviti matriko znanj in izvesti letne razgovore z vsemi zaposlenimi
- vzdrževati oz. povečati varnost za paciente in zaposlene v operacijskem bloku
- čim hitreje in čim bolje uvesti novozaposlene v vsakodnevno delo
- teoretično in praktično preverjanje znanja za novozaposlene operacijske medicinske sestre

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE NA DNEVNEM ODDELKU

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

1 PREGLED DELA V LETU 2016

Na dnevni oddelek je bilo sprejetih v obravnavo 1172 pacientov. Na matični kirurški oddelek pa je bilo zvečer oziroma čez noč premeščenih 20 pacientov in sicer iz različnih kirurških, anesterioloških, socialnih in drugih medicinskih vzrokov. V času zimskih, prvomajskih, poletnih, jesenskih in novoletnih počitnic je bil oddelek nekaj tednov zaprt.
Od oktobra dalje smo paciente, ki so bili vpisani v čakalno vrsto za operativni poseg preko Dnevnega oddelka prerazporedili in jih naročili za poseg v urgentnem centru. Tam je bilo v lokalni ali splošni anesteziji operiranih kar 76 pacientov, ki so po nekaj urah opazovanja po posegu odšli v domačo oskrbo.

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 smo že uporabljene klinične poti, vse klinične poti, ki se na oddelku uporabljajo, so bile namreč ponovno pregledane in dopolnjene.
Izobraževanja zaposlenih so redno tekla predvsem v bolnišnici. Sodelovali pa smo tudi 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, nov sistem nadzora temperature v hladilniku z zdravili opazovanje pacienta po aplikaciji zdravila, nadzori nad izpolnjevanjem dokumentacije izvajanje zdravstveno vzgojnega dela na področju subkutane aplikacije antikoagulantne terapije doma	Zdravilo predpiše zdravnik v KP, zapisi so čitljivi. Paralela zdravila ni vedno razvidna. Maksimalni dovoljeni dnevni odmerek ni vedno vpisan (tabela v KP). Upošteva se protokol o Zapisu ustnega tel. naroč. zdravila. Nadzor nad shranjevanjem zdravil je bil narejen tudi s strani farmacevtov. Opozorili so na zdravila z visokim tveganjem, ki niso ločeno shranjena. Sodelovali smo pri izobr. o novem sistemu nadzora temp. v hladilniku in na oddelku naredili vv. MS je pri razdeljevanju zdravil večkrat motena s strani svojcev, obiskovalcev na DO in telefona. Pri razdeljevanju zdravil uporabljamo rdeč predpasnik. Po aplikaciji premedikacije je 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; 19 x je bilo zdravilo nepravilno predpisano, MS pa je bila vsaj 20 x motena pri razdeljevanju zdravil.
2.CILJ: zagotavljanje kulture varnosti in vzpostavitev varnega dela kot vrednota zaposl.	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 varn. ukrepi na odd. in z nevarnostmi ob neupoštevanju le-teh. Preverjali smo ali pacient razume naša navodila, izvajali smo ustrezne varn. ukrepe, vedno ocenili pac. stanje po op. posegu. Padca v tem letu ni bilo nobenega. Izvajali smo nadzor nad uspešnostjo razkuževanja rok z BOX-om. Kader na DO se je izobraževal o pomenu kakovosti in varnosti, predaji pacienta, reanimaciji. 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	39 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 KP popraviti, dopolniti navodila pacientom. dosledno izpolnjena dokumentacija na DO	Vse obravnave tečejo po kliničnih poteh. Navodila pac. za sprejem in odpust so bila ponovno pogledana. Vse klinične poti so bile popravljene oz. dopolnjene s strani vseh članov tima, ki jih uporabljamo.
EVALVACIJA: poročilo o izpolnjevanju dokumentacije	Pregled in poročilo je oddano vsak mesec; še vedno je nekaj sodelavcev, ki se jim

	dokumentiranje v KP in v za sprejem in poseg potrebni dokumentaciji zdi nepomembno, (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 izob. o zagotavljanju zasebnosti pac.. Izvajamo ustrezne ukrepe pri delu na odd. - uporaba paravana, zapiranje vrat v boln. sobo. Razgovori s pac. in svojci tečejo individ. v bol. sobi ali v amb.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 SOPpredaje pacienta,	Predaja teče po SOP pri predaji se uporablja pos. karton prip. kot pomoč za dobro predajo. Motena pa je predaja večkrat zaradi prihoda pac. iz op, zvonenja telefona, prihoda obiskovalca na odd.
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, sodelovanje pri pripravi in izvedbi šole za case managerje	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 14 internih izobraževanj.(vsaj eden od sodelavcev) in tečaja temeljnih postopkov oživljanja in uporabe avtomatskega defibrilatorja. Sodelavci so zainteresirani za pridobivanje novih znanj.

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3.1 POROČILA VARNOSTNIH VIZIT / RAZGOVOROV

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	39
Število izrečenih ukrepov	66
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	62 (94 %)

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 in zagotavljanja zasebnosti pacienta. Timska predaja službe na oddelku popoldan je bila večkrat motena zaradi prihoda pacienta iz OP, zvonenja telefona, prihoda obiskovalcev.

Kontrola roka veljavnosti zdravil in materiala se izvaja redno po predpisih in standardu, tudi s strani farmacevtov. Za prevoz pacienta iz operacijske sobe se uporablja ležeči voziček brez ograjice (pri nemirnem pacientu to predstavlja dejavnik tveganja za padec). Kontrola temperature in vsebine hladilnika s hrano in z zdravili se izvaja redno in po predpisih.

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 še naprej in seveda ob tem tudi ustreznega ovrednotenja.
Upoštevali bomo kazalnike kakovosti, ki veljajo za našo bolnišnico in se jim bomo poskušali približati v čim večji meri.
Anketni vprašalnik, ki ga dobijo naši pacienti kaže, da so večinoma s tako obravnavo zadovoljni in bi jo priporočili tudi svojim bližnjim.

LETNO POROČILO DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE IN DELOVNE TERAPIJE

Breda Pavlenč, dipl. fiziot.
Vodja fizioterapije

UVOD

V Splošni bolnišnici Jesenice deluje fizioterapevtska dejavnost v okviru bolnišnične in ambulantne dejavnosti. Fizioterapija in delovna terapija predstavljata pomemben gradnik pri izvajanju celostne zdravstvene obravnave pacienta, fizioterapevti in delovni terapevti pa se vsakodnevno vključujejo v izvajanje aktivnosti v smeri delovanja najboljšega izida zdravljenja za pacienta.

1 MANAGEMENT V DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

V dejavnosti fizioterapije in delovne terapije smo v letu 2016 veliko pozornosti namenili identifikaciji priložnosti za izboljšanje fizioterapevtske in delovno terapevtske obravnave pacientov, prepoznavanju kritičnih dogodkov ter preprečevanju tveganj med izvedbo fizioterapevtskih in delovno terapevtskih obravnav. Še vedno se soočamo s posledicami slabe kadrovske politike v preteklosti ter deficitarnosti poklica diplomirani fizioterapevt, vedno večje težave pa nam predstavljajo tudi zastareli in nezadostni materialni viri.

V letu 2016 smo veliko aktivnosti posvetili strokovnemu razvoju in napredku, v povezavi s slednjim smo izvedli aktivnosti s področja akcijskega raziskovanja, s čimer smo vplivali na naš strokovni razvoj ter dosegli spremenjene odnose v timu, v ospredju sta s strani zaposlenih najbolj prepoznana izboljšanje medosebnih odnosov ter razvoj kulture ne obtoževanja v timu.

Tabela 1: Realizacija ciljev v letu 2016

CILJI	REALIZACIJA
1. Izobraževanje	Realizacija: **delna** Učinkovitost: cilj je **delno** realiziran
Pridobitev specialnega znanja.	Cilj je delno realiziran. V letu 2016 je ena fizioterapevtka zaključila osnovni tečaj za odrasle z nevrološko simptomatiko (Bobath).
Izvedba 2 izobraževanj v FT	Cilj je v celoti realiziran. Izvedli smo sledeča izobraževanja: - Neglekt, - Fascialni fitnes, - Akcijsko raziskovanje v FT.
Aktivna udeležba na strokovnem srečanju	Cilj je realiziran.
2. Prenova obstoječe in izdelava nove dokumentacije in protokolov	Cilj je **delno** realiziran. Spremenili ali na novo izdelali smo 30 primerov FT dokumentacije (Obrazci, protokoli, navodila pacientom, procesi)
Izdelava protokola za izvajanje FT obravnav pri pacientih po možganski kapi	Ni realizirano
Prenova FT procesa, izdelava 2 SOP-jev v skladu z novimi smernicami FT metod dela	V skladu z novimi smernicami smo prenovili proces FT obravnave in 30 primerov dokumentacije.
Izdelava priročnika za paciente po operaciji TEP kolenskega in kolčnega sklepa	Ni realizirano
3. Varnost in kakovost	Realizacija: **delna.** Učinkovitost: cilj **delno** realiziran.
Število varnostnih razgovorov	Izvedli smo 25 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	Realizirano
Anketa o zadovoljstvu pacientov	Izvedene so bile 3 mnenjske ankete o zadovoljstvu pacientov s FT in DT obravnavo, in sicer dve s področja fizioterapevtske dejavnosti (ambulantna in bolnišnična dejavnost) ter ena s področja delovne terapije (bolnišnična dejavnost).
Redni tedenski timski sestanki	Izvedli smo 32 rednih timskih sestankov.
Dvakrat letno razširjeni sestanek z vodjema enote	Ni realizirano
4. Razvoj kadrov	
Št. izvedenih letnih razgovorov na št. zap.	Realizirano 8/11
Sprememba matrike znanja glede na letne razgovore	Realizirano

1.1 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU DEJAVNOSTI FIZIOTERAPIJE

- Ustanovitev učne baze za študente fizioterapije.
- Aktivno sodelovanje ter nadgradnja programa izvajanja Pred operativne šole TEP kolenskega in kolčnega sklepa.
- Aktivno sodelovanje v projektnih skupinah.

- Pogovori o varnosti izvajanja fizioterapevtskih obravnav ter iskanje priložnosti za izboljšave.
- Nadgradnja kazalnika kakovosti fizioterapevtskih storitev-Pred operativna šola.
- Izvedba Akcijskega raziskovanja v fizioterapiji.

1.2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

- Anketa o zadovoljstvu pacientov.
  Izvedli smo tri ankete o zadovoljstvu pacientov s fizioterapevtsko in delovno terapevtsko obravnavo, in sicer eno v fizioterapevtski ambulanti ter dve na bolnišničnih oddelkih.
  Ambulantna dejavnost: Izvedena je bila poglobljena analiza zadovoljstva pacientov z izvedeno FT obravnavo. Stopnja najvišjega zadovoljstva je bila izražena pri elementu zagotavljanja enake kakovosti FT obravnav (5/5), zadovoljstvu z izvedbo FT obravnave (4,98/5), zaupanju v delovanje fizioterapevtov v SBJ (4,98/5) in kakovosti izvedene FT obravnave (4,98/5).
  Bolnišnična dejavnost-fizioterapija: Dosegamo 79 % najvišje stopnje splošnega zadovoljstva (pričakovana raven x = 90 %).
  Bolnišnična dejavnost-delovna terapija: Dosegamo 85 % najvišje stopnje splošnega zadovoljstva (pričakovana raven x = 90 %).
  Nezadovoljstvo nad delovno terapevtsko obravnavo ni bilo izraženo.
- Kazalnik števila varnostnih zapletov med fizioterapevtsko obravnavo. Varnostnih zapletov nismo zabeležili.
- Uspešnost edukacije na pred operativni šoli TEP kolčnega in kolenskega sklepa.

Cilj: Doseganje vsaj 0,7 deleža doseženih najvišjih ocen pri opazovani aktivnosti pri pacientih z dobrim razumevanjem navodil oziroma doseganje vsaj 0,5 deleža doseženih najvišjih ali zadovoljivih ocen pri pacientih s slabšim razumevanjem navodil.

Doseganje:

Aktivnost: učenje usedanja (88,6%).

Aktivnost: izvajanje aktivnih vaj za m. quadriceps (73,8%).

Aktivnost: Hoja v ravnini z uporabo pripomočka (85,7%).

- Kazalnik števila varnostnih pogovorov za zagotavljanje varnosti pacientov.

Izvedli smo 25 pogovorov o varnosti.

- Presoja FT in DT procesa

V letu 201 presoja FT in DT procesa (ISO, DNV) ni bila izvedena.

2 REALIZACIJA PLANA DELA

2.1 AMBULANTNA DEJAVNOST

V fizioterapevtski ambulanti smo v letu 2016 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	705	703	99,72%
Število uteži	1262	14694	118,43%

Poleg omenjenih 703 pacientov, smo v ambulanti obravnavali še 107 pacientov napotenih iz bolnišničnih oddelkov.

2.2 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

Na bolnišničnih oddelkih in enotah smo obravnavali 4634 pacientov s področja fizioterapije ter 197 pacientov s področja delovne terapije.

3 CILJI 2017

Tabela 3 : Cilji za leto 2017

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 1 izobraževanju.		
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 Pred operativni 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 2016. 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: Barbara Zupančič, 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 2016 nismo imeli. Zaradi stalne potrebe po izolacijah MRSA, VRE, ESBL in na druge odporne bakterije pozitivnih pacientov, ki jih je iz leta v leto več, je bilo dejansko razpoložljivih postelj običajno okrog 68. Na premajhni funkcionalni površini je 5 postelj enote za intenzivno internistično terapijo brez možnosti izolacije.

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 pacientih, 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. Uvedeno imamo tudi pisno beleženje predaje dežurnim zdravnikom.
Glavne vizite predstojnika so ob 8.00 uri: ob sredah na endokrinološko–nefrološkem odseku, ob četrtkih na gastroenterološkem odseku, ob petkih na kardiološkem odseku in v IIT. 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 2016 je bilo v okviru internistične službe redno zaposlenih 15 specialistov internistov,kar je številčno enako kot leta 2000. Tokom leta 2016 so štiri kolegi uspešno zaključili specializacijo iz interne medicine, od tega sta dve dobila takoj pogodbo za nedoločen čas, dva pa za določen čas z obljubo da bosta pogodbi dobila v začetku leta 2017 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.
Leta 2016 je mlada kolegica pričela s specializacijo iz hematologije in je bila edina od 7 specializantov interne medicine, zaposlenih za čas specializacije v SB Jesenice, ki je v letu 2016 v okviru programa specializacije krožila na internističnem oddelku. Ostali so bili vsi na kroženju v UKC Ljubljana in Kliniki Golnik,leta 2017 pa bodo k specialističnem izpitu pristopili trije kolegi, kateri pa še nimajo zagotovljenega delovnega mesta v SBJ.
Leta 2016 je uspešno končal specializacijo s pohvalo mladi kolega s poglobljenim znanjem iz gastroenterologije in bo leta 2017 pričel z obravnavo pacientov z kronično črevesno boleznijo in z zdravljenjem le-teh z biološko terapijo, prav tako se je mlada kolegica,ki je tudi s pohvalo opravila specialistični izpit, pred tem poglobljeno ukvarjala z infekcijskimi boleznimi in bomo na internem oddelku končno pridobili internista-infektologa.
Menim, da smo z zaposlitvami specialistov leta 2016 bolj ali manj samo delno rešili hudo, večletno kadrovsko stisko na internem oddelku in glede na naraščajoč obseg dela,staranja prebivalstva, predvsem pa zaradi hudih obremenitev ki jih je prineslo odprtje novega Urgentnega Centra konec leta 2015 in nenazadnje tudi zaradi strokovnega razvoja bo potrebno v naslednjih letih zaposliti praktično vse specialiste, ki so trenutno zaposleni za čas kroženja v SB Jesenice.
Tudi leta 2016 je ves čas 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. Teja Arnež, dr. med. in Marko Šluga 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 14 diplomiranih medicinskih sester in 7 srednjih medicinskih sester ter zdravstvenih tehnikov. Poliklinično ambulantno dejavnost poleg zdravnikov opravlja 5 diplomirana medicinska sestra in 5 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 2016 smo dosegli načrtovani program, ki pa se nam je povečal za 162 obravnav 99,78%, indeksirano na leto 2015 pa se nam obseg dela povečal za 4,46 procentov in tako da smo leta 2016 prvič obravnavali več kot 3.608 pacientov.

Pregled obsega dela je podan v Tabeli 1:

Tabela 1: Pregled opravljenega dela v bolnišnični dejavnosti

	Leto 2015	Načrt 2016	Leto 2016	IND na načrt 2016	IND na leto 15
INTERNI ODDELEK	**3.454**	**3.616**	**3.608**	**99,78**	**104,46**
- SKUPAJ ZZZS	3.385	3.547	3.529	99,49	104,25
- ostali plačniki	69	69	79	114,49	114,49

Leta 2016 je bilo z oddelka za interno medicino odpuščenih 3.608 pacientov. V UKC Ljubljana je bilo premeščenih 140 (leta 2015: 116), v PB Begunje 34 (leta 2015: 32), v Bolnišnico Golnik 21(leta 2015: 19), v SB Izola 16 (leta 2014: 16), Onkološki inštitut Ljubljana 1 pacienti. (*Tabela 2)* Iz podatkov lahko razberemo, da smo paciente 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 pacientov v UKC Ljubljana predstavljajo pacienti z akutnim koronarnim sindromom, ki se po opravljeni koronarografiji in perkutanem posegu (PCI), praviloma 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 2016 kot leta poprej dobro.
Skupno število premeščenih pacientov v druge ustanove zaradi potrebe po invazivni žilni diagnostiki in zdravljenju je bilo 215 (v letu 2015:196) in se zadnja leta bistveno ni spreminjalo.
Leta 2016 smo znotraj bolnišnice opravili tud 186 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 int. odd	Št.premeščenih pacientov
UPK LJUBLJANA	1
UKC-LJ, CENTER ZA MED.REHAB.	1
UKC LJUBLJANA	140
SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA OSPED	16
SB NOVA GORICA	1
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJ	34
ORTOPED.BOLN. VALDOLTRA	1
OI LJUBLJANA	1
KLINIKA GOLNIK	21
BOLNIŠNICA SEŽANA	1

Zastopanost posameznih obolenj in bolezenskih skupin pri pacientih, zdravljenih na oddelku za interno medicino v letu 2016, je v glavnem tudi primerljivo z letom 2015 in tudi leti poprej.
Tudi v letu 2016 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	228
I500	Zastojna srčna odpoved	153
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	123
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	102
R18	Ascites	68
I110	Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno	60
J189	Pljučnica, neopredeljena	59
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	55
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	52
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučneg	50
K703	Alkoholna ciroza jeter	50
D500	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitva	41
K590	Zaprtje (konstipacija)	41
K704	Alkoholna odpoved jeter	41
A419	Sepsa, neopredeljena	40
D649	Anemija, neopredeljena	40
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	39
N300	Akutno vnetje sečnega mehurja	39
D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredelje	36
I633	Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	32
J960	Akutna respiratorna odpoved	32
K8031	Kamen žolčnega voda s holangitisom, z obstrukc	32
R55	Sinkopa in kolaps	29
I200	Nestabilna angina pektoris	27

Tabela 3 prikazuje 25 najpogostejših glavnih diagnoz pri vseh hospitaliziranih pacientih, tabela 4 najpogostejše glavne diagnoze pri pacientih mlajših od 65 let in *tabela 5* pri starejših od 65 let. *V tabeli 6* je prikazana zastopanost bolezenskih skupin od leta 2000 do 2016. V *tabeli 7* je posebej prikazano število pacientov, ki so bili leta 2016 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 2016

GLAVNA DIAGNOZA		Št. pacientov
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	32
K704	Alkoholna odpoved jeter	32
R18	Ascites	31
K703	Alkoholna ciroza jeter	26
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	26
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	23
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučneg	21
D649	Anemija, neopredeljena	18
D648	Druge opredeljene anemije	17
J189	Pljučnica, neopredeljena	16
C9000	Difuzni plazmocitom, brez omembe remisije	15
Z1381	Posebni presejalni pregled za odkrivanje moten	13
I200	Nestabilna angina pektoris	12

R074	Bolečina v prsih, neopredeljena	12
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	11
I210	Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednje	11
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	11
K590	Zaprtje (konstipacija)	11
I500	Zastojna srčna odpoved	10
A099	Gastroenteritis ali kolitis, vzrok neopredelje	9

Tabela 5: Najpogostejše glavne diagnoze pri hospitaliziranih pacientih starejših od 66 let na internem oddelku v letu 2016

GLAVNA DIAGNOZA		**Št. pacientov**
J159	Bakterijska pljučnica, neopredeljena	199
I500	Zastojna srčna odpoved	141
I48	Preddvorna fibrilacija in undulacija	88
N10	Akutni tubulointersticijski nefritis	72
I110	Hipertenzivna srčna bolezen z (zastojno) srčno	56
J189	Pljučnica, neopredeljena	43
A4151	Sepsa, ki jo povzroča E. coli	41
I214	Akutni subendokardialni miokardni infarkt	40
N300	Akutno vnetje sečnega mehurja	37
R18	Ascites	37
D500	Anemija zaradi pomanjkanja železa po krvavitva	34
I639	Možganski infarkt, neopredeljen	34
A419	Sepsa, neopredeljena	33
K590	Zaprtje (konstipacija)	29
D509	Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredelje	28
I269	Pljučna embolija brez omembe akutnega pljučneg	28
I633	Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	26
I634	Možganski infarkt zaradi embolije cerebralnih	25
J960	Akutna respiratorna odpoved	24
K703	Alkoholna ciroza jeter	24

Tudi starostna struktura hospitaliziranih pacientov se pričakovano še vedno pomika v smeri višjih starosti. Bolnišničnih obravnav pri starejših od 80 let je bilo v letu 2016 (*tabela 9*) 1.306 (2015: 1.297), to je 43 % vseh hospitaliziranih in skoraj 1.4 % več kot leto poprej. Starejših od 90 let je bilo 153 (2015: 168), hospitalizirani je bili tudi pacient, ki je presegal starost 100 let.

Populacijo pacientov, ki so napoteni na naš oddelek iz domov starejših občanov (DSO), skoraj vedno predstavljajo težji, polimorbidni pacienti, hkrati so pogosto kolonizirani z na antibiotike večkrat odpornimi bakterijami: MRSA, ESBL, Acinetobacter baumannii, VRE ipd.

Najpogostejše glavne diagnoze obravnav teh pacientov so: pljučnica, okužbe sečil, možganska kap, sepse. Zdravljenje teh pacientov je dolgotrajnejše in pogosto zahteva uporabo rezervnih antibiotikov.

Tabela 6: Glavne diagnoze na Internem oddelku od leta 2000 - 2016

GLAVNE DIAGNOZE NA INTERNEM ODDELKU OD LETA 2000 – 2016						
	2000	**2005**	**2010**	**2015**	**2016**	**INDEKS 2015/00**
Bolezni obtočil (I00 - I99)	888	1.021	967	1.045	1.122	126,35

Bolezni prebavil (K00 - K93)	389	378	552	645	633	162,72
Bolezni dihal (J00 - J99)	369	384	417	518	487	131,98
Neoplazme (C00 - D48)	206	228	238	241	254	123,30
Bolezni sečil in spolovil (N00 - N99)	134	132	215	226	259	193,28
Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bol., pri katerih je udeležen imun. odziv (D50 - D89)	69	81	176	134	189	273,91
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laborator. izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00-R99)	172	189	244	213	209	121,51
Nekatere infekc. in parazitske bolezni (A00 - B99)	68	138	192	182	250	367,65
Bolezni živčevja (G00 - G99)	68	81	123	145	104	152,94
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00 - E90)	110	87	102	93	120	109,09
Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00 - T98)	60	53	55	63	57	95,00
Duševne in vedenjske motnje (F00 - F99)	34	33	28	39	31	91,18
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00 - M99)	22	22	20	31	37	168,18
Bolezni ušesa in mastoida (H60 - H95)	3	13	13	15	12	400,00
Bolezni kože in podkožja (L00 - L99)	24	20	13	12	20	83,33
Ostale diagnoze	11	9	4	9	22	200,00
SKUPAJ	2.627	2.869	3.359	3.611	3.806	144,88

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

Vrsta diagnoze	**Diagnoza**	Diagnoze
	I210 Akutni transmuralni miokardni infarkt sprednj	26,00
	I211 Akutni transmuralni miokardni infarkt spodnje	25,00
	I212 Akutni transmuralni miokardni infarkt ostalih	9,00
	I214 Akutni subendokardialni miokardni infarkt	67,00
	I219 Akutni miokardni infarkt, neopredeljen	18,00
	I228 Naslednji miokardni infarkt drugih lokalizaci	1,00
Skupaj		**146,00**

V naši ustanovi je zaposlena tudi specialistka nevrologinja, k specialističnem izpitu pa je poleti leta 2016 pristopil tudi specializant iz nevrologije,ki ga je tudi uspešno opravil. Trenutno v okviru internega oddelka redno, kot konziliarna služba vsakodnevno teče tudi nevrološka dejavnost, ki obravnava paciente 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 2016 na internem oddelku obravnavanih 144 pacientov z možgansko kapjo (leta 2015:168), kar je nekoliko manj kot dve leti poprej.Ves čas smo se pri zdravljenju možganske kapi posluževali sistema TELE - KAPi, dvignilo se je število konzultacij, predvsem kar se tiče fibrinolitičnega zdravljenja akutne ishemične možganske kapi, več o tem načinu zdravljenja pa je podano tudi v poročilu intenzivne internistične enote in poročilu izvajanju storitev Telekapi (Tabela 8).
Glede na podatke partnerskih bolnišnic pa imamo še vedno, kljub novemu urgentnem centru,predolg čas od sprejema,opravljenega CT-ja pa do začetka fibrinolitične terapije.

Rešitev vidim v postavitvi CT naprave v že izgrajen prostor v novem urgentnem centru in pa v potrebni vzpostavitvi Enote za možgansko kap.

Tabela 8: Statistika partnerske bolnišnice Jesenice od januar 2016 december 2016

Leto/ mesec	Št. pacientov	Št. pacientov z IMK	Št. tromboliz	Št. MeR	Video	Rad. slike	Povprečni čas B-T	Povprečni čas Nastop-T	Premestitev
dec.16	**17**	13	6	0	5	14	68,33	193,00	0
nov.16	**11**	6	0	2	5	7	/	/	3
okt.16	**5**	4	0	0	2	3	/	/	0
sep.16	**7**	4	3	1	0	7	72,5	210,0	2
avg.16	**7**	6	2	0	3	4	65,0	155,0	0
jul.16	**7**	5	2	1	2	3	75,0	105,0	1
jun.16	**8**	5	1	0	2	8	148,0	228,0	1
maj.16	**5**	3	1	0	2	4	65,0	105,0	2
apr.16	**5**	1	0	0	0	4	/	/	1
mar.16	**16**	4	1	0	9	11	85,0	130,0	2
feb.16	**9**	5	2	0	6	9	64,5	164,0	2
jan.16	**8**	5	1	0	3	4	30,0	210,0	0
SKUPAJ	**105**	**61**	**19**	**4**	**39**	**78**	**74,81**	**166,67**	**14**

Tabela 9: Število hospitaliziranih pacientov starih 80 let ali več v letu 2016

Starost pacienta	Št. pacientov
80 - 85 let	719
86 - 90 let	418
91 - 95 let	153
96 - 100 let	15
101 -	1
SKUPAJ	1.306

Povprečno je bilo na internem oddelku zasedenih 67.74 postelje od skupno 68 razpoložljivih, kar predstavlja skoraj 100 % zasedenost, kar je veliko več kot leta 2016 in je pokazatelj da ta interni oddelek v teh prostorih deluje v izrazito premajhnih prostorih.
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,leta 2016 pa 6,17 kar je najmanj do sedaj in kaže tudi na veliko obremenitev celotnega teama na internem oddelku,v veliko pomoč pa je tudi koordinatorka odpusta, in je še vedno pod povprečnim trajanjem zdravljenja v primerljivih bolnišnicah.
Povprečna utež obravnav v letu 2016 je bila 1.611 (interni oddelek: 1.676, IIT: 2.925, dnevni oddelek internistika: 0.665). Povprečna utež je za 0.048 nižja od uteži leta 2015. Relativno visoka povprečna utež je v določenem razmerju s trajanjem in višino zdravljenja in nenazadnje tudi pokazatelj kompleksnosti in teže obravnav hospitaliziranih pacientov leta 2016.
Skupno število uteži pri akutni obravnavi 3.529 pacientov je bilo 5683.95, kar predstavlja 29% vseh uteži v celotni akutni hospitalni obravnavi bolnišnice.

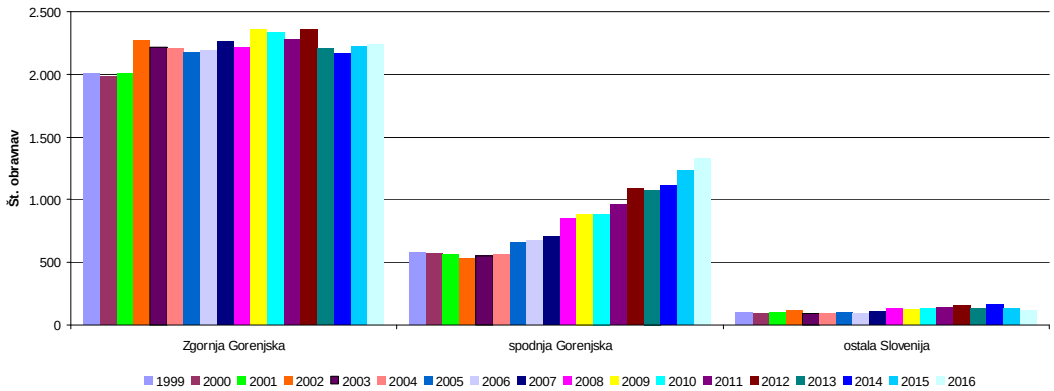
V zadnjih letih še vedno bolj beležimo beležimo zelo opazen postopen stalen porast števila hospitaliziranih pacientov z južnih gorenjskih občin,zlasti po odprtju novega Urgentnega centra, tako da pacienti iz teh občin predstavljajo že 40 % vseh hospitaliziranih na internem oddelku, kar na nek način preprečljivo umešča interni oddelek kot osrednjo splošno internistično ustanovo na gorenjskem. Trendi števila obravnav na oddelku po območnih enotah bivanja od leta 1999 do leta 2016 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 2016

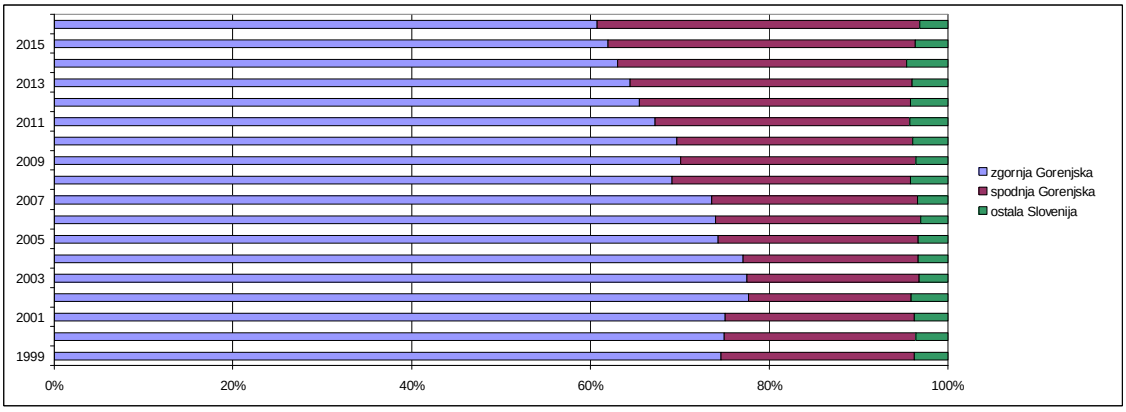
	1999	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016/1999
Zgornja Gorenjska	2.002	2.174	2.331	2.278	2.356	2.204	2.168	2.222	2.239	111,84
Spodnja Gorenjska	580	654	884	966	1.089	1.079	1.112	1.230	1.331	229,48
Ostala Slovenija	100	98	131	145	152	138	159	131	117	117,00
SKUPAJ SLOVENIJA	2.682	2.926	3.346	3.389	3.597	3.421	3.439	3.583	3.687	137,47

Tabela št. 11: Delež obravnav na oddelku po območni enoti bivanja od 1999 do 2016

	1999	2005	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Zgornja Gorenjska	74,65	74,30	67,22	65,50	64,43	63,04	62,02	60,73
Spodnja Gorenjska	21,63	22,35	28,50	30,28	31,54	32,33	34,33	36,10
Ostala Slovenija	3,73	3,35	4,28	4,23	4,03	4,62	3,66	3,17
SKUPAJ SLOVENIJA	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 2016 po območnih enotah bivanja



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

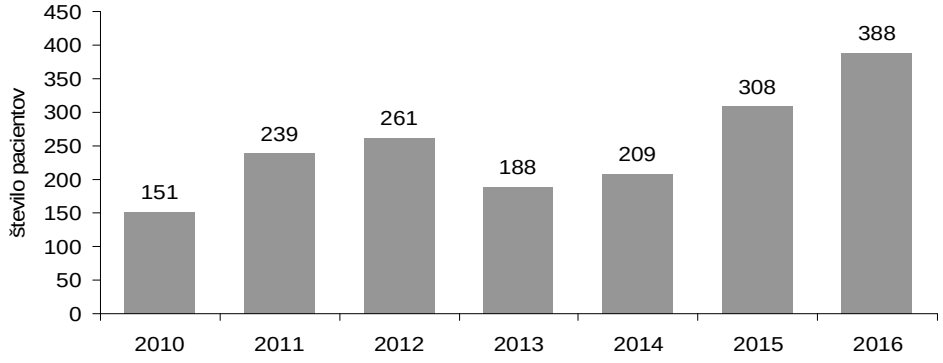
V okviru dnevnega oddelka je bilo leta 2016 skupno 483 obravnav (2015: 348) in gre za znatno zvečanje števila obravnav v dnevnem oddelku leta 2016. Gre za obravnave pacientov za elektivno elektrokonverzijo atrijske fibrilacije in undulacije (po klinični poti) razbremenilno abdominalno in plevralno punkcijo ter kronični hematološki pacienti 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 2016 umrlo 278 pacientov (skupaj oddelek in IIT) (leta 2011: 241, 2012: 267, leta 2013: 290, leta 2014: 267,leta 2015:314), od tega je bilo obduciranih 40 (29 0ddelek, 11 IIT) kar predstavlja 16.1 % vseh umrlih. Obdukcija je bila napravljena pri večini primerih nepričakovane smrti ali nejasne klinične diagnoze, procent obduciranih pacientov 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 pacientih in neoplazme, približno enako kot leta 2014. Umrljivost na internem oddelku se je leta 2016 znižala za 11,2 %. V tabeli 12 je prikazana zastopanost glavnih diagnoz pri umrlih pacientih.

Tabela 12: Število umrlih pacientov po glavnih diagnozah v letu 2016

Poglavje	**Št. umrlih pacientov**
A00-B99 Nekatere infekcijske infekcijske in parazitske bolezni	51
C00-D48 Neoplazme	39
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	5
G00-G99 Bolezni živčevja	4
I00-I99 Bolezni obtočil	90
J00-J99 Bolezni dihal	68
K00-K93 Bolezni prebavil	19
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	8
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični znaki	3
Skupaj	**287**

3 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Leta 2016 je bilo ponovno hospitaliziranih v 28 dneh po odpustu 388 pacientov, kar je seveda opazen porast.
Kazalnik skozi leta prikazuje *grafikon 3*. To so bili predvsem pacienti z boleznimi prebavil), boleznimi obtočil, boleznimi dihal, različnimi opredeljenimi in neopredeljenimi tumorskimi spremembami, anemijo, v sklopu kroničnih in malignih bolezni krvi in krvotovrnih organov .
Ponovni sprejem v mesecu dni po odpustu je kompleksen kazalnik kakovosti. Na
ponoven sprejem lahko vplivajo številni dejavniki: 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 pacientov in slabe socialne okoliščine.



Graf 3: Pacienti zaradi iste bolezni ponovno hospitaliziranih v 28 dneh po odpustu

Že več let v razmišljamo o spremljanju serumskih vrednosti NT-proB natriuretičnega peptida pri pacientih s srčnim popuščanjem. Slednjega zaradi velike klinične uporabe in uporabnosti markerja žal še 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 pacientov: NT-proB natriuretičnega peptida, glomerularne filtracije, kalij, natrij, kalcij, magnezij, albumini, železo, feritin, transferin, konec leta 2015,redno pa v letu 2016 pa je končno polno 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 2015 je prikazana v tabeli 13.

Tabela št. 13: Poraba zdravil in zdravstvenega materiala

Absolutni zneski

	leto 2012	**leto 2013**	**leto 2014**	**leto 2015**	**načrt 2016**	**leto 2016**	**IND na načrt**	**IND na 2015**
Interni oddelek	845.607,57	785.026,95	761.550,21	751.968,15	768.108,19	818.769,46	106,60	108,88
Inter intenzivna terapija	150.304,54	134.914,96	161.070,17	158.933,50	156.000,00	149.824,19	96,04	94,27
INTERNI ODD SKUPAJ	**995.912,11**	**919.941,91**	**922.620,38**	**910.901,65**	**924.108,19**	**968.593,65**	**104,81**	**106,33**

Na pacienta

	leto 2012	**leto 2013**	**leto 2014**	**leto 2015**	**načrt 2016**	**leto 2016**	**IND na načrt**	**IND na 2015**
Interni oddelek	245,96	235,74	229,38	217,71	224,86	226,93	100,92	104,24
Inter intenzivna terapija	43,72	40,52	48,52	46,01	45,67	41,53	90,93	90,24
INTERNI ODD SKUPAJ	**289,68**	**276,26**	**277,90**	**263,72**	**270,52**	**268,46**	**99,24**	**101,79**

V primerjavi z letom 2015 se je poraba zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta na oddelku za interno medicino skupno zvišala za 1.79% in sicer se je na oddelku zvišala za 4.24 % v IIT pa se je glede na leto 2015 opazno znižala za kar 9.76,%. Stroški zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta so bili leta 2016: 268,46 2015: 263,72, leta 2014: 277.90 evrov, leta 2013: 276,26, leta 2012 pa 303,82 evrov.

Vemo so se cene zdravil predvsem zaradi uspešnih javnih razpisov na trgu zniževale tudi leta 2016, tudi na račun prihodov generičnih zdravil in da je delež zdravil tudi zaradi tega v celotnem strošku zdravljenja pacientov tudi leta 2016 bil bolj ali manj primerljiv z letom poprej. Sami pa smo tudi predvsem z rednimi tedenskimi glavnimi vizitami, pregledovanji predpisovanj antibiotikov, protokoli obravnave pacientov pri določenih bolezenskih stanjih (AMI, Pljučna tromboembolija in venska tromboza) skupaj dosegli 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**	**leto 2015**	**načrt 2016**	**leto 2016**
Interni oddelek	325.520,61	327.069,75	323.837,35	368.839,69	364.781,82	420.651,33
Na pacienta						
	leto 2012	leto 2013	leto 2014	leto 2015	načrt 2016	leto 2016
Interna	94,68	98,22	97,54	106,79	106,79	116,59

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 pacienta

	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 pacienta so v letu 2016 v primerjavi z letom 2015 narasli za 16.59 %, indeksirano na pacienta pa 6,79 %, porast je predvsem posledica še vedno naraščanja kontrolnih brisov na več odporne bakterije ,kljub temu da smo že v drugi polovici 2015 pričeli pošiljati brise v SB Slovenj Gradec kjer smo dosegali bistveno nižje cene kot poprej v regionalnem centru.Spremembe si lahko obetamo šele po zaposlitvi kliničnega mikrobiologa in s tem tudi z izvajanjem dolоćenih mikrobioloških preiskav *(Tabela 15).*

Tabela 15: Stroški zunanjih laboratorijskih preiskav leta 2016

INTERNI ODDELEK					
	LETO 2005	**LETO 2010**	**LETO 2014**	**LETO 2015**	**LETO 2016**
NACIONALNI LABORATORIJ ZA OKOLJE IN HRANO (bivši ZZV)	96.061,20	189.150,45	223.422,62	232.022,85	142.007,54
SB SLOVENJ GRADEC				41.393,70	151.710,10
ZAVOD ZA TRANSF. MED.	127,72	59.731,34	59.256,46	50.770,44	59.086,80
KC LJUBLJANA	6.864,16	11.288,98	21.007,94	17.048,74	21.152,83
BOLNIŠNICA GOLNIK	5.314,16	13.172,53	7.360,62	12.402,60	16.258,96
INŠTITUT ZA MIKRO INI IMUNOLOGIJO	4.285,85	7.837,31	6.772,47	7.215,11	14.572,44
ONKOLOŠKI INŠTITUT	996,33	3.484,84	4.301,88	2.539,62	6.538,86
INŠTITUT ZA PATOLOGIJO	5.087,59	1.489,01	1.400,80	412,81	4.269,87
SODNA MEDICINA	0,00		266,20	961,44	80,26
DIAGNOSTIČNI CENTER BLED		280,65			

ADRIA LAB			48,36	4.072,38	4.973,67
ZD JESENICE					
ZD KRANJ					
INŠTITUT ZA VAROV. ZDRAV.	0,00	805,20			
SKUPAJ	**118.737,02**	**287.240,31**	**323.837,35**	**368.839,69**	**420.651,33**

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

Absolutni zneski

Naziv preiskave	**Kol. 2014**	**Kol. 2015**	**Kol. 2016**	**IND kol. 16/15**	**Vrednost 2014**	**Vrednost 2015**	**Vrednost 2016**	**IND količina 16/15**
Eritrociti, v ohranitveni razt.								
Eritrociti, odstranjeni levkociti, v ohr.raztop.	1.470	1.240	1.457	117,50	161.273,63	136.040,40	171.420,39	126,01
Sveža zmrznjena plazma	253	263	299	113,69	16.824,50	17.489,50	21.197,78	121,20
Trombociti, odstranjeni levkociti, zlitje (polna kri)	6		2		1.439,94	0,00	503,03	
Trombociti, obdelani s psoralenom, zlitje iz polne krvi, odstr.levk.	38	23	54	234,78	14.070,26	8.516,21	21.452,54	251,90
Trombociti obdelani s psoralenim, afereza, odstr.levk.	10	3	3	100,00	4.799,80	1.439,94	1.578,24	109,60
Avtologna kri					0,00	0,00		
					198.408,13	**163.486,05**	**216.151,98**	**132,21**
Na pacienta					**59,76**	**47,33**	**59,91**	

Poraba koncentriranih eritrocitov se je v letu 2016 občutno zvišala za 26,01. % v primerjavi z letom 2015. Prav tako se je zvišala poraba s trombocitni pripravki. Poraba plazme se je povečala za 21.2 %.
Kljub temu da so bila leta 2014 sprejeta priporočila zdravljenja s krvnimi pripravki,se je poraba povečala in bo potrebno v letu 2017 ponovno preučiti smernice,pripraviti bo potrebno natančnejšo analizo porabe odnosno predpisovanja. 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 in nefrološki. Načrt programa za ZZZS, izražen v točkah, je bil v letu 2016 je bil v veliki večini dosežen odnosno presežen.

Presežen je bil program ponovno glede na načrt v diabetološki ambulanti (za 12,91, %),v kardiološki ambulanti kar (za13.13%), indeksirano pa glede na leto 2015 višji za (4,5 %),v urgentni internistični ambulanti pa je bil ponovno pričakovano presežen glede na načrt za 24,17 %,glede na leto2015 pa za 7.72 %. 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 2016 je bilo v ambulantah skupno **24.038** pregledov, v diagnostičnih enotah pa **7.347** v letu 2015 pa 6.998 pregledov, podatki so podani v tabeli 19.
V urgentnih internističnih ambulantah (I1,U2) je bilo opravljenih **7.155** pregledov, leta 2015 pa **6.773** pregledov, od tega je bilo **3.179** pacientov hospitaliziranih, kar vse skupaj ponovno potrjuje da je interni oddelek **predvsem akutna ustanova v regiji**. Trendi števila obravnav in pacientov v urgentni internistični ambulanti so prikazani grafikonu 4.

Tabela št. 17: Pregled opravljenih točk za plačnika ZZZS

	Leto 2015	**Načrt 2016**	**Leto 2016**	**IND na načrt 2016**	**IND na leto 15**
Internistična ambulanta	40.660	38.444	36.704	95,47	90,27
Urg.internistična ambulanta	36.358	31.542	39.165	124,17	107,72
Gastroenterologija	125.620	124.192	133.876	107,80	106,57
Kardiologija	84.019	77.606	87.798	113,13	104,50
Diabetološka ambulanta	51.822	47.343	53.455	112,91	103,15

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

INTERNE AMBULANTE	Moški	Ženske	**Skupaj**	Prvi obisk	Ponovni obisk	V hospital	**Skupaj**
EIK internistična konzultacija	7	9	**16**	16	0	0	**16**
I1 urg.internistična amb	1.155	1.399	**2.554**	1.789	3	1.379	**3.171**
U2 internistična urg. Amb	1.471	1.730	**3.201**	2.122	1	1.800	**3.923**
I2 splošna internistična amb	134	176	**310**	272	99	2	**373**
I3 kardiološka amb	230	238	**468**	355	175		**530**
I3P ambulanta za srčno popuščanje	22	9	**31**	28	17		**45**
I3PM ambulanta srčni vzpodbujevalci	26	14	**40**	42	5		**47**
I4 antitrombotična amb	397	307	**704**	78	7.419		**7.497**
I4P antitrombotina amb - DZDR	490	484	**974**	324	1.394		**1.718**
I5 nefrološka amb	247	176	**423**	245	446		**691**
I6 diabetološka amb	1.114	1.136	**2.250**	313	4.681		**4.994**
I6ZV diabetološka amb.zv	108	134	**242**	1	534		**535**
I7 gastroenterološka amb	178	230	**408**	320	178		**498**
SKUPAJ	**5.579**	**6.042**	**11.621**	**5.905**	**14.952**	**3.181**	**24.038**

Tabela 19: Diagnostične enote in opravljeno delo 2016 (absolutno) brez hospitalno opravljenih preiskav

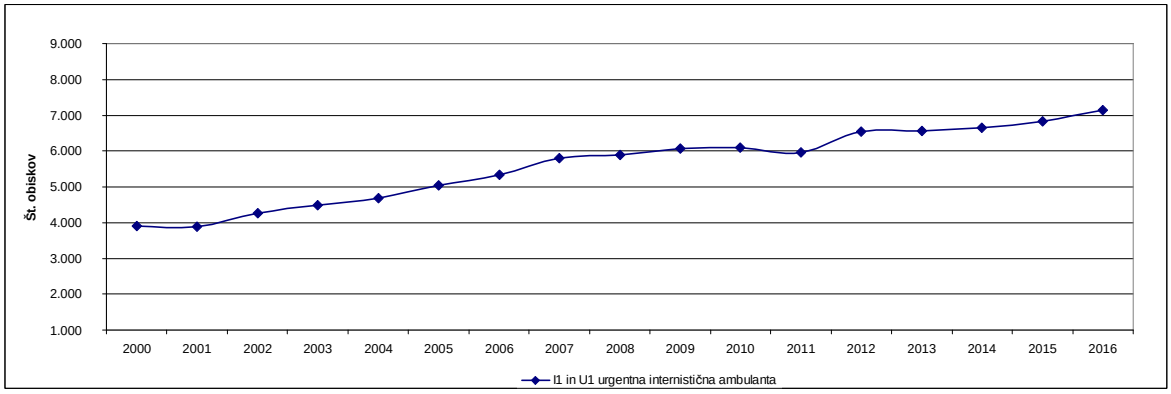
DIAGNOSTIČNE ENOTE	Moški	Ženske	**Skupaj**	Prvi obisk	Ponovni obisk	V hospital	**Skupaj**
10 EKG	5	117	**122**	125	0	0	**125**
11 ehokardiografija	573	612	**1.185**	1.031	262	0	**1.293**

12 obremenitve	352	268	**620**	538	118	0	**656**
13 endoskopije	1.264	1.324	**2.588**	2.653	320	1	**2.974**
16 holter	217	274	**491**	480	33	0	**513**
17 doppler	721	819	**1.540**	1.588	198	0	**1.786**
SKUPAJ	**3.132**	**3.414**	**6.546**	**6.415**	**931**	**1**	**7.347**

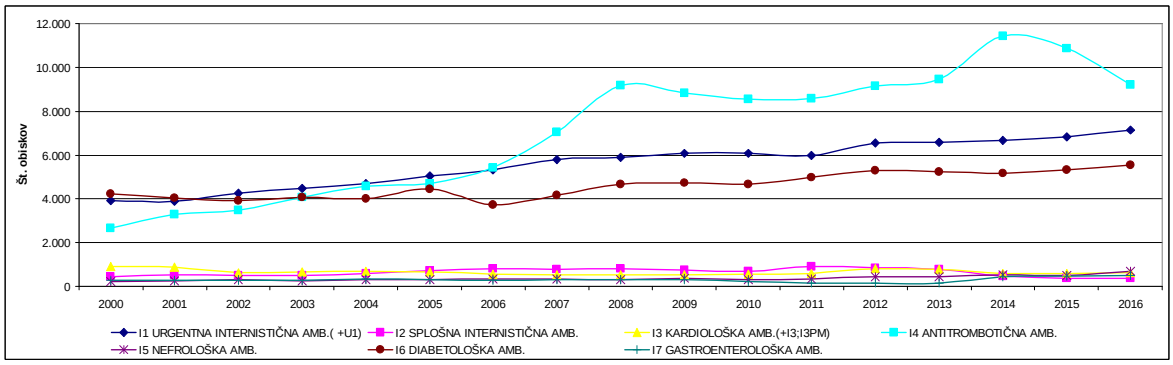
V skupni antitrombotični ambulanti je bilo v letu 2016 9.217 pregledov, leta 2015 pa 10.867 pregledov kar je posledica vodenja določenega števila pacientov na antikoagulantni terapiji v zdravstvenih domovih.
Načrtovan program v enoti za srčno-žilno diagnostiko in preiskave pljučne funkcije, izražen v točkah, je bil v letu 2016 višji za 4.5 % kot leto poprej. Med drugim je bilo opravljeno 1.293 ehokardiografij, 1.786 dopplerskih pregledov ven, 656 obremenitvenih testiranj, 513 24-urnih Holter elektrokardiografij,.
Načrtovan program dela v endoskopski enoti, izražen v točkah, je bil za 6.57 % višji v primerjavi z letom 2015. Leta 2016 je polno zaživela tudi ambulanta za srčno popuščanje in ambulanta za srčne vzpodbujevalce leta 2016 smo s pomočjo kardiovaskularnega kirurga implantirali 51 srčnih vzpodbujevalcev, Podrobnejše poročilo o endoskopski dejavnosti je tudi tokrat objavljeno posebej.

Tabela 20: Opravljeno število obiskov v posameznih internističnih ambulantah od leta 2000 do 2016

	2000	**2005**	**2010**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
I1 URGENTNA INTER. AMB.(+U1)	3.901	5.054	6.092	6.547	6.573	6.661	6.822	7.155
I2 SPLOŠNA INTERNISTIČNA AMB.	435	729	675	836	776	472	378	374
I3 KARDIOLOŠKA AMB.(+I3;I3PM)	897	669	559	823	783	587	602	622
I4 ANTITROMBOTIČNA AMB.	2.659	4.712	8.561	9.154	9.469	11.422	10.867	9.222
I5 NEFROLOŠKA AMB.	220	324	327	451	442	521	498	692
I6 DIABETOLOŠKA AMB.	4.238	4.448	4.681	5.294	5.218	5.172	5.335	5.535
I7 GASTROENTEROLOŠKA AMB.	289	323	211	158	170	447	479	498
Skupaj za organizacijski nivo: AI INT. AMB.	12.639	16.259	21.106	23.263	23.431	25.282	24.981	24.098



Grafikon 4: Rast števila obiskov v urgentni internistični ambulanti od leta 2000 do 2016



Grafikon 5 : Gibanje števila obiskov v diagnostičnih enotah od leta 2000 do 2016

5 ZAKLJUČEK

Leto 2016 je bilo za internistično službo uspešno, saj smo v celoti dosegli in presegli:

- načrtovan in občutno povečan program hospitalne dejavnosti in v veliki večini tudi ambulantne dejavnosti, znatno več dela pa smo opravili tudi v enodnevni obravnavi.
- obvladovali smo porabo zdravil in zdravstvenega materiala na pacienta, slabše pa porabo krvi in krvnih derivatov ter zunanjih preiskav

Pridobili smo štiri mlade specialiste interne medicine, mladega spec. nevrologa,tako da je ekipa spec. po dolgih letih pomlajena, kljub temu pa je skupno število specialistov enako kot leta 2000, obseg dela pa se je v teh letih bistveno povečal. Je pa bilo preteklo leto bistveno lažje kot leta poprej, v smislu organizacije dela, predvsem zaradi dopustov, strokovnih izobraževanj ter razpisovanja 24 urne službe neprekinjenega zdravstvenega varstva in zagotavljanja pokritosti vseh delovišč tako v amb., v Urgentnem centru ter na oddelku.
Kljub vsemu pa se moram na tem mestu zahvaliti za ves trud vsem internistom, pa tudi specializantom, ki so opravili velik obseg dela v novem sodobnem Urgentnem centru.
Leta 2016 smo s sodelovanjem kolegov iz UKC Ljubljana in kirurškega oddelka naše bolnišnice že rutinsko po klinični poti vstavljali srčne spodbujevalce, pričeli tudi z redno ambulanto za te paciente. Prav tako s sodelovanjem kolegov iz UKC Ljubljana in našega kirurškega oddelka je skoraj že popolna obravnava pacientov s periferno boleznijo arterij in izvedli smo tudi nekaj perifernih angioplastik.
Leta 2016 je polno zaživel nov Urgentni center (UC), ki je pričakovano prinesel nov način dela, predvsem pa so se pokazale velike obremenitve celotnega internega oddelka s povečanjem števila napotenih pacientov iz celotne gorenjske. Potrdilo se je žal tudi, da interni oddelek v takšnih, absolutno premajhnih prostorih ne bo mogel več dolgo delovati.
V letu 2017:

- se bodo predvidoma zaposlila mlada specialistka, kar ponovno pomeni občutno izboljšanje kadrovske slike internistične
- prizadevali si bomo realizirati načrtovan program dela tako v bolnišnični kot v specialistično-ambulantnih dejavnostih in diagnostičnih enotah,ter bolje obvladovati stroške zdravljenja zlasti pri racionalnejši porabi zdravil in zdravstvenega materiala ter pri predpisovanju krvi in krvnih preparatov
- želimo si nujne prenove intenzivne internistične enote na lokaciji trenutne ambulante za neinvazivno kardiološko diagnostiko in preselitvi teh ambulant na drugo – prijaznejšo lokacijo ter pričetek hematološke dejavnosti
- izvajali bomo še vedno vse aktivnosti pri pridobivanju dodatnih programov, lahko tudi samoplačniških, športna ambulanta, preventivna ambulanta za managerske preglede
- še bomo poglobili sodelovanje s primarnim zdravstvom zlasti na področju eKonzultacij
- nadaljevali in širili bomo delo na kazalnikih kakovosti
- aktivno bomo sodelovali pri izpolnitvi pogojev za akreditacijo za ISO, DNV

POROČILO O DELU INTERNISTIČNE INTENZIVNE TERAPIJE

Teja Arnež, dr. med.
Strokovni vodja

Sprejemi: 323 pacientov
Število oskrbnih dni: 1219
Število umrlih: 30 pacientov

Število ur umetne ventilacije: 9556 ur pri 69 pacientih
Neinvazivna mehanska ventilacija – CPAP čelada - 7 pacientov

Opravljeni terapevtski posegi:

- elektrokonverzije 70
- elektroda začasnega PM 4
- fibrinolitična terapija pri ishemični možganski kapi 16-krat
- bronhoskopije: 7
- število akutnih hemodializ: 62
- število urgentnih endoskopij: 30 gastroskopij
- perikardiocinteza: 6-krat.

Glede na to, da smo vključeni v projekt telekapi narašča število pacientov z akutno možgansko kapjo, ki zahteva fibrinolitično zdravljenje. Dobro sodelujemo z nevrologoma Borič dr. med. in Notar dr. med.. Izvajamo 24-urni monitoring pacientov ob aplikaciji Levosimendala. Število teh pacientov se povečuje.
Povečuje se število hudo bolnih pacientov, premeščenih iz KOIIM-a zaradi nadaljnjega zdravljenja.
Glede na naravo bolezni so sedaj na prvem mestu pacienti, sprejeti zaradi infektivnih obolenj s šokovnim stanjem, posledično multiorgansko odpovedjo in pacienti s hemoragičnimi šoki. Manj je sprejemov zaradi AKS, saj paciente z nekompliciranim potekom sedaj sprejemamo v PIT. Manjše je tudi število sprejemov zaradi akutnega alkoholnega opoja in zastrupitev. Število pacientov sprejetih zaradi medikamentoznih zastrupitev v suicidalne namene ostaja enako.
Po številu hudo bolnih pacientov (septični šok, hemoragični šok, akutni koronarni dogodek, akutna možganska kap, pljučna embolija, akutna ledvična odpoved, akutna respiratorna odpoved, dekompenzirana alkoholna jetrna ciroza, dekompenzirana srčna bolezen, ….), presegamo okvire zdravljenja internističnih intenzivnih enot na sekundarnem nivoju.
V letu 2016 sta bila v IIT zaposlena dva zdravnika specialista (Arnež dr. med. , Zupančič, dr. med.) ter 10 diplomiranih medicinskih sester in en tehnik zdravstvene nege.. Kadrovsko pomanjkanje zdravnikov nam onemogoča turnusno delo, zato popoldansko in nočno delo ter delo v času vikendov in praznikov pokrivajo dežurni internisti.
Dostopnost do UZ aparata je nekoliko boljša kot v preteklih letih, vendar bi glede na zahtevnost zdravljenja pacientov potrebovali svoj UZ aparat. Problem izpostavljam že več let.
Tudi prostorska stiska ostaja enaka, predvidena selitev v nove prostore je preložena, časovno neopredeljena, glede na vedno večje število težko bolnih pacientov pa postaja nevzdržna.

LETNO POROČILO ENDOSKOPSKE ENOTE

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

Po številu opravljenih gastroskopij, kolonoskopij, ERCP, vstavitev PEG-ov in ostalih redkejših posegov (dilatacij, endoskopski kirurgiji stenoz), ostajamo na zelo podobnem nivoju kot v zadnjih šestih letih.
V SVIT programu smo po padcu v letu 2015 rahlo dvignili število pregledovanih pacientov, tudi na račun dodanih pacientov v starostni skupini med 70 in 75. leti.
Še naprej edini do Ljubljane oz. Kliničnega centra opravljamo 24 - urno službo stalne pripravljenosti, kjer največkrat interveniramo zaradi krvavitev, bodisi iz zgornjih prebavil – večinoma, redkeje iz spodnjih prebavil, pa tudi za odstranitve tujkov, v letu 2016 le iz zgornjih prebavil.
Na področju karcinomov prebavil ugotavljamo še naprej primerno padanje karcinoma širokega črevesa, kar je zagotovo tudi posledica uspešnega programa SVIT, karcinomi želodca ostajajo, kljub obetom, da se bodo zmanjšali po uspešni eradikaciji HP, zaenkrat na enakem nivoju in ne kažejo izrazitejšega padca, močno pa naraščajo, tako v svetu, malignomi pankreasa in tudi malignomi biliarnega sistema ter malignomi jeter.
Še naprej se, sicer bolj zlagoma, povečuje število pacientov z raznimi oblikami KVČB, značilno pa se viša tudi število žilnih bolezni prebavil oz. odsev žilnih bolezni v prebavilih, v prvi vrsti ishemičnih kolitisov, mezenterialnih tromboz, abdominalnih angin. Slednje se začenja, sicer zaenkrat v interventnih rtg centrih v Ljubljani, občasno že uspešno terapirati z dilatacijskimi posegi in stenti.
Na področju gastroskopij posebnih novosti nismo uvedli, razen Hemo-spreja, posebnega praškastega pršila, ki je zelo učinkovit pri difuznih ali slabo obvladljivih krvavitvah, neustavljivih z drugimi vrstami posegov. Prah Hemo spreja napravi nekakšno skorjo, pod katero se lahko stvori soliden koagul in smo ga dvakrat uspešno uporabili pri obsežnih in hemodinamsko pomembnih krvavitvah, kjer je bila motena koagulacija. Prav teh krvavitev, kjer gre dostikrat za dvovrstno antiagregacijsko terapijo in terapijo z bodisi Marivarinom, NOAK ali zelo redko Fragminom, je ob splošnem trendu in skoraj histeriji antikoagulacije pomembno več kot v prejšnjih letih, tako da so danes redki pacienti, ki krvavijo iz primarnega ulkusa dvanajsternika ali želodca ali varic, ne da bi imeli ob tem eno od prej omenjenih zdravil, ki motijo koagulacijo, po grobi oceni redkejši od t.i. naivnih pacientov.
Še naprej nam ostaja izziv vpeljava ligacije varic požiralnika in tudi urgentno obravnavanje krvavitve varic z ligaturami, vendar je število teh sicer življensko ogožujočih krvavitev relativno zmanjšano v primerjavi s predhodnim leti, saj se nespecifični betablokator propranolol uspešno preventivno uporablja in po vtisu precej zmanjšuje frekvenco krvavitev.
Še naprej je pomemben dejavnik bakterija HP, kjer moramo vse pogosteje zaradi povečane rezistence na antibiotike določati kulturo bakterije HP, kar seveda draži endoskopske preiskave. Antibiotične terapije za eradikacijo HP se podaljšujejo, praviloma na 10 – 14 dni. S tega naslova se tudi ni bati izrazitejšega upada števila gastroskopij, ki torej ostajajo zlati standard za odkrivanje in terapijo bakterije HP.
Odstranjevanje tujkov je prav tako na sporedu vsaj enkrat do dvakrat mesečno, občasno so lahko posegi dolgi tudi do 2.5 ure. Na tem mestu naj omenim tudi najdaljšo gastroskopijo, ki je trajala pri mlajšem hemodinamsko nestabilnemu pacientu, ki je imel trivrstno antikoagulacijsko in antiagregacijsko terapijo, z dvemia 5 minutnima presledkoma, tri ure in se je uspešno zaključila z uporabo vseh vrst terapije za zaustavljenje krvavitev, kar jo imamo na razpolago (vbrizg adrenalina, scleroveina, tkivnega histoakrila, postavitev klipov, Hemo-sprej).
Naša želja je, da bi na področju gastroskopij prišli do dodatnih aparatov in s tem omogočili več preiskav in manj čakanja med njimi. Izziv predstavlja odkrivanje zgodnjih sprememb raka na želodcu ter GE stiku in vseh, zlasti displastičnih oblik Barrettovega požiralnika, ki je prekanceroza. Novejši višjeločljivi aparati bi nam to olajšali.

Za endoskopske mukozne disekcije zaenkrat nimamo dovolj izkušenj in kandidatov, ta napredna endoskopska praktično kirurgija ostaja eden od bodočih izzivov.
Dolgotrajna želja, omenjena že v prejšnjih letnih poročilih, ostaja nabava endoskopskega ultrazvoka za oceno sprememb v požiralniku, želodcu, dvanajsterniku ter zlasti pankreasu in žolčevodnem sistemu, uporablja pa se tudi na rektalnem področju ter prostatični in sfinketrski patologiji.

Na ERCP področju se stopnjuje število malignomov in s tem povezanih vstavitev stentov. Potrebno bo začeti z vstavljanjem dalj časa odprtih, a žal tudi dražjih, samorazteglivih neoplaščenih in oplaščenih kovinskih stentov in manj vstavljati običajne plastične biliarne stente, ki se hitreje zamašijo.
Res pa je cena razmerja 1 : 4 – 5, vendar je ob tem jasno manj zapletov in dodatnih ali ponovnih posegov. Sicer na področju ERCP vstavljamo in zdravimo tako bolezni žolčevodnega sistema kot redkeje tudi bolezni na pankreasu.
Duodenoskopa za ERCP sta ta hip še zadovoljiva, potrebno pa je še naklonjenejše odobravanje nabave dodatnih pomagal za izvajanje tudi citoloških preiskav na žolčevodu, od krtačk do posebnih biopsijskih kleščic , povezljivih z vodilno žičko.

Na kolonoskopskem področju opravljamo rutinske polipektomije, ustavljanje krvavitev, seveda biopsije, lahko pa bi tudi postopno začeli (zlasti če bi imeli več aparatov, da bi rutinsko delo hitreje zaključili in se posvetili težjim primerom), posege z endoskopsko mukozno oz. submukozno resekcijo, ki postajajo pri začetnih tumorjih oz. malignih polipih na črevesju zlati standard. Nekaj teh posegov, manših, smo že opravili , zahtevajo pa veliko časa, zlasti v začetku učne krivulje, in ustrezno vrednotenje s strani plačnikov.

Na področju dokumentiranja gastroskopij in ERCP si želimo nabavo, kot že v prejšnjih letih, ENDOBASE ali primerljive digitalne tehnologije oz. programa za shranjevanje slik in pisanje izvidov.

Veseli nas, da se je v sodelovanju z našim laboratorijem in dr. Avberškovo zelo uveljavilo določanje kalprotektina pri KVČB oz. nejasnih diarejah, antigena bakterije HP v blatu ter določanje tkivne transglutaminaze za serološko določanje oz. potrjevanje celiakije. Kot omenjeno že v prejšnjih letih, tu ostaja prostor za določanje laktozne intolerance, sindroma slepih vijug, sindromov preraščanja bakterij na črevesu s pomočjo dihalnih testov. Razmišljamo še o vpeljavi testa elastaze za določanje eksokrine pankreatične insuficience .

Zaenkrat se za ultrazvočne punkcije jeter, prvenstveno v citološke namene, še vedno nismo dokončno zorganizirali, upajmo, da se bo to v letošnjem letu vendarle uredilo.
Na ta način bi hepatologijo dvignili na solidnejšo raven, obenem pa izostrili opredelitev malignomov hepatalno-biliarno-pankreatičnega sistema. Planiramo tudi vstavitev Plevrix sistema za stalno paliativno abdominalno drenažo zlasti paramalignomskega ascitesa pod sterilnimi pogoji, s katero se omogoča stalna drenaža , hkrati pa se praktično izognemo sekundarnemu bakterijskemu peritonitisu, ki se pojavlja pri preprosti stalni drenaži brez zaprtega in podkožno tuneliziranega sistema.

Čeprav ne spada v ožji okvir endoskopij pa vendarle podpiramo tudi načrtovano uvedbo KVČB ambulante za spremljanje pacientov na biološki terapiji.
V endoskopski enoti bomo morali vložiti dodatne napore na več področjih,
paradoksno na nek način tudi na neendoskopskem delu - začenjši s skrbnejšim in še prijaznejšim vpisovanjem pacientov v čakalne vrste, kar je izredno pomembno. Na ta način se bo zmanšala previsoka neudeležba že planiranih preiskav, pogosto tudi posledica predolgo časa čakajočih pacientov. Potrebno se bo dogovoriti za preverbo naročenih preiskav oz. ali pacienti nanje res mislijo priti, saj je abstinenca visoka oz. odstopanja od preiskav brez opravičila in utemeljenega razloga previsoko.

Podobni so tudi ukrepi , ki se planirajo za kontrolo e napotnic na nivoju Slovenije. Testi sterilnosti aparatov in pralnih strojev z izpirki, ki jih redno na pol leta izvajamo, so bili ugodni, tako da nimamo kontaminiranih aparatov z nevarnimi oz rezistentnimi bakterijami.

Še naprej imamo občasno izrazitejše težave pri nabavi dodatnega »delovnega orodja oz tehničnih pomagal« pri endoskopijah, od zank, žic, stentov, klipov do balonov, pegov. Jasno da, da so te stvari drage in da moramo biti kar se da racionalni, pa vendar upamo na nekaj več sredstev. Trend je, da so vsaj zanke za polipektomije za 1 x uporabo, ker je z novimi zankami te posege veliko lažje izvajati.
Potrebno bi bilo, poleg predoperativnega markiranja suspektnihi lezij, zlasti sopodnjih prebavil s Spotom, kar že redno izvajamo, uvesti tudi barvanje določenih lezij in infiltracijo le teh, kadar jih reseciramo, z metilenskim modrilom, s čemer smo delno že v praksi seznanjeni in bo potrebna le še nabava barvila.
Še naprej računamo tudi na pridobitev argon-koagulacije, ki bi se odlično izkazala pri difuznih krvavitvah, terapiji angiektazij, terapiji postradiacijskih spremembah na prebavilih. Zaradi prej omenjenih finančnih omejitev seveda tudi težje naročamo dilatacijske balone, tako za zgornja prebavila kot žolčevodno pankreatični sistem oz. za spodnja prebavila, kar nas sčasoma (velja tudi na splošno za celotno interno in bolnico) lahko privede v stanje, da se na določene modernešje pristope in posege začne premalo misliti oz. se jih zanemarja, tako, da se v končni fazi na račun opuščanja določenih terapij in zanimanja zanje začne manjševati strokovni »libido« zdravnikov.
Postopno, pa vendarle s stalnim naraščanjem, se tudi povečuje število gastroskopskih in kolonoskopskih preiskav v sedaciji, zaenkrat pri tem uporabljamo midazolam, petidin, Spasmex, Analgin, Propofola še ne in tudi ni nujnosti, da bi ga takoj uvedli; upamo pa, da se tudi nanj začne v bodočnosti računati.
Vse ERCP preiskave že sedaj opravljamo v primerno globoki sedaciji.
Še naprej gostuje pri nas pediatrinja gastroenterologinja dr. Požekova, ki odlično in z občutkom opravlja pediatrične gastroskopije in diagnostiko, povezano z njimi.

Kot gostujoči gastroenterologi opravljamo tudi kolonoskopije in gastroskopije ter pp konziliarno službo na KOPA Golnik, kar je novost, ki je načelno dobrodošla in pomeni priznanje naši ustanovi in hkrati po presoji tudi več pacientov za našo abdominalno kirurgijo in večjo opravičenost pridobitve zaposlitve za še enega gastroenterologa.
Kar je dobro, je dejstvo, da smo program v 2016 opravili več kot 100 %, kar je nekaj slabše je, da so aparature zastarele in vsaj kolonoskopi popolnoma izrabljeni, v sicer zelo lepih endoskopskih prostorih.

Veliko brez dodatnih sredstev uresničljivega je še v komunikaciji z pacienti, kolegi, pazljivosti pri rokovanju z napravami, paziti pa moramo tudi, da v zmešnjavi e napotnic, e receptov, e diagnoz in e posegov ne pozabimo na čisto navadnega analognega pacienta.

POROČILO O DELU CENTRA ZA HEMODIALIZO

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

1 OPRAVLJENO DELO LETA 2016

Decembra 2015 smo v Centru za hemodializo zdravili 38 pacientov, od tega 25 z zapletenimi načini nadomestnega zdravljenja kot so hemofiltracija, hemodiafiltracija, biofiltracija, ostale paciente pa s klasično bikarbonatno metodo.

Število pacientov se glede na leto 2015 bistveno sicer ni spremenilo, se je pa občutno povečalo število dializnih procedur, zlasti akutnih, kar je podano v tabeli spodaj.
Leta 2016 je umrlo 5 pacientov (2015 8 pacientov), ki so bili vključeni v program nadomestnega zdravljenja s hemodializo, še vedno so vzroki smrti na prvem mestu infektivna stanja, s pridruženimi boleznimi kardiovaskularnega sistema. V program nadomestnega z dravljenja je bilo vključenih 7 pacientov, praktično vsi iz naše nefrološke ambulante in pred vključitvijo so bili vsi deležni preedializne edukacije. Tudi v lanskem letu nismo imeli pacienta v programu peritonealne dialize. Uspešno je bil transplantiran en pacient.
Leta 2016 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 prevzema vodenje vseh akutnih dializ, tako v IIT kot EITOS, ker smatram, da so vse akutne dialize potrebne vodenja predvsem pa indiciranja le - teh s strani izkušenega, strokovno usposobljenega specialista internista – nefrologa. Velika večina pacientov, ki so v programu nadomestnega zdravljenja s hemodializo in sicer kar 86.3 % dobiva novejše analoge eritropoetina, 47.0 % analoge vitamina D3, 25.1 % kalcimimetike, povprečna vrednost hemoglobina je 10.9 g/L, povprečna vrednost intaktnega parathormona je 292 pg/ml.
Leta 2016 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 pacientov se zaradi odpovedi žilnega pristopa že dalj časa dializira preko katetrov in leta 2016 smo imeli dve katetrsko sepsi. Še vedno se pojavlja problem kolonizacije pacientov z več odpornimi bakterijami, kar povzroča dodatne probleme pri oskrbi teh pacientov, predvsem zaradi prostorske utesnjenosti Centra za hemodializo, ki je bil sicer pred leti moderniziran.
Dializni center SB Jesenice je med najbolj tehnološko opremljenimi centri v Sloveniji, še vedno nas čaka samo še računalniška podpora oziroma povezava vseh aparatov v mrežo, kar bo omogočilo natančnejše in sprotno spremljanje vseh parametrov dializnega zdravljenja naših pacientov.
Kot rečeno sta v letu 2016 sta delovala v Centru za hemodializo dva internista, 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	**Realizacija leto 2015**	**Načrt leto 2016**	**Realizacija leto 2016**	**IND na načrt**	**IND na leto 15**
število dializ I	2.071	2.071	2.093	101,06	101,06
število dializ II	311	311	261	83,92	83,92
število dializ III	3.085	3.085	3.331	107,97	107,97
število IV	0	0	0		
število V	0	0	0		

Opomba: Za ostale plačnike smo opravili še 182 dializ tipa II in III

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 2016 smo se na internem oddelku osredotočali na varen potek dela in doseganje kazalnikov kakovosti v zdravstveni negi (ZN).

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

1.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Predstavitev kazalnikov kakovosti, ki jih spremljamo na internem oddelku v letu 2016.

CILJ RZP:	Število pacientov s pridobljeno RZP 20/leto.
AKTIVNOSTI	Preventiva in oskrba RZP po standardu SBJ, izvajanje ukrepov in spremljanje učinkovitosti.
EVALVACIJA	Cilj v letu 2016 ni dosežen. Beležimo 27 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 51 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 2016 beležimo 9 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 2016 smo na int.odd. uvedli 38 osrednjih venskih katetrov, skupno število katetrskih dni je 716. Beležimo eno katetrsko rast-St. haemolyticus.
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 zabeleženih pet odklonov na temo napačnega apliciranja zdravila. 8.9.2016 smo imeli vzročno posledično konferenco na temo nepravilnega postopanja z implantirano podkožno vensko valvulo. Ena vzročno posledična konferenca pa je bila iz leta 2016 prestavljena na začetek leta 2017. Namen konference bo predstavitev primera napačnega apliciranja zdravila. Vsi ukrepi so izvedeni. Prav tako so bile na omenjene odklone opravljene VV, ki so shranjene pod posamezne odklone.
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 lab. 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 kad. insuficienc.

	Redno se vrši podajanje zdravstveno vzgojne vsebine na oddelku. Ambulanta v letu 2016 ni delovala v polni meri, zaradi kadrovskih insuficienc v zdravstveno negovalnem timu.
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 učinkovit. 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 izobr. na odd. se trudimo čim večkrat izpeljati. Prav tako so se zaposleni redno udeleževali izobraževanj v okviru SBJ. Na zunanjih izobr. je bilo udeleženih 34 MS. Imeli smo tudi aktivno udeležbo na 9. mednarodni znanstveni konferenci Fakultete za zdravstvo Jesenice: Pojavnost verbalno agresivnih pacientov na internem odd. v Splošni bolnišnici Jesenice (Mateja Denžič, Alenka Bijol). Pod uredništvo zbornika ob 60. obletnici organiz. delovanja Društva MSBZT Gorenjske se je podpisala Alenka Bijol. Izdali smo tudi zbornik Učinkovito upravljanje s časom. V internem glasilu Bolje, sta zaposleni Irena Šenk in Anja Novak predstavili delovanje tima v okviru vstavljanja srčnih spodbujevalnikov.

2 RAZVOJ IN NOVOSTI NA PODROČJU STROKE NA INTERNEM ODDELKU

2. 1 KLINIČNE POTI

V letu 2016 smo pripravili klinično pot Enodnevna obravnava internističnih pacientov (SOP KP 54). Svojo klinično dejavnost smo uspešno razširili na vzpostavitev srčnih spodbujevalnikov. Pri tem aktivno sodelujeta Irena Šenk, dipl. m. s. in Anja Novak, dipl. m. s. Paciente obravnavamo po novi klinični poti SOP KP 49 Vstavitev trajnega srčnega spodbujevalnika – Pacemaker. V letu 2016 je bilo vstavljenih 65 srčnih spodbujevalnikov. 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 razvijanje 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 tako na oddelku, kot v ambulantah, smo imeli v letu 2016 devet sestankov (5 ambulantni del ter 4 oddelčni del).

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

3. 1 ODKLONI S PREDLOGI IZBOLJŠAV

Na internem oddelku je bilo v obdobju od 1.1.2016 do 31.12.2016 zabeleženih v računalniško aplikacijo ART 10 odklonov. Vsi odkloni so bili strokovne narave. Vsebina odklonov je bila naslednja: namestitev identifikacijske zapestnice, aplikacija zdravila brez predhodnega predpisa zdravnika, rokovanje z zdravili, napačno rokovanje z lističi za merjenje krvnega sladkorja, na oddelek pripeljan s transportno službo napačen pacient, delovanje trofaznih vtičnic, neustreznost hladilnikov za pokojne, nepravilno postopanje z implantirano podkožno vensko valvulo, nihanje temperature hladilnika, ponevedoma izklopljen zvonec, popravljen predpis terapije na temperaturnem listu - za nazaj. Vsi odkloni so bili obravnavani, uspešno rešeni in zaključeni.
8.9.2016 smo imeli vzročno posledično konferenco na temo nepravilnega postopanja v zvezi z implantirano podkožno vensko valvulo.

3. 2 POROČILO O IZVEDENIH VARNOSTNIH VIZITAH/RAZGOVORIH

V tabeli 1 je prikazano število opravljenih varnostnih vizit v letu 2016 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	30	33	97 %
Odgovorne MS na oddelku	101	110	98 %
Odgovorne MS v ambulanti	4	7	99 %
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 (večkrat se ponovijo naslednje: padec pacientov, ogroženost za nastanek RZP, higienski pregled, rokovanje z ostrimi predmeti, predpis zdravil): Povečano število padcev na oddelku, urejenost sanitarnega izliva, padec pacienta na rtg preiskavi, pravilna namestitev kisikovega ventila, uporaba inkontinenčnih pripomočkov, narkotični obliži, čiščenje omar na oddelku, uporaba razkužila, aplikacija zdravil po NGS, higienski pregled, ustno naročilo aplikacije terapije po telefonu, odnos do sodelavcev pri nadzorih, ločevanje odpadkov, identifikacija pacienta, spremembe na koži, inzulinska terapija, informacije pacientu pred operativnim postopkom, točenje vode, namestitev i.v. kanile, čakanje na informacije zdravnika, mrliška knjiga, osvežilna kopel, predaja pacienta, pogovor o PVU, zapestnica z namenom identifikacije pacienta, označevanje vreč z odpadki, čiščenje opreme za telemetrijsko obravnavo pacienta, neustrezna preventiva za preprečitev nastanka RZP, neustrezno shranjevanje pacientovih pripomočkov, neustrezno očiščeni lavorji za osebno higieno, neustrezno ločevanje ostrih premetov, seznanjenost zaposlenih o pravilni izbiri diete pri pacientih s sladkorno boleznijo, manjkajoči podpisi izpolnjevalcev na sprejemnem listu ZN, namestitev klicne naprave, shranjevanje zdravil umrlih, čiščenje pacientove okolice.			

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 v začetku leta 2016 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.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2017

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 0,6. Incidenca vseh padcev pacientov na 1000 BOD1,8.**
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. Vzpostavitev evidenčnega skladišča z beleženjem zdravil preko čitalca. Preureditev depoja za zdravila po abecednem redu (preureditev glede na aktualne in dostopne paralele zdravil).
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:	**Zdravstvena vzgoja pacienta, ki prejema antikoagulantno terapijo**
KAZALNIK	Čim širša pokritost in zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v ambulantnem in hospitalnem delu.
CILJ ZN INT. 4:	**Izboljšanje varnosti in kakovosti dela na oddelku.**
AKTIVNOSTI	Izvajanje VV po načrtu; sodelovanje v projektnih skupinah, beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti ukrepov; izvajanje letnih razgovorov z usklajevanjem matrike znanj; razvijanje novih kliničnih poti; razvijanje novih standardov kakovosti za področje internistične ZN.
KAZALNIK	Število VV, število VV koordinatorice ZN in predstojnika število sodelujočih v projektnih skupinah; število odklonov s predlogi izboljšav; št. izpeljanih letnih razgovorov ter število dopolnjenih matrik znanj glede na izvedene letne razgovore; število na novo vpeljanih kliničnih poti; število na novo vpeljanih standardov kakovosti.
CILJ ZN INT. 5:	**Izobraževanje**
AKTIVNOSTI	Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku 30 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 2016 smo z uvedbo vstavljanja srčnih spodbujevalnikov in tako nove obravnave pacienta, z dodatnim znanjem in delovno mesečno obremenitvijo opolnomočili zaposleni Anjo Novak dipl. m. s. in Ireno Šenk, dipl. m. s.
V letu 2017 bomo nadaljevali z ambulantno obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem in pregled pacientov z vstavitvijo stalnih srčnih spodbujevalcev.
V letu 2016 smo s prevzemom ambulantnega dela, ki sedaj spada pod internistično službo, organizirali 4 skupne sestanke. Na sestankih smo tako dorekli in poenotili nekatere obrazce in beleženje evidenc, ki so potrebne v mesečnih pregledih.
V punkcijskem prostoru je bilo tekom leta obravnavanih po klinični poti za punkcije 145 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 celotnem internem oddelku uvedli beleženje obr 7 Dnevna bilanca zaužite tekočine. Z beleženjem smo prišli do pregleda zaužite tekočine v celotnem tednu.
V letu 2016 je Elisa Kadić, dipl. m. s. ponovno pričela z aktivnostmi na področju edukacije pacientov z sladkorno boleznijo na oddelku. V sodelovanju z Matejo Bahun, mag. zdr. neg. prof. zdr. vzg.. tako omenjeno področje, ki je zelo obsežno, veliko bolj natančno pokrivamo.

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. Želimo slediti sodobnim standardom zdravstvene nege, kjer je v središču zdravstvene nege pacient, ki nam je zaupan v oskrbo. Še naprej bomo sledili h 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

V letošnjem letu smo največ časa namenili projektu izgradnje nove intenzivne enote, ki bi bila kar trikrat večja od obstoječe. Prav tako smo se osredotočali na varno in kakovostno zdravstveno nego.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Še vedno je v enoti 11 zaposlenih v zdravstveni negi, kadrovskih sprememb nismo imeli.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

Tabela 1: Prikaz deleža posamezne kategorije ZN v IIT po mesecih v letu 2016

IIT														
	2014	**2015**	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec
1. kat														
2. kat					1,9									
3. kat	**41,0**	**35,0**	4,8	59,8	53,0	41,2	39,6	53,9	48,3	60,8	30,5	12,5	32,4	44,2
4. kat	**59,0**	**65,0**	95,2	40,2	45,1	58,8	60,4	46,1	51,7	39,2	69,5	87,5	67,6	55,8

1.2 REALIZACIJA CILJEV / KAZALNIKOV

CILJ	**Brez prenosa večkratno odpornih bakterij**
AKTIVNOSTI	Ukrepi za prepreč. VOB, aktivno sodelovanje v proj. skupini udeležba na izobr.
EVALVACIJA	Imeli smo sedem prenosov VRE, tri prenose ESBL in 2 prenosa MRSA. V projektno skupino sta vključeni 2 MS, v kateri aktivno sodelujeta, udeležba na delavnicah in izobraževanjih, zaposleni smo se udeležilevali izobraževanj 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.
EVALVACIJA	Vstavljenih je bilo 86 OVK, od tega smo oddali 13 konic in nobena ni bila kolonizirana, ni bilo katetrskih seps. **Učinkovitost – 100%**
CILJ	**Visoka strokovna usposobljenost negovalnega tima**
AKTIVNOSTI	Spremljanje, prijava in udeležba na notr. in zun. strokovnih izobr., sodelovanje pri projektnih skup. in poročanje, aktivne udeležbe na notranjih in zunanjih strokovnih seminarjih, sodelovanje pri izobr. pripravnikov, org. delavnice/izobr. za enoto.
EVALVACIJA	Udeležba na notranjih in zunanjih izobraževanjih, v projektne skupine so vključeni vsi zaposlenih iz enote, nekateri sodelujejo celo v več skupinah hkrati. 1 zaposlen je sodeloval pri izobraževanju pripravnikov, organizirali smo delavnico uporabe CPAP maske, in sodelovanja pri bronhoskopiji, 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	15	52	94,2%
Odgovorne MS odd.	26	47	87,23%
Pred. odd. in koord. ZN	0	0	
Skupaj	41	99	90,90%

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu 2016 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 v vseh projektnih skupinah.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2017

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

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V CENTRU ZA HEMODIALIZO

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

UVOD

V letu 2016 smo bili na našem oddelku kar aktivni.V februarju smo izdelali Klinično pot za vključitev pacienta v program kronične hemodializa- SOP KP 51. Resnično nam je v veliko pomoč, kadar v program kroničnega nadomestnega zdravljenja s hemodializo vključujemo novega pacienta. Veliko manjša je možnost, da kaj spregledamo oz. zgrešimo. V praksi se nam res odlično obnese.
V letu 2016 smo še nadgradili naše znanje pri delu z dializnimi monitorji ARTIS. S pridom uporabljamo čedalje več možnosti, ki nam jih ta dializni monitor ponuja - predvsem dajemo poudarek t.i. HEMOKONTROLI. Če v dializni aparat vnesemo pacientovo predvideno telesno težo, spol, starost, višino, monitor sam izračuna, koliko tekočine moramo pacientu odvzeti. Monitor nam pokaže ali ima pacient še rezerve tekočine v telesu ali pa ga ne smemo več izsuševati. Skratka, za naše paciente tako še bolj kakovostno skrbimo, predvsem so pa na hemodializi še bolj varni .
Do 31. 12. 2016 smo v kronični hemodializni program na novo vključili osem (8) novih pacientov. Vsi ter večina tistih, ki se še zdravijo v nefrološki ambulanti, so šli tudi skozi predviden program preddializne edukacije, kar je pri nas postalo že stalnica.
Redno tudi izvajamo akutne dialize pri pacientih z akutno odpovedjo ledvic in se sicer zdravijo v EITOS, IIT, na internem ali kirurškem oddelku.
V letu 2016 so umrli štirje naši kronični pacienti, en pacient pa je bil v mesecu oktobru 2016 klican na transplantacijo ledvice.
Lani smo se tudi zelo razveselili namestitve cevne pošte, kar je bila za nas dobrodošla novost. Za njo se vsem zaslužnim iskreno zahvaljujemo.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

Konec poletja nas je zapustila in odšla na drugo delovno mesto ena srednja medicinska sestra. Na novem delovnem mestu smo ji zaželeli veliko uspeha in osebnega zadovoljstva.
Trenutno je v enoti zaposlenih 8 dipl. m. s., 1 viš. med. ses. in 1 ZT.

Spomladi sta dve dipl. m. s. opravili izobraževanje in pridobili naziv case managerja. Čestitamo!Po najboljših močeh sodelujemo v različnih projektnih skupinah. Se pa zavedamo, da bi bilo na tem področju lahko še veliko bolje.
Skrbimo za stalno strokovno izpopolnjevanje, še vedno pa nam "šepa" na področju aktivnega sodelovanja na izobraževanjih znotraj ali izven SBJ. Bomo skušali to popraviti...

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE

Ker smo lani "pridobili" dve pacientki, ki sta VRE pozitivni, smo največ varnostnih vizit in razgovorov imeli na to temo. V našo sredo smo povabili tudi gospo Jano Lavtižar, bolnišnično higieničarko. Zaenkrat ob upoštevanju vseh navodil zadevo dobro obvladujemo.
Nikoli ni odveč, da obnavljamo znanje o razkuževanju rok. Temu ter pravilnemu zagotavljanju kontaktne izolacije smo namenili največ časa. Mislim, da se nam glede na rezultate nadzornih kužnin to kar obrestuje, seveda pa nikoli nismo tako dobri, da ne bi mogli biti še boljši.
Izdelali smo tudi obrazec z navodili novim pacientom, izdelati pa smo dali tudi vizitke s pomembnimi telefonskimi številkami (naš dializni center, prevozniki na in z dialize). Pacienti in njihovi svojci so s tem zelo zadovoljni.
Tudi v letu 2016 smo izpopolnjevali in nadgrajevali našo dokumentacijo. Mislim, da se vsi zaposleni čedalje bolj zavedamo pomena pravilno izpolnjene zdravstvene dokumentacije. Trudimo se, da vse, kar se pri pacientu dogaja, tudi vestno in sproti beležimo.

2.1 IZVAJANJE KAKOVOSTNE IN VARNE OSKRBE HEMODIALIZNIH OSREDNJIH VENSKIH KATETROV

V tem odstavku ne bom izgubljala odvečnih besed - mislim, da je tabela dovolj zgovorna. Poleg tega se izvajajo redni strokovni nadzori nad samo zdravstveno nego hemodializnih osrednjih venskih katetrov (HD OVK.)

2.1.1 POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (KATETERSKE OKUŽBE KRVI) CENTER ZA HEMODIALIZO (januar – marec 2016)

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	7	3	3	0	17	**0**
IIT	7	0	0	0	0	**0**
INT.ODD.	0	0	0	0	0	**0**
Center za HD	4	6	5	1	938	**1.07** kat.dni (CR-BSI's**)** **0.107 %** (št.kolon. HD OVK /št.kat.dni x100
UKC	1	0	0	0	0	**0**
DC TRBOVLJE	1	0	0	0	0	**0**
DC CELJE	2	0	0	0	0	0
Skupaj	22	9	8	1	955	1.05 kat.dni CR-BSI's) 0.105 % (št.kolon. HD OVK/št.kat.dni x100

2.1.2 POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (KATETERSKE OKUŽBE KRVI) CENTER ZA HEMODIALIZO (april – junij 2016)

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 januar-marec**
EITOS	1	0	0	0	0	0
IIT	5	1	1	0	6	0
INT.ODD.	0	1	1	0	12	0
Center za HD	1	1	1	0	99	0
UKC	2	0	0	0	0	0
DC TRBOVLJE	1	0	0	0	0	0
DC CELJE	0	0	0	0	0	0
Skupaj	10	3	3	0	117	0

2.1.3 POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (KATETERSKE OKUŽBE KRVI) CENTER ZA HEMODIALIZO (julij – september 2016)

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 januar-marec**
EITOS	3	0	0	0	0	0
IIT	3	0	0	0	0	0
INT.ODD.	1	0	0	0	0	0
Center za HD	6	3	3	0	646	0
UKC	0	0	0	0	0	0
DC TRBOVLJE	1	0	0	0	0	0
DC CELJE	0	0	0	0	0	0
Skupaj	14	3	3	0	646	0

2.1.4 POROČILO O KAZALNIKU KAKOVOSTI 72 (KATETERSKE OKUŽBE KRVI) CENTER ZA HEMODIALIZO (oktober – december 2016)

HD OVK (uvedeno v enoti)	**Število (novo) vstavljenih OVK**	**Št.vseh poslanih konic na MKB**	**Število katetrov brez rasti**	**Št. katetrov z rastjo**	**Št. katet. dni** (konice poslane na MKB)	**Incidenca v mesecu januar-marec**
EITOS	6	1	1	0	26	0
IIT	0	0	0	0	0	0
INT.ODD.	0	1	0	1	218	**4.6** kat.dni (CR-BSI's**)** **0.46 %** (št.kolon. HD OVK/št.kat.dni x100
Center za HD	8	6	6	0	1566	0
UKC	0	0	0	0	0	0
DC TRBOVLJE	2	1	1	0	538	0
DC CELJE	0	0	0	0	0	0
Skupaj	16	9	8	1	2348	**0.42** kat.dni (CR-BSI's**)** **0.04 %** (št.kolon. HD OVK/št.kat.dni x100

2.2 SPREMLJANJE MIKROBIOLOŠKE NEOPOROČENOSTI DIALIZATOV

Na dializnih monitorjih ARTIS vsakih 45 dni jemljemo vzorce dializne raztopine na mikrobiološke preiskave. Imamo še štiri stare monitorje AK200 US, kjer to storimo vsaka dva meseca – za te monitorje to zadošča, ker na njih ne izvajamo on-line metod.
S ponosom lahko povem, da smo pri vseh kontrolah lani zabeležili 100 % neoporečnost dializatov. Tudi tu se vidi, da se trudimo za kakovostno in varno ZNO.

3 ZDRAVSTVENO - VZGOJNO DELO S PACIENTI V PREDDIALIZNEM OBDOBJU, KRONIČNIMI PACIENTI TER SVOJCI OBOJIH

V letu 2015 smo to delo dobro zastavili. V letu 2016 nam je najprej šlo zelo dobro, v drugi polovici leta pa smo na tem področju stagnirali. Res včasih zmanjka časa, a vseeno bi se morali zavedati, da je ZV delo ena temeljnih nalog MS. Problem je tudi, da če ZV delo že poteka, se ga ne beleži v BIRPIS.
To smo že večkrat obravnavali na oddelčnih sestankih. Določili smo dipl. m. s., ki bo redno nadzirala izvajanje Z – V dela ter beleženje le tega. V končni fazi s tem lahko dokažemo svoje delo na tem področju.

4 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

Lani je bilo opaziti precej večje zanimanje za izobraževanja, organizirana znotraj SBJ, pa tudi za zunanja. Zato smo precej presegli limit, ki nam je bil odobren v ta namen.
V marcu 2016 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); Od otroštva naprej na svoje ledvice glej (2016). V obeleženje tega dne smo aktivno vključili tudi učence osmih razredov OŠ Toneta Čufarja Jesenice.
25. 5. 2016 smo aktivno sodelovali na Dnevu odprtih vrat, kjer smo izvajali meritve krvnega sladkorja, krvnega pritiska, svetovali o prehrani itd.
Konec septembra 2016 se 1 dipl. m. s. udeležila mednarodnega kongresa EDTNA/ERCA v Valenciji. O novostih je poročala 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.

5 CILJI ZA LETO 2017/2018

Do konca letošnjega leta načrtujemo še izdelavo klinične poti za izvajanje akutne hemodialize, izdelati pa moramo tudi protokol oz. klinično pot za akutno dializo hepatitis B pozitivnega pacienta. V naši enoti namreč nimamo zagotovljenih osnovnih pogojev za to - tak pacient mora imeti svojo garderobo, svoj WC, posteljna enota more imeti tudi svoj umivalnik in sanitarni izliv. Lani smo se s tem problemom srečali že dvakrat. Enkrat je bil pacient premeščen v UKC Ljubljana, v drugem primeru pa smo hemodializo izvajali v IIT, kjer je bil pacient tudi sicer hospitaliziran**.**
Naš glavni cilj za leto 2017 pa je, da končno pričnemo z izvajanjem bikarbonatne citratne hemodialize. V ta namen smo zaprosili za nakup perfuzorja, krvne črpalke ter analizatorja krvi, ker brez tega te dialize ne moremo izvajati.
Na področju varstva zasebnosti pacientov nismo dosegli bistvenega napredka. Glavni razlog je še vedno prostorska stiska. Smo se pa vključili v na novo osnovani projektni tim za zasebnost.
V letu 2017 moramo izvesti še anketo o zadovoljstvu naših pacientov ter njihovih svojcev.
Radi bi tudi natančno opredelili naloge, ki jih ima vodja tima.
Ogromno pa moramo še delati na področju izboljševanja delovne klime.

6 ZAKLJUČEK

Po najboljših močeh skušamo slediti našim ciljem. Vedno ne gre vse kot po maslu, ampak se bomo potrudili, da bodo ob koncu leta rezultati čimboljši. Zavedati se moramo, da smo tu vsi samo in edino zaradi pacienta ter da vsi pripadamo istemu oddelku in isti matični ustanovi.
Ob tem se zahvaljujem vsem sodelavcem izven naše enote, ki cenijo naše delo. Vsem hvala za dobro sodelovanje.

STROKOVNO POROČILO URGENTNEGA CENTRA

Robert Carotta, dr. med. specialist kirurg
Predstojnik Urgentnega centra SB Jesenice

UVOD

Leto 2016 je bilo za Enoto nujne medicinske pomoči leto privajanja na nove prostore Urgentnega centra ter prilagajanj delovnih procesov ob prihodu sodelavcev iz Zdravstvenega doma Jesenice. Eden pomembnejših mejnikov je bila pridružitev Enote Nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Jesenice, ki od 15. 1. 2016 stalno deluje v Urgentnem centru SB Jesenice, organizacijsko pa še vedno ostaja v okviru OZG Jesenice.

Naš nov Urgentni center (UC) ima preko 1.300 m2 uporabnih delovnih površin, kar je omembe vredna pridobitev. Organizacija dela je v začetku leta ostala enaka, saj se je bilo potrebno najprej navaditi na nove prostore. Že takoj se je zaradi razpršenosti delovišč pojavil problem pomanjkanja kadra, kar smo v letu 2016 postopno reševali z zaposlovanjem. Z manjšimi korekcijami opreme smo rešili problem majhnosti ambulant. Eden največjih problemov pa je bila nefunkcionalnost avtomatskih krilnih vrat v ambulante. Prisiljeni smo jih bili odklopiti od sistema avtomatskega odpiranja na ročno. Na testiranju je sistem izmenjujočega ročnega in avtomatskega zapiranja, saj vsaka sprememba v UC potrebuje soglasje ministrstva za zdravje. Za nemoteno in lažje delo potrebujemo še spremljevalne prostore, 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.

V novih prostorih je Enota za Nujno medicinsko pomoč pričela delovati po stari organizacijski shemi in se je v osnovi delila na kirurško in internistično urgentno službo. Metodologija delovanja urgentnih centrov opredeljuje celostno obravnavo vseh pacientov z nujnimi stanji na enem mestu z ali brez napotnice.

UC Jesenice se deli na naslednje enote:

- Enota za triažo in sprejem
- Enota za bolezni
- Enota za poškodbe
- Enota za „hitre preglede“
- Enota za opazovanje in nadzor
- Enota za oživljanje
- Mobilne enote MoREA in Moe NRV

Na začetku so torej v UC Jesenice delovale enota za bolezni oziroma internistično prvo pomoč in enota za poškodbe oziroma kirurška prva pomoč. Enota za oživljanje je sestavljena iz dežurne ekipe bolnišnice in ni v celoti stalno prisotna v UC. Enota za triažo in sprejem je pričela delovati 4.1. 2016, ko je bila opravljena prva triaža. Nosilec dejavnosti v Enoti za »hitre preglede« in mobilnih enotah je osebje ZD Jesenice, dejavnost teh dveh enot se je torej v UC pričela s prihodom osebja ZD Jesenice in sicer 15. 1. 2016. Z novim letom in po dodatni zaposlitvi kadra je pričela delovati tudi enota za opazovanje.

Že pred samim pričetkom dela v UC smo opozarjali na pomanjkanje kadra, ki se je pojavilo predvsem zaradi novi dejavnost kot sta triaža in opazovanje. V letu 2016 smo zaposlili 6 DMS, 1 MS, 2 administratorja in pridobili dve specializaciji iz urgentne medicine za potrebe našega UC.

V spodnji tabeli št.: 1 je razvidno dejansko število zaposlenih v UC konec leta 2016 in število potrebnih glede na standarde navedene v Metodologiji za naš UC. V tej tabeli ni navedeno osebje potrebno za delovanje mobilnih enot in Enote za hitre preglede.
Za optimalno delovanje po standardih MZ torej potrebujemo še 48 novih zaposlitev. Delovišča posameznih enot se medsebojno prepletajo, prav tako začenjamo tudi s prepletanjem kadra.

Tabela 1: Kadrovski razrez UC Jesenice

	Standard po metodologiji	**Stanje UC Jesenice 2016**
ZD. SPECIALIST 1 (internist)	6,9	5
ZD. SPECIALIST 2 (kirurg)	7,5	5
ANESTEZIOLOG	2,6	0
URGENTNI ZDRAVNIK	5,20	2 specializaciji
DMS/DZ	32,7	16
SMS/ZT V URGENCI	17,0	11
ORTOPEDSKI TEHNOLOG	5,3	2
OP. MS	3,2	0
BOLNIČAR	8,5	0
INŽ. RADIOLOGIJE	5,2	3
ADMINISTRATOR	17,0	4
SKUPAJ	**111,1**	**48,0**

Pacient se ob prihodu v UC najprej administrativno vpiše, nato sledi triaža po Menchesterskem triažnem sistemu. Triažna MS mu po tem sistemu določi stopnjo nujnosti (rdeč, oranžen, rumen, zelen, moder), pacientom brez napotnice pa po triažni matrici določi še specialnost zdravnika, ki ga bo obravnaval. Po zaključeni obravnavi je bodisi sprejet v bolnišnico ali odpuščen v domačo oskrbo.

V nadaljevanju sledi poročilo po posameznih enotah.

1 ENOTA ZA TRIAŽO IN SPREJEM

Njeno delovanje se je pričelo 4. 1. 2016 ko je bila opravljena prva triaža. Dejavnost opravlja 7 triažnih medicinskih sester (TMS) z opravljenim tečajem, ki so seveda delujoče tudi v ostalih enotah. V letu 2016 je bilo opravljenih 34.668 triaž, kar pomeni 2.600 – 2.900 triaž mesečno. Zaradi premajhnega števila TMS se triaža ponoči izvaja po sistemu »vsak svoje«, triažo izvaja osebje nočne izmene posamezni enot po že omenjenem Manchesterskem sistemu, saj v nočni izmeni ni dodatne TMS.
Po opravljenem administrativnem opisu TMS opravi triažo po Menchesterskem triažnem sistemu in določi stopnjo nujnosti.
Primer triažnega algoritma je predstavljen v sliki 1. Pacient je lahko razvrščen v 5 stopenj nujnosti, ki določajo tudi maksimalni čas do obravnave na pregled, kar prikazuje tabela številka 2. Pacientom, ki so prišli brez napotnice, pa s pomočjo matrice določi še specialnost zdravnika, ki jih bo obravnaval. Primer matrice prikazuje tabela 3.

Slika 1: Primer triažnega algoritma

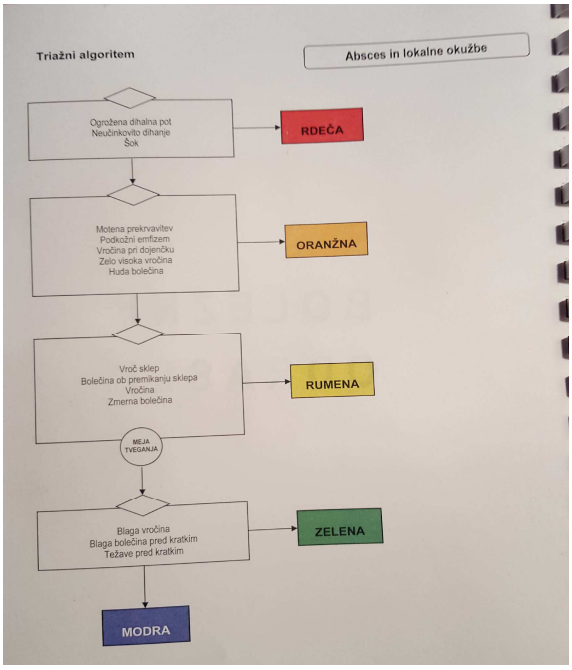


Tabela 2: Stopnje nujnosti in čas do obravnave

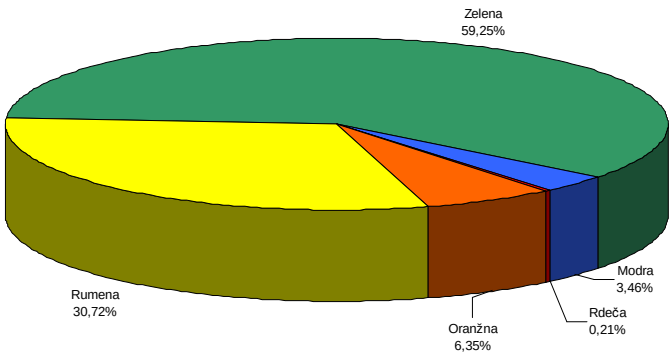
	Stopnja nujnosti	*Max. čas do obravnave*
RDEČA	TAKOJŠNJA OSKRBA	0 min
ORANŽNA	ZELO NUJNA	10 min
RUMENA	NUJNA	60 min
ZELENA	STANDARDNA	120 min
MODRA	NENUJNA	240 min

Tabela 3: Triažna matrica

	Triažna kategorija / obravnava pri specialistu				
Vzrok prihoda / vodilna težava	1	2	3	4	5
1. Absces in lokalne okužbe	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
2. Alergija	REA	INP	SM/DM	SM/DM	SM/DM
3. Astma	REA	INP	SM/DM	SM/DM	SM/DM
4. Boleč vrat	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
5. Bolečina v hrbtu	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
6. Bolečina v prsih	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
7. Bolečina v testisu	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
8. Bolečina v trebuhu (odrasli)	REA	INP	SM/DM	SM/DM	
9. Bolečina v žrelu	REA	SM/DM	SM/DM	SM/DM	SM/DM
10. Diabetes	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
11. Dispneja pri odraslem	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
12. Driska in bruhanje	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM

Spodnji grafični prikaz v sliki št. 2 prikazuje deleže stopenj nujnosti v letu 2016.

Slika 2: Deleži stopenj nujnosti



Triaža je eden ključnih dejavnikov za kvalitetno obravnavo nujnih stanj v UC. Zaradi pomanjkanja TMS ne moremo izvajati triaže 24 ur dnevno. Triažo mesto je le eno, zato predstavlja ozko grlo pri obravnavi, saj pogosto pacienti na triažo čakajo dlje kot po triaži na obravnavo. Ročno vpisovanje podatkov še dodatno podaljšuje triažni postopek. TMS nima nadzora nad zunanjo čakalnico, v primeru več nujnih obravnav pa mora zapustiti triažno mesto in pomagati pri obravnavi že triažiranih pacientov. Čakanje na triažo se s tem še podaljšuje.

2 ENOTA ZA HITRE PREGLEDE

Enota za hitre preglede oziroma Ekipa NMP ZD Jesenice v prostorih UC deluje nepretrgoma 24 ur dnevno od 15. 1. 2016. Stalno je prisoten vsaj eden zdravnik, ob njegovi daljši odsotnosti v primeru terenske intervencije, paciente višje stopnje nujnosti prevzameta zdravnika iz enote za bolezni in poškodbe, kar je zavedeno v triažni matrici. Pregledi pokretnih pacientov se izvajajo ambulant, pregledi nepokretnih in pacientov višje stopnje pa se izvajajo v velikem diagnostično terapevtskem prostoru. Pacienti rdeče ali oranžne stopnje so praviloma z njihove strani pripeljani v reanimacijski prostor.
V letu 2016 je enota izvedla 9.596 ambulantnih urgentnih obravnav in 1.722 intervencij na terenu. V primerjavi z letom 2015 so opravili 2,8% več ambulantnih obravnav in 1,3% manj intervencij na terenu. Predvsem ob vikendih in praznikih opravlja ta enota tudi naročene preveze in terapije, opravili so 370 tovrstnih obravnav. Skupno je torej ta enota v letu 2016 opravila 11.688 obravnav.

3 ENOTA ZA POŠKODBE

V enoti za poškodbe je 24 ur dnevno prisoten vsaj eden specialist ali specializant kirurgije. Pregledi pokretnih pacientov se izvajajo v dveh ambulantah, pregledi nepokretnih in/ali pacientov oranžne in rdeče stopnje pa se izvajajo v velikem diagnostično terapevtskem prostoru, tako imenovani opazovalnici, ali reanimaciji. Ambulantni kirurški posegi se izvajajo v šivalnici ali urgentnem operacijskem bloku.
V letu 2016 je bilo obravnavanih 20.979 pacientov, leta 2015 pa 22.886, kar je torej za 8,3 % manj kot leta 2015. V hospitalno obravnavo je bilo sprejetih 2.247 pacientov, leta 2015 je bilo sprejetih 2.262, kar je torej za 0,7 % več kot leto prej. Opravljenih je bilo 4.216 ambulantnih kirurških posegov in od tega 92 v splošni anesteziji.

Junija 2016 smo pričeli tudi z izvajanjem dnevnih hospitalizacij v okviru UC tako imenovani DKU. V okviru DKU obravnavamo paciente, ki potrebujejo kirurški poseg z predoperativnimi pripravami in pooperativni nadzor in paciente katerih diagnostika in terapija poteka dalj kot 4 ure. Od junija do decembra 2016 je bilo v okviru DKU obravnavanih 196 pacientov. Mavčarskih storitev v okviru enote za poškodbe UC je bilo 3.468, kar je povprečno 9,5 storitve dnevno. V tabeli 4 prikazujemo število obravnav po vzrokih.

Tabela 4: Podatek o vzrokih obravnave v enoti za poškodbe

KIRURŠKI PRVI PREGLEDI	Št. obravnav
neopredeljeno	37
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitne bolezni	94
C00-D48 Neoplazme	396
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	2
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	79
F00-F99 Duševne in vedenjske motnje	1
G00-G99 Bolezni živčevja	79
H00-H59 Bolezni očesa in adneksov	2
H60-H95 Bolezni ušesa in mastoida	1
I00-I99 Bolezni obtočil	128
J00-J99 Bolezni dihal	17
K00-K93 Bolezni prebavil	774
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	1.926
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	1.625
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	129
O00-O99 Nosečnost, porod in poporodno obdobje	2
P00-P96 Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem obdobju	2
Q00 do Q99 Prirojene malformacacije, deformacije	6
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in lab.izvidi	925
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve	14.594
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje	160
Skupaj	**20.979**

4 ENOTA ZA BOLEZNI

V enoti za bolezni je 24 ur dnevno prisoten vsaj eden specialist ali specializant interne medicine. Pregledi vseh pacientov se izvajajo v opazovalnici ali reanimaciji.
V letu 2016 je bilo obravnavanih 7.155 pacientov, leta 2015 pa 6.822, kar je za 4,8 % več kot leta 2015. V hospitalno obravnavo je bilo sprejetih 3.201, v letu 2015 pa 3.081, kar je za 3,9% več kot leto prej. Junija 2016 smo pričeli tudi z izvajanjem dnevnih hospitalizacij v okviru UC tako imenovani DKU. V okviru DKU obravnavamo paciente, katerih diagnostika in terapija poteka dalj kot 4 ure. Od letu 2016 je bilo tako obravnavanih 506 pacientov. V tem številu so poleg nujnih zajeti tudi naročeni pacienti na primer pacienti, ki zaradi kronične anemije potrebujejo transfuzije krvnih derivatov, paliativni pacienti, pacienti za konverziji srčnih aritmij. V tabeli 5 prikazujemo število obravnav po vzrokih.

Tabela 5: Podatek o vzrokih obravnave v enoti za bolezni

INTERNISTIČNI PRVI PREGLEDI	Št. obravnav
neopredeljeno	19
A00-B99 Nekatere infekcijske in parazitne bolezni	327

C00-D48 Neoplazme	182
D50-D89 Bolezni krvi in krvotvornih organov	275
E00-E90 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	285
F00-F99 Duševne in vedenjske motnje	105
G00-G99 Bolezni živčevja	179
H00-H59 Bolezni očesa in adneksov	3
H60-H95 Bolezni ušesa in mastoida	28
I00-I99 Bolezni obtočil	1.451
J00-J99 Bolezni dihal	738
K00-K93 Bolezni prebavil	1.041
L00-L99 Bolezni kože in podkožja	53
M00-M99 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	112
N00-N99 Bolezni sečil in spolovil	460
O00-O99 Nosečnost, porod in poporodno obdobje	4
Q00 do Q99 Prirojene malformacacije, deformacije	2
R00-R99 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in lab.izvidi	1.747
S00-T98 Poškodbe, zastrupitve	80
Z00-Z99 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje	64
Skupaj	**7.155**

5 ENOTA ZA OPAZOVANJE

Enota za opazovanje deluje v opazovalnici, kjer je 11 postelj in dve v dveh izolacijskih prostorih. V tem prostoru poteka poleg opazovanja svoje delo opravljajo enota za bolezni in občasno enoti za poškodbe in »hitre preglede« in naj praviloma ne presega 4 ure, izjemoma do 24 ur. V enoti za opazovanje so dopoldan in popoldan preko tedna 3 DMS in 2 SMS, ponočni in preko vikenda 2 DMS in 1 SMS. Od junija do decembra 2016 je bilo opravljenih 4.910 opazovanj pacientov iz enot za poškodbe in bolezni.
Zaradi prezasedenosti internega oddelka pogosto prihaja do dolgega čakanja že sprejetih pacientov v opazovalnici na prosto posteljo internega oddelka, kar posledično pripelje do daljše obravnave in prostorske stiske s povečano obremenitvijo osebja. V operacijskih dvoranah UC smo ena do dvakrat tedensko pričeli tudi z izvajanjem operativnih posegov v lokalni in splošni anesteziji v okviru dnevnega oddelka. Pacienti po posegu v splošni anesteziji potrebujejo pooperativni monitoring, ki se izvaja v opazovalnici ali kirurških oddelkih, odvisno od zasedenosti opazovalnice. Internistični dnevni oddelek je že dolgo nerešen prostorski problem, ki se trenutno občasno rešuje tudi na račun velike opazovalnice. Tipičen primer je pacient, ki potrebuje ambulantno transfuzijo krvnih derivatov.

6 PRIDRUŽENE ENOTE

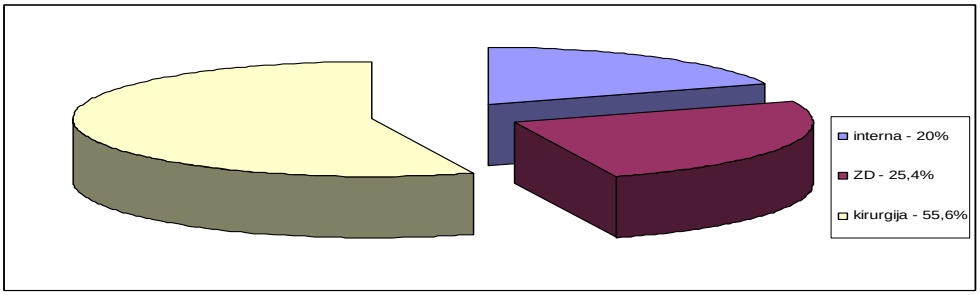
Z delom Urgentnega centra so tesno povezane tudi druge enote in oddelki bolnišnice. V prvi vrsti to velja za Radiološki oddelek, ki je v letu 2016 za UC poleg ogromnega števila rentgenskih slikanj opravil še 1.956 CT preiskav, 41 magnetnih resonanc in neugotovljivo število UZ preiskav. Števila rentgenskih slikanj in urgentnih UZ preiskav je nemogoče ugotoviti iz našega informacijskega sistema.
Poleg omenjenega oddelka sta tesno povezani tudi Enota za endoskopije, ki je opravila 195 nujnih endoskopij in Enota za srčno - žilno diagnostiko, ki je opravila 130 Dopplerskih preiskav in 8 nujnih EHO srca.

7 POVZETEK DELOVANJA V LETU 2016 IN STRATEGIJA ZA PRIHODNJE

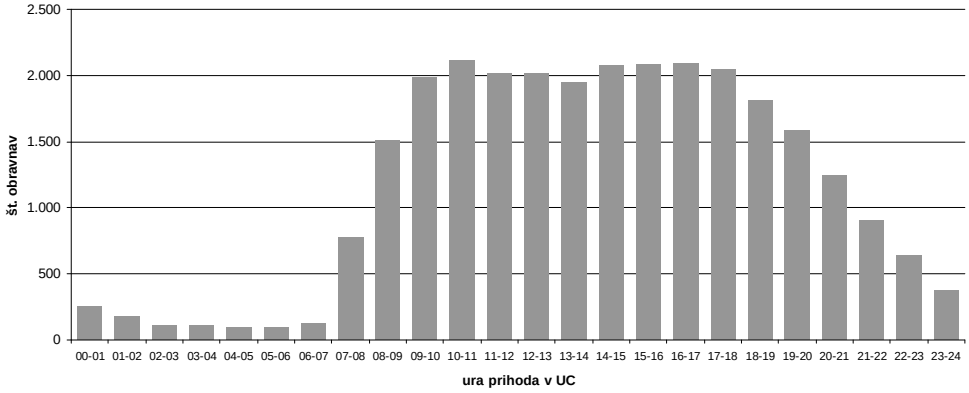
Prvo leto delovanja v novih prostorih UC je naša enota uspešno prestala. S skupnimi močmi smo dokaj gladko združili delovanje službe NMP iz ZD Jesenice in bolnišnične enote NMP.

Po začetnih težavah smo vzpostavili triažo in opazovalnico. Z dokupom dodatnih omar, vzpostavitvijo UKV povezave na ključnih mestih, dokupom računalniške opreme, montažo glasovnega pozivnika za rentgensko diagnostiko in nekaj elektroinštalacijskimi dodatnimi deli smo zadovoljivo normalizirali delovanje. Glavni problem pa še vedno ostajajo vrata, katerih problematika je že naravnost epska.
Vseh urgentnih obravnav v našem UC je bilo leta 2016 37.730, v letu 2015 pa je bilo opravljenih 39.039. V letu 2016 smo torej obravnavali 1.309 urgentnih primerov manj kot leto poprej, kar je 3,3% manj. V sliki številka 3 prikazujemo grafični prikaz števila obravnav po posameznih enotah, v sliki številka 4 pa dnevni razrez števila pacientov po urah.
V decembru smo imeli 1. sejo Skupine za nadzor delovanja UC, ki jo sestavljajo predstavniki oddelkov za kirurgijo, interno, pediatrijo in anestezijo in ZD Jesenice ter vodja ZN UC in predstojnik UC.
Urgentna dejavnost je vse prej kot dejavnost, ki jo je mogoče natančno načrtovati. Ob dnevih močno povečanega števila obravnav in ob dejstvu deficita kadra prihaja do navidez kaotičnega stanja neurejenosti in posledično povečane nevarnosti nastanka neljubih dogodkov, ki so lahko usodni za paciente. V izogib temu je potrebno zaposliti še manjkajoči kader in optimizirati klinične poti. Izdelana je že klinična pot za obravnavo AKS, v izdelavi pa sta poti za obravnavo CVI in politravmo.

Slika 3: Število pacientov po enotah



Slika 4: Dnevni razrez števila pacientov



Ekipa NMP ZD Jesenice se je uspešno umestila v nove prostore, ki pa so po velikosti bistveno manjši od prostorov, ki so jih imeli v ZD Jesenice. Zaradi neenotnih informacijskih sistemov in organizacijske ločenosti prihaja vsakodnevno do nepotrebnih težav kot so naprimer: nepotrebna dvojna obravnava, nezmožnost dostopa do izvidov, nepotrebne napotitve in tako dalje, kar vse nepotrebno podaljšuje obravnavo in vnaša nejevoljo med zaposlene in paciente.

3.3 Urgentni center

V letu 2017 bomo nadaljevali z aktivnostmi za organizacijsko združitev.

V finančnem načrtu 2017 – 2021 imamo naslednje nakupe, naj omenim le največje:

- CT aparat,
- sistem za prelaganje pacientov,
- 3 anestezijske aparate s hemodinamskim monitorjem za reanimacijski prostor (1x) in operacijski urgentni dvorani
- Odtajevalec SZP,
- mavčarska miza,
- kirurški inštrumentarij,
- prenosni UZ,
- reanimacijski nahrbtnik,
- otroški anestezijski voziček.

Poleg nabave medicinske opreme smo v FN za prihodnja leta vključili tudi izdelavo nujno potrebnih dodatnih prostorov za osebje in reševalna vozila v kletnih prostorih UC in rešitev problema požarnih sektorjev ter vrat.
Postopno bomo zaposlili še manjkajoči kader. Po dodatni zaposlitvi ustreznega kadra bo mogoče izpeljati izvedbo urgentnih kirurških posegov v dopoldanskem času v urgentnih operacijskih prostorih, kar bo bistveno pripomoglo k normalizaciji dela v kirurškem bloku saj bo takoimenovanih poprav operativnega programa zaradi nujnih operaciji in posledičnega odpadanja operacij elektivnih pacientov bistveno manj. S tem ocenjujem, da se bo povečala storilnost in izboljšala klima med zaposlenimi, da o nezadovoljstvu »odpadlih« pacientov sploh ne govorim.

STROKOVNO POROČILO GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKE SLUŽBE

Eva Macun, dr. med., spec. ginekologije in porodništva
Predstojnica službe

UVOD

V letu 2016 smo na ginekološko - porodniškem oddelku ponovno obravnavali večje število porodov kot v predhodnem letu in bili ponovno ena redkih porodnišnic, ki se ji je število porodov povečalo. Delovni program smo na hospitalnem nivoju izpolnili v celoti in dosegali visoko povprečno utež oddelka. Kadrovsko smo ostali v enakih okvirih, pomagala nam je kolegica specialistka, ki se je pri nas zaposlila s polovičnim delovnim časom, ker smo imeli daljšo bolniško odsotnost ene od kolegic. Celo leto smo bili brez svojih specializantov, zato smo za pomoč zaprosili Ginekološko kliniko Ljubljana in ena specializantka se je odločila, da opravlja 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, ker nas v letu 2017 čaka hudo pomanjkanje kadra, ki ga ne bomo mogli tako hitro nadomestiti.

1 ORGANIZACIJA ODDELKA

Prostorske in posteljne kapacitete se v letu 2016 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. V letu 2016 smo naredili tudi nadstandardno sobo ali sobo za sobivanje otročnice in partnerja, ki smo jo odprli oktobra. Zanimanje za sobivanje je zmerno, vendar bodo lahko prostore kot nadstandardne uporabljali tudi drugi oddelki. Obnovili smo tudi prostor za posebno nego novorojenčka in izgradili babiško ambulanto, ter prenovili prostore za osebje v porodnem traktu ter oddelčno pisarno. Na oddelku je tudi urgentna ginekološka ambulanta, ki jo uporabljamo kot prostor za ambulantno histeroskopsko diagnostiko in operativo in je tudi potrebna prenove. 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 in UZ ambulanto. Od jeseni 2016 je zaprt center za bolezni dojk, ker je bil mamograf dotrajan, nakup novega pa bi bil neracionalen.

V okviru službe je bilo v letu 2016 zaposlenih:

- 7 zdravnikov specialistov (1 zdravnica dela s skrajšanim delovnim časom)
- 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 2016 in CILJI ZA LETO 2017

- **Ohranitev zadostnega števila specialistov za redno delo:** V letu 2016 smo bili brez ene specialistke, ki je bila na daljši bolniški odsotnosti. 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. V letu 2017 se soočamo s hudo kadrovsko stisko in ne bo možno realizirati cilja.
- **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 2016 smo sodelovali tudi z našimi abdominalnimi kirurgi in anesteziologi.
- V letu 2016 je bila v SBJ uvedena MRI male medenice, ki pomaga 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 2016 se je dokončno uveljavila ambulantna diagnostična in operativna histeroskopija, ugotavljamo, da predstavlja veliko prednost.
- **Sodelovanje z ginekologi izven bolnišnice:** V letu 2017 bomo še intenzivneje sodelovali z zunanjimi sodelavci in ambulantnimi ginekologi predvsem v naši regiji, z namenom obveščanja in strokovnega usklajevanja. Obveščali 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 Ljubljana nam je program uspelo opraviti v celoti. Bili smo pripravljeni narediti še več teh operacij, vendar nam jih ZZZS ni dodelil. Tudi v letu 2017 bomo sodelovali na razpisu in skušali program opraviti.
- **Izdelava novih kliničnih poti:** V letu 2016 smo začeli uporabljati težjo klinično pot – vodenje zdrave nosečnosti za obravnavo zdrave nosečnice s strani babice in ginekologa. Klinično pot bomo dopolnjevali in dograjevali
- **Skrb za popolnejše vodenje dokumentacije:** V sodelovanju s strokovno direktorico skušamo odpravljati pomanjkljivosti v izpolnjevanju dokumentacije in pri predpisovanju zdravil. V letu 2016 smo opravljali glavne vizite. 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 2017.
- **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 2016 nam teh babic ni uspelo zaposliti To bomo skušali v letu 2017.

- **Morbiditetno - mortalitetne konference:** Imeli smo eno MM konferenco na kateri so sodelovali kolegi iz več različnih centrov, ki so bili vključeni v obravnavo pacientke z rakom na materničnem vratu.
- **Izobraževanje:** v letu 2016 smo aktivno sodelovali z več prispevki na različnih izobraževanjih predvsem v Sloveniji. Tudi v letu 2017 bomo skušali čim več aktivno sodelovati na strokovnih srečanjih doma in v tujini.

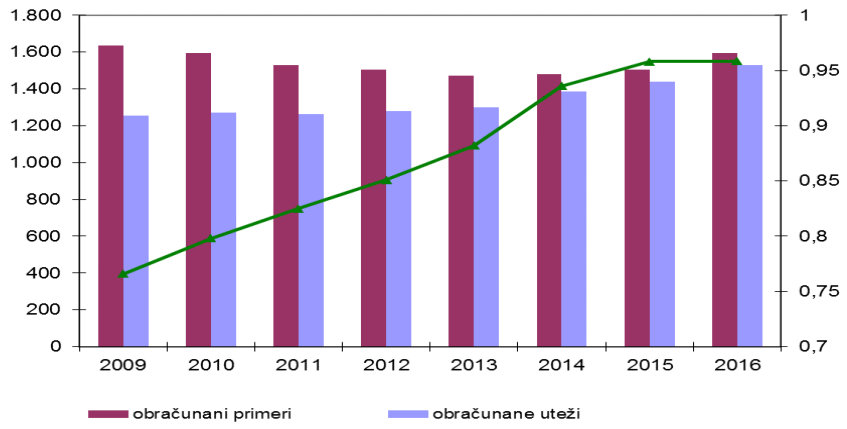
3 OPRAVLJENO DELO V LETU 2016

3.1 BOLNIŠNIČNA DEJAVNOST

Načrtovani hospitalni program smo v letu 2016 opravili v nekoliko večjem obsegu kot v letu 2015. 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 2017 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 2017 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 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 2016

	realizacija leto 2015	načrt 2016	realizacija leto 2016	INDEKS real/načrt	INDEKS 16 / 15
gin por oddelek	**1.527**	**1.593**	**1.623**	**101,88**	**106,29**
- SKUPAJ ZZZS	1.503	1.569	1.594	101,59	106,05
- ostali plačniki	24	24	29	120,83	120,83

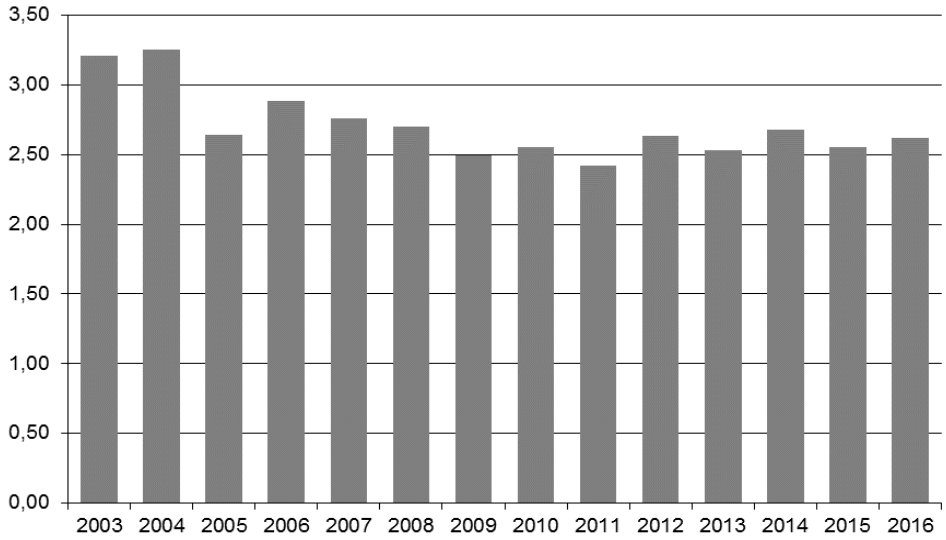


Graf 1: Gibanje obračunanih primerov in uteži na ginekološko - porodniškem oddelku

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
2016	1.594	1.527,60	0,958

V letu 2016 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 2016 je bila ponovno nekoliko daljša kot v letu 2015 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

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 urologa, s katerim bi lahko veliko sodelovali. Naraslo je število sterilizacij, kar kaže na to, da si ženske želijo stalne zaščite, ki ni hormonska in jo je potrebno stalno jemati.

Tabela 3: Najpogostejše diagnoze na ginekološkem oddelku od leta 2008 do leta 2016

Diagnoza	leto 2008	leto 2009	leto 2010	leto 2011	leto 2012	leto 2013	leto 2014	leto 2015	leta 2016
N393 Stresna inkontinenca	14	12	17	52	57	76	82	76	78
O049 Medicinski splav, popolni ali	96	123	120	127	122	90	81	82	72
Z302 Sterilizacija	56	52	36	43	23	28	32	27	48
N840 Polip materničnega telesa	30	31	42	34	55	39	52	49	42
O021 Splav z odmrlim plodom	53	42	53	49	49	52	41	38	36
N832 Druge in neopredeljene ciste	30	23	36	28	38	32	32	31	29
N813 Popolni uterovaginalni zdrs	15	24	16	10	38	27	25	24	24
N950 Pomenopavzna krvavitev	29	32	34	15	20	18	20	17	23
N979 Ženska neplodnost,	10	30	41	46	41	37	34	23	22
D061 Eksocerviks (zun. stena mat.v.)	20	1	11	5	6	9	25	18	20
N879 Displazija materničnega vratu,	104	57	45	49	57	25	19	22	19
D251 Intramuralni leiomiom maternice	22	14	14	18	17	17	10	20	17

Tabela 4: Najpogostejše diagnoze na porodnem oddelku od leta 2008 do leta 2016

Diagnoza	leto 2008	leto 2009	leto 2010	leto 2011	leto 2012	leto 2013	leto 2014	leto 2015	leto 2016
O800 Spontani porod v glavični vstavi	474	499	544	486	539	610	629	699	756
O820 Porod z elektivnim carskim rezom	38	47	51	52	30	68	92	77	86
O81 Porod enojčka s forcepsom in vakumskim ekstra	0	0	0	0	0	36	25	33	38
O470 Nepravi porod pred dopolnjenim 37. tednom nos	25	33	39	22	35	16	10	19	15
O471 Nepravi porod ob ali po dopolnjenem 37. tedno	11	15	14	12	15	15	9	16	13
O13 Gestacijska (nosečnostna) hipertenzija	1	2	2	1	0	2	3	6	4
O219 Bruhanje med nosečnostjo, neopredeljeno	0	0	2	1	0	0	1	2	3
O343 Oskrba matere zaradi nezadostnosti maternične	1	2	0	0	2	4			
P399 Infekcija, značilna za perinatalno obdobje	0	0	0	0	0	1	11	4	2

Tabela 5: Najpogostejši SPP primeri obračunani na ginekološkem oddelku v letu 2016

koda	opis grupe	utež	št.primerov	št.uteži
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	0,65	108	70,21
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	1,28	105	134,42
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,43	68	29,22
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36	64	23,04
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,70	46	78,21
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	0,56	45	25,21

Tabela 6: Razporeditev SPP - jev na ginekološkem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2016

koda	opis grupe	utež	št.primerov	št.uteži
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	1,28	105	134,42
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,70	46	78,21
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	0,65	108	70,21
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tv	1,37	23	31,51
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,43	68	29,22
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	0,56	45	25,21
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36	64	23,04

Tabela 7: Najpogostejši SPP primeri obračunani na porodnem oddelku v letu 2016

koda	opis grupe	utež	št.primerov	št.uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami,	0,91	626	569,64
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami,	1,17	105	122,86
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	59	100,90
O64Z	Lažni porod	0,33	28	9,24
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	27	42,93
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami,	1,11	27	29,97
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	21	44,31

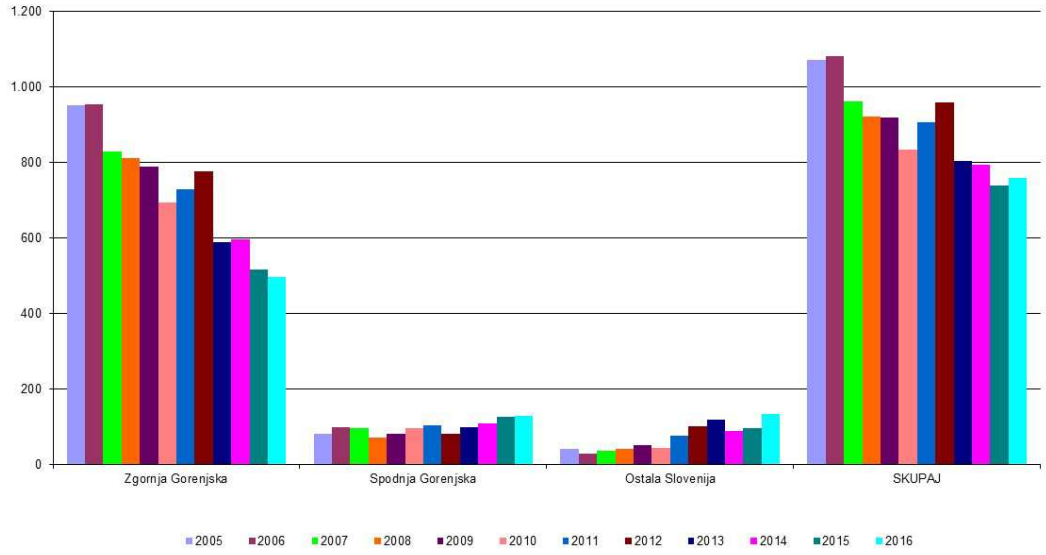
Tabela 8: Razporeditev SPP-jev na porodnem oddelku glede na realizirano število uteži v letu 2016

koda	opis grupe	utež	št.primerov	št.uteži
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami,	0,91	626	569,64
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami,	1,17	105	122,86
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71	59	100,9
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11	21	44,31
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	1,59	27	42,93
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami,	1,11	27	29,97
O02Z	Vaginalni porod z zapletnimi posegi v operacijski dvorani	1,56	10	15,61
O01A	Porod s carskim rezom s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	3,05	5	15,25

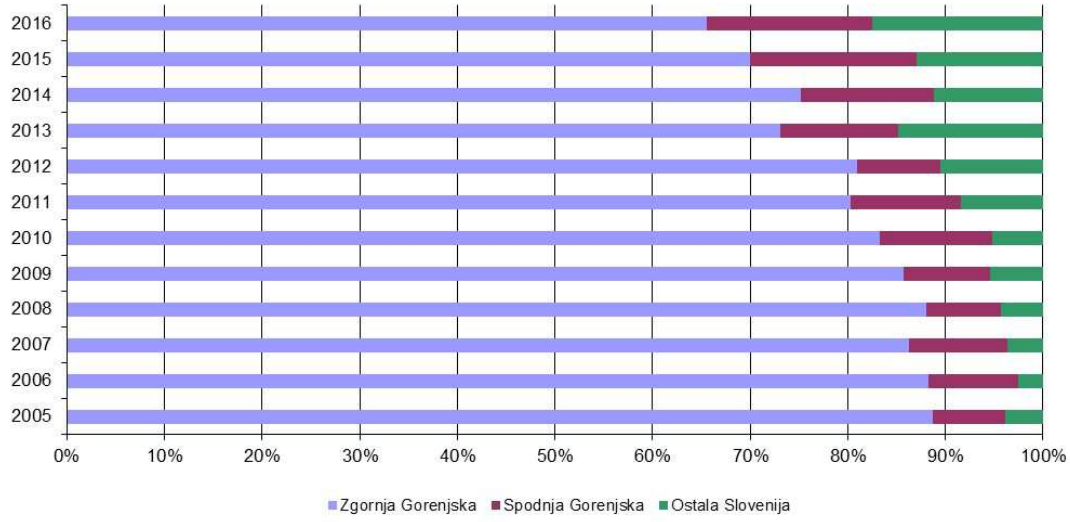
V letu 2016 smo še povečali priliv pacientk na ginekološkem in porodniškem oddelku iz preostale Slovenije. Predvsem v porodnišnico prihajajo porodnice tudi iz precej oddaljenih krajev. Prakso materi prijazne porodne oskrbe, kjer je v ospredju normalen porod bomo skušali ohraniti, saj je to oskrba zaradi 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 v novo izgrajenih prostorih. Vse te aktivnosti še vedno izvajamo.

3.4 Ginekološko – porodniška služba

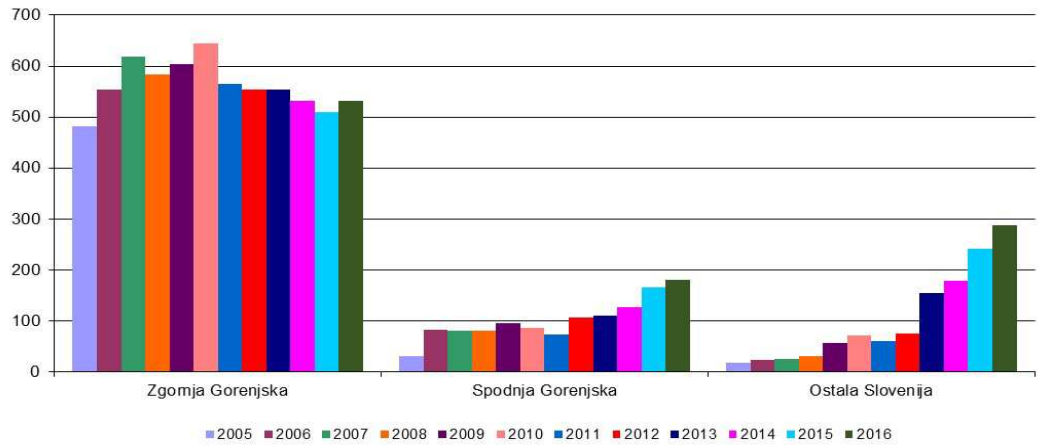
Vedno bolj se v obravnavo nosečnic in porodnic vključujejo tudi babice. 3 krat tedensko deluje babiška ambulanta, kjer babice vodijo del pregledov pri zdravi nosečnici.



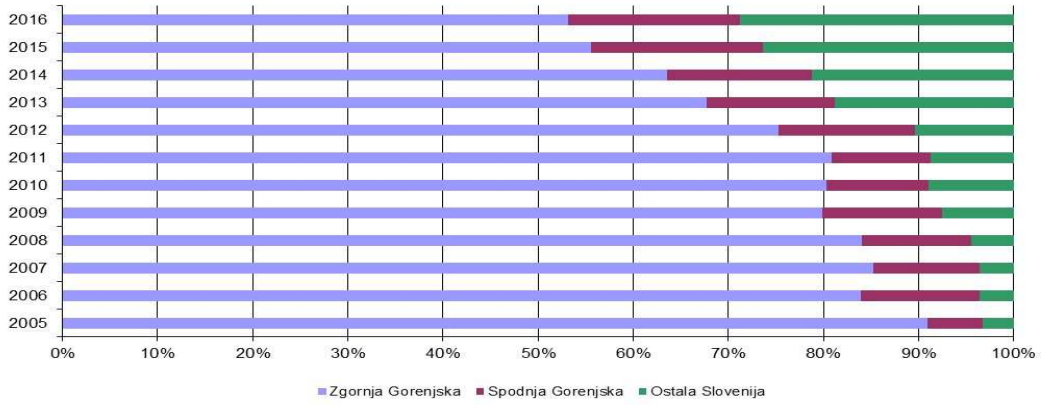
Graf 3.1: Struktura pacientk po občinah za ginekološki oddelek



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 2016 rekordno po številu porodov. Imeli smo 882 porodov in 898 otrok. Rezultati:

Tabela 1: Število porodnic (delež (%)) posameznih intervencij v SBJ v letih 2012-2016 (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
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)
2016	130 (14,7)	41 (4,6)	40 (4,5)	7 (0,8)	170 (19,3)	3 (0,3)	36 (4,1)	8(0,9)

3.1.2 GINEKOLOGIJA

V letu 2016 je bilo na oddelku narejenih 470 posegov, od tega je bilo opravljenih 83 večjih operacij in 387 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
Zabeležili smo naslednje pooperativne oz. medoperativne komplikacije in zaplete:

- Konverzij primarne operacije v laparotomijsko
- Krvavitev v trebušno steno z revizijo
- Močna krvavitev po LLETZ-u in revizija s hemostazo
- Revizija po VTE zaradi močne krvavitve v trebušno votlino ob izpadlih ligaturah
- Poškodba ureterja pri laparotomiji
- Poškodba mehurja pri laparoskopiji

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 8 totalnih histerktomijs pelvično limfadenektomijo (dvakrat kompleten laparoskopski staging,),vse laparoskopsko. Večjih poopertivnih zapletov ni bilo, število odvzetih bezgavk je bilo vedno primerno.
V letu 2016 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 2016 smo izpolnili predpisano število prospektivnih primerov z operacije stresne urinske inkontinence.

3.1.3 AMBULANTNA DEJAVNOST

V letu 2016 v organizaciji ginekoloških ambulant ni bilo večjih sprememb. Tako je še vedno potekal ginekološki dispanzer, kjer se dnevno menjajo ginekologi, UZ ambulanta, urgentna ginekološka ambulanta, opravljali smo tudi specialistične in konziliarne preglede, 2x tedensko pa je potekala tudi ambulanta za bolezni dojk, ki smo je v jeseni 2016 zaprli zaradi dotrajanosti mamografa. V oktobru 2016 smo se preselili v nove prostore v stavbi D.

Tudi v letu 2016 smo nadaljevali z ambulantno histeroskopijo. Opravili smo 120 HSC posegov, od tega 18 diagnostičnih HSC, 39 resekcij polipa, 29 biopsij endometrija, 11 resekcij septuma, 13x smo odstranili IUD, 9 resekcij zaostalega trofoblastnega tkiva in eno razrešitev sinehij maternice.

	Realizacija leto 2015	**Načrt leto 2016**	**Realizacija leto 2016**	**Index real/načrt**	**Index 16 / 15**
Dispanzer za žene	35.258,35	34.201,50	36.085,10	105,51	102,34
Obiski	7.830	0,00	7.619,00	0,00	97,31
Ginekološka amb.	33.101,53	30.965,00	30.930,17	99,89	93,44
Obiski	2.852	2.811,00	2.577,00	91,68	90,36
GCBD	15.574,00	15.008,00	11.223,68	74,78	72,07
Obiski	3.644	3.453,00	2.604,00	75,41	71,46

	PREGLEDI				RAZMERJE	
Ambulanta	SKUPAJ	prvi	ponovni	hospitalni sprejem	Prvi / ponovni	(prvi + hosp) / ponov
Dispanzer za žene	7.648	3.463	4.185	0	0,83	0,83
- Ginekološka amb.	3.854	1.823	1.995	36	0,91	0,93
- GCBD	2.623	400	2.223	0	0,18	0,18
Ginekološka amb. SKUPAJ	6.477	2.223	4.218	36	0,53	0,54

4 IZOBRAŽEVANJE

V letu 2016 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, mag. zdr. neg.
Služba zdravstvene nege in oskrbe
Glavna medicinska sestra na pediatričnem in ginekološko – porodniškem oddelku

UVOD

V letu 2016 so na ginekološko – porodniškem oddelku, porodnem bloku in ginekološki ambulanti potekala predvsem adaptacijska dela, tako v delu pred porodnim blokom kot tudi na samem oddelku. Večjih sprememb na oddelku in v porodnem bloku ni bilo, predvsem ne v smislu organizacije dela in kadrovski strukturi.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

V letu 2016 večjih sprememb v kadrovski strukturi in številu kadra ni bilo ni bilo, v porodnem bloku sta potekali nadomeščanji dveh diplomiranih babic na koriščenju porodniškega dopusta. Še vedno se izvaja babiška ambulanta v enakem obsegu, trikrat tedensko v novih prostorih na ginekološko porodniškem oddelku. Pripravljenost zaposlenih v porodnem bloku je še vedno organizirana tako, kot je bila v preteklih letih in tega v letu 2016 nismo spreminjali.
V času letnih dopustov so se v delo na oddelku še vedno vključevali zaposleni iz pediatričnega oddelka. Na ta način je bila izpeljava letnih dopustov v času poletnih počitnic bistveno lažja in bilo večjih težav.
Ob zaključku leta 2016 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 31.12.2016

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

V letu 2016 večjih in daljših odsotnosti ni bilo, upokojitev tudi ne, niti fluktuacije zaposlenih.

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Kategorizacija potreb po zdravstveni negi se je zadnja tri leta ustalila, za lažjo predstavo sprememb so podatki prikazani za obdobje zadnjih štirih let v odstotkih v tabeli 2. Izkazalo se je, da je spremembe pripisati tudi povečanemu številu porodov.

Tabela 2: Primerjava kategorij gin. por. odd. 2013, 2014, 2015, 2016 v odstotkih

KATEGORIJA	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
1. kategorija	13,0	11,0	10,0	13,0
2. kategorija	75,0	76,0	79,0	78,0
3. kategorija	12,0	13,0	11,0	9,0

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Aktivnosti in cilji, ki so bili postavljeni na začetku leta 2016 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. 4 aktivne udeležbe na zunanjih strokovnih srečanjih 4. Izvedba ciljanega izobraževanja (svetovanje in ZV dojenje)	Realizirano
EVALVACIJA: 1. V letu 2016 je bilo izvedenih 13 izobraževanj 2. Realiziranih je bilo 35 zunanjih pasivnih udeležb z več udeleženci 3. Realiziranih je bilo 6 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 ZN na oddelku 3. Ureditev dokument. na odd. ter dokončno oblikovanje na intranetu	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Izdelana je bila 1 klinična pot – karton zdrave nosečnice 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 92 %, izvedenih je bilo 62 varnostnih vizit	

2. Zabeleženi so bili 3 odkloni 3. Standardi kakovosti so bili popravljeni 4. Internetna stran je bila le deloma popravljena, dokončno ni bila urejena 5. Padec 1 – obravnava v DH	
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 44	
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 79 % (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

V letu 2016 smo še vedno največ aktivnosti izpeljali na področju organizacije babiške ambulante in babiških vizit. Nekoliko smo spremenili spremljajočo dokumentacijo, druge dokumentacije na oddelku v preteklem letu nismo spreminjali.

2.1 KLINIČNE POTI

V letu 2016 smo izdelali eno novo klinično pot – zdravstveni karton za potrebe babiške ambulante, 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 2016

Št.	KLINIČNA POT
1.	Zdravstveni karton nosečnice SOP OBR 196

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/tematski delovni sestanki	Timski delovni sestanki
4	3	14

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Na področju kakovosti in varnosti je bilo tudi v letu 2016 še vedno usmerjeno v nenehno izboljševanje določenih procesov v obravnavi pacientk na oddelku in v porodnem bloku ter tudi v ginekološki ambulanti in dispanzerju.

Varnostne vizite in razgovori o varnosti ostajajo najpogostejše orodje za opozarjanje in reševanje zapletov na področju varnosti in kakovosti obravnave. Zaposleni so tudi tisti, ki opozarjajo na možne nevarnosti in odklone in se jim ta sistem zdi takšen, da se najhitreje in najučinkoviteje problem tudi reši oziroma zmanjša njegov vpliv na delovanje.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2016 je bil v računalniški program ART zabeležen 1 odklon. Narava in vrsta odklona je prikazana v tabeli 5.

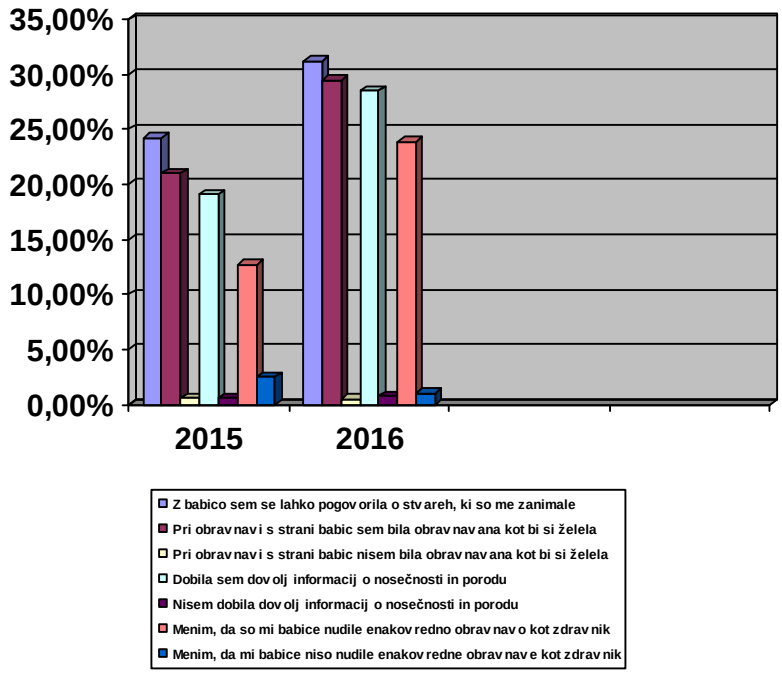
Tabela 5: Število odklonov

Oddelek/ enota	Skupno število odklonov	Sporočili sami / dodelili drugi	Odkloni Sporoče anonimno	Strokovni odklon	Pritožba pacienta/ svojca	Poškodba osebja	Neprimeren odnos	Tehnični odklon	Kaznivo dejanje	Drugo	Št. ukrepov
Gin - por	1	0/1	0	0	0	0	0	1	0	1	1

Na odklon je bil izrečen 1 ukrep, ki je bil rešen in zaključen. V letu 2016 ostaja število odklonov zabeleženih v računalniški program ART še vedno zelo nizko. Analize vzrokov na oddelku nismo izvedli, menim, da je potrebno poiskati sistemski vzrok.

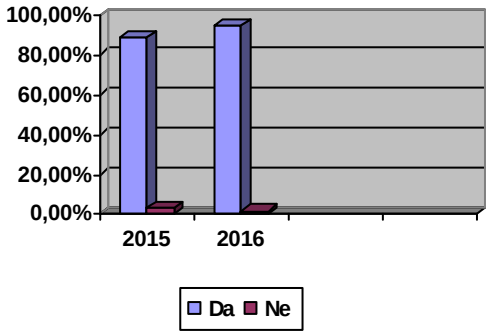
3.2 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PORODNIC IN OTROČNIC

V letu 2015 smo anketni vprašalnik, ki jo ob odpustu izpolnjujejo otročnice spremenili in ga v letu 2016 nismo dodatno spreminjali. Nekateri rezultati so prikazani v spodnjih grafih.



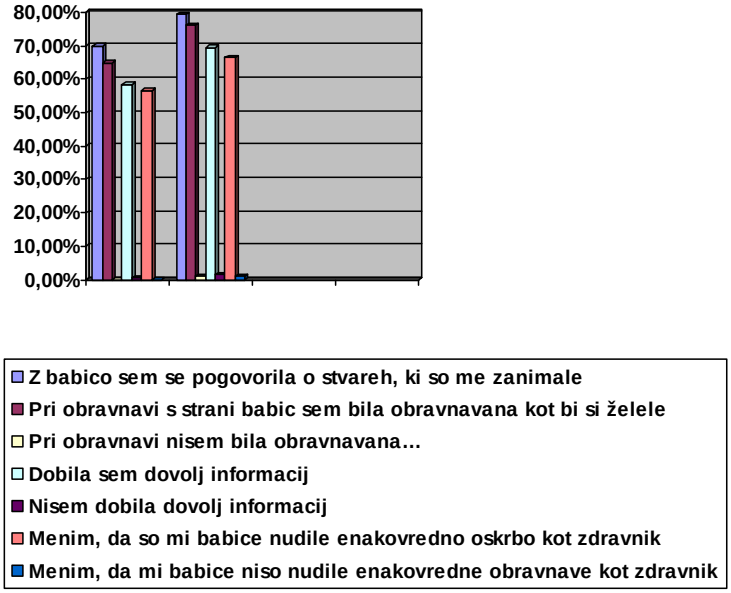
*Graf 1: Anketni vprašalnik o zadovoljstvu porodnic in otročnic – vprašanje 3***.** Zadovoljstvo z obravnavo v babiški ambulanti

Anketirane v letu 2016 navajajo večje 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 še 0,5% (v letu 2015 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 2016 meni, da so bile njihove želje med porodom upoštevane. Le 2% (v letu 2015 3,2 %) jih meni da njihovih želja nismo upoštevali. Večina anketiranih je bila tudi 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. V letu 2016 le 1 % 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 2016 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

	GMS oddelka	**Odgovorne MS odd.**	**Predstojnica odd. in GMS odd.**
Število	5	62	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**
GMS oddelka	5	9	92 %
Odgovorne MS odd.	62	82	88 %

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2016 je bilo na oddelku, porodnem bloku in ambulanti izvedenih 8 rednih letnih razgovorov. Razgovori so bili opravljeni predvsem s tistimi, ki v letu 2015 niso imeli izvedenega.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt, ki je bil postavljen na začetku leta 2016 je bil izpolnjen v celoti. Del izobraževanj smo uspeli izvesti tudi s pomočjo sredstev Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske ter Zbornice – zveze MS, ZT in babic Slovenije.

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

Izobraževanje/udeležba	**Pasivna**	**Aktivna**
Interno	23	2
Eksterno	35	6

V letu 2016 smo opravili 1 aktivno udeležbo manj kot v letu 2015, še vedno pa ostaja aktivna udeležba na zunanjih izobraževanjih visoka. Podatki, predstavljeni v tabeli 8 pomenijo izobraževanja, ki smo se jih udeležili in ne števila posameznih udeležencev. V mesecu maju 2016 pa smo pripravili tudi izobraževanje za zaposlene na ginekološko porodniškem oddelku in zunanje deležnike. Srečanje je bilo dobro obiskano (36 udeležencev), sodelovali smo z 2 aktivnima izobraževanjema.

5 PORODNI BLOK

V letu 2016 je naraslo število porodov, nosečnice prihajajo ne samo iz gorenjske regije, temveč tudi iz drugih delov Slovenije. Glede na leto 2014 je bilo v letu 2016 18,2% več porodov, na leto 2015 pa 9,2%.

V tabeli 10 je prikazana razporeditev števila porodov v dopoldanskem, popoldanskem in nočnem času, največ porodov je bilo v dopoldanskem času (40%).

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

	Leto 2014	Leto 2015	2016
Skupno število	**746**	**808**	**882**
Dopoldne	216	278	308
Popoldne	241	258	277
Ponoči	289	272	297

6 GINEKOLOŠKA AMBULANTA

Ginekološka ambulanta se je v septembru 2016 preselila na novo lokacijo. Pred selitvijo je bilo potrebno pripraviti in ustrezno urediti prostore. Selitev v sicer nove prostore je pridobitev, moteče je le, ker je enota dislocirana.

7 ZAKLJUČEK

Leto 2016 smo na ginekološko porodniškem oddelku in ambulanti zaključili uspešno. Število porodov se je zopet zvišalo, oddelek smo adaptirali, ginekološka ambulanta je preseljena. Organizirali smo izobraževalni dan, se udeleževali izobraževanj interno in eksterno – tudi aktivno - in izobraževali smo se tudi v okviru samega oddelka. Pripravili smo in spremenili del dokumentacije, del ostaja kot naloga in cilj za leto 2016. V letu 2016 smo imeli tudi strokovno ekskurzijo, ki je bil kot »team building« za oddelek in si želimo še katerega. Dinamika oddelka je dobra, mikroklimo ocenjujem kot pozitivno, motivacije za delo nam ne manjka, vrednote so ostale. In to je tisto, kar šteje.

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 ZBNO 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 %	Kontinuirano, celo leto	

Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti Ureditev internetne strani ginekološko – porodniškega oddelka, ambulante in porodnega bloka Število padcev 0		
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 pacientov 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 2016, kljub še vedno nezadostnemu številu zaposlenih, 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 2016 deset zaposlenih zdravnikov za poln delovni čas ter en anesteziolog za polovični delovni čas. En anesteziolog je bil polno zaposlen v sklopu Centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo, tako da je za anesteziološko delo v ožjem smislu bilo na razpolago 9,5 zaposlenega.

Oddelek je v minulem letu imel 4 specializante, vsi so bili na »kroženju« zunaj bolnišnice, eden pa je uspešno zaključil specializacijo ter se ob koncu leta redno zaposlil na oddelku. Zaposlitev je bila načrtovana in je odsev analize stanja iz leta 2014, ko smo skupaj z vodstvom bolnišnice 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.

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 pacientov.

Pomembna pridobitev na področju poreme je bil v letu 2016 ultrazvočni aparat za regionalno anestezijo.

Na oddelku se zavedamo pomena kakovosti in varnosti in v letu 2016 smo imeli 30 rednih strokovnih sestankov 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«.

Podrobnejša razčlenitev obsega in vrste dela je bial tudi v letu 2016 (žal) še vedno nemogoča, saj je informacijska podpora. 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
- bolnišnični koordinator 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

Širši okvirji delovanja ostajajo enaki, kot v minulem letu in ponovimo lahko, da 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.
Volumen opravljenega dela, merjen tako na oddelek, kot na posameznika, najbolje ilustrirajo podatki, ki jih zbira Ministrstvo za zdravje (glej tabela).

Tabela 1: Obremenjenost anesteziologov v javnih bolnišnicah v letu 2015

	Št. vseh operacijskih posegov z anestezijo/anesteziologa iz ur	Št. ur anestezije za vse operacijske posege/anesteziologa iz ur
UKC LJUBLJANA	366,41	1001,68
UKC MARIBOR	503,98	706,03
SB CELJE	860,92	1209,27
SB IZOLA	349,7	1178,6
SB JESENICE	1.013,13	1.049,15
SB NOVA GORICA	329,28	350,89
SB MURSKA SOBOTA	436,39	758,28
SB NOVO MESTO	420,88	790,98
SB SLOVENJ GRADEC	386,19	506,24
SB BREŽICE	272,71	316,53
SB TRBOVLJE	586,93	506,54
SB PTUJ	873,43	873,43
BGP KRANJ	824,16	651,32
BOLNIŠNICA POSTOJNA	417,72	304,72
OB VALDOLTRA	474,14	756,86
OI LJUBLJANA	198,89	614,53

Vir: Kazalniki učinkovitosti za leto 2015, ki jih javne bolnišnice poročajo Ministrstvu za zdravje.

Podatki sicer veljajo za leto 2015, vendar smo v letu 2016 opravili v SBJ še dodatno več dela (glej poročilo KRG oddelka).

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.

Temeljno izhodišče za načrtovanje razvoja stroke do leta 2020 je bila v letu 2016 ugotovitev, da strokovno in kadrovsko pomembno zaostajamo za sodobnimi trendi, smernicami in načini dela, kar velja tako za anesteziologijo, kot intenzivno medicino. Nova zaposlitev in realizacija nakupa vrsto let načrtovanega UZ aparata za regioalno anestezijo sta, upamo, znaka, ki kažeta na razumevanje in podporo začrtanemu kadrovskemu in strokovnemu razvoju oddleka, ki z razumevanjem in uvidom v širše "vplivno območje"anestezije na obravnavo kirurških pacientov in poškodovancev, s pomočjo organizacijskih, kadrovskih in finančnih ukrepov mora omogočiti in podpreti:

- razvoj anesteziološke 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

5 ZAKLJUČEK

Ponovno lahko ugotovimo, 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 pacientov. Morda slednji tega vedno ne vedo, mi pa se vsem zahvaljujemo za pomoč in sodelovanje.

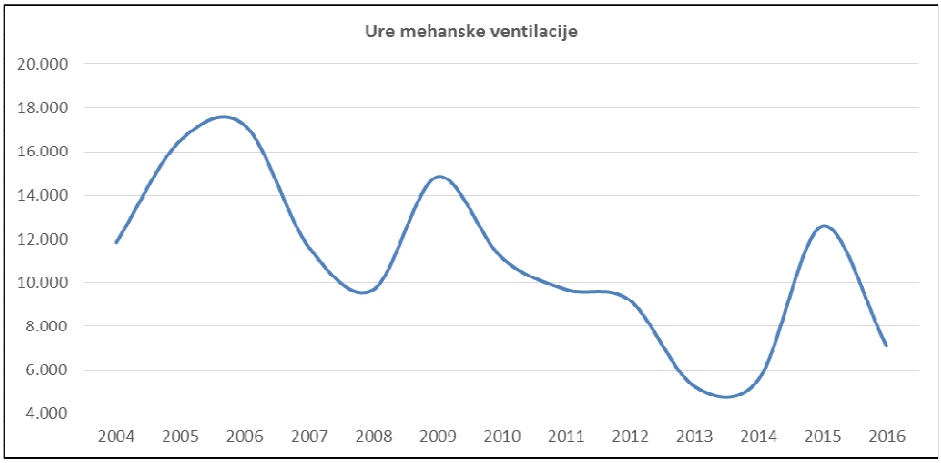
STROKOVNO POROČILO ENOTE INTENZIVNE TERAPIJE OPERATIVNIH STROK (EITOS)

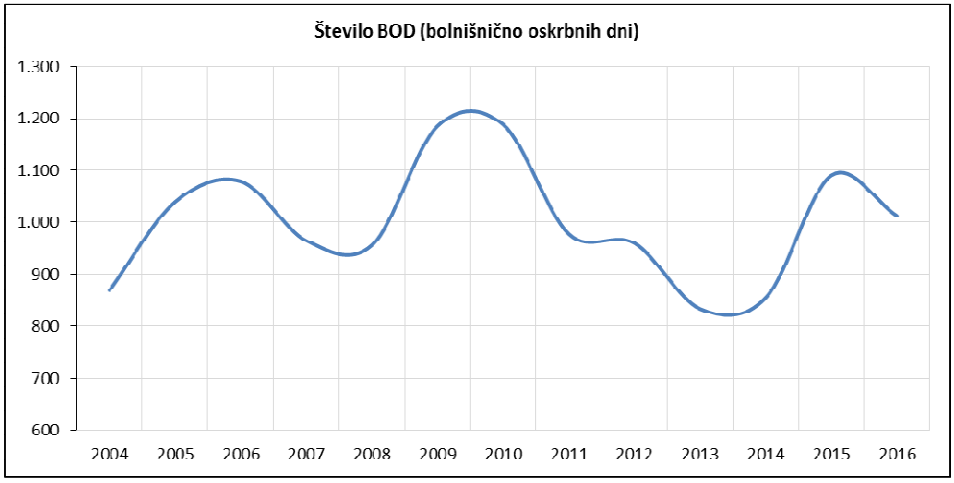
Vlado Jurekovič, dr. med., spec. anest.
Vodja dejavnosti

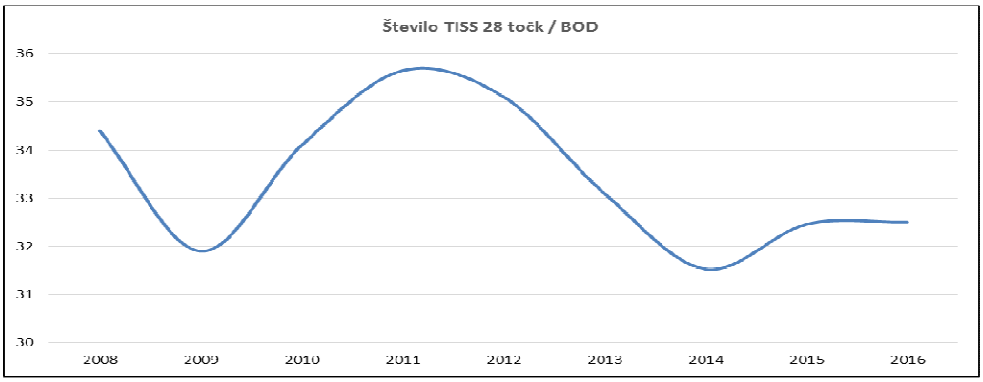
Osnovni podatki za EITOS po letih

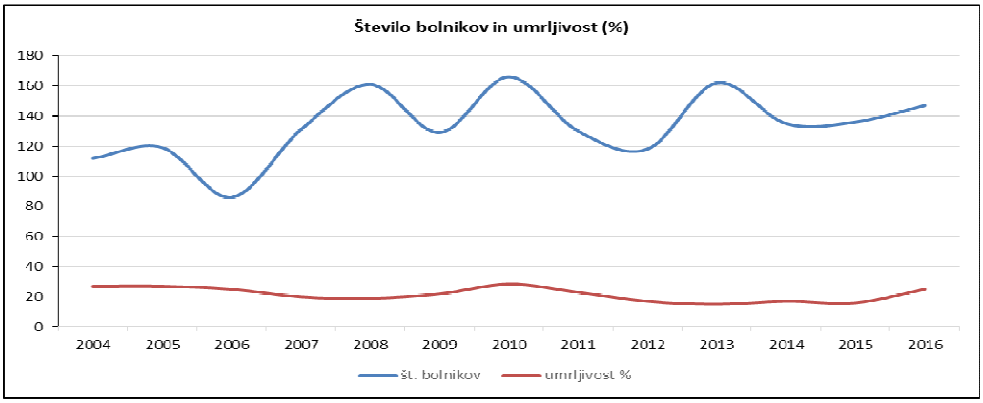
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
št. bolnikov	112	119	86	131	161	129	166	130	118	162	135	136	147
BOD	869	1.039	1.079	965	956	1.185	1.188	978	960	834	855	1.090	1.013
UMV	11.853	16.529	17.219	11.626	9.672	14.855	11.157	9.695	9.196	5.271	5.537	12.585	7.126
umrljivost	27	27	25	20	19	22	28	23	17	15	17	16	25

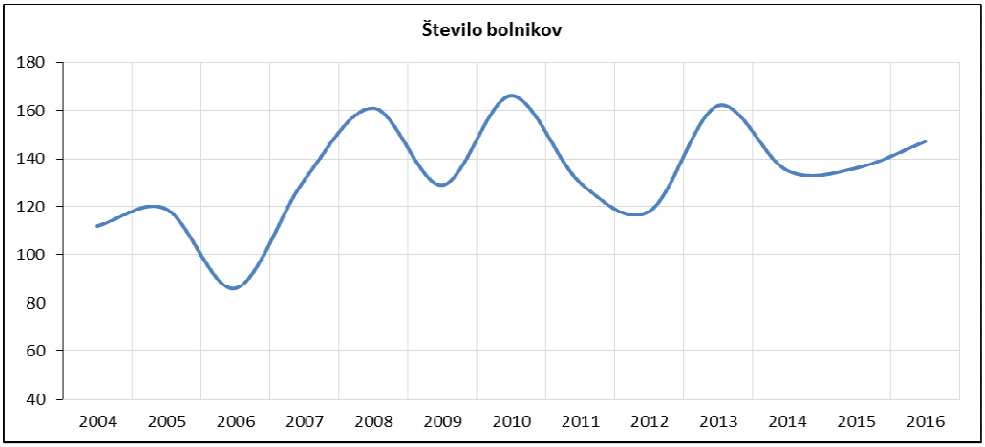
BOD - bolnišnično oskrbni dan / **UMV** - ure mehanske ventilacije / **umrljivost** - vsi umrli/vsi sprejeti v EITOS

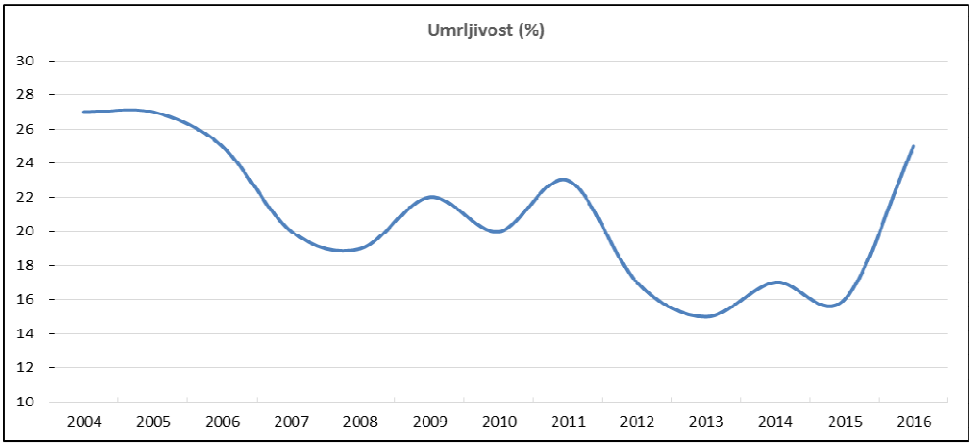


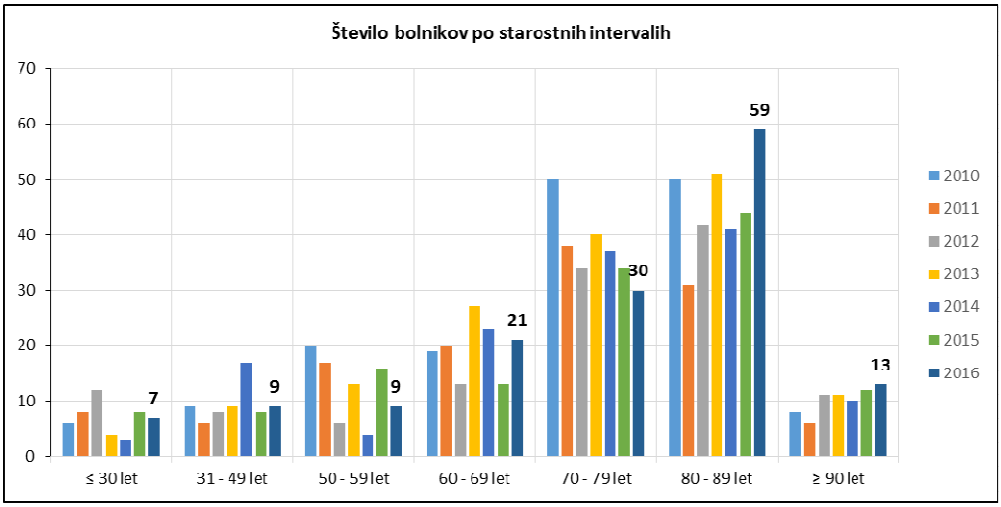


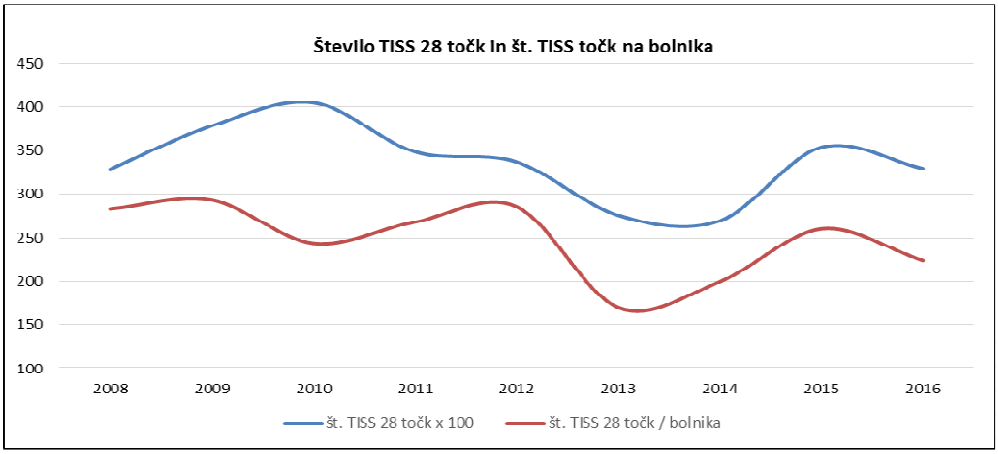

Število TISS 28 točk / BOD
36
35
34
33
32
31
30
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016

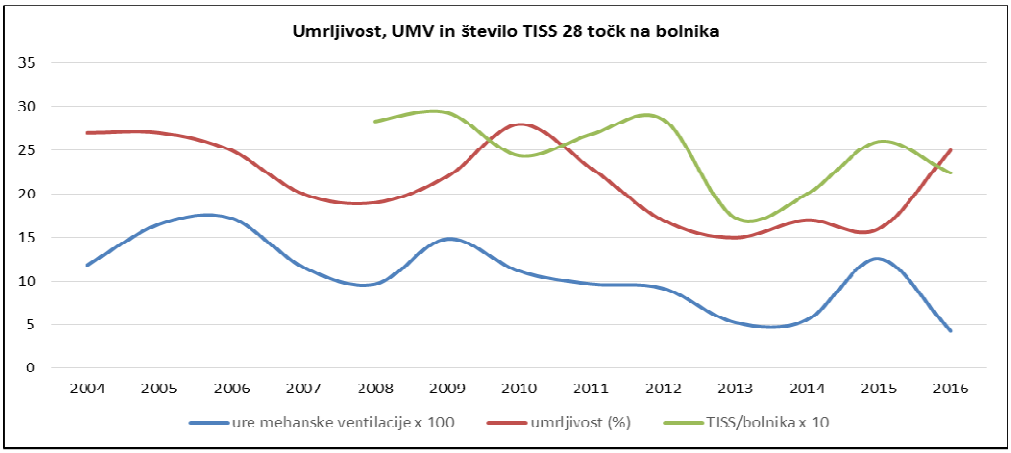

Število bolnikov in umrljivost (%)
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
št. bolnikov
umrljivost %


Število bolnikov
180
160
140
120
100
80
60
40
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016


Umrljivost (%)
30
28
26
24
22
20
18
16
14
12
10
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016

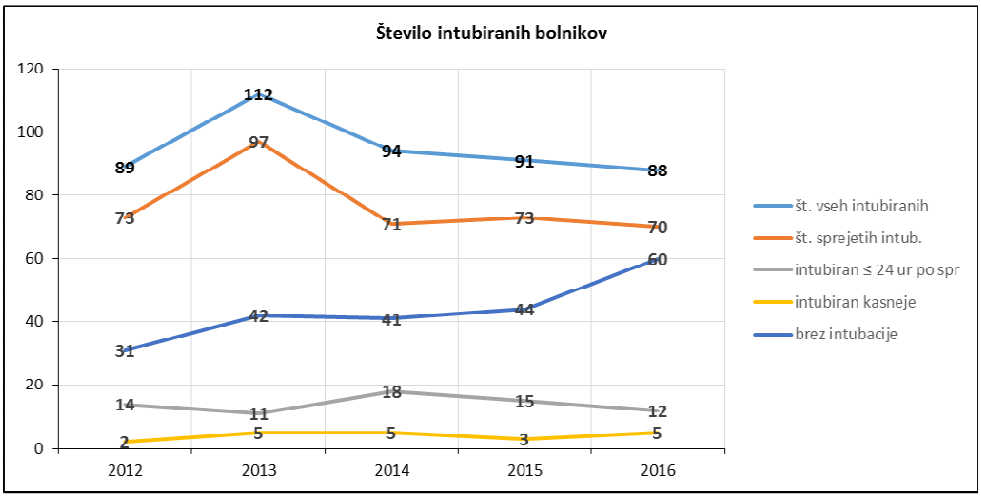


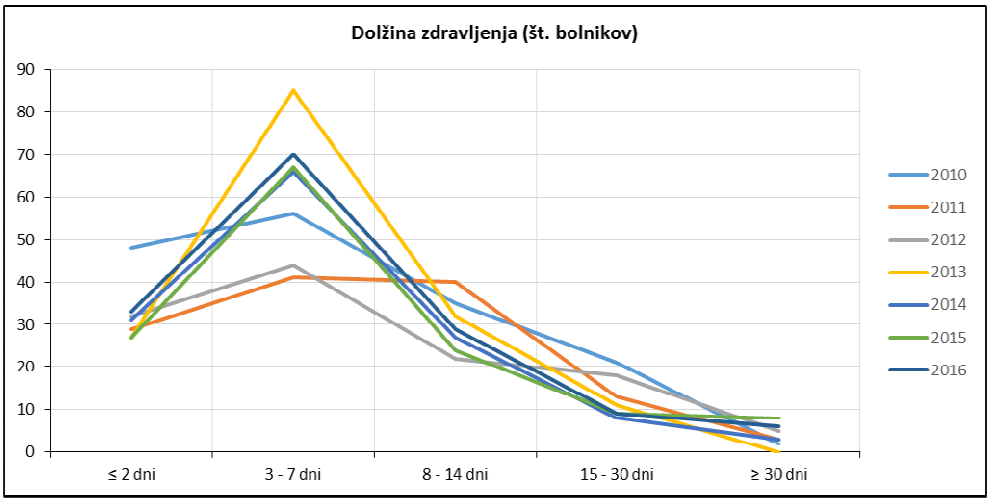


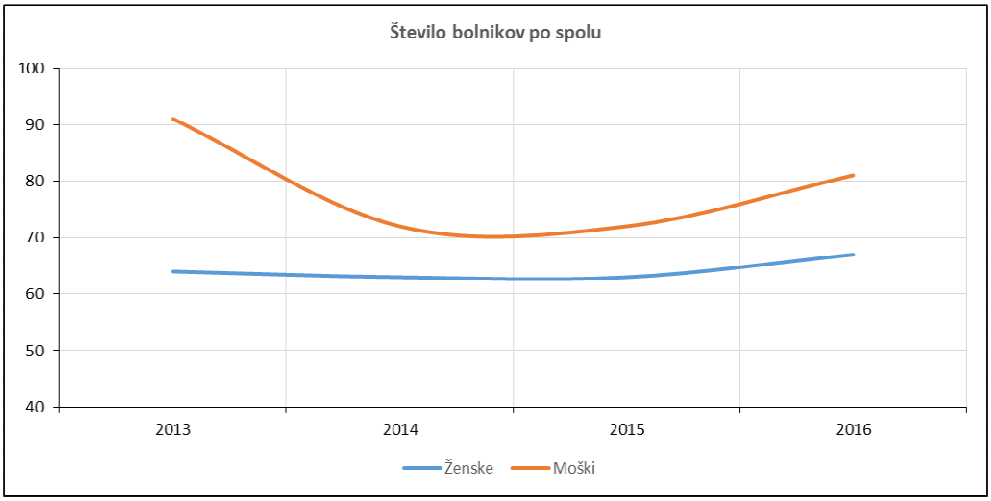


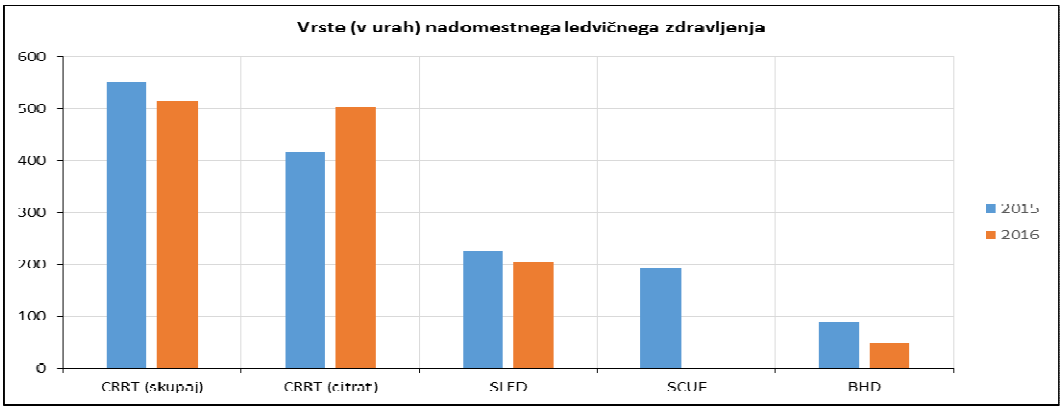
Podatki za točke TISS 28 po letih									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TISS 28	32.874	37.836	40.512	34.872	33.712	27.587	26.959	35.390	32.956
št TISS 28 točk / BOD	34,4	31,9	34,1	35,65	35,11	33,1	31,53	32,46	32,5
št TISS 28 točk / bolnika	283,3	293,3	244	268,24	285,7	170,3	199,69	260,2	224,2
vrednost TISS 28 točke (EUR)*	7,64	8,73	7,86	8,31	8,44	8,9	8,64	5,56	6,95

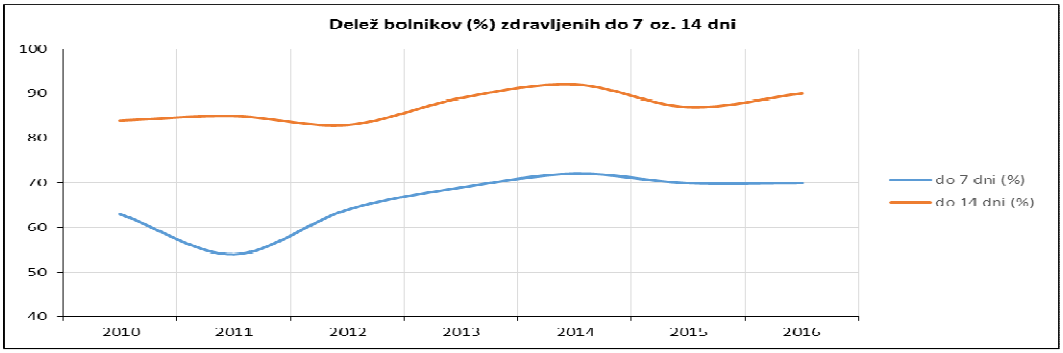
* izražena glede na vrednost porabe zdravil in zdravstvenega materiala v EITOS

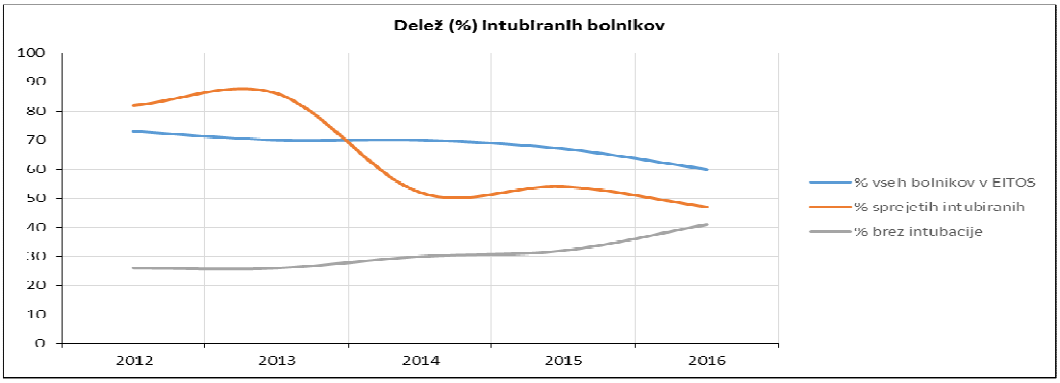

Število intubiranih bolnikov
120
100
80
60
40
20
0
2012
2013
2014
2015
2016
89
112
94
91
88
73
97
71
73
70
31
42
41
44
60
14
11
18
15
12
2
5
5
3
5
št. vseh intubiranih
št. sprejetih intub.
intubiran ≤ 24 ur po spr
intubiran kasneje
brez intubacije

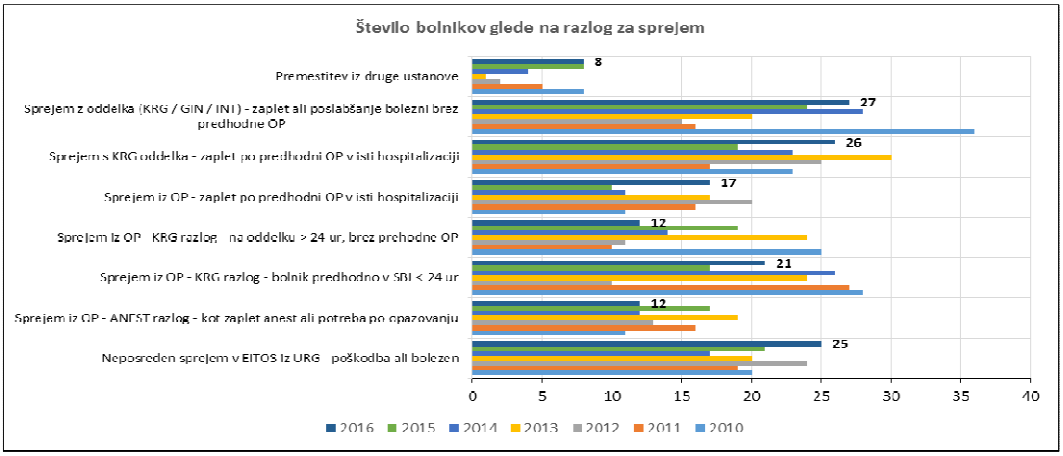

Dolžina zdravljenja (št. bolnikov)
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
≤ 2 dni
3 - 7 dni
8 - 14 dni
15 - 30 dni
≥ 30 dni
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016

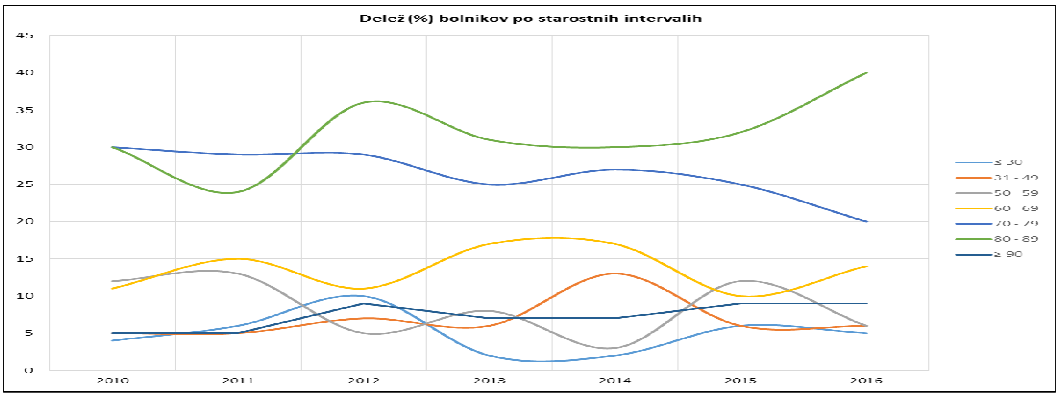

Število bolnikov po spolu
100
90
80
70
60
50
40
2013
2014
2015
2016
Ženske
Moški

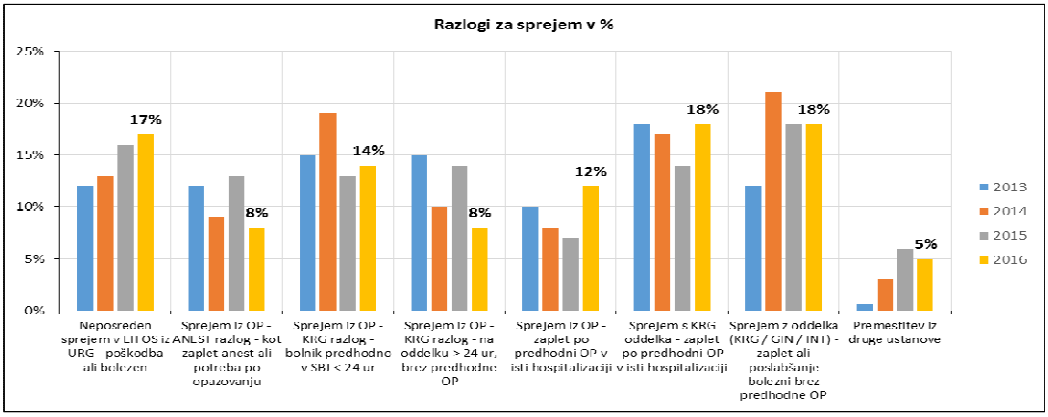

Vrste (v urah) nadomestnega ledvičnega zdravljenja
600
500
400
300
200
100
0
CRRT (skupaj)
CRRT (citrat)
SLED
SCUF
BHD
2015
2016

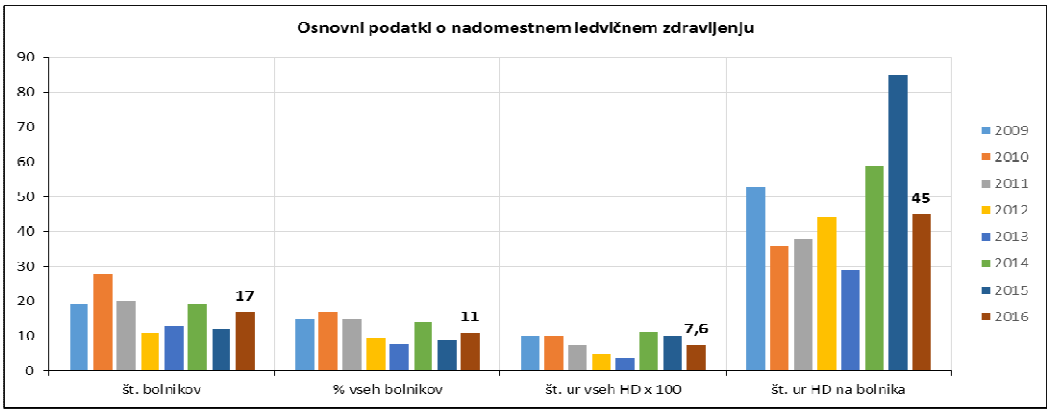

Delež bolnikov (%) zdravljenih do 7 oz. 14 dni
100
90
80
70
60
50
40
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
do 7 dni (%)
do 14 dni (%)

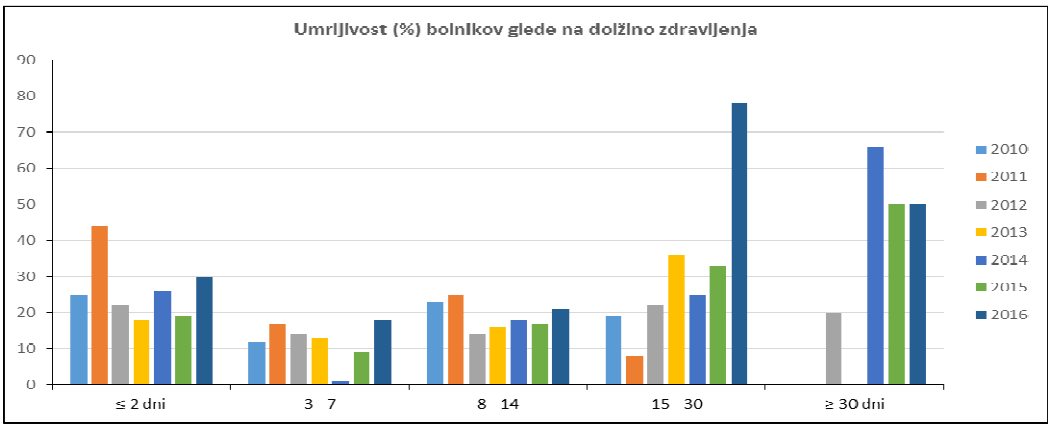

Delež (%) intubiranih bolnikov
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
2012
2013
2014
2015
2016
% vseh bolnikov v EITOS
% sprejetih intubiranih
% brez intubacije

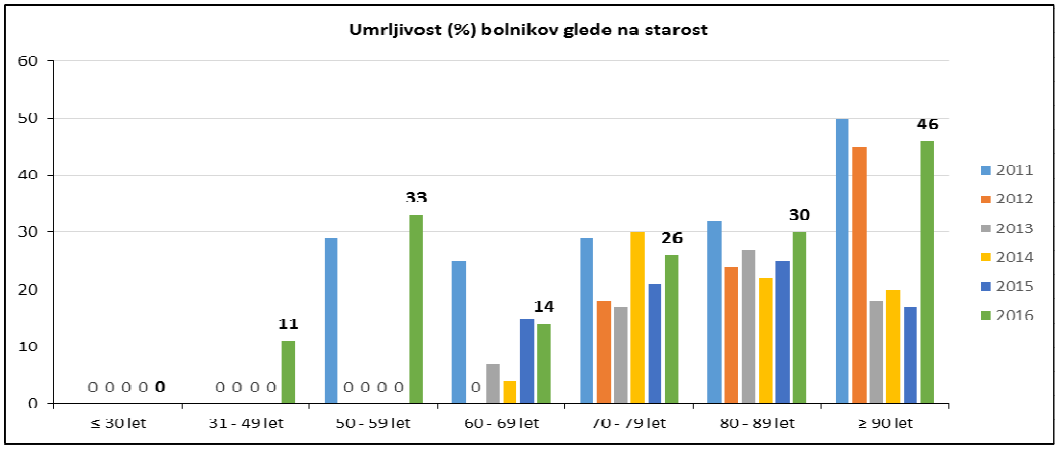

Število bolnikov glede na razlog za sprejem
Premestitev iz druge ustanove
Sprejem z oddelka (KRG / GIN / INT) - zaplet ali poslabšanje bolezni brez predhodne OP
Sprejem s KRG oddelka - zaplet po predhodni OP v isti hospitalizaciji
Sprejem iz OP - zaplet po predhodni OP v isti hospitalizaciji
Sprejem iz OP - KRG razlog - na oddelku > 24 ur, brez prehodne OP
Sprejem iz OP - KRG razlog - bolnik predhodno v SBI < 24 ur
Sprejem iz OP - ANEST razlog - kot zaplet anest ali potreba po opazovanju
Neposreden sprejem v EITOS iz URG - poškodba ali bolezen
8
27
26
17
12
21
12
25
0
5
10
15
20
25
30
35
40
2016
2015
2014
2013
2012
2011
2010

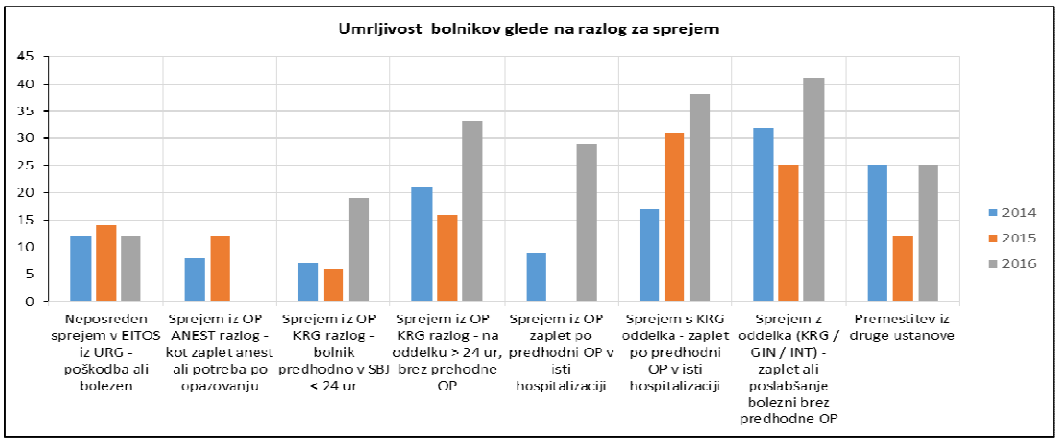

Delež (%) bolnikov po starostnih intervalih
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
≤ 30
31 - 49
50 - 59
60 - 69
70 - 79
80 - 89
≥ 90


Razlogi za sprejem v %
25%
20%
15%
10%
5%
0%
17%
8%
14%
8%
12%
18%
18%
5%
Neposreden sprejem v UIT OS iz URG poškodba ali bolezen
Sprejem iz OP - ANEST razlog - kot zaplet anest ali potreba po opazovanju
Sprejem iz OP - KRG razlog - bolnik predhodno v SBI < 24 ur
Sprejem iz OP - KRG razlog - na oddelku > 24 ur, brez predhodne OP
Sprejem iz OP - zaplet po predhodni OP v isti hospitalizaciji
Sprejem s KRG oddelka - zaplet po predhodni OP v isti hospitalizaciji
Sprejem z oddelka (KRG / GIN / INT) - zaplet ali poslabšanje bolezni brez predhodne OP
Premestitev iz druge ustanove
2013
2014
2015
2016


Osnovni podatki o nadomestnem ledvičnem zdravljenju
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
17
11
7,6
45
št. bolnikov
% vseh bolnikov
št. ur vseh HD x 100
št. ur HD na bolnika
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016


Umrljivost (%) bolnikov glede na dolžino zdravljenja
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
≤ 2 dni
3 7
8 14
15 30
≥ 30 dni
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016





POVZETEK

- Smiselna analiza predstavljenih podatkov, ki na različne načine opisujejo opravljeno delo in paciente, je »notorično« težka.
- Če leto 2016 primerjamo z 11-letnim povprečjem EITOS (2004 -15), potem vidimo, da smo v letu 2016:
    - zdravili več pacientov (147 vs. 132),
    - umrljivost je bila višja (26 % vs. 21%),
    - število ur mehanične ventilacije je bilo približno za tretjino manjše, kot povprečno v minulih letih (7.126 vs. 11.266),
    - nekaj več je bilo BOD (1.013 vs. 1.000),
    - BOD na pacienta je bilo nekaj manj (6,9 vs. 8,0),
    - število TISS 28 točk je bilo skoraj enako povprečju (32.956 vs. 33.718),
    - število TISS 28 točk na BOD je bilo nekaj manjše (32 vs. 34) in
    - enako nekaj manj TISS 28 točk na pacienta (224 vs. 251).

- Vrednost TISS točke, izražena v EUR, je bila nižja od dolgoletnega povprečja (6,95 EUR vs. 8,01 EUR) in je 2 EUR nižja, kot denimo leta 2009. Celoten strošek »delovanja« EITOS je bil v letu 2016 nekoliko večji, kot leto poprej, vendar primerjalno z letom 2009 kar za 30% nižji in poraba na BOD je bila nižja od dolgoletnega povprečja (230 EUR vs. 264 EUR).

- Stroškovna analiza lahko pokaže, da smo imeli v minulih letih »stroške obvladovane«, 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 paciente. Kar 70% vseh pacientov je starejših od 70 let in 49% več kot 80. Komaj 16 od 147 pacientov je bilo mlajših od 50 let.
- Delež pacientov, zdravljenih v (arbitrarno določenem) »razumnem« trajanju dveh tednov, je praktično enak, kot v minulih letih (90%).
- Sprejemi in razlogi za sprejem:
    - 42% pacientov je bilo sprejetih neposredno iz operacijske,
    - 36% z oddelkov in
    - 17% neposredno iz urgence.
    - 5% pacientov je bilo premeščenih iz druge ustanove.
    - 18% pacientov je sprejetih z oddelka, ne da bi bili predhodno operirani.
    - 30% sprejetih pacientov je imelo zaplet po predhodni operaciji, kar je nekoliko manj kot v letih 2013 in 2014.
- Umrljivost podrobneje:
    - v EITOS umrlo 39 od 147 sprejetih pacientov (26%) .
    - 10 pacientov (9% vseh odpuščenih) je umrlo po odpustu iz EITOS, v času iste hospitalizacije.
    - skupaj je znotraj iste hospitalizacije umrlo 49 od 147 sprejetih pacientov. Z drugimi besedami: znotraj iste hospitalizacije je umrla tretjina vseh pacientov, ki so se zdravili v EITOS.
    - največja umrljivost je bila v skupini pacientov, ki so bili v EITOS sprejeti s KRG oddelka, kot zaplet po predhodni OP (38%).

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 pacientov
- 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

Če odštejemo vse sobote, nedelje, praznike in čas letnih dopustov, je program na Dnevnem oddelku potekal 220 dni. Pri večini operacij, v 188 operativnih dneh, je bila potrebna prisotnost anesteziologa, v 32 operativnih dneh je operativni poseg delan izključno v lokalni kirurški anesteziji, kar je 14,5 odstotka vseh operativnih dni. Praviloma so bile to operacije varic, zaradi kateri se je na Dnevnem oddelku operiralo 117 pacientov.

Največje število posegov v lokalni anesteziji so bile poleg operacij varic še operacije dimeljske kile, katerih je bilo 224. Še vedno je občasno med operacijo dimeljske kile potrebna intervencija anesteziologa, ker se izkaže, da je poseg preobsežen ali prezahteven, da bi bil lahko opravljen v lokalni anesteziji.

V letu 2016 smo na Dnevnem oddelku operirali **1289** pacientov, kar je največje število doslej, vse od leta 2003, ko je bil Dnevni oddelek odprt. Več kot polovica so bile operacije artroskopija kolena in dimeljska kila. Omenjena številka vključuje **117** operacij varic, ki so bile narejene v lokalni anesteziji.

Razporeditev operacij:

Artroskopija kolena: 331 (splošna anestezija 309, regionalna anestezija 22)
Artroskopija gležnja: 6 (splošna anestezija 4, regionalna anestezija 2)
Artroplastika: 26 (27 v splošna anestezija, 2 regionalna anestezija)
Odstranitev OSM: 138 (splošna anestezija 125, regionalna 7, lokalna 6)
Operacija halux valgus: 27 (splošna anestezija 19, regionalna anestezija 2, lokalna anestezija 6)
Odstranitev ganglija: 26 (splošni anestezija 6, lokalna anestezija 20)
Operacija DuPuytren-ove kontraktura: 53 (splošna anestezija 21, lokalna anestezija 20, regionalna anestezija 12)
Dimeljska kila: 296 (v lokalni anesteziji 224, v splošni anesteziji 69, v regionalni 3)
Spermatokela / varikokela: 8 / 66 (v splošni in lokalni anesteziji)
Vazektomija: 15 (v splošni in lokalni anesteziji)
Ventralna kila: 31 (splošna anestezija 19, lokalna anestezija 12)
Fimoza : 22 (splošna anestezija 12, lokalna anestezija 8)
Operacija bazocelularnega karcinoma na koži: 20 (splošna anestezija 12, lokalna anestezija 8)
Operacija karpalnega kanala: 14 (splošna anestezija 5, lokalna anestezija 9)
Operacija lipoma: 43 (splošna anestezija 5, lokalna anestezija 38)
Operacija eksostoze: 16

Splošno anestezijo je dobilo 629 – 48,9% (leto 2015: 754 – 65,28%) pacientov.
Področno ali regionalna anestezijo je dobilo le 48 -,037% (leto 2015:101- 8,74 %) pacientov.
Lokalno anestezijo je dobilo 576 – 36,93% (leto 2015: 300 – 25,97 %) pacientov.

136 posegov ni točno opredeljenih glede vrste anestezije; bilo jih je 136 -10,5%.
Podatki kažejo veliko večje število pacientov (36%), ki so operirani v lokalni-infiltrativni anesteziji. Poleg večjega števila pacientov z ventralno ali dimeljsko kilo so v lokalni anesteziji operirane vse varice spodnjih ekstremitet in nekateri manjši lipomi.

Vsi, 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. Meritve življenskih funkcij opazuje anestezijski tehnik, ki je vedno prisoten pri pacientu operiranem v lokalni anesteziji na Dnevnem oddelku.

Zapleti

Zaplete in zadovoljstvo z obravnavo v Splošni bolnišnici Jesenice pri vsakem pacientu s telefonskim klicem dan po operaciji preveri koordinatorica programa Dnevnega oddelka medicinska sestra Helena Dolžan Lindič.

Blaga bolečina je bila pri 756 (58,6%) pacientih. Zmerno hudo bolečino je imelo 55 pacientov, zelo hudo pa nihče.
Bruhanje je bilo težava pri 4 pacientih, 6 pacientov je imelo glavobol. Pri 54 pacientih je bila večja oteklina pri 14 pa podpludba. Nihče ni imel mravljinčenja in nikomur ni bilo potrebno vstaviti urinskega katetra. Oboje je lahko v povezavi z nizkim odstotkom področne anestezije.

21 pacientov smo po končani obravnavi na Dnevnem oddelku zvečer premestili na kirurški oddelek v glavni bolnišnični stavbi. V šestih primerih pacienti niso imeli prevoza, pri sedmih pacientih je nastal večji hematom. Med slednjimi je bil tudi pacient na AKZ. Enega pacienta smo sprejeli zaradi številnih spremljajočih bolezni, enega pa zaradi aritmije med in po operaciji. En pacijent je pri vstajanju s postelje padel in je bil sprejet na opazovanje zaradi boleče rame. Pri enem je prišlo do alergične reakcije na metamizol. Eden je imel neobvladljivo bolečino, pri enem pa je bila huda slabost in bruhanje. V dveh primerih sta bili razlog sprejema socialne okoliščine.

Ponovni sprejem

Ponovnih sprejemov v dneh po odpustu z Dnevnega oddelka je bilo le 7, kar je 0,05 odstotka. Pri treh je bila potrebna revizija, glavni razlog pa je krvavitev zaradi večjega obsega operacije dimeljske kile.

Zadovoljstvo

Odstotek zadovoljnih pacijentov z obravnavo na Dnevnem oddelku ni bil spremljan na način kot doslej, zato ga ne moremo prikazati.
Splošna bolnišnica Jesenice pacientom daje možnost izražanja svoje mnenje o obravnavi z vprašalnikom, na katerega je v letu 2017 odgovorilo 2 314 pacjentov.
Na Dnevnem oddelku je bilo 316 (24 %) odgovorjenih vprašalnikov in dodanih opisnih pripomb. Pripombe so večinoma pohvalne, med njimi pa so pomembnejše tiste, ki opisujejo nezadovljstvo; to se nanaša večinoma na pomanjkanje informacij o anesteziološkem posegu, o podatkih poteka operacije oziroma kirurško mnenje o poteku, o pripravi operativnega polja in o čakanju na odpust. Pacijenti pričakujejo vizito kirurga, ki jih je operiral. Omenjena je bila razumljiva želja, da bi po prvem pregledu pri kirurgu dobili orientacijski datum za operacijo, saj je čakanje tudi več kot leto dni na klic z našega oddelka, resnično predolgo in neživljensko.

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
2016	1289	21 (1,6%)	prevoz, soc.i. hematom	7	hematom	ni podatkov	blaga bolečina

Zaključek

Prav gotovo bi na Dnevnem oddelku lahko operirali še več pacientov. Trenutne prostorske razmere tega sedaj ne dovoljujejo, na voljo pa je večji časovno okvir, to so delo ob sobotah in v času počitnic. Pri tem je problem dodaten kader, posebej na oddelku ali pa dodatno plačilo. O možnosti dodatnega osebja ali dodatnega plačila lahko podajo svoje mnenje kadrovska in finančno-računovodska služba bolnišnice.

STROKOVNO POROČILO CENTRA ZA INTERDISCIPLINARNO ZDRAVLJENJE BOLEČINE IN PALIATIVNO OSKRBO

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

1 POTEK DELA

V letu 2016 smo vodili 562 bolnikov, od tega v okviru načrtovanja paliativnega zdravljenja 300 bolnikov (primerjalno z letom 2015, ko smo v smislu paliativne oskrbe vodili 210 bolnikov). Med bolniki s paliativnimi boleznimi smo vključevali tudi bolnike z nerakavo boleznijo. Njihov delež je dosegel tretjino vseh bolnikov.
Število vseh obravnav v ambulanti je bilo 1164. Delovni čas ambulante je bil skrajšan na dva dni v tednu za ambulantno delo, ostalo pa za delo na terenu. 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 80 bolnikov) , DSO Viharnik (30 bolnikov), DSO Škofja Loka (15 bolnikov), KOPA Golnik: negovalni oddelek 10 bolnikov.
Začeli smo z redno konziliarno dejavnostjo na oddelku za interno medicino ob petkih, kjer so predstavili bolnike pred odpustom za nadaljnje vodenje in spremljanje v domačem okolju.
Vzpostavili smo 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 8, čas opazovanja pa je bil povprečno 5 mesecev (razpon obiskov od enega obiska do 20 obiskov/ na bolnika; čas spremljanja od enega tedna do 9 mesecev).
Ves čas zagotavljamo stalno telefonsko pripravljenost 24/7. Telefonske klice na mobilni telefon sprejema samo zdravnik. Klicev izven rednega delovnega časa je v povprečju 8 na dan. Izhodov na račun klicev izven rednega delovnega časa je 3 do 4 na dan. Nočnih klicev je malo, v celem letu 40 klicev v nočnem času. Nočnih izhodov v celem letu 15 – urejanje simptomov umirajočega bolnika.
Povečalo se je število obiskov na domu v okviru mobilne paliativne enote. V avgustu 2016 smo pridobili novo vozilo za potrebe terenskega dela. Opravili smo 80 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 po smrti.
Ustanovili smo skupino za žalujoče. Vključili smo svojce, ki so izrazili željo po dodatni pomoči. Skupina se dobiva v Lescah, vodita jo Anže Habjan iz društva Palias in Darja Noč. Dobivajo se enkrat mesečno, udeležilo se je 4 do 6 svojcev. Delo je skupinsko, predvidena so tudi individualna srečanja.
Od 300 vodenih bolnikov jih je v letu 2016 umrlo 242, od tega 14 bolnikov v inštitucijah. Uspelo nam je tudi spremljanje bolnikov brez socialne mreže in zagotavljanje oskrbe v domačem okolju do smrti. 13 bolnikov je imelo podkožno balonsko črpalko za lajšanje simptomov.

2 POMEMBNE PRIDOBITVE

V letu 2016 smo v okviru prizadevanj priznavanja paliativnih storitev dosegli:

- priznavanje storitve obiska specialista na domu 06009
- nabor storitev za ambulantno delo in storitve na domu /vse storitve prizna zavarovalnica/
- 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
- novo terensko vozilo Peugeot za potrebe mobilne paliativne enote
- prenova dveh sob na Dnevnem oddelku – donacija društva Palias

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. V okviru obiskov na domu smo pokrivali celotno področje Domžal, Kamnika in Mengša, na zahodu do Žirov, na jugu do Lavrice.
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 lekarno Deteljica in Gorenjsko lekarno Kranj pa smo zagotavljali stalno preskrbo z zdravili v domačem okolju, vključno s podkožnimi črpalkami.
4. Zagotavljali smo tudi duhovno podporo s pomočjo društva Palias
5. Začeli smo vključevati bolnike iz KOPA Golnik: načrtovano je, da mobilni tim prevzame tako oskrbo na domu kakor tudi oddelčno delo/vodenje bolnikov na Negovalnem oddelku/

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 vodja vseh tečajev in predavateljica 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 in DSO Radovljica.
3. Aktivno smo izobraževali zaposlene v DSO Tržič in Kranjska gora z namenom vzpostavitve paliativnega pristopa.
4. V sodelovanju z društvom Palias sta Darja Noč in Mateja Lopuh sodelovali kot predavateljici na izobraževanju za zaposlene v DSO Radovljica. Program izobraževanja je del širšega koncepta izobraževanja za zaposlene v domovih, ki bi ga vključili tudi v projekt Interreg.
5. Glede invazivnih postopkov smo pripravili delavnice prebrizgavanja podkožne venske valvule – tudi za patronažne medicinske sestre in sestre v DSO
6. Darja Noč je s pomočjo sredstev društva Palias opravila in zaključila izobraževanje iz aromaterapije. Načela aromaterapije smo vključili v redno delo v ambulanti.

7. Mateja Lopuh je sodelovala kot organizatorica in predavateljica na mednarodni šoli EFIC Cancer Pain School v Mariboru.
8. Mateja Lopuh je sodelovala kot svetovalka in vabljena predavateljica pri številnih kongresih in simpozijih na Hrvaškem: Pula, Brioni, Vukovar,Slavonski Brod.
9. Sodelovali smo pri pripravi gradiva za laično javnost v sklopu projekta Metulj.
10. Mateja Lopuh je opravljala funkcijo državne koordinatorice razvoja paliativne oskrbe, podpredsednice SZPHO, predsednice RSK za paliativno oskrbo.
11. 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. 93% svojcev je bilo zadovoljnih z našo oskrbo in vodenjem, najbolj so cenili 24 urno mobilno številko.

6 NAČRTI ZA 2017

- Dosegli smo vključitev teksta za pridobitev mobilnega tima v okviru splošnega dogovora za 2017. SB Jesenice bo po tem predlogu prva bolnišnica, ki bo pridobila mobilni tim za obravnavo bolnikov s paliativno boleznijo v domačem okolju. V nadaljevanju bodo sledile še druge regije. V okviru mobilnega tima bodo delali trije zdravniki in dve dipl. med. sestri ter administratorka.
- Združitev vseh zdravstvenih in socialnovarstvenih inštitucij v mrežo paliativne oskrbe
- Pridobiti je potrebno še eno osebno vozilo za mobilni tim
- V načrtovanju opreme je potrebno pridobiti še prenosni ultrazvok za varno izvajanje drenažnih posegov v domačem okolju

STROKOVNO POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI ZA ANESTEZIJO IN REANIMACIJO

Amela Lovič, dipl. m. s. *(vodja od 01.01.2016 do 20.11.2016)*
Mateja Repinc, dipl. m. s.
Vodja zdravstvene nege na anesteziji

UVOD

Prvo polletje je na oddelku za anestezijo in reanimacijo minilo precej stresno, zopet v znamenju nezadostnega števila zaposlenih in vlaganju večino energije v organizacijo pokrivanja rednega dela v operacijskih prostorih. Vse to je posledično pripeljalo do nezadovoljstva, povečanega stresa, obolevnosti in absentizma ter vsekakor nezmožnosti realizacije zastavljenih ciljev in posvečanju stroki z izobraževanji, kar vodi k manj kakovostnemu delu na oddelku. Na oddelku smo zabeležili en odhod DMS in prihod dveh DMS.
Drugo polletje je na oddelku za anestezijo in reanimacijo minilo v znamenju uspešnega uvajanja dveh novozaposlenih v delo na oddelku. Konec leta je tako kot prejšnje leto ponovno prišlo tudi do menjave vodje zdravstvene nege na anesteziji. V našo enoto je tudi letos pripisana DMS iz protibolečinske ambulante, ki pa ni razporejena 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 cca 7 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	• Izvedenih 6 internih timskih izobraževanj z ožjo strokovno tematiko (**90%**) in 3 izobr. v obliki delavnic z zdravniki anesteziologi, na temo uporaba mehanskega pripomočka LUCAS za zunanjo masažo srca, urgentna intubacija z uporabo Sellicovega manevra in priprava anest. delovišča (**30%**).
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 ter otroškega vozička v UC-prostor za reanimacijo**
AKTIVNOSTI	• Za štacijo standard potrebno uskladiti. • Za porodno sobo in UC standard še ni začet.
EVALVACIJA	• Izdelava standarda preložena na naslednje leto. **0%**
CILJ	**Izdelava preglednic o potrebnih zalogah materiala na posameznih deloviščih (ortopedska, kirurška, porodna, spodnja operacijska, dnevna bolnišnica)**
AKTIVNOSTI	• Popis zalog zdravil in med. tehn. Pripom. ter opredelitev koliko le-teh je potrebno imeti na pos. delovišču - izdelan seznam. Služi tudi kot pripomoček pri naročanju mat. iz lekarne in reduciranju zalog.
EVALVACIJA	• Zaenkrat je preglednica oz. seznam izdelan samo v ortoped. operacijski. **20 %**
CILJ	**Kazalnik kak. »Kontrola pop. opreme anest. vozička« razširiti v »Kontrola priprav. anest. del.« ter ob tem revidirati navodila in kriterije za oceno uspeš.**
AKTIVNOSTI	• Revidirana navodila in obrazec.
EVALVACIJA	• Revidiran obrazec v uporabi. **100 %**
CILJ	**Izboljšanje na področju predaje pacienta**
AKTIVNOSTI	• Izdelani kriteriji za nadzor nad predajo pacienta. Ob nadzoru ugotovljeno, da smo pri predaji **82,22%** uspešni.
EVALVACIJA	• Izdelani kriteriji pri sprejemu in odpustu. **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 7 od načrtovanih 10 kontrol – **70 %,** uspešnost **80 %** • Načrtovano sprem. navodil in kriterijev za ocenjevanje izvedeno – **100%** • OMS občasno vključena v nadzore - **50 %**
KAZALNIK	**Časovna izkoriščenost prostorov**
AKTIVNOSTI	• Sprotno redno beleženje vseh opredeljenih časov
EVALVACIJA	• Beleženje - **100%;** podatke o izkoriščenosti prostorov zbira in izračunava ustrezna služba in so prikazani v drugih poročilih; kazalnik bomo v prihodnje opustili.

KAZALNIK	**Pripravljenost anestezijskega delovišča**
AKTIVNOSTI	• Mesečne kontrole vseh anestezijskih delovišč in vozičkov – 10x letno
EVALVACIJA	• Izvedba **60 %,** uspešnost težko objektivno merljiva vendar **cca. 90 %**
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
EVALVACIJA	• Izvedba kontrol **50 %** (1x redna kontrola + 1x kontrola izvedenih ukrepov) • Izobraževanje iz vsebin TPO - **100%** • Sestanek z neposrednimi skrbniki ni bil izveden. **0%** • Skupno izobraževanje o reanimacijskih vozičkih izvedeno - **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 7 od planiranih 10 dokumentov – **70 %**
KAZALNIK	**Varno in kakovostno delo in obravnava pacientov**
AKTIVNOSTI	• Vsaj dve VV/ VR mesečno • Vsakodnevni jutranji timski sestanki • Sporočanje zaznanih odklonov in reševanje dodeljenih
EVALVACIJA	• 24 od načrtovanih 24 VV – 100 **%;** 14 preventivnih vsebin (nova oprema, zdravila, pripomočki, selitev opreme…) in 10 vsebin po dogodku (v povezavi z pripravo pacienta v op, PVV, predaja pacienta) • Redno izvajani timski sest.: **- 100%** • Pri delu nismo zaznali in dodelili v nadaljnje reševanje nobenega odklona, prav tako 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
  - dnevu odprtih vrat
  - anesteziji v popoldanskem programu žilne kirurgije
  - aktivnem izobraževanju v SBJ: izvedli smo izobraževanja iz TPO vsebin in izobraževanje o reanimacijskih vozičkih
  - ob pripravi javnega razpisa za sklop pripomočkov za regionalno anest., testiranje in izbira najustreznejših pripomočkov
  - notranjih presojah (kot presojevalci)
  - internih nadzorih (kot izvajalci in nadzorovalci)
  - nadomeščanju MS iz protibolečinske ambulante ob odsotnosti v dopoldanskem času
  - sodelovanju pri tv prispevku ob dnevu medicinskih sester
- Aktivnosti izven SBJ:
  - sodelovali smo v zdravstveni oskrbi na mednarodnem smučarskem pokalu Vitranc
  - vodja je član Sekcije MS in ZT v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji
  - predstavitev poklicev na Srednji šoli Jesenice

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V tem letu so letni razgovori, zaradi pomanjkanja časa v rednem delovnem času prirejeni in izvedeni v popoldanskem prostem času v obliki team building-a (pohod okoli jezera). Razgovor ustno opravljen z vsemi zaposlenimi. 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 pri DMSZTG in ZZ.

4 CILJI ZA LETO 2017

- Čimprejšnja pridobitev in uvedba v delo novega člana tima za delo na anesteziji v Urgentnem centru
- Nadaljevanje, izboljšanje in nadgradnja že začete prakse:
  - timska izobraževanja in delavnice – sodelovanje tudi z našimi zdravniki
  - timske ponovitve pomembnejših SOP - ov, standardov, navodil ter izdelava novih ali dopolnjevanje in obnovitve obstoječih
  - obravnava varnostnih problemov, odklonov
  - 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)
- 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.

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

Leto 2016 je v EITOS-u minilo v znamenju kadrovskih sprememb, ki jih ni bilo malo.
Zaposleni smo se soočali z velikim izzivom, in sicer, načrtom za novo enoto intenzivne terapije. Osebje EITOS-a je z velikim intuziazmom pristopilo k usklajevanju načrtov, opreme, investicij povezanih z gradnjo oziroma razširitve obstoječe enote.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Tudi leto 2016 v enoti ni bilo nikakršna izjema kar se tiče kadrovskih sprememb. Takoj z začetkom leta smo dobili novo kolegico, ki pa je žal po treh mesecih zapustila enoto. Kot njeno nadomestilo smo se razveselili nove (stare) kolegice, ki se je po nekaj letih spet vrnila v našo enoto in se izvrstno ponovno vključila v tim. Priča smo bili eni premestitvi na drugo delovišče in pa eni premestitvi v našo enoto. Ena kolegica se je vrnila iz porodniškega dopusta, spet v jeseni je druga nastopila s porodniškim dopustom; medtem ko je bila druga kolegica celo leto na porodniškem dopustu.
Poleti smo z dovoljenjem direktorja in pomočnice direktorja za področje ZN za čas dopustov prešli na urnik 12/24 ki nam je omogočil, da smo vsi izkoristili letni dopust kot smo ga planirali.

Jeseni smo dobili novo kolegico, ki je trenutno zaposlena za krajši delovni čas, proti koncu leta pa smo se okrepili še z eno kolegico.
Leto 2016 smo tako zaključili z 12 medicinskimi sestrami, od tega ena za krajši delovni čas in ena še na uvajanju.

1.1 KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE, TISS 28 TOČKE

V letu 2016 smo medicinske sestre opravile 32956 TISS točk, kar znaša 349372 minut dela medicinskih sester.Kategorija zahtevnosti zdravstvene nege pacientov je v letu 2016 znašala v 22% 3. kategorije in v 78% 4. kategorije zahtevnosti ZN.

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
Evalvacija	Natančno beležeje in še dodatni nadzor nad dokument. in oskrbo pac. s strani kateter MS Uvedenih je bilo 167 OVK - jev, od tega poslanih konic na MKB 18 Uvedenih je bilo 18 PICCO katetrov, od tega 4 poslani na MKB Katetrske sepse nismo zabeležili, nobena konica ni bila kolonizirana Učinkovitost 100 %
Cilj	Izobraževanje
Aktivnosti	Aktivna udeležba na simpoziju intenzivne medicine Aktivna udeležba na notranjem izobraževanju o zaščitni opremi Kar nekaj je bilo tudi pasivnih udeležb na zunanjih predavanjih, nekatere od njih na izrecno željo zaposlenih Udeležbe na notranjih predavanjih pa so konstantne
Evalvacija	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 16 varnostnih vizit, Izrečenih 33 ukrepov, 26 realiziranih, pri 4 ukrepih se raelizacija še izvaja, 3 so ostali nerealizirani Zabeležili smo dva odklona, enega smo rešili nemudoma, pri drugem pa je vodja izvedla razgovor z dotično osebo Učinkovitost 80 %
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 5,44%, kar dosega zastavljeni cilj (5.88%) Prenosa MRSA nismo beležili Padcev nismo beležili Učinkovitost 100 %

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

V enoti izvedenih 16 varnostnih vizit/varnostnih razgovorov. Vodja je opravila 9 VV/VR, ostalih 7 odgovorna MS Večina ukrepov realiziranih, nekateri so trenutno v teku, za nerealizirane se trudimo da jih v najkrajšem možnem času rešimo. ocenjujemo sproti.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

V letu 2016 so bili opravljeni vsi razgovori z zaposlenimi. Večinoma so z delom in odnosi zadovoljni. Upoštevana je bila tudi izrazita želja ene od zaposlenih po premestitvi na drug oddelek.

4 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2016

4.1 Ohranitev 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 2017 nadaljujemo z vodenjem TISS točkovnega sistema, vodenjem »liste dragega pacienta,« sodelovanja v projektnih skupinah.
V letu 2017 si želimo predvsem speljati in ponovno obuditi Izobraževalni dan, ki je bil kar nekaj časa stalnica, zadnje dve leti pa je iz takšnih in drugačnih razlogov projekt omenjenega izobraževanja »padel v vodo.«
Sam projekt je pomemben za nekakšno kontinuiteto znanja zaposlenih v enoti in pa za širšo publiko zaposlenih v bolnišnici, tako zdravnikov kot tudi medicinskih sester.

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI PEDIATRIČNE SLUŽBE

Peter Najdenov, dr. med., spec. pediater
Predstojnik službe

V strokovnem poročilu je predstavljeno delo otroškega oddelka v letu 2016. Vsebina poročila zajema delo na kliničnem oddelku in delo v pediatrični ambulanti.

UVOD

Delo v letu 2016 je potekalo brez večjih sprememb od prejšnjega obdobja. Zaznamovala ga je nizka incidenca resnejših okužb spodnjega respiratornega trakta. Organizirali smo razna interna in zunanja strokovna srečanja, strokovno smo se izobraževali največ v domačem okolju, manj v tujini. Večjih pridobitev v letu 2016 ni bilo, delno smo vzdrževali opremo. Neuspešno smo 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 pacientov 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 so se vključevali:

- Rok Muller, dr. med, spec. ped. (ZD Radovljica)
- Jovica Dzordzevic, dr. med, spec. ped. (ZD Kranj)
- Doc.dr. Anamarija Meglič dr. med, spec. ped. (UKC Ljubljana, Pediatrična klinika)

1.1.1 PROTOKOL DELA ZDRAVNIKOV

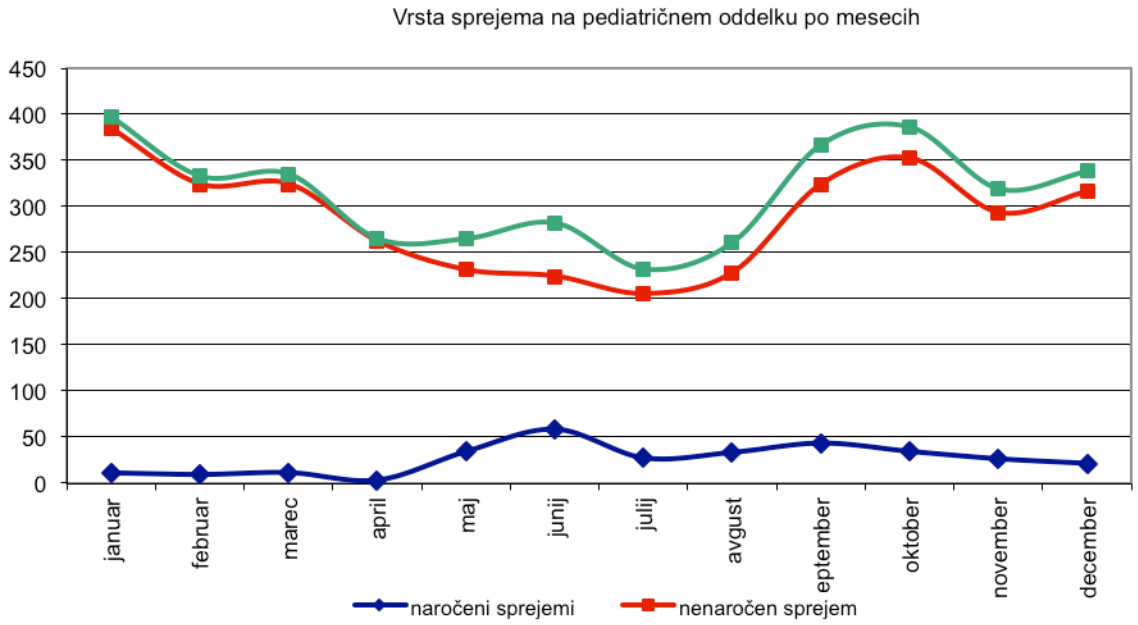
Delovni dan zdravnika je opredeljen z pisnim razporedom, ki se ga načrtuje sproti vsak teden. Večje odsotnosti je potrebno načrtovati vsaj mesec dni v naprej. Leten dopuste in odsotnosti v času šolskih počitnic se usklajuje na skupnih sestankih, ki potekajo vsaj 2 x letno.Osnova kontinuiranega dela je »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 pacientov, oz na paciente 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 2016 je bilo na otroškem oddelku obravnavano 2032 otrok. Povprečna ležalna doba je bila 2,51 dni, povprečni SPP 0,961.

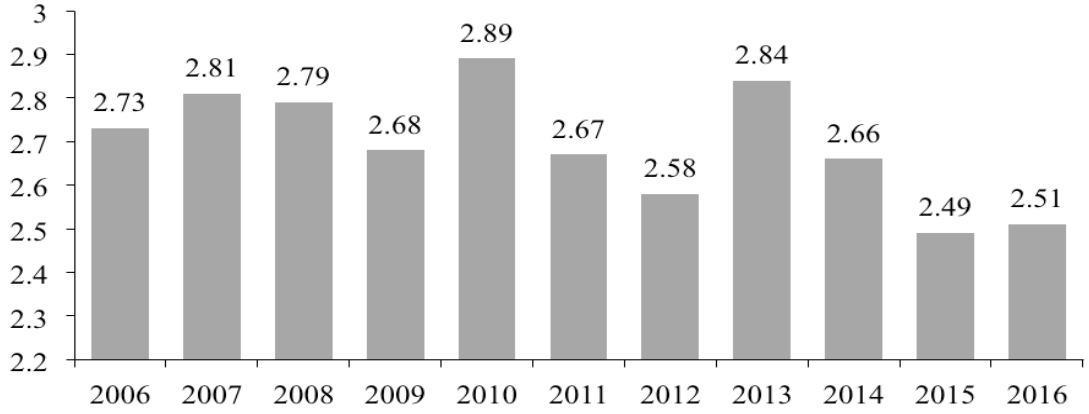


Graf 1: Vrsta sprejemov na pediatričnem oddelku po mesecih

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. Načrtovani sprejemi alegološke obravnave so bili razporejeni v drugi polovici leta. 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
2016	230	1.491	1.721

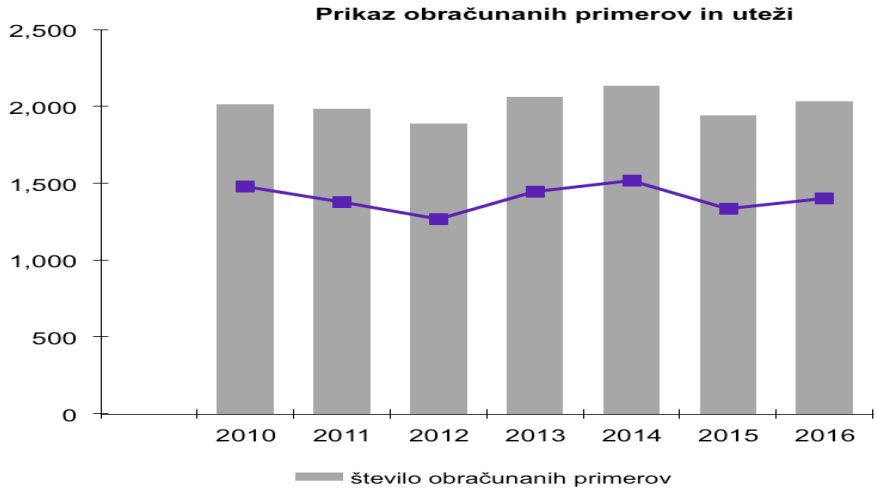


Graf 2: Povprečna ležalna doba

V letu 2016 je povprečna ležalna doba skoraj enaka kot v letu 2015. Vzrok nizkim ležalnim dobam je težnja k skrajševanju in tudi večjemu številu obravnav v »dnevni bolnišnici«. Statistično pomemben delež prestavljajo tudi časovno kratke alergološke obravnave.

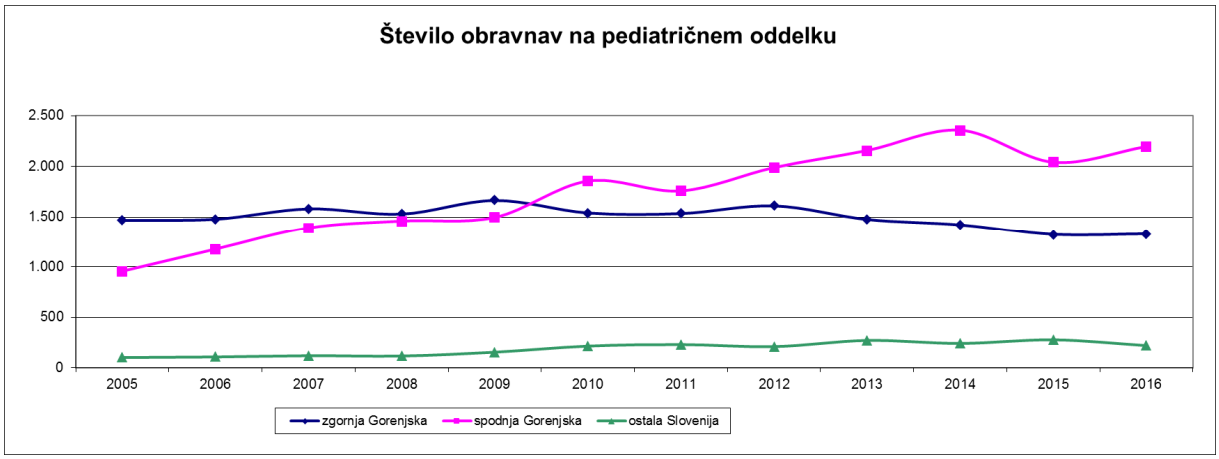
Tabela 2: Število obračunanih primerov na pediatričnem oddelku – za vse plačnike

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Število obračunanih primerov		2.013	1.982	1.887	2.060	2.135	1.939	2032
Število obračunanih uteži		1.479,98	1.378,48	1.266,68	1.444,40	1.517,80	1.334,06	1404,51
Povprečna utež		0,735	0,695	0,671	0,701	0,711	0,688	0,961
Povprečna ležalna doba		2,89	2,67	2,58	2,84	2,66	2,49	2,51

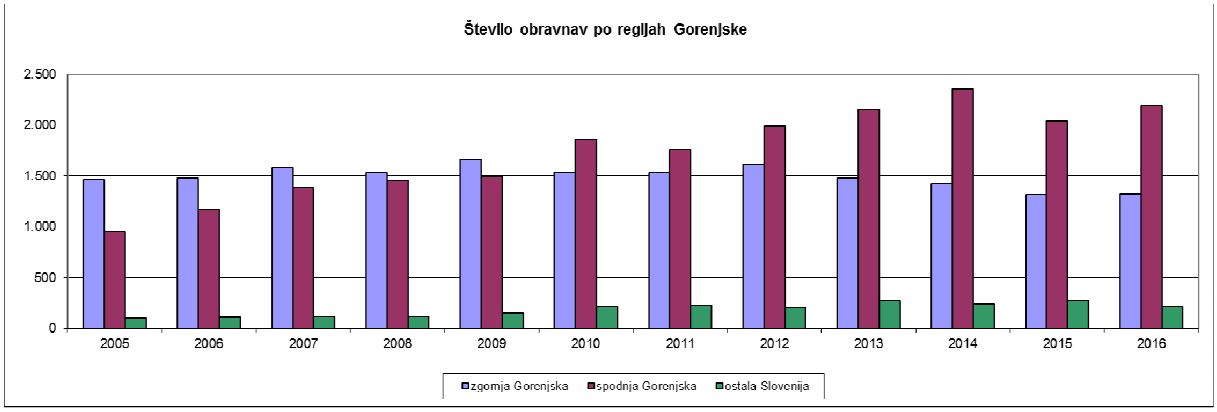


Graf 3: Prikaz obračunanih primerov in uteži

Vrednost SPP se je v 2016 zvišala. Razlog je v večjem številu otrok s 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:Delež obravnav po občinah Gorenjske

	Delež obravnav											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
OE JESENICE	28,89	24,53	23,10	22,96	22,71	19,68	20,06	18,23	16,68	15,79	15,99	15,81
OE RADOVLJICA	29,21	28,99	28,05	26,28	27,54	23,03	23,55	24,11	21,16	19,58	20,34	19,64
OE KRANJ	28,70	31,52	35,10	35,52	34,42	38,61	34,32	35,30	39,58	41,11	34,90	35,80
OE TRŽIČ	7,89	8,19	7,38	7,44	6,21	7,26	8,38	6,91	6,26	6,10	6,96	7,28
OE ŠKOFJA LOKA	1,27	2,86	2,49	4,03	4,46	5,52	7,22	9,98	9,44	11,46	14,26	15,63
OSTALE OBČINE	4,04	3,91	3,88	3,77	4,65	5,90	6,48	5,46	6,88	5,95	7,54	5,83
SKUPAJ	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pediatrični oddelek SB - Jesenice je regionalni oddelek za zdravljenje otrok na sekundarnem nivoju. Pacienti prihajajo iz celotne regije, v zadnjih letij je opazen porast deleža pacientov iz Škofje Loke.

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	110,00
J219 Akutni bronhiolitis, neopredeljen	65,00
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	63,00
J960 Akutna respiratorna odpoved	56,00
A080 Rotavirusni enteritis	46,00
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	36,00
R509 Vročina, neopredeljena	35,00
J040 Akutni laringitis	33,00
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	28,00
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutlji	27,00
L208 Druge vrste atopijski dermatitis	22,00
J210 Akutni bronhiolitis, ki ga povzroča respirato	21,00
J069 Akutna infekcija zgornjih dihal, neopredeljen	19,00
N10 Akutni tubulointersticijski nefritis	19,00
R11 Navzea in bruhanje	19,00
N390 Infekcija sečil, mesto ni opredeljeno	18,00
K522 Alergijski in dietetični gastroenteritis in k	17,00
Z763 Zdrava oseba spremlja bolno osebo	14,00
A082 Adenovirusni enteritis	12,00
P599 Zlatenica novorojenčka, neopredeljena	12,00

delež najpogostejših 20 diagnoz med vsemi	75,93

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	186,00
A084 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	92,00
Z015 Diagnostični kožni testi in testi preobčutlji	88,00
R11 Navzea in bruhanje	52,00
J159 Bakterijska pljučnica, neopredeljena	51,00
K291 Druge vrste akutni gastritis	46,00
R104 Druge in neopredeljene bolečine v trebuhu	46,00
J960 Akutna respiratorna odpoved	43,00
B349 Virusna infekcija, neopredeljena	40,00
J040 Akutni laringitis	38,00
A080 Rotavirusni enteritis	33,00

J450 Pretežno alergijska astma	22,00
L509 Koprivnica, neopredeljena	19,00
R509 Vročina, neopredeljena	18,00
E86 Zmanjšanje volumna	16,00
R55 Sinkopa in kolaps	15,00
J030 Streptokokni tonzilitis	13,00
I880 Nespecifični mezenterijski limfadenitis	11,00
K295 Kronični gastritis, neopredeljen	11,00
R560 Febrilne konvulzije	10,00

delež najpogostejših 23 diagnoz med vsemi	72,53

V letu 2016 opažamo bolj enakomerno razporeditev števila sprejemov preko celega leta. Običajna sezonska nihanja so manj izražena.. Veliko otrok z bronchiolitisom je bilo neobičajno starejših od 2 let.Manj je bilo tudi pacientov 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 2016 je bilo iz Otroškega oddelka oz iz porodnišnice Jesenice v druge bolnišnice premeščenih 22 pacientov. Premeščeni so bili na Pediatrično kliniko ali v intenzivno enoto (Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo - KOOKOIT UKC Ljubljana).

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 2016 smo samostojno prevzeli naročanje pacientov v pediatrične ambulante. Potrebno je bilo učinkovito sodelovanje med administrativno in računalniško službo.

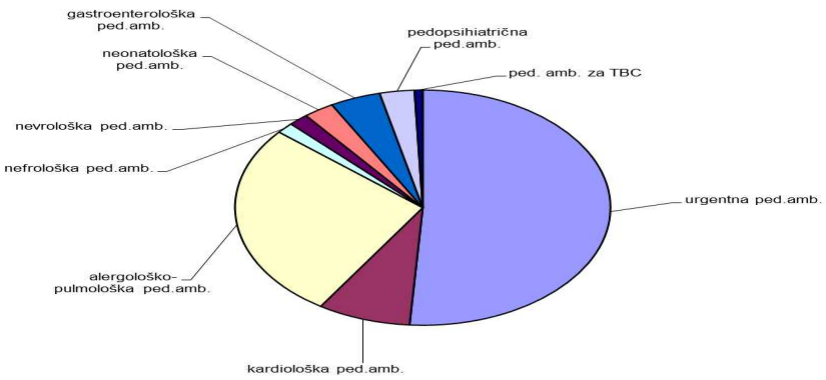
Tabela 8: Pregledi po pediatričnih ambulantah v letu 2015 - za vse plačnike

Ambulante		**Št.pregledov**
P1	urgentna ped.amb.	2.834
P2	kardiološka ped.amb.	445
P3	alergološko-pulmološka ped.amb.	1.494
P4	nefrološka ped.amb.	83
P5	nevrološka ped.amb.	95
P6	neonatološka ped.amb.	146
P7	gastroenterološka ped.amb.	241
P8	pedopsihiatrična ped.amb.	166
P9	ped. amb. za TBC	39
SKUPAJ PEDIATRIČNE AMBULANTE		**5.543**

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

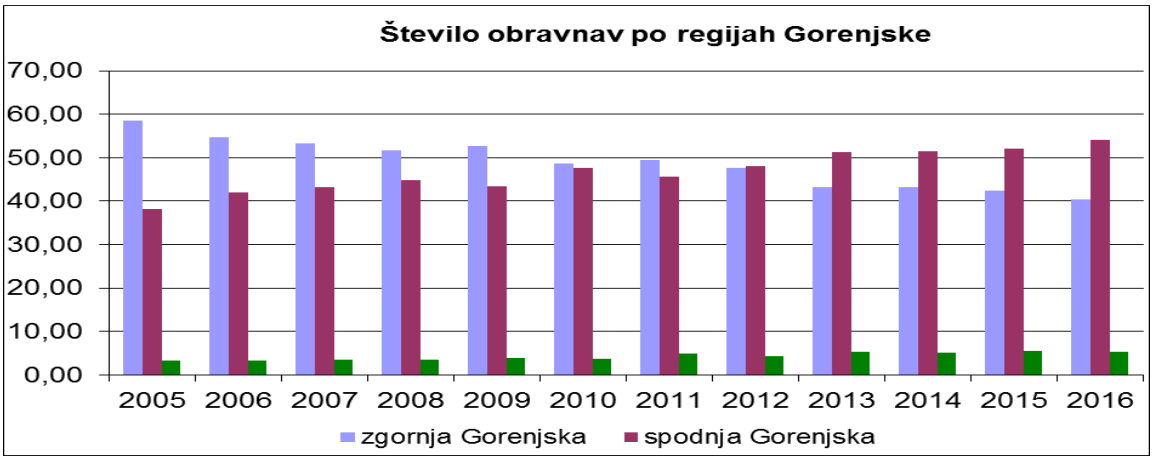
	Načrt 2016	Realizacija 2016	Index real/načrt
Pedopsihiatrična ambulanta			
točke	*6.602,01*	*6.840,00*	103,60
obiski	*184*	*166*	90,22
Pediatrična ambulanta			
točke	*52.859,00*	*49.657,38*	93,94
obiski	*5.599*	*5.093*	90,96

V 2016 je prišlo do višje realizacije načrta dela v Pedopsihiatrični ambulanti in nekoliko manjši delež v pediatrični ambulanti. Razlog ni poznan, verjetno pa zaradi spremenjenega dela v sistemu urgence- delež pacientov se »filtrira« v Urgentnem centru.



Graf 6: Razmerje pregledov v Pediatrični ambulanti

Največ načrtovanega 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

2.3 AKTIVNOSTI IZVEN PEDIATRIČNEGA ODDELKA

Na Otroškem oddelku je bilo obravnavanih 555 otrok s kirurškim obolenjem, v sklopu dnevne otroške kirurgije pa še 93 pacientov. 7 otrok bilo premeščenih iz otroškega oddelka, na druge oddelke znotraj bolnišnice. Pregledali smo 900 novorojenčkov.

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 2016

- Spremljanje prenosa okužb: v letu 20156 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.

4 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA V LETU 2016

- Udeleževali smo se načrtovanih izobraževanj in strokovnih srečanj pediatrične sekcije in posameznih specialnih sekcij pri zdravniškem društvu (otroška nevrologija, sekcija za pulmologijo, alergologijo).

5 NAČRTI

V 2017 smo si zadali več ciljev:

- dodatno izobraževanje Na KOOKITu za enega kolega
- 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 2016 je potekalo brez večjih strokovnih težav. Večjih organizacijskih težav ni bilo. Zasluge za dobro delo 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, mag. zdr. neg.
Glavna medicinska sestra na pediatričnem in ginekološko – porodniškem oddelku

UVOD

V letu 2016 so na ginekološko – porodniškem oddelku, porodnem bloku in ginekološki ambulanti potekala predvsem adaptacijska dela, tako v delu pred porodnim blokom kot tudi na samem oddelku. Večjih sprememb na oddelku in v porodnem bloku ni bilo, predvsem ne v smislu organizacije dela in kadrovski strukturi.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

V letu 2016 večjih sprememb v kadrovski strukturi in številu kadra ni bilo ni bilo, v porodnem bloku sta potekali nadomeščanji dveh diplomiranih babic na koriščenju porodniškega dopusta. Še vedno se izvaja babiška ambulanta v enakem obsegu, trikrat tedensko v novih prostorih na ginekološko porodniškem oddelku. Pripravljenost zaposlenih v porodnem bloku je še vedno organizirana tako kot je bila v preteklih letih in tega v letu 2016 nismo spreminjali.
V času letnih dopustov so se v delo na oddelku še vedno vključevali zaposleni iz pediatričnega oddelka. Na ta način je bila izpeljava letnih dopustov v času poletnih počitnic bistveno lažja in bilo večjih težav.
Ob zaključku leta 2016 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 31.12.2016

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

V letu 2016 večjih in daljših odsotnosti ni bilo, upokojitev tudi ne, niti fluktuacije zaposlenih.

1.1 KATEGORIZACIJA POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Kategorizacija potreb po zdravstveni negi se je zadnja tri leta ustalila, za lažjo predstavo sprememb so podatki prikazani za obdobje zadnjih štirih let v odstotkih v tabeli 2. Izkazalo se je, da je spremembe pripisati tudi povečanemu številu porodov.

Tabela 2: Primerjava kategorij gin. por. odd. 2013, 2014, 2015, 2016 v odstotkih

KATEGORIJA	2013	2014	2015	2016
1. kategorija	13,0	11,0	10,0	13,0
2. kategorija	75,0	76,0	79,0	78,0
3. kategorija	12,0	13,0	11,0	9,0

1.2 REALIZACIJA CILJEV

Aktivnosti in cilji, ki so bili postavljeni na začetku leta 2016 so bili realizirani kot je prikazano v spodnji tabeli:

Tabela 3: realizacija ciljev za leto 2016

CILJ: Izobraževanje	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Izvedba mes. izobraževanj v ZNO na odd. in porodnem bloku 2. 7 pasivnih udeležb na strokovnih srečanjih 3. 4 aktivne udeležbe na zunanjih strokovnih srečanjih 4. Izvedba ciljanega izobraževanja (svetovanje in ZV dojenje)	Realizirano
EVALVACIJA: 1. V letu 2016 je bilo izvedenih 13 izobraževanj 2. Realiziranih je bilo 35 zunanjih pasivnih udeležb z več udeleženci 3. Realiziranih je bilo 6 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 ZN na oddelku 3. Ureditev dokument. na odd. ter dokončno oblikovanje na intranetu	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1. Izdelana je bila 1 klinična pot – karton zdrave nosečnice 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 92 %, izvedenih je bilo 62 varnostnih vizit 2. Zabeleženi so bili 3 odkloni 3. Standardi kakovosti so bili popravljeni 4. Internetna stran je bila le deloma popravljena, dokončno ni bila urejena 5. Padec 1 – obravnava v DH	
CILJ: Zdravstveno vzgojno delo	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI:	Delno realizirano

1. Izd. anket. vpraš. za preverj. uspešn. dojenja otročnic po odpustu 2. Število ZV intervencij o pomenu dojenja že v času nosečnosti	
EVALVACIJA: 1. Vprašalnik je v fazi priprave 2. Število ZV je bilo 44	
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 79 % (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

V letu 2016 smo še vedno največ aktivnosti izpeljali na področju organizacije babiške ambulante in babiških vizit. Nekoliko smo spremenili spremljajočo dokumentacijo, druge dokumentacije na oddelku v preteklem letu nismo spreminjali.

2.1 KLINIČNE POTI

V letu 2016 smo izdelali eno novo klinično pot – zdravstveni karton za potrebe babiške ambulante, 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 4: Klinične poti na gin. por.odd. v letu 2016

Št.	KLINIČNA POT
1.	Zdravstveni karton nosečnice SOP OBR 196

2.2 DELOVNI SESTANKI

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

Tabela 5: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah

Redni delovni sestanki	Izredni/problemski/tematski delovni sestanki	Timski delovni sestanki
4	3	14

3 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

Na področju kakovosti in varnosti je bilo tudi v letu 2016 še vedno usmerjeno v nenehno izboljševanje določenih procesov v obravnavi pacientk na oddelku in v porodnem bloku ter tudi v ginekološki ambulanti in dispanzerju. Varnostne vizite in razgovori o varnosti ostajajo najpogostejše orodje za opozarjanje in reševanje zapletov na področju varnosti in kakovosti obravnave. Zaposleni so tudi tisti, ki opozarjajo na možne nevarnosti in odklone in se jim ta sistem zdi takšen, da se najhitreje in najučinkoviteje problem tudi reši oziroma zmanjša njegov vpliv na delovanje.

3.1 BELEŽENJE ODKLONOV

V letu 2016 je bil v računalniški program ART zabeležen 1 odklon. Narava in vrsta odklona je prikazana v tabeli 6.

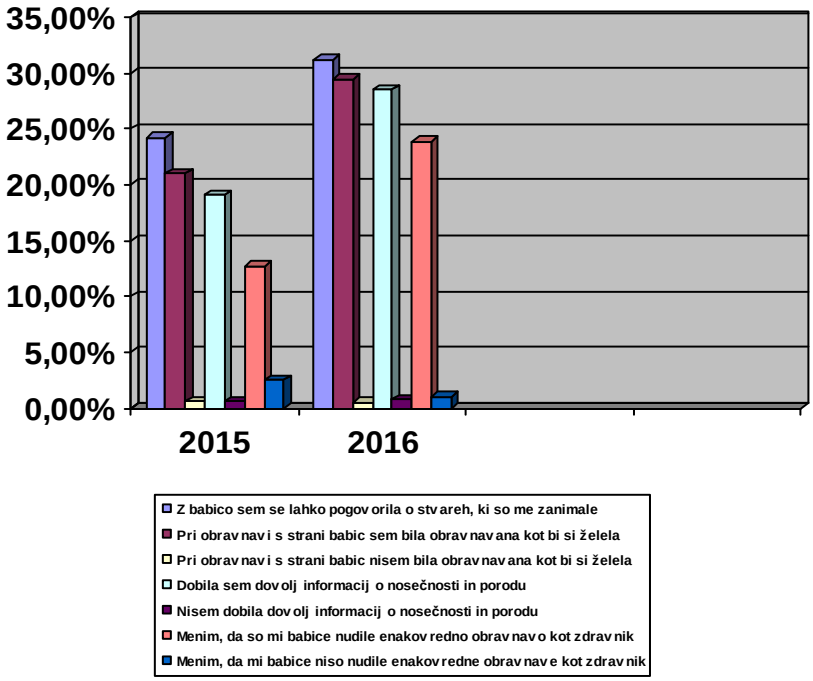
Tabela 6: Število odklonov

Oddelek/ enota	Skupno število odklonov	Sporočili sami / dodelili drugi	Odkloni Sporoče anonimno	Strokovni odklon	Pritožba pacienta/ svojca	Poškodba osebja	Neprimeren odnos	Tehnični odklon	Kaznivo dejanje	Drugo	Št. ukrepov
Gin - por	1	0/1	0	0	0	0	0	1	0	1	1

Na odklon je bil izrečen 1 ukrep, ki je bil rešen in zaključen. V letu 2016 ostaja število odklonov zabeleženih v računalniški program ART še vedno zelo nizko. Analize vzrokov na oddelku nismo izvedli, menim, da je potrebno poiskati sistemski vzrok.

3.2 ANKETA O ZADOVOLJSTVU PORODNIC IN OTROČNIC

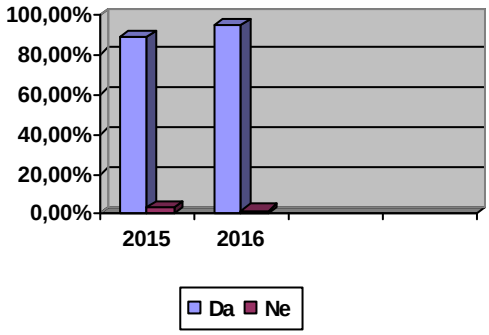
V letu 2015 smo anketni vprašalnik, ki jo ob odpustu izpolnjujejo otročnice spremenili in ga v letu 2016 nismo dodatno spreminjali. Nekateri rezultati so prikazani v spodnjih grafih.



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

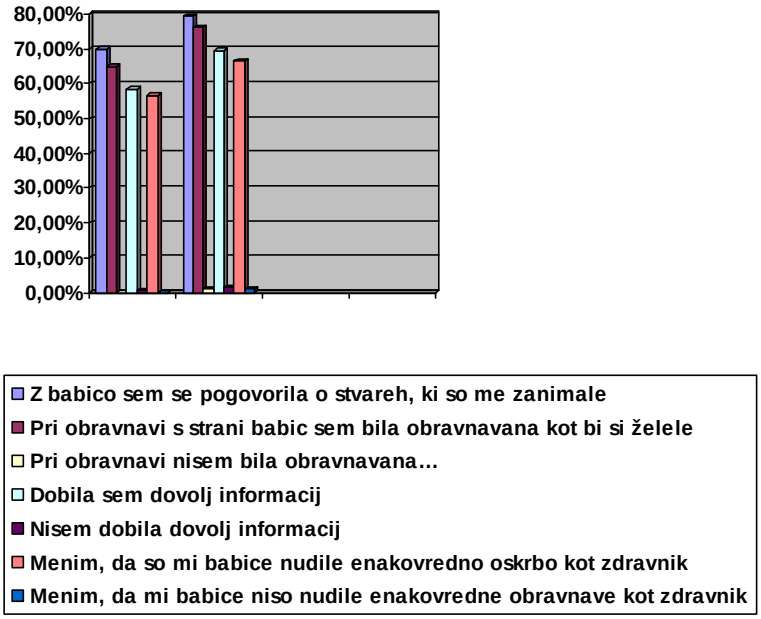
Anketirane v letu 2016 navajajo večje zadovoljstvo z obravnavo v babiški ambulanti. V anketi navajajo, da so se z babico lahko pogovorile o stvareh, ki so jo zanimale in da so bile pri obravnavi obravnavane tako kot bi si želele in da so jim babice nudile enakovredno obravnavo kot zdravnik.

Le še 0,5% (v letu 2015 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 2016 meni, da so bile njihove želje med porodom upoštevane. Le 2% (v letu 2015 3,2 %) jih meni da njihovih želja nismo upoštevali. Večina anketiranih je bila tudi 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. V letu 2016 le 1 % 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 2016 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

	GMS oddelka	**Odgovorne MS odd.**	**Predstojnica odd. in GMS odd.**
Število	5	62	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**
GMS oddelka	5	9	92 %
Odgovorne MS odd.	62	82	88 %

4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2016 je bilo na oddelku, porodnem bloku in ambulanti izvedenih 8 rednih letnih razgovorov. Razgovori so bili opravljeni predvsem s tistimi, ki v letu 2015 niso imeli izvedenega.

4.2 IZOBRAŽEVANJE

Načrt, ki je bil postavljen na začetku leta 2016 je bil izpolnjen v celoti. Del izobraževanj smo uspeli izvesti tudi s pomočjo sredstev Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske ter Zbornice – zveze MS, ZT in babic Slovenije.

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

Izobraževanje/udeležba	**Pasivna**	**Aktivna**
Interno	23	2
Eksterno	35	6

V letu 2016 smo opravili 1 aktivno udeležbo manj kot v letu 2015, še vedno pa ostaja aktivna udeležba na zunanjih izobraževanjih visoka. Podatki, predstavljeni v tabeli 8 pomenijo izobraževanja, ki smo se jih udeležili in ne števila posameznih udeležencev. V mesecu maju 2016 pa smo pripravili tudi izobraževanje za zaposlene na ginekološko porodniškem oddelku in zunanje deležnike. Srečanje je bilo dobro obiskano (36 udeležencev), sodelovali smo z 2 aktivnima izobraževanjema.

5 PORODNI BLOK

V letu 2016 je naraslo število porodov, nosečnice prihajajo ne samo iz gorenjske regije, temveč tudi iz drugih delov Slovenije. Glede na leto 2014 je bilo v letu 2016 18,2% več porodov, na leto 2015 pa 9,2%.

V tabeli 10 je prikazana razporeditev števila porodov v dopoldanskem, popoldanskem in nočnem času, največ porodov je bilo v dopoldanskem času (40%).

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

	Leto 2014	Leto 2015	2016
Skupno število	**746**	**808**	**882**
Dopoldne	216	278	308
Popoldne	241	258	277
Ponoči	289	272	297

6 GINEKOLOŠKA AMBULANTA

Ginekološka ambulanta se je v septembru 2016 preselila na novo lokacijo. Pred selitvijo je bilo potrebno pripraviti in ustrezno urediti prostore. Selitev v sicer nove prostore je pridobitev, moteče je le, ker je enota dislocirana.

7 ZAKLJUČEK

Leto 2016 smo na ginekološko porodniškem oddelku in ambulanti zaključili uspešno. Število porodov se je zopet zvišalo, oddelek smo adaptirali, ginekološka ambulanta je preseljena. Organizirali smo izobraževalni dan, se udeleževali izobraževanj interno in eksterno – tudi aktivno - in izobraževali smo se tudi v okviru samega oddelka. Pripravili smo in spremenili del dokumentacije, del ostaja kot naloga in cilj za leto 2016. V letu 2016 smo imeli tudi strokovno ekskurzijo, ki je bil kot »team building« za oddelek in si želimo še katerega. Dinamika oddelka je dobra, mikroklimo ocenjujem kot pozitivno, motivacije za delo nam ne manjka, vrednote so ostale. In to je tisto, kar šteje.

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 ZBNO 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 zdrav. 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 preverj. učinkovitosti	Kontinuirano, celo leto	

Ureditev internetne strani ginekološko – porodniškega oddelka, ambulante in porodnega bloka Število padcev 0		
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 DEJAVNOSTI ODDELKA ZA RADIOLOGIJO

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

UVOD

V prvi polovici leta je oddelek vodil direktor, Janez Poklukar, dr.med.,specialist internist, v drugi polovici leta Marjetka Berdajs Avsenek, dr.med., specialistka radiologije.

V aprilu sta oddelek zapustili dve radiologiji, zato je bila obremenitev na ostale tri radiologe izjemno velika. V juliju se je za polovični delovni čas zaposlila dr. Maja Podkrajšek, dr. med., specialistka radiologije.

Z novim Urgentnim centrom se je bistveno povečala potreba po urgentnih CT in UZ preiskavah, prav tako je pomembno večje število opravljenih rentgenogamov prsnih organov in skeleta v urgenci. Zato je bilo nujno vključevanje dodatnih zunanjih radiologov, ki so delo opravili pogodbeno.

Leto smo zaključili z uspešno realizacijo programa dela in smo ga tudi pomembno presegli na vseh diagnostikah.

1 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA

Oddelek je v letu 2016 sestavljalo 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.
Zagotavljamo 24 - urno pripravljenost radiologa, ki CT preiskave pregleda in analizira na prenosnem računalniku od doma. Za nujne UZ preiskave v najkrajšem možnem času pripravljeni radiolog pride v bolnišnico.

2 KADRI

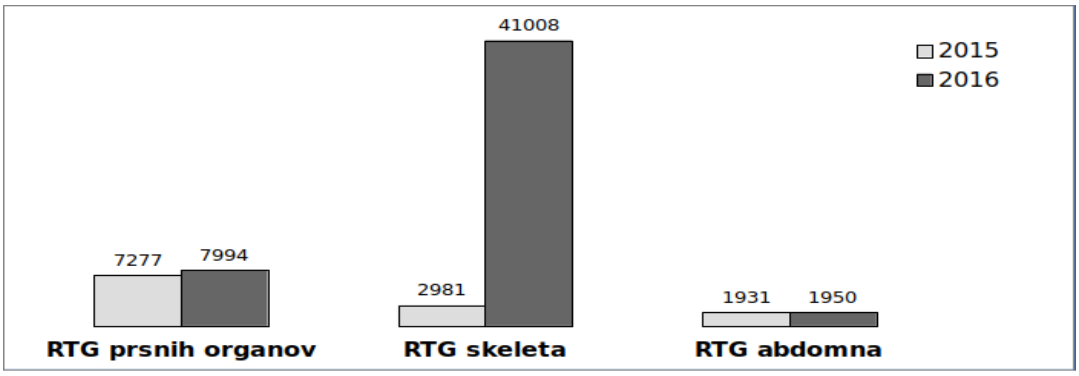
Na oddelku so bili redno zaposleni trije radiologi: Aleš Agatonović, Marjetka Berdajs Avsenek in Bojan Prosenik. V drugi polovici leta, za polovični delovni čas, še dr. Maja Podkrajšek.
Za MRI diagnostiko ostane redno zapslenim radiologom premalo časa, zato to področje pokrivajo še štirje zunanji radiologi, ki delajo pogodbeno: Jadran Koder, Nejc Šavs, Miha Škrbec in Dimitrij Lovrič.
V letu 2016 je mamogrfije in UZ dojk delala pogodbena sodelavka Larisa Vengar.
V pripravljenosti je teleradiološko CT preiskave izvajal tudi zunanji sodelavec, prim. Branko Cvetičanin.
CT angiografije perifernega žilja teleradiološko izvaja doc. dr. Dimitrij Kuhelj.
V delo smo enkrat tedensko vključili tudi tri specializantke, ki so pisale izvide klasičnih rentgenskih preiskav. Uz abdomna in rtg skeleta iz urgentnega centra je delala tudi pogodbena sodelavka, Marija Može.

Radiologi smo imeli tedensko strokovne sestanke, kjer smo obravnavali strokovno tematiko iz izobraževanj in reševali tekoča organizacijska vprašanja.

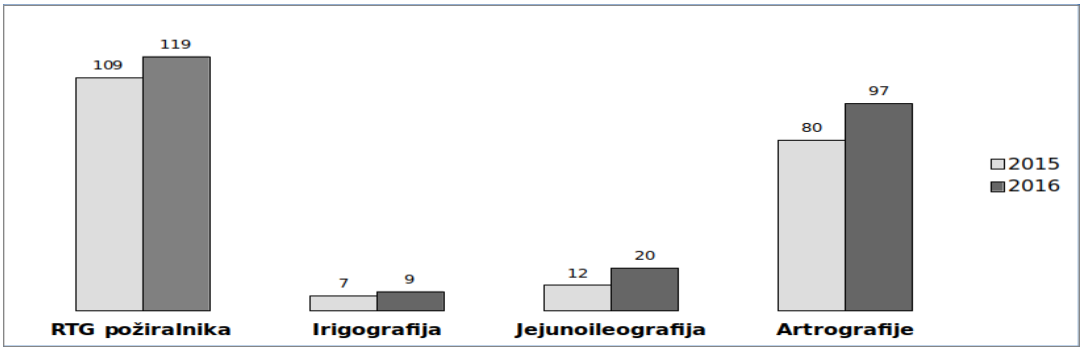
3 OPRAVLJENO DELO

V letu 2016 je bil indeks realizacije delovnega načrta na vseh diagnostikah preko 100%.
Najbolj smo presegli delovni načrt na CT diagnostiki, predvsem na račun urgentnih preiskav. Začeli smo izvajati CT angiografije perifernega žilja. Ta diagnostika je že dobro utečena, izvide piše zunanji radiolog. Poskusno je bilo narejenih tudi nekaj interventnih posegov na perifernem žilju (PTA), vendar zaradi neustreznega RTG aparata ti pisegi v letu 2016 še niso zaživeli.

Na novo so se na MR diagnostiki pričele izvajati preiskave jeter, trebušne slinavke, MRCP, medenice, rektuma in rodil. Preiskave so na programu 3 do 5-x mesečno. Ta diagnostika je pomembno izboljšala diagnostiko abdomna, saj v večini primerov s to preiskavo pridemo do končne diagnoze v primerih, ko predhodne preiskave ne dajo jasnega odgovora. S tem področjem se ukvarjata dva radiologa, kar zagotavlja boljšo dostopnost do teh preiskav.
Pri klasični radiologiji je zelo poraslo štvilo slikanj skeleta, kjer želijo mnenje radiologa. Gre za napotitve iz urgentnega centra, kjer pacienta obravnava urgentni zdravnik in sam ne napiše izvida. Po starem sistemu je pacient prišel neposredno v kirurško ambulanto, kjer je RTG skeleta odčital kirurg in mnenje radiologa v večini primerov ni bilo zahtevano.
V porastu je tudi število klasičnih rentgenskih slikanj za potrebe kirurgije in ortopedije.
Na UZ diagnostiki se je povečal delež hospitalnih preiskav, medtem ko celotno število stagnira v primerjavi s preteklim letom.

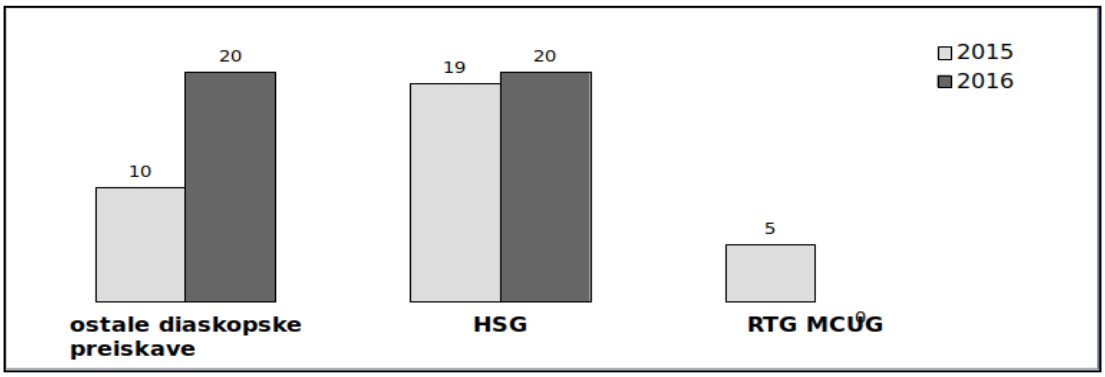


Graf 1: Primerjava števila rentgenogramov, kjer je bilo napisano mnenje radiologa, med letoma 2015 in 2016



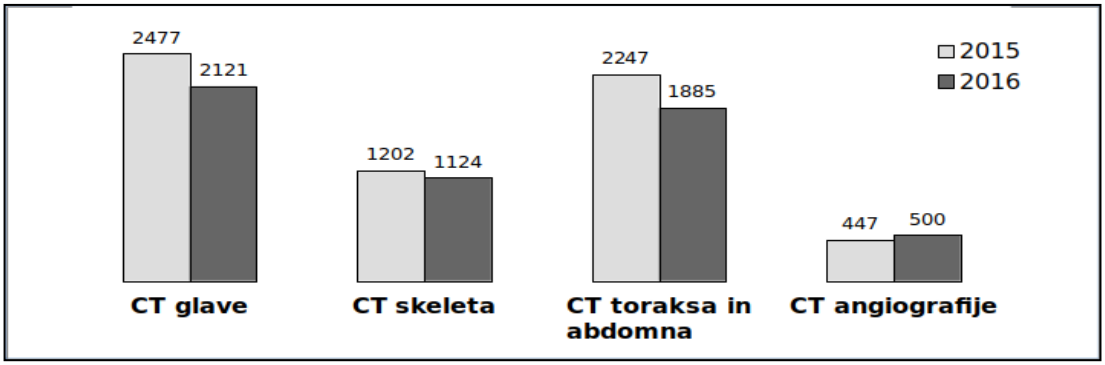
Graf 2: Primerjava števila diasopskih preiskav med letoma 2015 in 2016

Vseh diaskopskih preiskav je bilo v letu 2016 nekoliko več, le RTG mikcijskih cistouretrografij nismo zabeležili v celem letu. Preiskavo je nadomestitla UZ preiskava (UZMC).



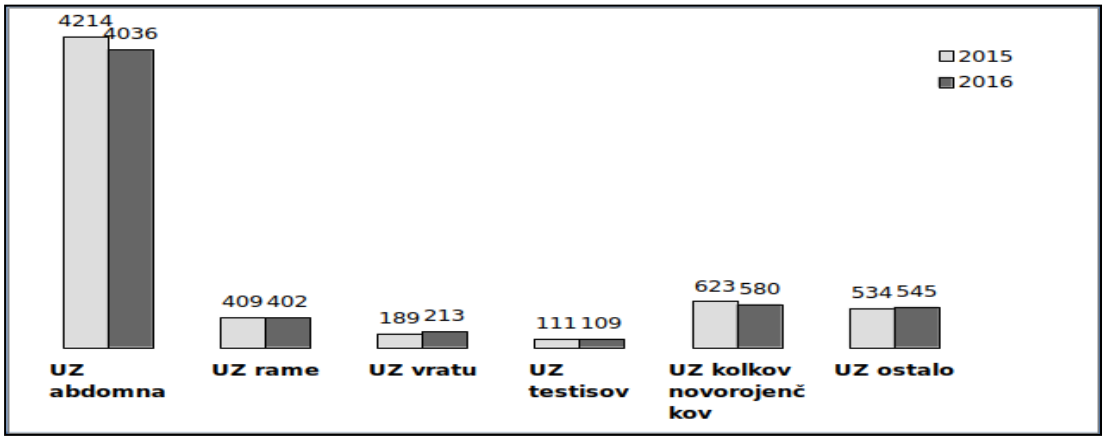
Graf 3: Število kontrastnih preiskav v letih 2015 in 2016

Tako izrazit upad rentgenskih 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.



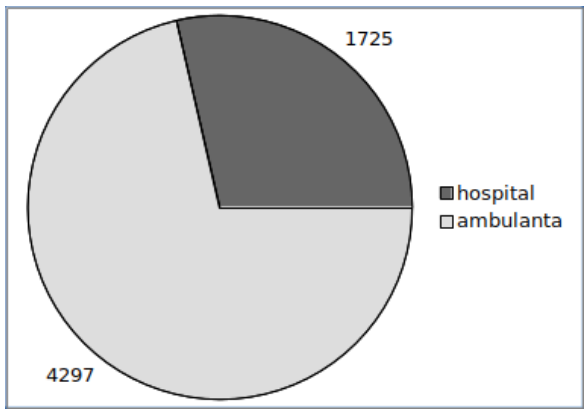
Graf 4: Število CT preiskav v letih 2015 in 2016

Število CT preiskav se je v letu 2016 nekoliko zmanjšalo v primerjavi s predhodnim letom, vendar smo še vedno presegli delovni načrt za to leto.



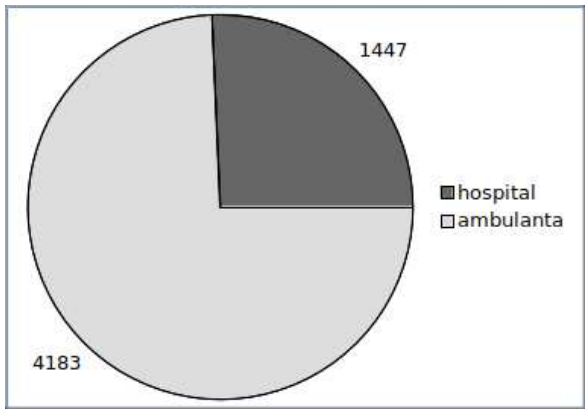
Graf 5: Število UZ preiskav v letih 2015 in 2016

Opravljenih UZ preiskav je le nekaj manj kot v predhodnem letu.



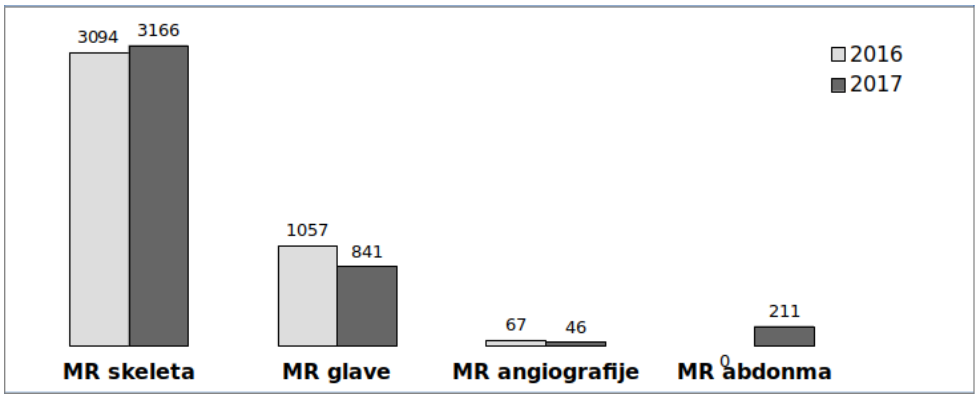
Graf 6: Delež hospitalnih in ambulantnih UZ preiskav v letu 2016

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



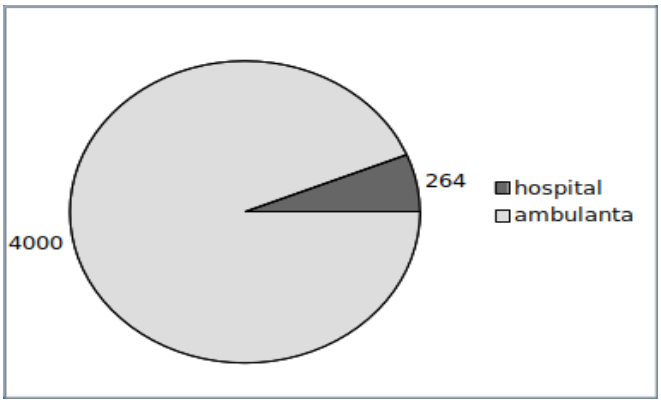
Graf 7: Delež hospitalnih in ambulantnih CT preiskav v letu 2016

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



Graf 8: Primerjava opravljenih MR preiskav v letu 2015 in 2016

V letu 2016 je bilo opravljenih približno enako število preiskav, kot v letu 2015. Večino leta se je slikanje izvajalo v dopoldanskem in popldanskem času. Manjši upad števila MR glave je na račun MR abdomna, ki so večinima daljše preiskave.



Graf 9: Delež hospitalnih in ambulantnih MR preiskav v letu 2016

Večina opravljenih MR preiskav v času hospitalizacije se nanaša na MR skeleta.

4 KAZALNIKI KAKOVOSTI

4.1 ČAS ČAKANJA HOSPITALNIH PACIENTOV NA CT PREISKAVO

V letu 2016 so le trije pacienti čakali na CT preiskavo dlje kot 24 ur. V primerjavi s predhodnim letom je rezultat boljši, naš cilj pa je, da bi vse preiskave opravili v času, ki je krajši od 24 ur.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

V sredini leta smo začeli izvajati MR preiskave abdomna: MR rektuma, MR jeter, MR pankreasa, MR medenice oz. rodil. Preiskave so na programu enkrat tedensko in jih izvajata dva radiologa. To je resnično napredek za našo bolnišnico, saj je povednost oz. specifičnost MR preiskav zelo visoka.

6 ČAKALNE DOBE

Preiskava	**Hitro**	**Redno**
RTG skeleta	0	1 mesec
UZ preiskave	4-5 mesecev	6 mesece
CT preiskave	3 mesece	6 mesece
MRI skeleta	3 mesece	5 mesece
MRI glave	4 mesece	6 mesece
MRI abdomna	2 meseca	4 mesece

Preglednica 1: Čakalne dobe v letu 2016

Čakalne dobe so za CT in Uz preiskave pogosto presegale zakonsko določeno najdaljšo čak. dobo. V teh primerih smo pacientom svetovali, da izberejo ustanovo s krajšo čakalno dobo. Tisti, ki so želeli preiskavo vseeno opraviti na našem odd., so se z daljšo čakalno dobo strinjali in so podpisali soglasje. Posebno težko je na čakalne liste uvrščati paciente, ki imajo pod oznako hitro še označen prednostni kriterij. Običajno so ti pacienti nadštevilni na delovni list, kar najbolj pripomore k preseganju delovnega plana, ker je število le-teh težko predvideti.

7 STROKOVNO OZOBRAŽEVANJE

- kongres radiologov Slovenje, Nova Gorica, oktober 2016, (Marjetka Berdajs Avsenek, dr.Maja Podkrajšek).
- Erasmus Course Musculosceletal MRI, Herakleion Grčija, september 2016, (Aleš Agatonović).
- MR abdomna, Brusel, maj 2016 (Bojan Prosenik).

8 TEHNIČNA OPREMA

V letu 2016 nismo menjali tehnične opreme. Izvedena so bila vzdrževalna dela na oddelku: beljenje, menjava talne obloge ter menjava odsluženih pisarniških stolov z novimi.

9 CILJI

Glavni in trenutno edini cilj je zaposliti zadostno število radiologov. Za nemoteno delo bi bilo primerno število osem radiologov. Za 24 - urno prisotnost v Urgentnem centru pa vsaj še dva radiologa.

10 ZAKLJUČEK

Slikovna diagnostika je področje, ki je v zadnjih letih doživelo hiter napredek in ima pomembno vlogo v sodobni diagnostiki. Ob solidni tehnični opremi je delo izreno zanimivo in polno strokovnih izzivov. Problem je žel preobremenjenost ob premajhnem številu radiologov.

STROKOVNO POROČILO RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV

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

UVOD

V letu 2016 smo dobil nov informacijski sistem RIS, PAKS. Kljub težkim začetkom smo po predhodnem izobraževanju, vsi radiološki inženirji uspešno pričeli delo na novem sistemu. Še vedno se pojavljajo težave, ki pa jih z zunanjimi sodelovci uspešno rešujemo.
V mesecu januarju sta dve rad. inž. pričeli izvajati MRI trebuha samostojno. Ambulante potekajo štirikrat na mesec, izvajajo večino preiskav (MRI jeter, pankreasa, ledvic, MRCP-žolčni vodi, ginekološki MRI, rektum). Kljub povečanemu programu na MRI, smo z isto kadrovsko zasedbo naše cilje na MRI dosegli.V lanskem letu smo napisali in objavili kar nekaj protokolov, navodil in obrazcev. Popravili in preoblikovali smo proces diagnostične preiskave SOP DGN RAD1. Za večino diagnostik smo napisali osnovne protokole: protokol poteka radiološkega posega (SOP RTG1), protokol magnetne resonance (SOP RTG 2), protokol računalniške tomografije (SOP RTG 3) in protokol radiografske preiskave (SOP RTG 4). Dodali smo navodila za MRI – MRI trebuha s kontrastnim sredstvom (SOP NA RTG 8) in MRI s kontrastnim sredstvom (SOP NA RTG 9). Zaradi pričetka izvajanja angiografij medeničnih arterij in arterij spodnjih okončin z CT smo napisali navodila oz. pojasnilo za paciente (SOP NA RTG 2c). Zaradi neljubega dogodka smo naredili navodila v primeru ekstravazacije po aplikaciji kontrastnega sredstva (SOP NA RTG 10) in dopolnili SOP NA RTG 4 – priprava hospitaliziranih pacientov. Naredili smo 8 obrazcev za čiščenje aparatov in obrazec za kriterije ob zaključku poskusne dobe za radiološke inženirje.

1 MANAGEMENT V RADIOLOGIJI

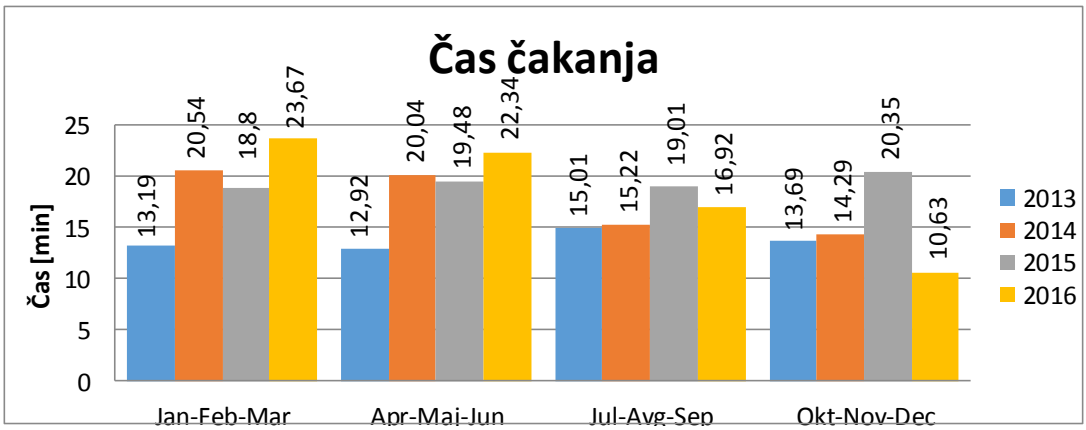
1.1 REALIZACIJA ZASTAVLJENIH CILJEV ZA LETO 2015

1. CILJ: Izvajanje varnostnih vizit	1X mesečno
AKTIVNOSTI: poročanje v poll. in letnih poroč.	Povzetek v polletnih in letnih poročilih.
EVALVACIJA: število opravljenih vizit	Opravili smo 9 VV, zast.cilj smo dosegli v 80%.
2. CILJ: MRI trebuha	Realizirano.
AKTIVNOSTI: izvedba preiskav	Dve rad.inž. samostojno opravljata preiskave, protokoli se dopolnjujejo sproti. Preiskave potekajo štirikrat mesečno.
EVALVACIJA: št. uspešno opravljenih preiskav	Pisni protokoli za MRI trebuha.
3. CILJ: izvajanje nadzorov na mamografski in slikovni diagnostiki	Ni opravljeno, zaradi novega rač. sistema, ter tehnično slabih mamografij na analognem mamografu nadzor ni bil možen.
AKTIVNOSTI: nadzori rentgenogramov	Nadzor na slikovni diagnostiki se bo izvedel v letu 2017. Mamogr. amb. ne opravljamo več.
EVALVACIJA: št. opravljenih nadzorov, ocena	
4. CILJ: Anketa o zadovolj. pac. na radiološ. odd.	Anketo bomo izvedli februarja 2017.
AKTIVNOSTI: 120 opravljenih anket, obdelava podatkov	Anketa bo izvedena na MRI, CT in RTG diagnostikah. Ankete bodo spremenjene, anketirali bomo 120 pacientov
EVALVACIJA: zadovoljstvo pacientov, ocena	

2 KAKOVOST IN KULTURA VARNOSTI

2.1 KAZALNIK KAKOVOSTI

Čas od napotitve rtg slikanja do obračuna preiskave za ambulantne kirurške paciente. Ciljna vrednost 20 min. Ciljno vrednost smo v drugi polovici leta 2016 dosegli, oziroma smo v zadnjem tromesečju čas čakanja znižali na 10 minut.



Graf 1: Čas od napotitve do obračuna rtg slikanja od 2013 do 2016

2.2 ANKETA

V letu 2016 ankete nismo izvedli. Anketa bo v nekoliko spremenjeni obliki, predvsem za lažje razumevanje pacientom. Izvedli jo bomo v mesecu februarju 2016 na MRI, CT in RTG diagnostiki.

2.3 ODKLONI

Dobili smo en odklon, napisali pa smo dva:

- Nepravilna obravnava pacienta po neljubem dogodku: med aplikacijo KS pacientu na CT-ju poči žila. Kasneje se svojci pritožijo zaradi nepravilne komunikacije in oskrbe po neljubem dogodku. Na oddelku naredimo varnostno vizito, ter napišemo navodila v primeru ekstravazacije po aplikaciji kontrastnega sredstva za pac. Odklon je rešen.
- Nepravilno delovanje računalniškega sistema ter nedogovorjena odgovornost reševanja v taki situaciji. Odklon je delno rešen.
- Dobili smo odklon zaradi slikanje otrok kjer pri slikanju ni mogoča prisotnost staršev. V lanskem letu smo kupili baby - fix, to je pripomoček pri slikanju otrok, ki pa je omejen z težo otroka. Kolegica iz pediatrične klinike nam je prišla prikazat uporabo pripomočka, vendar nam še vedno manjka trak za pritrditev otroka k preiskovalni mizi. Glede na odklon nam je bil dodeljen ukrep, da izjemoma kadar ni staršev otroka med slikanjem drži rad. inž.

2.4 IZVAJANJE VARNOSTNIH VIZIT

Na radiološkem oddelku smo 80 % realizirali izvedbo varnostnih vizit.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	V letu smo izvedli 9 VV.
Število izrečenih ukrepov	Izrekli smo 17 ukrepov.
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	Uspešno je izvedenih 14 ukrepov.
Skupna učinkovitost VV/VR	Večino ukrepov smo realizirali na rad. odd., še vedno pa je med nerealiziranimi predaja pac. med odd. in enotami.

Izpostavila bi varnostno vizito.

Varnostni problem/zaplet	Korektivni ukrepi	Rezultat
Seznanjanje nosečnic z rtg slikanjem: noseča gospa poslana na rtg slikanje pluč, brez ustrezno izpolnjene dok. Po pogovoru z rad .inž. se pac. želi še enkrat pogovoriti z napotnim zdr., slikanje je odpovedano.	Pravilno izpolnjena soglasja SOP 8, 9 in 10. Soglasja, ki so dostopna v SOP odnesemo v pap. obliki v vse amb. urgentenga centra.	Pacientka pride na slikanje s izpolnjenimi soglasji.

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 KADRI

V letu 2016 je bilo na radiološkem oddelku zaposlenih 14 dipl.inž.rad. Dobili smo novega sodelavca Janeza Bička dipl. inž. rad. Imeli smo daljšo bolniško, katero je v mesecu decembru nadomestil dipl. inž. rad. Jošt Uršič. Na oddelku je zaposlen diplomirani zdravstvenik, občasno pa nam v pomoč pride dipl. MS za popoldanske UZ ambulante.

3.1 LETNI RAZGOVORI

Vsi dipl. inž. rad. razen treh, so imeli v letu 2016 letne razgovore. Skupaj smo določili kar nekaj ciljev in nalog, večino smo jih realizirali.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Zunanjih izobraževanj se je udeležilo 11 dipl.inž.rad. Dve dipl.rad.inž. sta se udeležili kongresa radiologije na Dunaju. Prisotni smo bili na mamografski sekciji, sekciji klasične radiologije in CT- MRI sekciji. V Kranjski gori je potekal kongres radioloških inženirjev. Ogledali smo si tudi nov urgentni center v bolnišnici Celje. Nekatere inženirke, ki so mentorice študentom radiologije so bile na izobraževanju za mentorje. V letošnjem letu se je ponovno habilitiralo 6 inž.rad. Ogledali smo c-lok v operacijski dvorani na Dunaju
Internih izobraževanj so se udeležili vsi inž.rad. Potekala so izobraževanja za novi računalniški sistem RIS-PAKS. Na MRI smo imeli aplikatorja, ki nas je dodatno izobraževal iz področja skeleta, glav in abdomna. Večina se je udeležila tudi predavanja o kakovosti in predaji pacienta.

4 ZAKLJUČEK

Leto 2016 je bilo za rad. inž. uspešno. Pričeli smo z nekaterimi novimi preiskavami, predvsem je potrebno izpostaviti MRI trebuha, kar je velika pridobitev za naše paciente. Ambulante potekajo štirikrat mesečno, preiskave delata dipl.inž.rad. Manca Kosmač in Andreja Grilc. Na MRI diagnostiki smo skoraj celo leto imeli tudi popoldanske ambulante, zato se nam je občutno skrajšala čakalna doba. Žal nam ni uspelo izvesti rednih ambulant slikanja MRI 3D glave za demilizacijsko obolenje, upamo da bomo s preiskavami pričeli v letu 2017.

5 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2017

Cilji	**Aktivnost**	**Realizacija**

1. Izvajanje varn. vizit 1 krat mes.	- poročanje v polletnih in letnih poročilih.	kontinuirano
2. MRI 3D glave za demilizacijsko obolenje	- izdelava protokola na mri aparatu - izvedba preiskave - pisni protokoli	Leto 2017
3. Izvajanje nadzorov na slikovni diagnostiki	- nadzori kvalitete rentgenogramov na slikovni diagnostiki -poročanje na del. sest., izvajanje ukrepov	Maj in november 2017
4. Anketa o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku	- izvedba ankete na RTG, MRI in CT diagnostikI, obdelava podatkov.	Februar 2017

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA PATOLOGIJO

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

UVOD

V letu 2016 smo na oddelku za patologijo prvič dosegli, da v celoti obvladujemo potrebe bolnišnice po preiskavah z našega področja. Materialnih in bistvenih kadrovskih sprememb sicer še ne beležimo. Širitev in dopolnitev obstoječe dejavnosti je bila sicer finančno onemogočena, a smo pričeli z vsemi potrebnimi aktivnostmi za prostorsko in kadrovsko širitev v prihodnje. Razen povečevanja obsega dela in obremenitev, drugih sprememb v delo oddelka tako nismo uvajali. Delovni postopki tečejo po vzpostavljenem dokumentiranem in nadzorovanem sistemu dela, ki omogoča sledenje vsakega obravnavanega vzorca. Na novo smo se vključili v certificirano dansko mrežo zunanje kontrole izvajanja imunohistokemičnih preiskav NordiQC.

1 ORGANIZACIJA ODDELKA

Organizacijska struktura ostaja enaka tisti v preteklih letih. Strokovno delo na oddelku za patologijo je teklo po ustaljenih smernicah. Prostorske in materialne danosti glede na močno povečan obseg dela niso več zadostne, tako da so bile odločitve po širitvi nujne za nadaljevanje uspešnega dela.
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. Kolegica v letu 2016 ni zaključila specializacije, tako da njena odločitev o nadaljni karieri še ni dokončna – upamo, da se v letu 2018 vseeno zaposli pri nas. 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. V februarju 2016 smo pričeli z obravnavo vseh ginekopatoloških vzorcev. Zaradi kadrovske nezadostnosti, deloma pa tudi strokovne zahtevnosti, smo pogodbeno zaposlili dodatnega patologa.

Tabela 1: Kadri oddelka za patologijo

Vrsta kadra	Status
Vodja oddelka in HP laboratorija	stalno zaposlen
Zdravnik patolog	pogodbeni sodelavec (za ginekopatologijo)
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 delo izvaja občasno. 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. Problematična je predvsem zastarela oprema mrtvašnice, ki zaradi okvar in nekompatibilnosti ne dopušča varnega premeščanja mrličev.
Ob koncu leta 2016 so bili na oddelku za patologijo tako redno zaposleni 4 uslužbenci in 3 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 2015

Od lanskoletnih ciljev smo kljub porastu uspeli zadostiti bolnišničnim potrebam, predvsem s področja patologije prebavil in kože. V februarju smo pričeli z izvajanjem preiskav za področje ginekopatologije. V ta namen smo pogodbeno zaposlili dodatnega patologa. Oddali smo tudi predlog potrebe po novem specializantu za naše področje.

V letu 2016 nismo pristopili k projektu širjenja dejavnosti izven meja bolnišnice v smislu izvajanja zunanjih histopatoloških preiskav kot tudi ne izvajanja avtopsijske dejavnosti za zunanje naročnike.

Na področju imunohistokemičnih preiskav je obilica novosti, ki jih z obstoječim kadrom nismo več sposobni slediti. Pričeli smo z aktivnostmi za dodaten tehnični kader, potrebnih dodatnih usposabljanj kadra v tujini še nismo izvedli.
Realizirali smo nabavo dodatne opreme za potrebe predobdelave vzorcev za izvajanje imunohistokemičnih preiskav.
Pridružili smo se zunanji kontroli za to področje, ki jo izvaja danska ustanova NordiQC. Zaradi finančne nevzrdžnosti smo odstopili od sodelovanja z UK NEQAS.

Kljub poslabšanju v smislu sprememb na področju transporta vzorcev, smo nadaljevali s pozitivnim vplivom na predanalitično fazo preiskav in zmanjševali pogostnost maksimalnih odstopanj glede zaostankov pri dostavi vzorcev, kar se je že kazalo v mesecih ob zaključku leta 2015.

Informacijska podpora našemu delu ostaja na enaki ravni kot poprej. Dosežen dogovor o razpisu in nabavi novega laboratorijskega informacijskega sistema ni bil izveden.

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 pacientov. Poleg osnovnih postopkov, vršimo tudi specialna histokemična barvanja in imunohistokemične preiskave. V okviru zahtev po zunanji kontroli naših metod, smo postali član v programu obdobne naključne kontrole, ki jo izvaja certificirana danska mreža NordiQC.
V letu 2016 smo tako sprejeli vzorce odvzete ob točno 3854 (3000 – 2015) obravnavah pacientov – število biopsij. Delež preiskav je 9,7 % višji ob ambulantnih obravnavah – 2.436 obravnav (2.132 v 2015), kar 63,3 % pa je porast ob hospitalnih - 1418 obravnav (868 v 2015), približno 2/3 tega porasta gre na račun ginekopatoloških vzorcev. Skupno je bilo za pregled poslanih 4.898 (3.710 -2015) različnih tkivnih vzorcev (tabela 2). V naši obdelavi je bilo pripravljenih 9.230 (9.230 – 2015) 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**	
	2016	**2015**
Endoskopije	1898	1551
Ambulante	1377	1389
Ginekološki oddelek in ambulante	535	0
Operacijski blok z dnevno kirurgijo	998	770
Skupaj	**4898**	**3710**

V prosekturi smo opravili 63 obdukcij (51 v letu 2015), od tega 1 fetalna obdukcija. Iz vzorčenih tkiv je v histopatološkem laboratoriju nastalo dodatnih 1349 tkivnih blokov (tabela 3)

Tabela 3: Število naročenih obdukcij po oddelkih

Enota/oddelek	**Število obdukcij**	
	2016	**2015**
Interni oddelek	21	29
IIT	13	9
Urgentna internistična ambulanta	6	0
Kirurški oddelek	4	5
EITOS	17	6
Pediatrični oddelek	0	0
Ginekološko-porodniški oddelek	2	2
Skupaj	**39**	**51**

Strokovno sodelujemo s kolegi drugih ustanov, predvsem Inštituta za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Onkološkega inštituta ter Oddelka za patologijo, SPS Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.
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.
V primeru smrti po poškodbah, zastrupitvi ali smrti povezanih s sumom na napačno zdravljenje se obdukcije vršijo na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete. Na našem oddelku še ne izvajamo naročil za zunanje naročnike preiskav.
Sodelujemo v multidisciplinarnem timu naše bolnišnice, ki skuša optimizirati in usmerjati obravnavo posameznega pacienta, zaenkrat predvsem pooperativnih pacientov po operaciji prebavil. Želimo prispevati k pospešitvi pooperativne obravnave pacienta 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 2012-2016 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 2016 smo aktivno sodelovali na slide seminarjih Onkološkega inštituta, pri eni novi objavi je sodelovala specializantka:

1. Oštrić, D., Todosijević, M., Jeričević, A., Šega Jazbec, S. and Popović, M. (2016), A 37-Year-Old Pregnant Female with Multifocal Brain Lesions. Brain Pathology, 26: 797–798. doi:10.1111/bpa.12447.

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 2016. Skupno smo v tem času prejeli naročilo za pregled tkiv ob 3.854 obravnavah pacientov.

Podatke smo razdelili v tri velike skupine naročnikov naših preiskav, to so E - endoskopske ambulante N=1282 (N=1057), O – op. blok z dnevno kirurgijo N=1251 (N=706) in A - ostale ambulante N=1321 (N=1237). 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**	
	2016	2015	**2016**	2015	**2016**	2015
isti dan	**99,7**	98,7	**99,9**	99,9	**99,0**	99,0
naslednji dan	**0,3**	1,2	**0,01**	0,1	**0**	0,3
do 1 teden	**0**	0,1	**0**	0	**1,0**	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**	
	2016	2015	**2016**	2015	**2016**	2015
do 18 ur	**29,9**	20,4	**36,6**	52,1	**45,3**	41,3
1 dan	**53,1**	55,4	**37,7**	20,6	**34,7**	28,9
do 5 dni	**15,0**	14,9	**24,3**	21,9	**18,2**	22,7
več	**2,0**	9,1	**1,4**	5,4	**1,8**	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 11 naročilih (2015 pri 33 oz. 1,1 %), kar predstavlja le 0,3 % vseh biopsij. Vzorci brez naročilnice za preiskavo niso vključeni.

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.

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 nižji delež biopsijskih vzorcev, ki imajo histološki izvid izdan že naslednji dan po prejemu vzorca. Razlogi so trije – močno povečano število vzorcev, pri ginekoloških vzorcih se izvid izda znotraj dveh tednov s strani zunanjega patologa in zaradi novega pristopa k podaljšani fiksaciji vzorcev za boljšo zanesljivost imunohistokemičnih preiskav. V našem laboratoriju sprejmemo velik delež vzorcev še isti dan po odvzemu (30 – 45%). Znotraj 5 delovnih dni je bilo zaključenih 90 % endoskopskih in 87 % ekscizijskih biopsij, kar je po merilih še sprejemljiva vrednost, zaželjena pa bi bila 95 %. Večje odstopanje je pri operativnih vzorcih, kjer smo čas izvedbe ginekopatoloških vzorcev zavestno podaljšali. Znotraj 10 delovnih dni je zaključenih 95 % biopsij (2015 – 97,4 %). Pri približno 10 – 15 % biopsij opravimo zunanjo konzultacijo, kar tudi lahko znatno podaljša čas obravnave.

Tabela 6: Deleži izvedenih preiskav glede na čas od prevzema vzorca do avtorizacije izvida

	E		**A**		**O**	
	2016	2015	**2016**	2015	**2016**	2015
1 dan	**26,3**	43,4	**16,3**	26,2	**15,9**	24,6
1 teden	**62,9**	54,3	**70,9**	63,4	**64,5**	64,9
2 tedna	**5,9**	2,3	**7,1**	4,4	**13,9**	9,9
1 mesec	**4,9**	0	**4,2**	2,9	**5,2**	0,3
več	**0**	0	**1,4**	3,1	**0,5**	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 61.387 (2015 – 53.422) storitev. V tem obdobju smo odkrili in zabeležili 132 (2015 – 92) 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 6 takšnih primerov (2015 – 5 primerov), napaka je bila ugotovljena pri vseh – v dveh primerih je prišlo do napačnega poimenovanja lokacije odvzema tkiva, v dveh ni bilo ocenjenih sprememb po predoperativnem obsevanju, v dveh pa je bil izvid zaveden pod napačno biopsijkso številko.

V letu 2016 smo prejeli 9 revizijskih zahtevkov (2015 – 9). V prejetih revizijskih izvidih je bila ena diagnoza spremenjena (v smislu pozitivnosti ekscizijskih robov), dve dopolnjeni z izvidi molekularno genetskih preiskav, 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. Za realizacijo je potrebno dodatno angažiranje obstoječega kadra in dodatna zaposlitev novega kadra ter prostorska širitev oddelka.

Načrti prostorske širitve so pripravljeni, tudi prve aktivnosti v to smer so se že začele koncem leta 2016, tako da pričakujemo dodatne prostore že v prvi polovici 2017.

V letu 2017 je nujna kadrovska širitev v smislu dodatnega laboratorijskega tehnika ali inženirja, obenem tudi patologa. Na žalost je ponudba patologov na trgu dela okrnjena, tako da (še) ni realno pričakovati novega kolega.

Pojavlja se povpraševanje po uslugah našega oddelka za zunanje naročnike, tako po histopatoloških preiskavah kot tudi po avtopsijski diagnostiki. Kljub oceni, da je obseg zunanjih histopatoloških preiskav zaenkrat majhen in še obvladljiv, nosi takšna uvedba obvezo po rednem izvajanju preiskav, kar v trenutni kadrovski zasedbi ni vedno možno. 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 prihodnjih letih.

V okviru preverjanj s strani UK NEQUAS smo zaznali potrebo po standardizaciji histokemičnih barvanj. Realizacija je povezana z nabavo nove opreme.

Na področju imunohistokemičnih preiskav bo ob kadrovski okrepitvi lažje slediti novostim. Potrebna so tudi dodatna usposabljanja kadra v tujini, le-ta so maloštevilna in prezasedena. Pridružili smo se 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

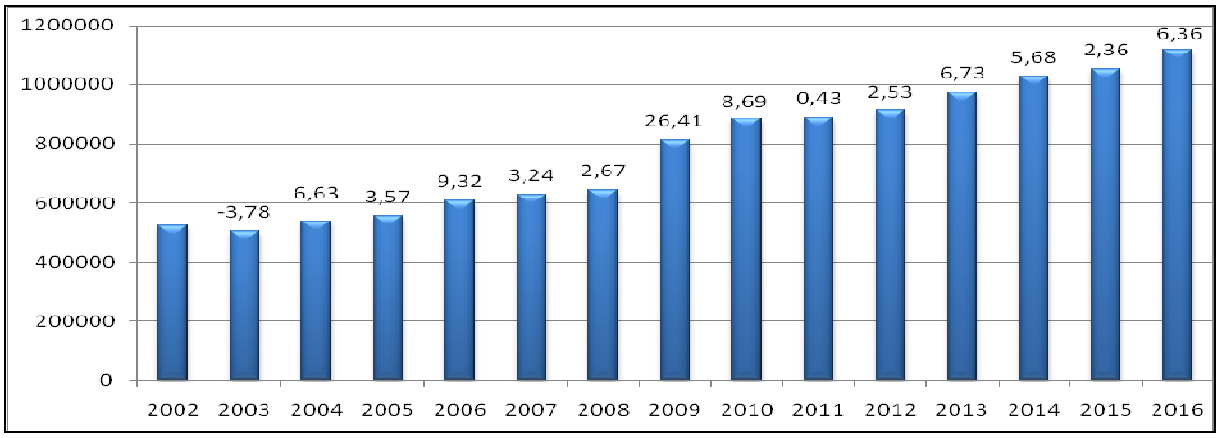
1 ORGANIZACIJA LABORATORIJA

Po Pravilniku o notranji organizaciji Splošne bolnišnice Jesenice (23.06.2009) ima laboratorij status Oddeleka za laboratorijsko dejavnost. Laboratorijsko dejavnost izvaja po Poslovniku, ki poleg splošnih zahtev vključuje tehnične zahteve za vodenje laboratorija, zelo natančno opredeljuje zagotavljanje kakovosti vseh laboratorijskih postopkov, vključno s funkcionalnim laboratorijskim informacijskim sistemom. Za obvladovanje postopkov odvzema vzorcev za laboratorijske preiskave zunaj in znotraj laboratorija mora zdravstveno osebje (diplomirane medicinske sestre, laboratorijsko osebje) upoštevati navodila in priporočila v izdani knjižici: »*Laboratorijski vodnik Splošne bolnišnice Jesenice, 2016*«. Vsi oddelki morajo za pošiljanje vzorcev na specialne priskave v zunanje laboratorije upoštevati Evidence 4,5,6 in 11 (Seznam zunanjih laboratorijev, Transport vzorcev v zunanje laboratorije, Seznam preiskav Adrialab, Seznam preiskav LAB UKC LJ). Oddelek ima urejen katalog laboratorijskih preiskav, postopek sporočanja kritičnih vrednosti, ki zmanjšuje možnost sprejemanja nevarnih terapevtskih in diagnostičnih odločitev.
Laboratorijsko osebje skrbi za izvajanje laboratorijskega procesa po algoritmu, ki je opredeljen v SOP DGN LAB1. Trenutno sestavlja laboratorijsko ekipo 11 zaposlenih laboratorijskih delavcev, med katerimi sta dve specialistki medicinske biokemije, dva zaposlena imata drugo bolonjsko stopnjo izobrazbe za področje laboratorijske medicine, sledijo jima trije diplomirani inženirji laboratorijske biomedicine in štirje izkušeni laboratorijski tehniki. Vsi zaposleni so vključeni v izvajanje 24-urne laboratorijske službe.
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

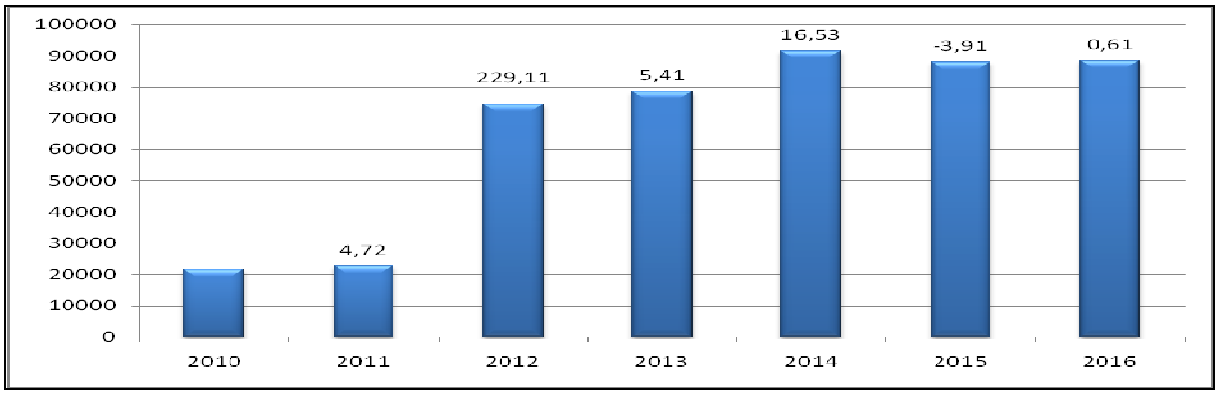
Laboratorijske preiskave so integralni del zdravstvene obravnave pacientov. V letu 2016 smo za ambulantni, hospitalni segment in za zdravstvene domove izdali 1.119.570 laboratorijskih rezultatov, kar je za 6,36 % več kot v letu 2015 (Graf 1). Število preiskav se je povečalo predvsem zaradi delovanja Urgentnega centra.
Laboratorij opravlja laboratorijske preiskave tudi za zunanje naročnike (zdravstvene postaje, zdravstvene domove in za Psihiatrično bolnišnico Begunje). Graf 2 prikazuje trende v številu opravljenih laboratorijskih preiskav za primarno raven in Psihiatrično bolnišnico Begunje.

V letu 2015 smo za navedene ustanove opravili 87986, v letu 2016 pa 88527 preiskav, to je za 0,61% večji obseg preiskav.



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

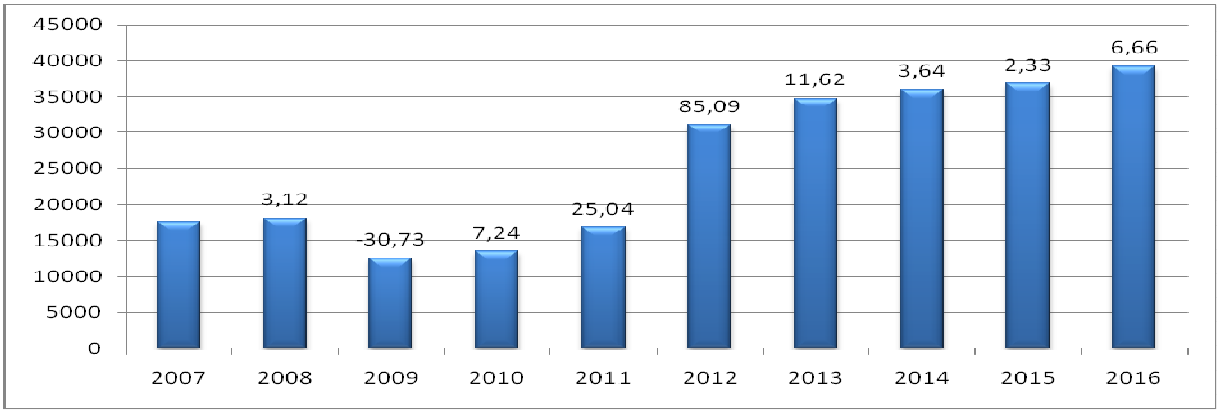
Graf 1: Laboratorijske preiskave v obdobju od 2002 do 2016



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

Graf 2: Opravljene preiskave za primarno raven in PB Begunje v obdobju od 2010 do 2016

Potrebno je izpostaviti dejstvo, da smo v letu 2015 v zunanje laboratorije (Nacionalni laboratorij za okolje in hrano, Mikrobiološki inštitut Ljubljana, Mikrobiološki laboratorij Golnik, Mikrobiološki laboratorij Slovenj Gradec, Inštitut za klinično kemijo Ljubljana) odposlali 36781 vzorcev, kar je samo za 2,33 % več kot v letu 2014, ko smo jih odposlali 35944. V letu 2016 smo odposlali 39230 vzorcev. Področje naročanja zunanjih laboratorijskih preiskav spremlja porast, ki je za 6,66% višji kot v letu 2015 (Graf 3)., kar se odraža tudi v višini sredstev, ki jih bolnišnica odvaja zunanjim izvajalcem laboratorijskih storitev.

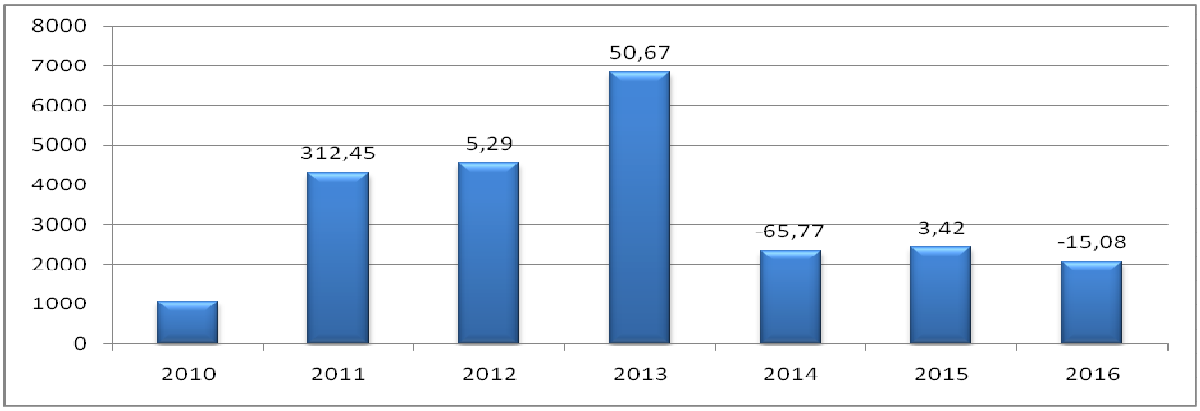


** Vrednosti nad vsakim stolpcem predstavljajo delež povečanja v odstotkih glede na preteklo leto*

Graf 3: Trendi v številu poslanih vzorcev v mikrobiološke 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 pacientom, 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 4). 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, v letu 2016 smo opravili 2056 samoplačniških preiskav, kar je za 15,08% manj kot v letu 2015.



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

Graf 4: Število opravljenih preiskav za samoplačnike od 2008 do 2016

4 TRENDI KAZALNIKOV LABORATORIJSKEGA PROCESA

V letu 2016 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.
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 in v letu 2016 1544, kar je za 8,96 % več kot v letu 2015 (tabela 1). Zastavljen cilj, doseganje nižjega števila predanalitičnih napak v letu 2015 je bil dosežen. Med najpogostejše odstope v kakovosti odvzetih vzorcev spadajo hemolizirani vzorci, koagulirani vzorci in nepriporočen volumen odvzetega vzorca.

Tabela 1: Število predanalitičnih napak v letih 2012 do leta 2016

Leto	**Število napak**	**Trend (%)**
2012	2279	
2013	1543	32,5 % ↓
2014	1101	28,6 % ↓
2015	1417	28,7 % ↑
2016	1544	8,96% ↑

- **Kazalnik K3**: **Število preiskav na obravnavo pacienta v ambulantah:** Skupno število preiskav na obravnavo je v letu 2016 znašalo 2840, v letu 2015 je znašalo 2578, v letu 2014 pa 2521, kar pomeni, da je bilo v letu 2015 za 2,3 % višje kot v letu 2014, v letu 2016 pa za 9,23% višje kot v letu 2015. (tabela 2).

Tabela 2: Število preiskav v na obravnavo v letih 2013 do 2016

	2013 – Število preiskav / obravnavo	**2014 - Število preiskav / obravnavo**	**2015 - Število preiskav / obravnavo**	**2016 - Število preiskav / obravnavo**
URG INT.AMB.	327,5	324,2	240,0	329,4
KRG.AMB.	32,5	34,4	37,01	33
GIN AMB	28,1	29,3	49,01	37
DIAB AMB	88,7	71,1	73,3	94,1
DISP. ŽENE	54,7	73,3	105	56,8
SPL INT AMB	283,7	205	203	276,6
KARD AMB	142,4	113,1	136,7	348,3
ANIT AMB	18,5	59,6	191,8	27,6
NEFR AMB	569,2	490	510,0	539,3
GASTRO AMB	199,4	298,4	291,0	455,1
URG. PED.	87,8	87,6	85,3	84,3
EHO	26,3	24	33,2	29,8
CENTER ZA HD	97,3	28,1	22,7	36,6
CAPD	326,7	146,8	7,1	
DERMA AMB	11,6	9	55,9	6,6
URO AMB	36,3	32,7	12	35
ORTOP AMB	0,94	3,28	1,81	6,202

OTOL AMB	1,97	0,67	20,43	7,042
ALERGO AMB	17,5	23,6	201,8	19,98
NEFRO PED	264,8	271,6	224,1	209
GASTRO PED	105,9	182,2	63,7	181,4
NEONAT PED	22,4	13,4	13,4	4,9
SKUPAJ	2744,21	2521,35	2578,4	2840,9

- **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, vendar se je v letu 2016 zmanjšal v primerjavi z letom 2015 (tabela 3). Določen cilj za 2016 je bil zmanjšati delež preiskav s ↑ TAT za 0,2 % in je bil dosežen.

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

PARAMETER / LETO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Št. URG preiskav	79664	64181	74538	78894	87907	92046	99999
Št. presežen TAT	2275	1384	632	194	1187	1436	236
% presežen TAT	2,85 %	2,17 %	0,84 %	0,24 %	1,35 %	1,56 %	0,24%

Za varno obravnavo pacientov je zelo pomembno tudi sporočanje kritičnih rezultatov. V letu 2014 smo jih sporočili 431, v letu 2015 pa 415 in v letu 2016 478 kritičnih rezultatov. Trendi v številu sporočenih kritičnih rezultatov so podani v Tabeli 4.

Tabela 4: Število sporočenih kritičnih vrednosti od leta 2010 do 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Število kritičnih vrednosti	264	232	217	299	431	415	478

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.

6 STROKOVNO DELO IN ZAKLJUČEK STROKOVNEGA POROČILA

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

1. FURLAN, Danijela, AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Cardiac biomarkers: measuring and manageing in Slovenia. V: *Abstracts*, (Clinical chemistry and laboratory medicine, ISSN 1437-4331, Vol. 54, iss. 9, Sep. 2016). Ljubljana: Slovenian Association for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, 2016, str. eA140-eA141. https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/cclm.2016.54.issue-9/cclm-2016-0624/cclm-2016-0624.xml. [COBISS.SI-ID 2048269573]
2. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica, GARTNER, Marija Dolores, ARZENŠEK, Drago. *Laboratorijski vodnik Splošne bolnišnice Jesenice*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2016. 71 str., graf. prikazi. ISBN 978-961-93891-1-9. [COBISS.SI-ID 87159041]
3. AVBERŠEK-LUŽNIK, Ivica. Vpliv starosti, spola in letnega časa na koncentracije vitamina D pri naključnih preiskovancih gorenjske regije = The influence of age, gender and season on vitamin D status in randomly selected individuals of Gorenjska region. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur). *9th international scientific conference, 9th June 2016, Bled, Slovenia : proceedings of lectures with peer review*, 2016, str. 317-323. [COBISS.SI-ID 1024167470]
4. ZUPANEC, Vesna. *Vloga diplomirane medicinske sestre pri odvzemu bioloških vzorcev za toksikološke preiskave = The role of RNS in collecting biological samples for toxicology research : diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: [V. Zupanec], 2016. 36 f., [3] f. pril., graf. prikazi. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2016/Zupanec_Vesna.pdf. [COBISS.SI-ID 1024182318]

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
- 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 pacienta
- sprejem materiala preko črtne kode in posledično začetek uvajanja evidenčnih skladišč
- izvedba elektronske letne inventure na oddelkih za zdravila
- začetek kontrole pravilnega predpisovanja (medsebojno zamenljiva zdravila) s svetovanjem
- nadzor nad depojem na Internem oddelku
- redni nadzor depojev zdravil na oddelkih

2 KADRI

- V lekarni je zaposlenih 7 strokovnih delavcev:
- 1 mag. farmacije specialist
- 1 mag. farmacije
- 1 mag. farmacije, specializant
- 4 farmacevtski tehniki

2.1 STRATEŠKI CILJ ZAPOSLENIH

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

3 OPRAVLJENO DELO

Osnovni namen lekarne je preskrba oddelkov in enot z zdravili in medicinsko tehničnimi pripomočki.
Zaloge v lekarni so bile obvladljive, sproti naročamo manjše količine, kar predstavlja več dela vsemu kadru. Zaloge na koncu obdobja (meseca) so se gibale od 100 – 120 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 še posebej za medicinsko tehnične pripomočke.
Na intranetni strani SBJ objavljamo listo medsebojno zamenljivih zdravil. Te tabele smo predstavili na oddelkih vsem strukturam zaposlenih in pričakujemo večjo komplianco pri predpisovanju trenutno aktivnih medsebojno zamenljivih paralel. Naše delovanje je še posebej usmerjeno v večjo natančnost predpisa aktivne paralele v SBJ.
V sodelovanju s klinično farmacevtko obvladujemo listo za pripravo in aplikacijo parenteralnih zdravil.
Še vedno opažamo napačno zaračunavanje cen s strani dobaviteljev; izvajamo redno kontrolo ujemanja cen.
Z uvedbo aplikacije Intravizor se je povečala preglednost cen na nivoju zdravstvenih zavodov, kar pa dodatno obremeni zaposlene z namenom iskanja najugodnejše cene za artikle izven javnega razpisa. Istočasno smo analizirali cene artiklov v primerjavi z drugimi zdravstvenimi zavodi/bolnišnicami.
Postopek javnega naročila medicinsko tehničnih pripomočkov se izvaja direktno preko programa Go-Soft (ustreznejša izbira adekvatnih artiklov z lažjo primerjavo cen med dobavitelji). Vedno več veledrogerij ponuja naročanje preko njihovih spletnih strani, kar pomeni zmanjšanje napak pri prenosu naročil, delno smo začeli s prevzemom artiklov preko barkode, istočasno pa smo pripravljali program za uvoz elektronskih dobavnic, ki so opremljene s serijo in rokom uporabe artiklov.
Posodobljali smo SOP-je.

3.1 NABOR MATERIALA

Število kartic - zdravila in ostali material: 19626 (v l. 2015 – 18108), število kartic se je ponovno povečalo na račun novih artiklov JN – medicinsko potrošnega materiala in endoprotez
Promet je potekal na karticah: 10652 (v l. 2015 na 9560 karticah)
Realiziranih je bilo izdajnic: 18292 (v l. 2015- 15903)
Prevzemnic PRL je bilo: 11767 (v l. 2015 - 10540)
Prevzemnic IPR (konsignacijski prejemi) je bilo: 1780 (v l. 2015 - 725)

Na področju analitike smo izvedli naslednje kontrole kakovosti skladno s predpisi Ph. Eur. 8th Ed.: opravljenih je bilo 189 analiz vhodne kontrole surovin in preverjanj A - testov

3.2 GALENSKI IN STERILNI PRIPRAVKI, MAGISTRALNA RECEPTURA

Glede na razpoložljivost na tržišču in smiselnosti lastne izdelave smo v letu 2016 izdelali: magistralni pripravki, reagenti: 5000 kom (v l. 2015 – 6026 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 2017

- Doseganje največje kvalitete dela v skladu z SOP in spremljanje kazalnikov kakovosti.
- Posodobitev proizvodnih listov.
- Povečanje asortimana lastne izdelave (centralna priprava analgetičnih mešanic)
- Posodobitev opreme za izdelavo magistralnih pripravkov (nakup magnetnih mešal)
- Zadovoljstvo zaposlenih v kolektivu lekarne in ohranjanje dobrih odnosov z vsemi vključenimi v naš proces dela.
- Potrebno bi bilo vzpostaviti alarmni sistem za javljanje vloma.
- 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, posodobitev izvedbe inventure, beleženje porabe na pacienta.

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 bolnišnici.

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 zahteva prenos specifičnih znanj farmacevtske znanosti v proces oskrbe pacientov, s ciljem zagotavljanja smotrne uporabe zdravil in doseganja optimalnih kliničnih, humanističnih in ekonomskih izidov zdravljenja z zdravili. Klinični farmacevt sodeluje kot konziliarni specialist pri načrtovanju in izvajanju zdravljenja z zdravili. 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 okužb in 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. V začetku leta 2016 se je v SBJ zaposlila specializantka klinične farmacije.

1 OPRAVLJENO DELO

1.1 FARMAKOTERAPIJSKI PREGLEDI PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA (FP–PMZ) S SODELOVANJEM NA ODDELČNIH RAPORTIH IN GLAVNIH VIZITAH

Po načelih racionalne farmakoterapije okužb smo pregledali 2.205 primerov pacientov, ki so imeli predpisano eno ali več PMZ, od tega 1.595 primerov na internem, 580 primerov na kirurškem oddelku in 30 primerov na OZZN /KKR. Klinični farmacevt je sodeloval na 43 raportih internega in 44 raportih kirurškega oddelka ter na 21 glavnih vizitah, ki so bile opravljene na odsekih internega oddelka.

1.2 POSVETOVANJA NA PODROČJU UPRAVLJANJA Z ZDRAVILI

Skupaj je bilo opravljenih 323 (v letu prej 212) posvetovanj z zdravniki, 29 (v letu prej 26) z osebjem zdravstvene nege in 1 z osebjem oddelka za laboratorijsko diagnostiko. Pri reševanju problemov je bilo potrebno vključiti v 12 (v letu prej 33) primerih kliničnega mikrobiologa, v 10 (v letu prej 5) primerih infektologa in v 1 (v letu prej 5) primeru proizvajalca zdravil.

Na področju farmakoterapije okužb so bila najpogostejša vprašanja 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 pacientov 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

Ostalo :

- 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
- 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

1.3. NAČRTOVANJE INDIVIDUALNEGA ODMERJANJA VANKOMICINA Z ORODJEM *PHARMACALC*

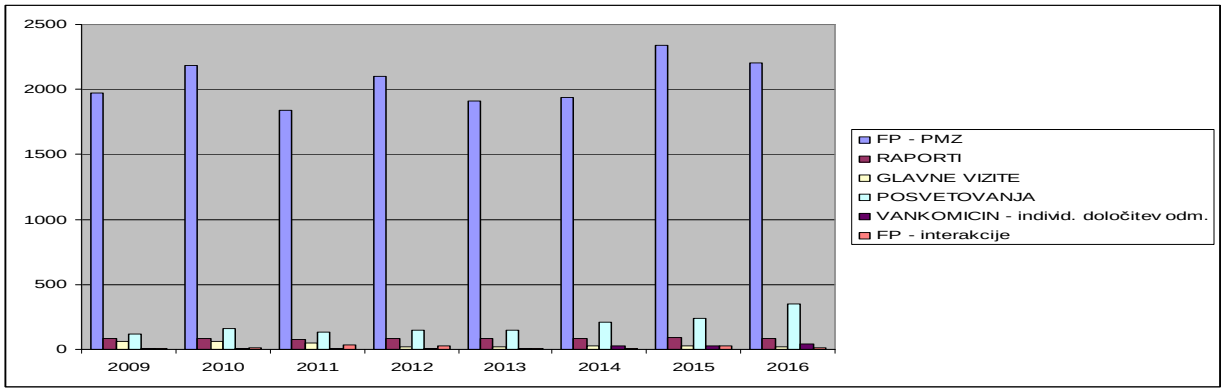
Individualno načrtovanje zdravljenja z zdravili izvajamo na podlagi populacijskega enoprostornega farmakokinetičnega modela za napovedovanje plazemskih koncentracij vankomicina, ki smo ga razvili v sodelovanju s Fakulteto za farmacijo, na podlagi analize podatkov SBJ.
S pomočjo računalniške farmakokinetične simulacije smo prilagodili odmerjanje vankomicina 41 (leto prej 23) pacientom s tveganjem za nastanek ledvične okvare ali z že okvarjenim delovanjem ledvic. Štirim pacientom smo morali prilagoditi odmerjanje vankomicina delovanju ledvic večkrat. Tako je bilo skupno opravljenih 45 primerov (leto prej 26) prilagoditev odmerjanja vankomicina delovanju ledvic. V 38 primerih smo morali odmerjanje značilno znižati od običajno priporočenega.

1.4 FARMAKOTERAPIJSKI PREGLEDI GLEDE MOŽNIH INTERAKCIJ (FP–interakcije) MED SOČASNO PREDPISANIMI ZDRAVILI IN HRANO Z DRUGS.COM INTERACTION CHECKER IN LEXICOMP

Farmakoterapijski pregled predpisanih zdravil smo opravili pri 16 posebej izpostavljenih pacientih: z nepojasnjenimi kliničnimi stanji (neodzivnost, sedacija, zmedenost, spontano nastali hematom, melena, hematemeza, hematurija, hipokaliemija, vrtoglavica), s polifarmakoterapijo in aplikacijo zdravil po PEG. Pacienti so imeli predpisanih od 5 do 16 zdravil. Vpliv na prekomerno sedacijo, strjevanje krvi in hipokaliemijo smo lahko potrdili kot posledico medsebojnega vpliva predpisanih zdravil. Ugotovili smo 6 interakcij hude stopnje - ko je potrebno natančnejše spremljanje pacientovega stanja in ukinitev zdravila ob ugotovljenem negativnem razmerju med koristjo ter tveganjem in 24 interakcij zmerne stopnje - ko je pri zdravljenju potrebna previdnost s spremljanjem pacientovega stanja.

V bolnišnični informacijski sistem Birpis 21 je bilo v letu 2016 evidentiranih 46 izvidov konziliarnih pregledov kliničnega farmacevta.

Slika 1: Opravljeno delo na področju klinične farmacije po letih



1.5. DELO V KOMISIJAH

	Aktivnost	Opravljeno delo
Komisija za zdravila	predsednica	izvedena 1 redni sestanek, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
Komisija za antibiotike	predsednica	izvedena 1 sestanek, natančneje predstavljeno v poročilu komisije
KOBO	članica ožjega sestava	udeležba na 2 od 3 sestankov

2 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

3 IZOBRAŽEVANJA

V sodelovanju z Lekarniško zbornico sta pod mentorstvom specialistke klinične farmacije v SBJ opravljali svoje obveznosti po programu dve specializantki klinične farmacije.
Udeležba na strokovnih srečanjih in izobraževanjih, ki so jih organizirali:

- SFD, Sekcija za klinično farmacijo: 6. simpozij (aktivna udeležba)
- SFD, Sekcija bolnišničnih farmacevtov: 9. mednarodni simpozij (aktivna udeležba)
- SZD, Sekcija za protimikrobno zdravljenje: 22. Infektološki simpozij
- SZD, Sekcija za klinično toksikologijo: 4. slovensko srečanje o klinični farmakologiji, Toksikologija 2016
- Odsek za abdominalno in splošno kirurgijo SBJ: 2. strokovno srečanje (aktivna udeležba)
- SBJ, MZ, Društvo MS, ZT in babic Gorenjske: 9. Dnevi Angele Boškin (aktivna udeležba)

4 OBJAVLJENI PRISPEVKI

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Vpliv zdravil, pridruženih bolezenskih stanj in analitskih postopkov na plazemske nivoje kalija. V: 6. simpozij Elektroliti, minerali in vitamini, 3. marec 2016, Ljubljana. *Zbornik predavanj in prostih tem*. Ljubljana: Sekcija kliničnih farmacevtov Slovenije, 2016, str. 69-70.

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Varnost, učinkovitost in kakovost upravljanja z zdravili v Splošni bolnišnici Jesenice – Kje smo bili, kje smo in kam gremo?. V: BAHUN, Mateja, PAVLENČ Breda (ur.). *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire. Zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2016, str. 75-81.

MAVSAR-NAJDENOV, Brigita. Antimicrobial Stewardship Program – implementacija v regionalni bolnišnici. V: 9. mednarodni simpozij Protimikrobna odpornost: Ali jo še lahko obvladjemo? 8. november 2016, Ljubljana. *Izročki predavanj = Handouts of lectures*. Ljubljana: Sekcija bolnišničnih farmacevtov Slovenije, 2016, str. 54-60, prosojnice.

5 ZAKLJUČEK

Na vseh področjih klinične farmacije je že nekaj zadnjih let viden porast opravljenega dela, kar potrjuje pomen sodelovanja kliničnega farmacevta v multidisciplinarnem timu bolnišnične obravnave pacientov. 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 pacientov 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. spec. dermatolog
Lina Virnik Kovač, dr. med. spec. dermatolog

1 ORGANIZACIJA

V letu 2016 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 2016 je bilo pregledano 8.259 pacientov, od tega 3.348 prvih pregledov, ponovnih pregledov je bilo 4.909. Razmerje prvi/ponovni je bilo 0,68. Opravljeno je bilo 47.613,80 točk, indeks realizacije je bil 99,63 %.
Najbolj pogost razlog obravnav so bile virusne bradavice, sledijo pregledi zaradi nevusov po koži, luskavica, aktinične keratoze, seboroične 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: aprila pasivna udeležba na 5. multidisciplinarnem simpoziju o imunsko pogojenih boleznih, septemba pasivna udeležba na 4. regionalnem kongresu dermatovenerologov v Mostarju ter 24. kongresu EADV na Dunaju, oktobra delavnica o uporabi hialuronskih polnil v estetski medicini in aplikacija Botulinum toksina, novembra pasivna udeležba na 19. dermatoloških dnevih v Beogradu, nato udeležba na delavnici v Lübecku za paciente na terapiji z biološkimi zdravili. Februarja imela aktivno predavanje za Društvo pac. s koronarno boleznijo na temo »Poskrbimo za zdravje vaših nog«, marca aktivno predavanje za zaposlene v lekarni Plavž Jesenice ter maja za zaposlene v SBJ na temo »Novice v zdravljenju luskavice«. Lina Virnik Kovač, dr. med., se je septembra udeležila 24. kongresa EADV na Dunaju, novembra je imela predavanje o kroničnem venskem popuščanju v sklopu posveta o starostniku na Brdu pri Kranju.

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 2016 je nevrološka dejavnost v SB Jesenice potekala peto leto.

1 ORGANIZACIJA DELA V LETU 2016

1.1 POTEK DELA

Delo je potekalo v obliki ambulantnih nevroloških pregledov, elektromiografskih (EMG) meritev in konziliarnih pregledov. V drugi polovici leta se je dopolnila bolnišnična obravnava nevroloških pacientov. Nekaj pacientov je bilo, kot že tudi v prejšnjih letih, sprejetih v dnevno obravnavo zaradi diagnostičnih preiskav in tudi zdravljenja z intravenozno terapijo.

1.2 ZAPOSLENI

Program nevrološke ambulante skupaj z EMG -jem smo opravljali: Janja Borič, dr. med., spec. nevrologije, od. 1.8.2016 dalje skupaj z Lukom Notar, dr. med., spec. nevrologije. Večino časa je delo potekalo ob sodelovanju z nevrofiziološko EMG asistentko Tadejo Petrović, dipl. m.s..
Enkrat tedensko je večino leta pri delu pomagala specializantka Aleksandra Domazetovska, dr. med., ki bo predvidoma zaključila specializacijo konec leta 2018, v drugi polovici leta pa se je enkrat tedensko v delo začel vključevati specializant Matjaž Popit, dr. med. Vsi našteti zdravniki se vključujemo konziliarno službo. Notar Luka, dr. med., spec. nevrologije in Matjaž Popit, dr. med. opravljata tudi Doppler vratnih arterij, Janja Borič, dr.med., spec. nevrologije pa EMG diagnostiko.

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 diagnostike (predvsem lumbalne punkcije) in parenteralne terapije.

Program za nevrološko ambulanto je sestavljen iz kombinacije ambulantnih pregledov in EMG meritev. Planiran program za ZZZS obsega 41.690 točk, kar pomeni 1.0 nosilca.

V času prisotnosti dveh nevrologov smo opravili dodatni program za EMG, tako da smo se enkrat tedensko kadrovsko okrepili s še eno sestro in so ambulantni pregledi potekali istočasno z EMG meritvami.

Pri hospitaliziranih pacientih z nevrološkimi diagnozami je bilo v prvi polovici leta 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. V drugi polovici leta je bilo več pacientov hospitalno vodenih s strani nevrologa.

3.11 Specialistična ambulantna dejavnost

Tabela 1: Plan in opravljeno delo v letu 2016

	Realizacija Leto 2015	Načrt 2016	Realizacija 2016	Index real/načrt	Index 2016/2015
Nevrol. amb.	38.731,94	41.690,00	45.726,22	109,68	118,06
Obiski	2.337	2.445	2.597	106,22	111,13

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
2016	1996	731	2727	2.73	658	532/2

Opomba: V tej tabeli so za leto 2016 prikazani pregledi za ZZZS, v l. 2016 smo beležili še 7 pregledov za druge plačnike, od tega so bili štirje prvi in trije ponovni.

Konziliarne preglede smo beležili:

Janja Borič, dr. med., spec. nevrologije - 287 (od tega 2 x EMG)
Luka Notar, dr.med, spec. nevrologije - 183
Aleksandra Domazetovska, dr. med. - 40
Popit Matjaž, dr. med. - 15
neznani izvajalec - 9
skupaj - 534 (od tega 2 x EMG)

*Tabela 3: Najpogostejše glavne diagnoze za **EMG** v letu 2016*

Glavna diagnoza	Št.obravnav
G560 Sindrom karpalnega kanala	226
R69 Neznani in neopredeljeni vzroki bolezni	178
G544 Okvare lumbosakralnih korenin, ki niso uvršče	83
G542 Okvare cervikalnih korenin, ki niso uvrščene	27
G629 Polinevropatija, neopredeljena	14
M531 Cervikobrahialni sindrom	11
G562 Okvara ulnarnega živca	5
R202 Parestezija kože	5
E1042 Sladkorna bolezen tipa 1 z diabetično poline	4
M544 Bolečina v križu (lumbago) z išiasom	4
S134 Izvin in nateg vratne hrbtenice	4
S5251 Zlom spodnjega dela koželjnice, z dorzalno a	4
E1142 Sladkorna bolezen tipa 2 z diabetično poline	3
G258 Druge opredeljene ekstrapiramidne motnje in m	3
G510 Bellova paraliza	3

*Tabela 4: Najpogostejše glavne diagnoze za **nevrološke preglede** v ambulanti v letu 2016*

Glavna diagnoza	Št.obravnav
G20 Parkinsonova bolezen	160
Z033 Opazovanje zaradi suma na motnjo živčnega sis	117
R51 Glavobol	100
G448 Drugi opredeljeni glavobolni sindromi	91
R42 Vrtoglavica in omotičnost	86
F03 Neopredeljena demenca	83
G35 Multipla skleroza	81
G430 Migrena brez avre [navadna migrena]	80
R55 Sinkopa in kolaps	73
R202 Parestezija kože	69
I693 Posledice možganskega infarkta	61
I633 Možganski infarkt zaradi tromboze cerebralnih	48
R251 Tremor, neopredeljen	41
G442 Glavobol tenzijskega tipa	39
G431 Migrena z avro [klasična migrena]	34
F067 Blaga kognitivna motnja	33
R260 Ataktična hoja	26
G700 Myasthenia gravis	25
G258 Druge opredeljene ekstrapiramidne motnje in m	24
M531 Cervikobrahialni sindrom	23
G451 Karotidni sindrom (hemisferni)	22
G4090 Epilepsija, neopredeljena, niso v sklopu neo	21
I639 Možganski infarkt, neopredeljen	21
R261 Paralitična hoja	21

2 PRIDOBITVE V LETU 2016 IN PLANI ZA NAPREJ

V letu 2016 se je SB Jesenice kadrovsko okrepila in dne 01.08.2016 zaposlila Luka Notarja, dr. med., spec. nevrologije, ki je opravil specialistični izpit. Specializantka Aleksandra Domazetovska, dr. med. je nadaljevala z enkrat tedenskim ambulantnim delom in pomembno prispevala k realizaciji programa. Z enkrat tedenskim vključevanjem v nevrološko delo je začel tudi specializant Matjaž Popit, dr. med.
V drugi polovici leta smo realizirali dodatni program, ki so nam ga dodelili s strani ZZZS in dodatni program za EMG (elektrofiziološko diagnostiko), ki ga je razpisalo Ministrstvo za zdravje z namenom skrajševanja čakalnih dob. Pred koncem leta se je s prvimi tremi primeri nevrološka ambulanta vključila v storitev E- konzultacija.
V nadaljevanju bo potrebno vztrajati pri opravljanju dosedanjega obsega dela, tako pri planiranem programu za nevrološko dejavnost, kot tudi pri vključevanju v bolnišnično delo.
Še vedno nam ostaja izziv prostorsko načrtovanje in kadrovska okrepitev za ustanovitev Enote za možgansko kap ali Nevrološkega oddelka oz. Nevrološke enote v sklopu Internistične dejavnosti ter usmerjanje aktivnosti v pridobitev programa in kadra za EEG (elektroencefalografijo).

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.	Severina Čop, s.m.s.
Medicinska sestra	Sabina Telalović, s.m.s	Janja Bavdaž, s.m.s
Administratorka	Dragan Trailović	Zdenka Ažman

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 teama. Kljub samo dvema zdravnicama, smo delo za ZZZS opravili. Dodatno še 288 konziliarnih pregledov in 140 operacij.
Narašča nam čakalna doba za prvi pregled (sedaj 7-8 mesecev), predvsem pa je večje število nujnih in hitrih pregledov.

Tabela 1: Opravljene ambulantne točke za ZZZS januar - december 2016

	realizacija 2014	realizacija 2015	načrt 2016	realizacija 2016	Index real/načrt	Index 16/15
Otološka amb. Kranj	65.518	71.636	65.813	72.165	109,65	100,74
Otološka amb.Jesenice	59.583	57.025	58.645	59.697	101,79	104,69
Skupaj otološka amb.	125.100	128.662	124.458	131.862	105,95	102,49

Tabela 2: Opravljene storitve (pregledi in operacije) v letu 2016

Leto 2016	ORL Kranj	ORL Jesenice	SKUPAJ
Št.storitev (točke za ZZZS)	72.201,34	59.697,26	131.898,60
Št.pregledov (za vse plačnike)	5.823	5.088	10.911
- prvi pregledi	2.971	1.860	4.831
- ponovni pregledi	2.852	3.228	6.080
Konziliarni pregledi	0	313	313
Mali kirurški posegi	128	199	327
- ambulantni	128	178	306
- hospitalni	0	21	21
Kirurške operacije	112	19	131

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

	2012	2013	2014	2015	2016
Amb.preg. Kranj	5.518	5.143	5.319	5.712	5.823
-prvi pregled	2.555	2.460	2.673	2.883	2.971
-ponovni pregled	2.963	2.683	2.646	2.829	2.852
Amb. pregl. Jesenice	4.922	4.874	4.740	4.710	5.088
-prvi pregled	1.899	1.890	1.830	1.777	1.860
-ponovni pregled	3.023	2.984	2.910	2.933	3.228
Konziliarni preg.	419	297	290	322	313
-Kranj	2	0	1	0	0
-Jesenice	417	297	289	322	313
Mali KRG posegi	429	496	390	402	327
-Kranj amb	237	227	162	218	128
-Kranj hospit	0	1	0	0	0
-Jesenice amb	168	243	203	184	178
-Jesenice hospit	24	25	25	17	21
KRG operacije	188	130	124	138	131
-Kranj	156	94	87	116	112
-Jesenice	32	36	37	22	19

Tabela 4: Klinični postopki pri hospitaliziranih pacientih od leta 2011 do 2016

Koda	Opis	2012	2013	2014	2015	2016
41653-00	Pregled nosne votline in zgornjega žrela	369	261	246	275	266
41849-00	Laringoskopija (tudi 41846-00)	141	0	118	133	133
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	56	41	46	60	62
41671-03	Septoplastika s submukozno resekc. nosn.pretina	65	51	42	29	14
92046-00	Zamenjava kanile pri traheostomi	4	5	14	16	10
41704-00	Aspiracija in lavaža obnosnih votlin skozi ustje	52	49	7	16	27
41677-00	Zaustav. krvav. v spr. delu nosu s tamponado in/ali	12	11	13	11	11
41689-00	Delna konhektomija, enostranska	27	13	7	15	12
31230-02	Izrez.benig. tvorbe kože in podkožnega tkiva uhlja	7	5	11	0	0
92047-00	Odstranitev kanile pri traheostomi	4	4	8	3	4
30278-00	Frenulotomija (plikotomija) jezika	17	12	20	20	18
41647-00+01	Toaleta ušesa , enostranska in obojestranska				56	47
41662-00	Odstranitev nosnih polipov brez splošne anestezije	10	7	0	3	2
30052-00	Oskrba rane zunanjega ušesa	0	2	6	0	0
47738-00	Zaprta naravnava zloma nosne kosti	13	8	12	11	12
11312-00	Zračna in kostna prevodn. avdiomet., stand.tehnika			43	42	36
11324-00	Timpanometrija s standard. preizkus. tonom			68	77	82
11333-00	Kalorični labirintni test			21	14	17
Skupaj		782	470	682	725	753

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

Koda	Opis	2013	2014	2015	2016
30278-02	Frenulotomija (plikotomija) jezika	12	20	20	18
30283-00	Ekstirpacija ciste v ustih	1	0	0	7
31230-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva nosu	1	7	11	6
31230-02	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva uhlja	3	4	11	12
31230-03	Izrezanje benig. tvorbe kože in podkožnega tkiva ustnice	1	4	10	6
31235-01	Izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva vratu	7	9	3	12
41668-00	Odstranitev nosnega polipa	2	0	3	2
41671-00	Submukozna resekcija nosnega pretina	1	1	1	1
41671-03	Septoplastika s submukozno resekcijo nosnega pretina	50	42	28	13
41689-00+01	Delna konhektomija, enostranska+obojestranska	13	7	15	15
41801-00	Adenoidektomija brez tonzilektomije	41	46	60	62
41506-00	Odstranitev polipa zunanjega ušesa	-	-	-	1
30052-03	Reparacija rane nosu	0	6	7	4
Število pacientov, pri katerih so bili opravljeni zgornji klinični postopki:		155	123	169	159

3 IZOBRAŽEVANJE

Obe zdravnici sva se udeleževali ORL in sorodnih izobraževanj tako doma kot v tujini.
V letu 2016 smo sprejeli še eno sestro za področju avdiometrije in vestibulologije, ter jo izobrazili za delo. Delno smo uredili prostore za ORL ambulanto Kranj.

4 VIZIJA

V letošnjem letu želimo urediti še opremo 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 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).

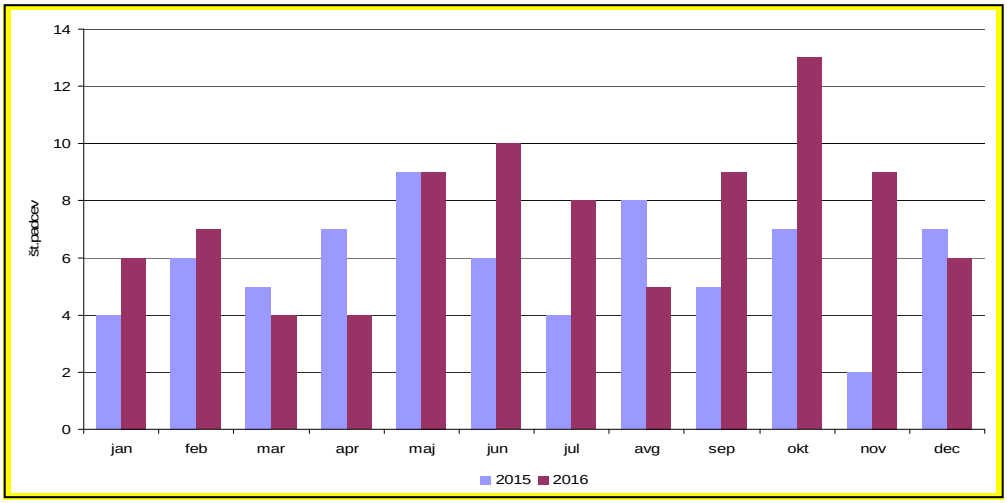
1 KAKOVOST IN VARNOST

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 2016 smo zabeležili pet padcev na pediatričnem oddelku, tri padce v urgentnem centru, en padec v operacijskem bloku, dve padca na radiološkem oddelku in en padec pri dnevni obravnavi, na ginekološko porodniškem oddelku. Pacientka v urgentnem centru je pri padcu utrpela zlom roke, ostali pacienti niso utrpeli poškodb. V obdobju od 1.1. do 31.12.2016 so bili posebni varovalni ukrepi uporabljeni pri 295 pacientih – incidenca 0,04. V letu 2016 smo, kot posledico padca, na hospitalnih oddelkih zabeležili dva zloma kosti in eno razpočno rano, kjer je bila potrebna oskrba kirurga. Aktivnosti projektne skupine za preprečevanje padcev so potekale tudi v letu 2016. Člani skupine so slabo aktivni in tudi udeležba na srečanjih je bila skromna.

Tabela 1: Primerjava vseh padcev in padcev s postelje januar – december 2015 in 2016

	Jan		Feb		Mar		Apr		Maj		Jun		Jul		Avg		Sep		Okt		Nov		Dec	
	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16
Št. padc.	4	6	6	7	5	4	7	4	9	9	6	10	4	8	8	5	5	9	7	13	2	9	7	6
Inc. vseh padc.	0,9	1,2	1,4	1,5	1,0	0,9	1,4	0,9	2,0	1,9	1,3	2,2	0,9	1,8	1,8	1,1	1,0	2,0	1,4	2,6	0,4	1,9	1,5	1,3
Št. padcev s post.	2	4	0	4	0	1	2	2	4	3	2	4	2	4	2	1	3	5	4	6	0	1	5	1
Inc. padcev s post.	0,4	0,6	0,0	0,9	0,0	0,2	0,4	0,5	0,9	0,6	0,4	0,9	0,5	0,9	0,2	0,2	0,6	1,1	0,8	1,2	0,0	0,2	1,1	0,2
Padci s poškod bami	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0



Graf 1: Primerjava vseh padcev po mesecih v letu 2015 in 2016

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 90	1,1/1000 BOD 63	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Izvajanje preventivnih in načrtovanih ukrepov za preprečevanja padcev	NE	V okviru VR po padcu pacienta na oddelku/enoti	Izvajanje ukrepov na kir., int., ped., gin. por. in rad. odd.– veza zapisi VR.
	Izvedba delavnic za preprečevanje padcev, razširjanje dobre prakse	DA	Poteka v okviru internega str. Izobr. po oddelkih/enotah	Seznami pri glavnih MS/vodjih enot
	Mesečno izvajanje nadzornih pregledov ocenjevanja, načrtovanja in izvajanja aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev, izvajanje VV/VR	DA	12	Zapisi ugotovitev in VV/VR pri glavnih MS/vodjih enot
	Pregled vzrokov za padec, študija primera	90	Po vsakem padcu	Poročila o padcu pacienta pri NPDZNO in glavnih MS/vodjih enot
	Izobraževanja tima ZN o pravilni izbiri in uporabi PVU	NE	Jeseni 2016 načrtovano izob. o izvedbi PVU 2 delavnici	Dogovorjen termin za izobraževanje v marcu 2017
	Aktivno sodel. v proj. skupini za preventivo padcev in promocija akt.za preprečevanje	DELNO, izvedenih je bilo 5 sestankov	Kontinuirano	Slaba odzivnost članov za aktivno sodelovanje

	Označevanje pacientov na seznamu (tabli), ki so ogroženi za padec – magnetki, pacienti, ki so zelo ogroženi rumene nogavice, vsi ogroženi pacienti rumena ident. zapestnica	DA	Vsi pacienti, ki so ogroženi za padec	Pacienti so označeni
	Ozaveščanje pacientov in njihovih svojcev o dejavnikih tveganja za padec – priprava plakata	DA	Tiskan plakat za preventivo padcev izobešen na vidnih mestih na oddelkih, v enotah	Plakat za preventivo padcev je dokončan, zahtevek za tiskanje ni odobren. Plakat je, v velikosti A 4, na voljo pacientom in njihovim svojcem, v mapah z informacijami v bolniških sobah
	Dopolnitev kompletov za izvedbo PVU glede na potrebe oddelka/enote, zamenjava trebušnega pasu, ki ni varen za izvedbo PVU, z varnim	DA	Glede na potrebe oddelkov/enot in iztrošenost pripomočkov	Nabav novih pasov za fizično omejitev pacientov v urgentnem centru, dopolnitev na oddelku za zdravstveno nego
	Uvedba ničelne tolerance za padec po oddelkih/enotah	NE	Kontinuirano	
	Aktivno vključevanje zdravnika v preventivo padcev	NE	Kontinuirano	Podan je bil predlog
	Dodatna nabava sobnih stranišč	DA	Glede na potrebe oddelkov/enot in iztrošenost	Dodatna sobna stranišča so bila nabavljena
	Priprava in uporaba prirejene lestvice Humpty Dumpty za ocenjevanje dej. tveganja pri otrocih, ocenjevanje ob sprejemu	DA	Testna uporaba do marca 2016, nato uporaba pri vseh novo sprejetih otrocih	Zaenkrat ni zaznati zmanjšanja števila padcev
Cilj št. 2	**Zmanjšati incidenco padcev pac. iz postelje**	**Dosežena realizacija**	**Predvidena letna realizacija**	**Evalvacija**
Kazalnik	Incidenca št. padcev iz postelje / 1000 BOD Št. padcev pac iz postelje	0,6/1000 BOD 33	0,3/1000 BOD 20	Cilj ni dosežen
Izvedene aktivnosti	Enako kot pri cilju št. 1 Nabava in uporaba blazin s senzorji, ki zaznajo spremembo položaja pacienta v postelji		Enako kot pri cilju št. 1	Enako kot pri cilju št. 1 Oddano povpraševanje
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	30 % 27	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.	92 %	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 paci. 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 glavnih med. sestrah služb/vodjih enot in NPDZNO. - Podanih je bilo 51 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, umiritev pacienta. Velik pomen ima izobraževanje članov tima ZNO o preventivi padca, o pravilni izbiri in uporabi sredstva za fizično omejitev.
V obdobju od 1.1. do 31.12.2016 so bili PVU uporabljeni pri 295 pacientih – incidenca je 0,04. 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 aprilu in novembru 2016, delež skladnosti s kriteriji je bil 90,37 %.
Nadzor nad pravilno izpolnjeno dokumentacijo je bil izveden v aprilu in novembru 2016, delež skladnosti s kriteriji je bil 95 %.

1.5 POROČILA VARNOSTNE VIZITE/RAZGOVORA – 01. 01. - 31. 12. 2016

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	14
Število izrečenih ukrepov	20
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	17

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 2016 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 45 izobraževanj, od tega dva izobraževanja za podaljšanje licence. Skupaj so izobraževanja znašala 115 pedagoških ur, vseh udeležencev pa se je bilo 1155 . Srednja ocena zadovoljstva udeležencev je bila 4,7 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 45 izobraževanj ali 170% glede na predvideno realizacijo, 27 izobraževanj je bilo ovrednoteno z licenčnimi točkami, 2 izobraževanja pa sta bila z vsebinami za podaljšanje licence.
Predvidena realizacija	• 27 izobraževanj, od tega 10 izobraževanj za licenčne točke, 2 izobraževanja za podaljšanje licence in 15 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 izvajalcem izobraževanj; • Sodelovanje z Zbornico – Zvezo.
Evalvacija	• Izvedenih je bilo 45 izobraževanj ali 170% glede na predvideno realizacijo, 27 izobraževanj je bilo ovrednoteno z licenčnimi točkami, 2 izobraževanja pa sta bila z vsebinami za podaljšanje licence; • 115 pedagoških ur (5185 min), število udeležencev 1155, Povprečno število udeležencev na izobraževanju je bilo 26; • Povprečna ocena zadovoljstva je 4,7anketiranje poteka ob koncu izobraževanja in je bilo izvedeno v 87 %; • Udeležence na izobraževanjih se vnaša v sezname prisotnosti za zbiranje licenčnih točk in podaljšanje licence. Seznami so bili posredovani na Zb Zv.

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 2016 so v SBJ uspešno zaključili pripravništvo 12 TZN, 1 TZN ni uspešno opravil internega preverjanja znanja, 8 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 51 pripravnikov TZN, 3 dipl. fizioterapevti, 1 univ. ing. rad., 1 univ. del. ter. 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 izobr. iz teoret. 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 anket. o poteku priprav. in uvaj. – pridobiti 80 % delež vrnjenih anket.
Realizacija	• Realizacija vrnjenih anket je bila 100 %. • 50 % pripravnikov je stalno delalo z mentorjem, 50 % občasno; • 69 % mentorjev je prenos znanja opravilo odlično, 18 % prav dobro, 7 % povprečno in 6 % zadovoljivo; • 85 % pripravnikov je imelo priložnost opravljati postopke in posege navedene v poklicnih aktivnostih in kompetencah, 15 % le občasno; • 93% pripravnikov so mentorji in sodelavci spodbujali pri pridobivanju znanja, 15% pa le včasih; • 94 % pripravnikov je nadgradilo svoje znanje, 6 % ne; • 58 % pripravnikov se čuti sposobnega za samostojno delo, 42 % pa je usposobljenih bolj kot na začetku pripravništva.
Izvedene aktivnosti	• Individualne konzultacije pri utrjevanju in nadgrajevanju teoretič. znanja ZN; • Ocenjevanje pripravnikov/novo zaposlenih po bolonjskem programu s strani kliničnih mentorjev; • Spodbujanje zaposlenih 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 posredovana mnenja v matično ustanovo; • Glede na rezultate anket razgovor s koord./vodjo ZN, VR s kliničnimi 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 2016 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 2016 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 2016 smo imeli 21 sestankov, kjer smo obravnavali in reševali problematiko od prevzema živil, do higiensko neoporečne priprave hrane, razdeljevanja obrokov, primerne temperature po končanem razdeljevanju na oddelkih/enotah, spremljali pa smo tudi količino ostankov hrane. Reševali smo tudi pritožbe pacientov o nezadovoljstvu s prehrano in, glede na možnosti, upoštevali njihove pripombe in predloge.
Člani skupine 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 2016 so bili organizirani štirje sestanki. 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 ANGELE BOŠKIN

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 2016 je 12 dijakov uspešno opravilo PUD. Po zaključku so dijaki izpolnjevali ankete o zadovoljstvu.
Rezultati so naslednji:

- prisotnost mentorja: stalno 50%, občasno 50%;
- posredovanje znanja: odlično 83%, prav dobro 17%;
- priložnost opravljanja postopkov in posegov navedenih v poklicnih aktivnostih in kompetencah: da 75%, včasih 25%;
- podpiranje mentorja in zaposlenih v ZNO pri pridobivanju znanja: da 100%;
- uspešna nadgradnja znanja: da 100%;
- izvajanje intervencij ZN po standardih kakovosti: da 67%, večinoma 33%;
- tim ZN je dijaka sprejel: prijazno 83% odvisno od tima 17%;
- pričakovanja dijakov: so se izpolnila 100%.

Sodelovali smo tudi pri predstavitvi poklicev v ZNO za dijake 2. letnika in organizirali ogled SBJ za dijake 1. letnika.
Za študente Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZABJ) opravljamo 100 % mentorstvo na področju ZN kirurškega pacienta, ZN internističnega pacienta, 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 (IKU) za študente FZAB. V študijskem letu 2015/16 je 17 študentov opravljalo IKU.
S strani študentov smo obravnavali 2 odklona, s strani učne baze 5. Odkloni so bili uspešno rešeni, sprejeti ukrepi in do ponovitve odstopanj v tem študijskem letu ni več prišlo.
Dijaki SŠJ, skupaj z mentorji in študenti FZAB so sodelovali pri obeleženju svetovnih, evropskih in slovenskih dni s promocijo zdravega načina življenja, izogibanja nezdravih razvadam, merjenju parametrov, kot so krvni sladkor, krvni pritisk…, pripravo promocijskega materiala.

4.5 UDELEŽBA NPDZNO NA IZOBRAŽEVANJIH

- Članica organizacijskega odbora: 9. Dnevi Angele Boškin »10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse,ovire«Primeri iz prakse – smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih?«.
- Pasivna udeležba:
- Uporaba kategorizacije v bolnišnični zdravstveni negi, Zbornica – Zveza, Strokovna sekcija medicinskih sester v managementu;
- Odziv na domnevne kršitve pacientovih pravic, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani;
- 10. šola za klinične mentorje, Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

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 2016 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 2016

Naslov predavanja,delavnice	Število min	Število udeležencev	Licenčne točke	Licenca	Ocena
Novosti v smernicah za oživljanje, 2015 27.1.2016	60 min	45	DA	NE	/
Kakovost in varnost v zdravstvu, 28.1. 2016	120 min		DA	NE	

Kakovost in varnost v zdravstvu, 4.2.2016	120 min		DA	NE	
Kakovost in varnost v zdravstvu, 11.2.2016	120 min		DA	NE	
Kakovost in varnost v zdravstvu, 10.3.2016	120 min		DA	NE	
Kakovost in varnost v zdravstvu, 24.3.2016	120 min		DA	NE	
Kakovost in varnost v zdravstvu, 20.4.2016	120 min		DA	NE	
Kakovost in varnost v zdravstvu, 30.3.2016	120 min		DA	NE	
Kakovost in varnost v zdravstvu, 9.5.2016	120 min	SKUPAJ 253	DA	NE	4,3
Predaja pacienta, 3.2.2016	90 min		DA	NE	
Predaja pacienta, 10.2.2016	90 min		DA	NE	
Predaja pacienta, 24.2.2016	90 min		DA	NE	
Predaja pacienta, 2.3.2016	90 min		DA	NE	
Predaja pacienta, 9.3.2016	90 min		DA	NE	
Predaja pacienta, 16.3.2016	90 min		DA	NE	
Predaja pacienta, 23.3.2016	90 min		DA	NE	
Predaja pacienta, 31.3.2016	90 min	SKUPAJ 211	DA	NE	4,7
Predaja pacienta, 18.5.2016 (dodatni termin)	90 min	34	DA	NE	4,6
Uporaba čelade pri neinvazivni ventilaciji, 9.2.2016	65 min	11	NE	NE	/
Periferna arterijska okluzivna bolezen, Srčni spodbujevalniki, 23.3.2016	75 min	42	DA	NE	/
Algoritem reanimacije, 6.4.2016	90 min	33	NE	NE	4,9
Zdravljene raka jetrnih celic, diagnostika neoplazij jeter in izkušnje gastroenterologov SBJ, 7.4.2016	60 min	2	DA	NE	/
Podkožna venska valvula, 14.4.2016	90 min	16	NE	NE	4,9
Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, 21.4.2016	90 min	50	NE	NE	4,6
Tečaj temeljnih postopkov oživljanja in uporabe avt. defibrilatorja 3.5.2016	300 min				
Tečaj temeljnih postopkov oživljanja in uporabe avt. defibrilatorja, 4.5.2016	300 min	SKUPAJ 39	DA	DA	4,8
2. izobraževalni dan ginekološko porodniškega oddelka SBJ, 16.5.2015	300 min	24	DA	NE	4,7
Obravnava pacienta s suicidalnimi nameni, 17.5.2016	90 min	34	DA	NE	4,7
Diagnostika in zdravljenje invazivne kandidoze, 19.5.2016	80 min	11	DA	NE	/
Preventiva razjede zaradi pritiska, 16.6.2016	90 min	17	DA	NE	4,6
Tečaj temeljnih postopkov oživljanja za radiološke inženirje in fizioterapevte 20.6.2016	120 min	12	NE	NE	5,0
ZN pacienta s črevesno stomo, 15.9.2016	60 min	16	NE	NE	4,9
Obravnava pacienta z možgansko kapjo, 28.9.2016	90 min	46	NE	NE	4,8
Nujna stanja pri prirojenih in pridobljenih motnjah strjevanja krvi in vloga regijske bolnišnice, 6.10.2016	180 min	14	NE	NE	/

Poznavanje reanimacijskih vozičkov in zdravil, 13.10.2016	90 min				
Poznavanje reanimacijskih vozičkov in zdravil, 19.10.2016	90 min				
Poznavanje reanimacijskih vozičkov in zdravil, 26.10.2016	90 min	SKUPAJ 109	NE	NE	4,8
Dnevi Angele Boškin – 10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire, 21.10.2016	405 min	38	DA	NE	4,6
16. Srečanje Gorenjske pediatrije – Obravnava sluha pri otrocih in mladostnikih, 30.11.2016	240 min	24	DA	NE	4,4
Aromaterapija, 8.12.2016	90 min	16	NE	NE	/
Poznavanje reanimacijskih vozičkov in zdravil, 9.12.2016	90 min	21	NE	NE	4,9
Tečaj temeljnih postopkov oživljanja in uporabe avtomatskega defibrilatorja, 12.12.2016	90 min	20	NE	NE	4,9
Povijanje krna po amputaciji noge, 21.12.2016	90 min	17	NE	NE	4,9
SKUPAJ	5185 min	1155	27	2	4,7

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 1155 zaposlenih v zdravstveni negi; • Izvedenih je bilo 27 izobraževanj ovrednotenih z licenčnimi točkami; • Izvedenih je bilo še 18 izobraževanj ostalih strokovnih vsebin; • Izvedena sta bila 2 izobraževanja za pridobitev in podaljšanje licence; • Skupno je bilo 115 ur (5185 min) izobraževanj; • Ankete o zadovoljstvu so bile posredovane pri 87% izobraževanj; • Srednja ocena zadovoljstva je bila 4,7 od 5,0 točk.

Tabela 2: Primerjava ur internega strokovnega izobraževanja 2013, 2014, 2015, 2016

Leto	**Število ur izobraževanj**	**Število udeležencev**
2013	147	1105
2014	75	562
2015	55	604
2016	115	1155

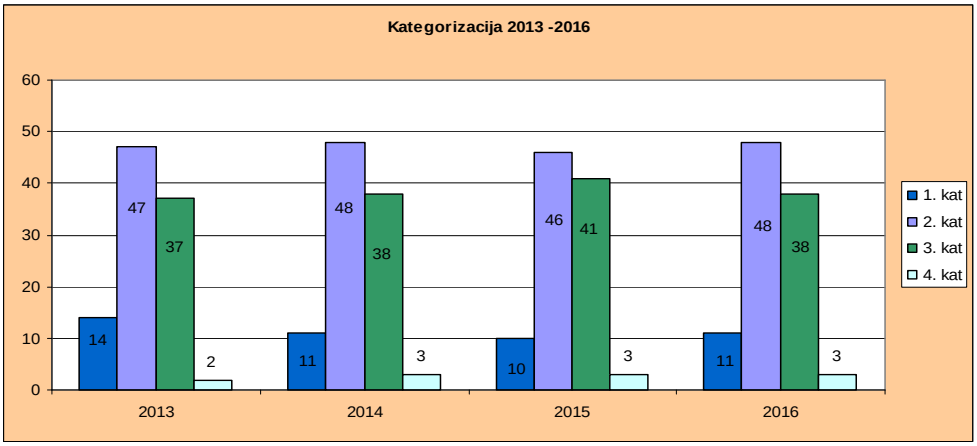
POROČILO O KATEGORIZACIJI ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV

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

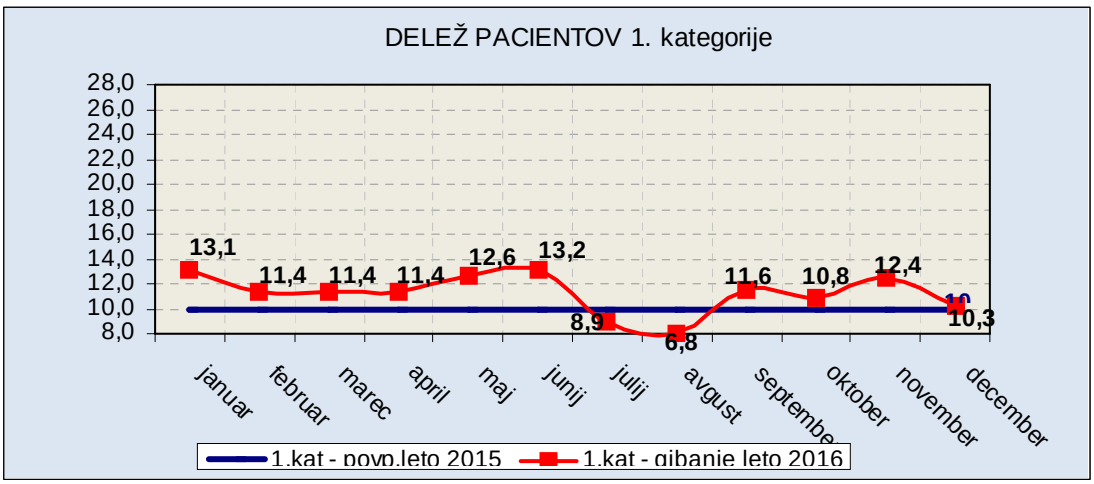
Tabela 1: Delež kategorij zdravstvene nege po mesecih v letu 2016 v primerjavi s povprečjem leta 2015

2016	2015	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec
1. kat	**10,0**	13,1	11,4	11,4	11,4	12,6	13,2	8,9	6,8	11,6	10,8	12,4	10,3
2. kat	**46,0**	43,8	44,0	43,5	48,6	52.4	50,5	49,5	51,9	51,4	48,8	47,6	47,5
3. kat	**41,0**	39,1	42,2	42,2	38,2	32,0	34,8	39,0	40,0	34,4	36,5	36,4	39,5
4. kat	**3,0**	4,1	2,3	2,9	1,8	3,0	1,5	2,6	1,3	2,6	3,8	3,6	2,7

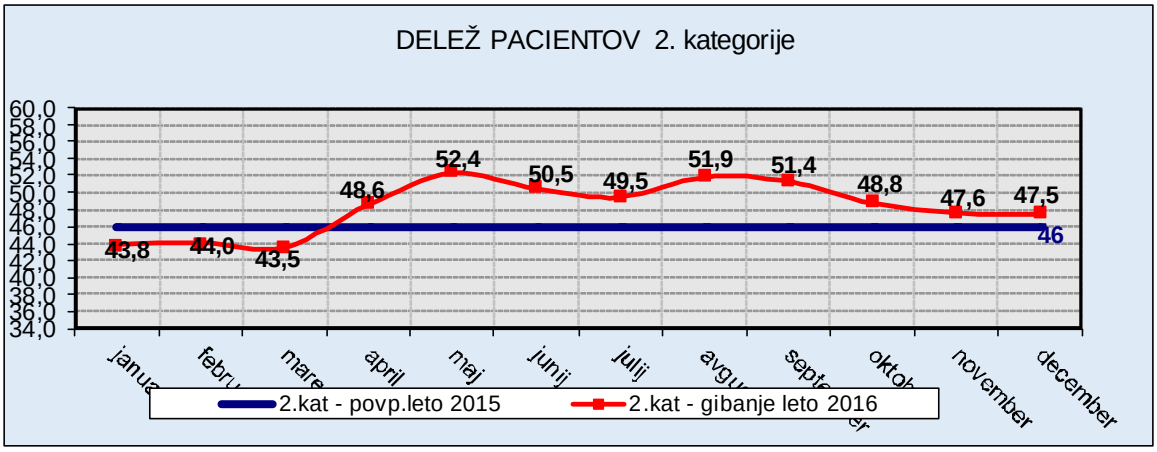
Leto	1. kat	2. kat	3. kat	4. kat
2013	14	47	37	2
2014	11	48	38	3
2015	10	46	41	3
2016	11	48	38	3



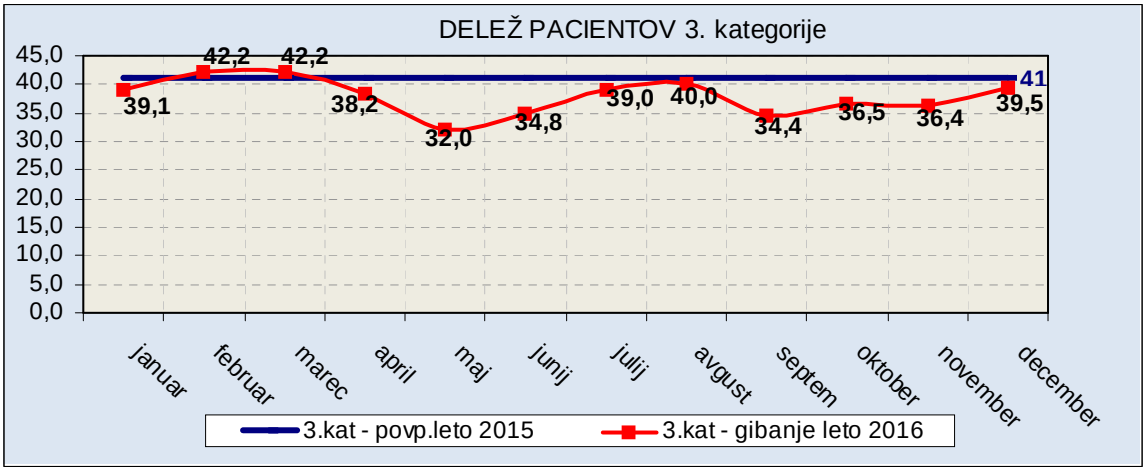
Graf 1: Prikaz gibanja posameznih kategorij ZN v letih 2013 do 2016



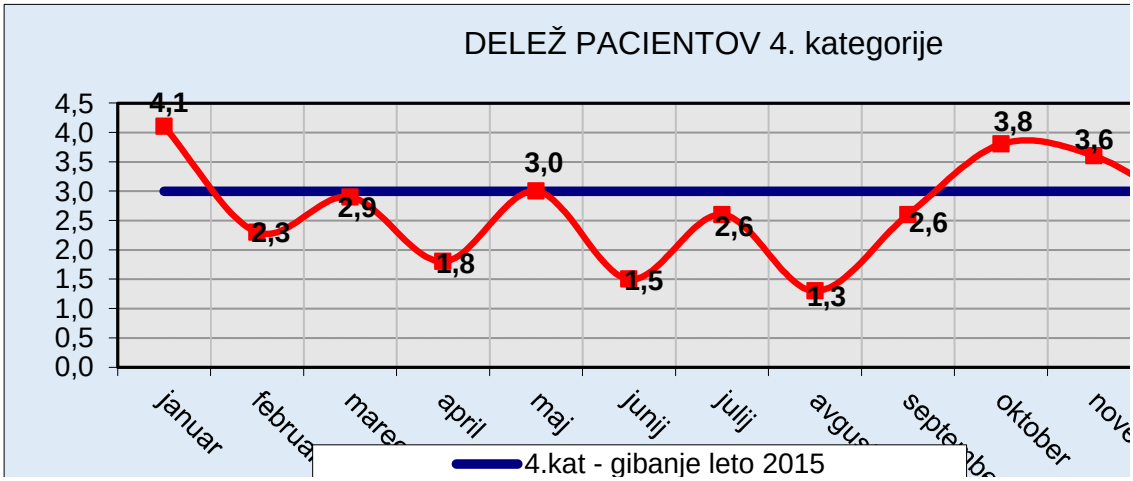
Graf 2: Prikaz gibanje 1. kategorije ZN po mesecih v letu 2016 v primerjavi s povprečjem leta 2015



Graf 3: Prikaz gibanja 2. kategorije po mesecih v letu 2016 v primerjavi s povprečjem leta 2015

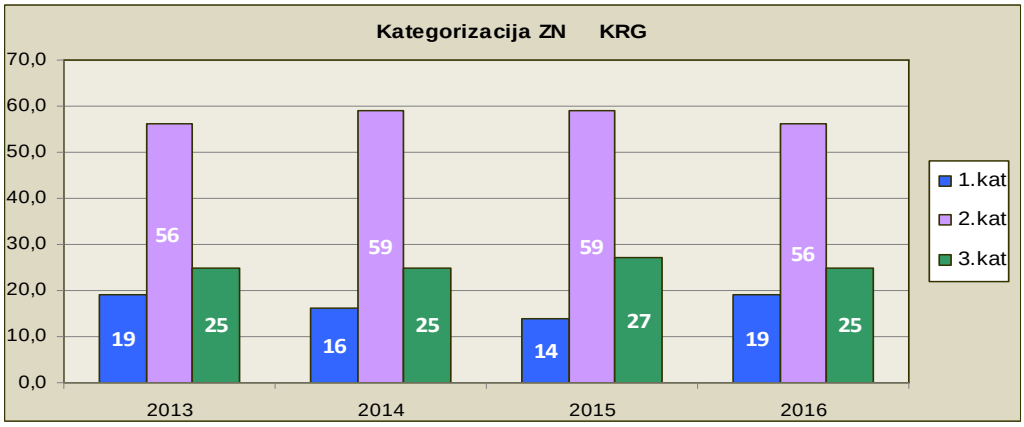


Graf 4: Prikaz gibanja 3. Kategorije ZN po mesecih v letu 2016 v primerjavi s povprečjem leta 2015



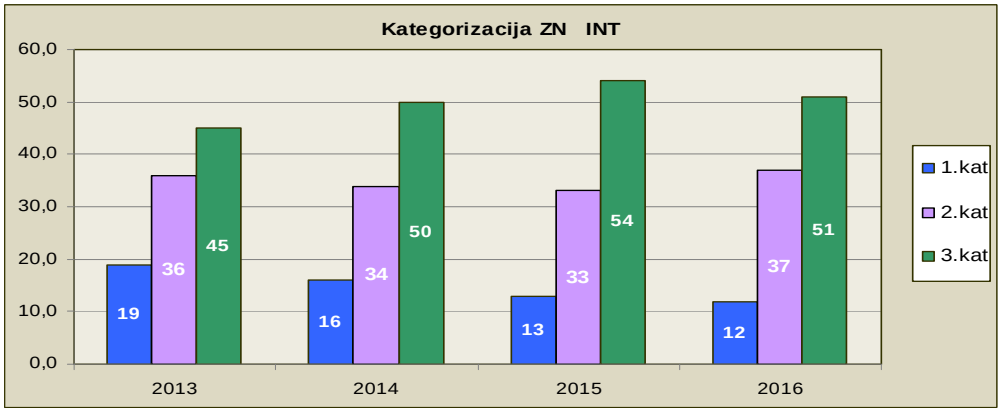
Graf 5: Prikaz gibanja 4. Kategorije ZN po mesecih v letu 2016 v primerjavi s povprečjem leta 2015

Kirurški oddelek	2013	2014	2015	2016
1. kat	19,0	16,0	14,0	19,0
2. kat	56,0	59,0	59,0	56,0
3. kat	25,0	25,0	27,0	25,0



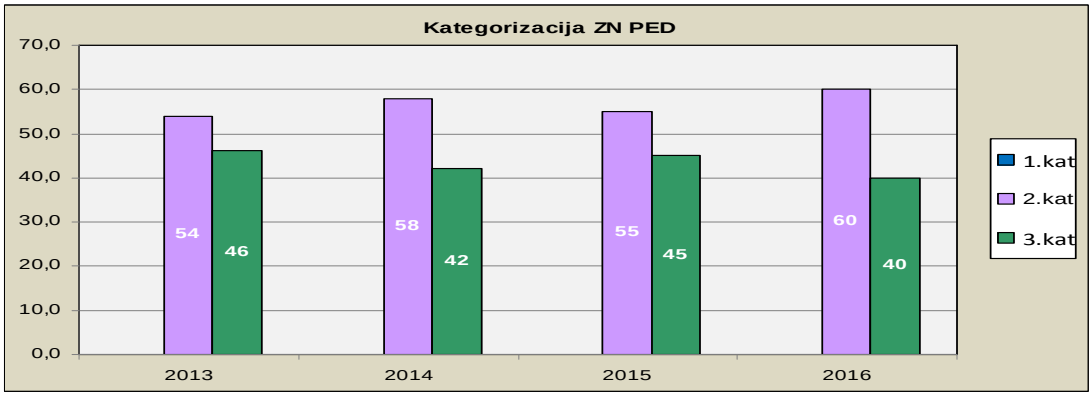
Graf 6: Primerjava kategorizacije ZN 2013 – 2016 na kirurškem oddelku

Interni oddelek	2013	2014	2015	2016
1. kat	19,0	16,0	13,0	12,0
2. kat	36,0	34,0	33,0	37,0
3. kat	45,0	50,0	54,0	51,0



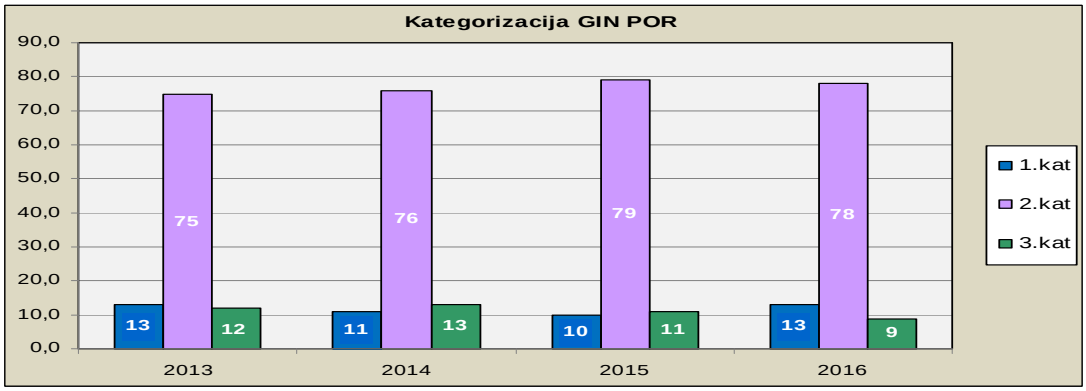
Graf 7: Primerjava kategorizacije ZN 2013 - 2016 na internem oddelku

Pediatrični oddelek	2013	2014	2015	2016
1. kat	/	/	/	/
2. kat	54,0	58,0	55,0	60,0
3. kat	46,0	42,0	45,0	40,0



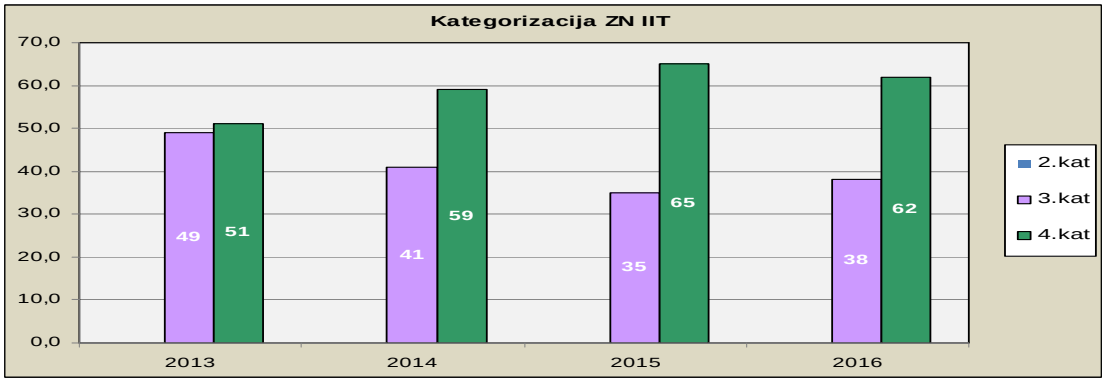
Graf 8: Primerjava kategorizacije ZN 2013 – 2016 na pediatričnem oddelku

Gin por. oddelek	2013	2014	2015	2016
1. kat	13,0	11,0	10,0	13,0
2. kat	75,0	76,0	79,0	78,0
3. kat	12,0	13,0	11,0	9,0



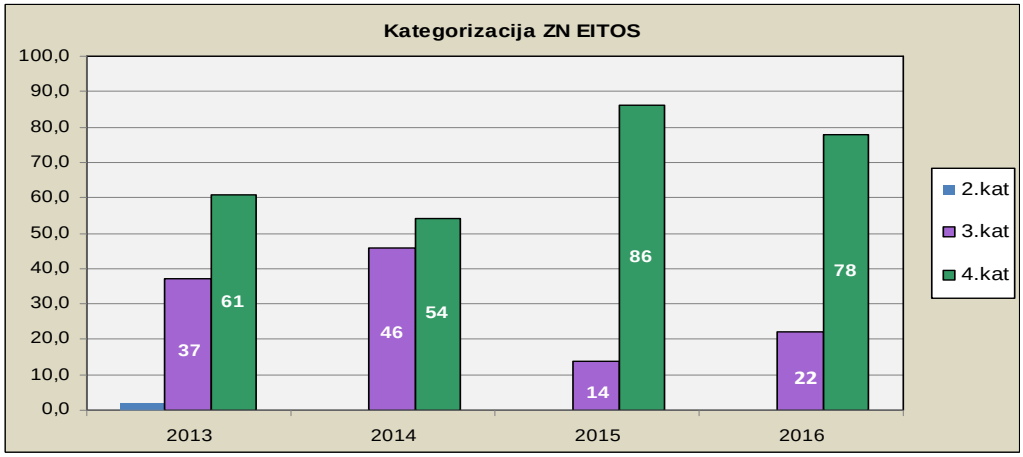
Graf 9: Primerjava kategorizacije ZN 2013 – 2016 na ginekološko porodniškem oddelku

IIT	2013	2014	2015	2016
2. kat				
3. kat	49,0	41,0	35,0	38,0
4. kat	51,0	59,0	65,0	62,0



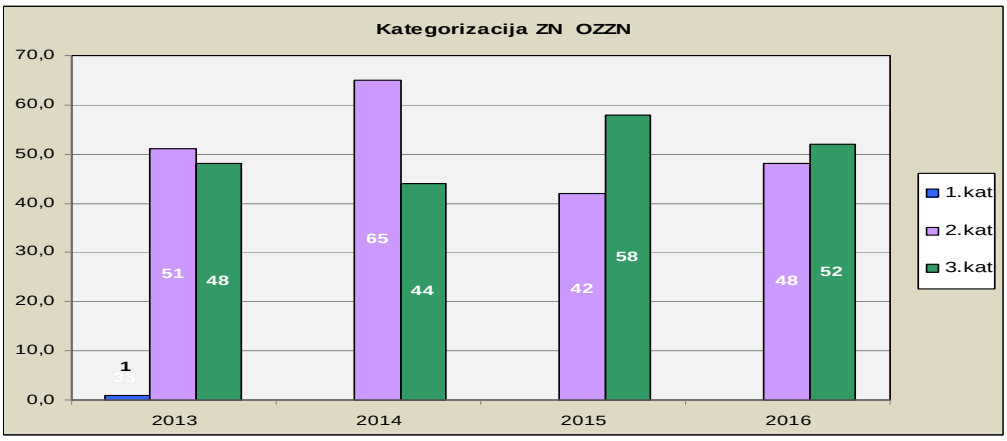
Graf 10: Primerjava kategorizacije ZN 2013 - 2016 v enoti IIT

EITOS	2013	2014	2015	2016
2. kat	2,0			
3. kat	37,0	46,0	14,0	22,0
4. kat	61,0	54,0	86,0	78,0



Graf 11: Primerjava kategorizacije ZN 2013 – 2016 v EITOS

OZZN	2013	2014	2015	2016
1. kat	1,0	/	/	/
2. kat	51,0	65,0	42,0	48,0
3. kat	48,0	44,0	58,0	52,0



Graf 12: Primerjava kategorizacije ZN 2013 - 2016 na oddelku za zdravstveno nego

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 2016 je 12 dijakov uspešno opravilo PUD. Po zaključku so dijaki izpolnjevali ankete o zadovoljstvu. Rezultati so naslednji:

- prisotnost mentorja: stalno 50%, občasno 50%;
- posredovanje znanja: odlično 83%, prav dobro 17%;
- priložnost opravljanja postopkov in posegov navedenih v poklicnih aktivnostih in kompetencah: da 75%, včasih 25%;
- podpiranje mentorja in zaposlenih v ZNO pri pridobivanju znanja: da 100%;
- uspešna nadgradnja znanja: da 100%;
- izvajanje intervencij ZN po standardih kakovosti: da 67%, večinoma 33%;
- tim ZN je dijaka sprejel: prijazno 83% odvisno od tima 17%;
- pričakovanja dijakov: so se izpolnila 100%.

Primerljivi rezultati glede na leto 2015 so pri prisotnosti mentorja, pri podpiranju mentorja in zaposlenih pri pridobivanju znanja, pri uspešni nadgradnji znanja in pričakovanjih dijakov.

Slabši rezultati glede na leto 2015 so pri posredovanju znanja, pri priložnostih opravljanja postopkov in posegov navedenih v poklicnih aktivnostih in kompetencah, pri izvajanju intervencij ZN po standardih kakovosti, pri sprejemu dijaka v tim ZNO

Sodelovali smo pri predstavitvi poklicev v ZNO za dijake 2. letnika in organizirali ogled SBJ za dijake 1. letnika.

Dijaki, skupaj z mentorji, so sodelovali pri obeleženju svetovnih, evropskih in slovenskih dni s promocijo zdravega načina življenja, izogibanja nezdravih razvadam, merjenju parametrov, kot so krvni sladkor, krvni pritisk, pripravo promocijskega materiala.

POROČILO O SODELOVANJU S FAKULTETO ZA ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN

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

Za študente Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) smo v študijskem letu 2015/16 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 anestezijsko reanimacijski službi.
S strani študentov smo obravnavali 2 odklona, s strani učne baze 5. Odkloni so bili uspešno rešeni, sprejeti ukrepi. Odklone smo reševali skupaj z koordinatorji KU na FZAB.
V študijskem letu 2015/16 17 študentov opravljalo IKU.
Študenti FZAB so sodelovali pri obeleženju svetovnih, evropskih in slovenskih dni s promocijo zdravega načina življenja, izogibanja nezdravim razvadam, merjenju parametrov, kot so krvni sladkor, krvni pritisk…in pripravo promocijskega materiala.

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 2016 sestali 3x. 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 2013
EVALVACIJA: odstotek dopolnjenih in revidiranih standardov kakovosti
REALIZACIJA: 100%

CILJ 2: sprejetje 4 novih standardov kakovosti
AKTIVNOSTI: delo skupine za standarde kakovosti in aktivnosti koordinatorice skupine za standarde
EVALVACIJA: število novih standardov kakovosti
REALIZACIJA: 3 standardov kakovosti – 75 %

2 DOPOLNJENI STANDARDI KAKOVOSTI V 2016

	OZNAKA	IME STANDARDA KAKOVOSTI	DATUM
1	A.1.6	Dihalne vaje	6.5.2016
2	A.2.4.	Hranjenje pacienta po žlici	10.10.2016
3	A.3.4.	Praznjenje in menjava urinske vrečke	10.10.2016
4	B.1.1.2.	Intramuskularna aplikacija zdravil	10.10.2016
5	B.1.1.6.	Aplikacija zdravil po nazogastrični sondi ali PEGu	7.12.2016
6	B.1.1.8	Intranazalna aplikacija zravil	19.4.2016
7	B.1.1.17.	Prenos krvi in komponent krvi	20.5.2016
8	B.1.1.18.	Aplikacija krvi in komponent krvi	20.5.2016
9	B.1.1.19.	S.C. aplikacija inzulina	20.5.2016
10	B.1.2.2.	Oskrba vbodnega mesta OVK	11.4.2016
11	B.1.2.3.	Uvajanje venske kanile	12.2.2016
12	B.1.2.6.	Posegi v zvezi z implantirano podkožno vensko valvulo	7.12.2016
13	B.1.2.8.	Priprava infuzijske steklenice	10.2.2016
14	B.1.2.9.	Menjava infuzijske steklenice	13.9.2016
15	B.1.3.1.	Preveza čiste akutne rane	2.2.2016
16	B.1.3.4.	Preveza percutane endoskopske gastrostome	20.5.2016
17	B.1.3.9.	Odstranitev šivov in sponk	30.5.2016
18	B.1.3.11.	Preveza nefrostome in oskrba nefrostomskega katetra	20.11.2016
19	B.2.1.	Preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska	4.2.2016
20	B.3.1.4.	Odvzem venozne krvi	19.4.2016
21	B.3.1.6	Odvzem urina za preiskave	19.4.2016
22	B.3.1.16.	Določanje glukoze v kapilarni krvi z merilnikom	20.5.2016
23	B.3.2.1.	Merjenje arterijskega krvnega tlaka	19.4.2016
24	B.3.2.4.	Menjava sistema za invazivno merjenje krvnega in osrednjega venskega tlaka	6.5.2016
25	B.3.3.2.	Rentgensko slikanje dojk - mamografija	19.4.2016
26	B.4.1.4.	Kontaktna izolacija (Splošna navodila za delo v izolacijski enoti)	30.5.2016
27	B.4.1.5.	Uporaba osebne varovalne opreme	1.9.2016
28	B.5.5.	Voziček za zdravila	11.2.2016
29	B.5.11.	Voziček s pripomočki za osebno higieno pacientov	20.11.2016
30	B.5.12.	Priprava in rokovanje z elektrokirurškim nožem	6.5.2016
31	B.5.13.	Štetje in kontrola mehkega materiala	6.5.2016
32	B.6.1.	Sestava jedilnika, dostava in skladiščenje živil, priprava in razdeljevanje hrane za paciente	8.5.2016
33	B.1.1.4.	Aplikacija kisika	18.5.52016

	OZNAKA	IME STANDARDA KAKOVOSTI	DATUM
1	B.1.1.10.	Aplikacija klizme v črevesno stomo	20.5.2016
2	B.5.18.	Ročna priprava endoskopa na dezinfekcijo	10.2.2016
3	B.5.19.	Voziček za nego izločalne stome	20.11.2016

4 CILJ SKUPINE ZA LETO 2017

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 2016 nadaljevala s svojim delom. V projektno skupino je vključenih 31 članov. Organizirali smo 5 srečanj, obisk sestankov 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; - 5 sestankov skupine za preprečevanje padcev; - Izobraževanje o pravilnem izpolnjevanju lista Varovalnega ukrepa; - Nadzor nad evidenco in shranjevanjem sredstev za PVU; - 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); - Nabava pasov za fizično omejitev pacienta na ležečem vozičku; - 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; - Plakat za preprečevanje padcev za paciente in svojce je izdelan in je priloga informacij za paciente, ki se nahajajo v bolniških sobah, oddan je bil zahtevek za tiskanje plakata, vendar s strani vodstva ni bil odobren; - 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. - Na pediatričnem oddelku smo pričeli z ocenjevanjem vseh sprejetih otrok glede dejavnikov tveganja za padec (prirejena Humpty Dumpty lestvica).

CILJI 2017:

- 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 2017;
- Izvedba izobraževanja in delavnice o obravnavi pacientov, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni;
- S pomočjo članov skupine za preprečevanje padcev ozaveščanje članov tima ZNO 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;
- Priprava opomnika za zaposlene o osnovnih ukrepih za preprečevanje padca;
- Prenova dokumentov, ki se nanašajo na padce, starejše od 2014.

Cilji kazalnika padci za leto 2017:

- Incidenca vseh padcev 1,2 / število 70;
- Incidenca padcev s postelje 0,4 / število 23;
- Število padcev v nočnem času 29 % / število 20;
- 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 16 članov s kliničnih oddelkov/enot in ambulantne dejavnosti ter 2 člana, zaposlena v laboratoriju.

V letu 2016 so bili organizirani štirje sestanki. 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 zdravstveno obravnavo pacienta. V letu 2016 sta bila organizirana dva formalna sestanka, sodelujoči pri pripravi KP pa so se večkrat sestali na neformalnih srečanjih in sodelovali korespondenčno, glede na potrebe pri oblikovanju oziroma prenovi KP.

V letu 2016 smo pripravili 5 novih klinične poti:

Zap. št.	Oznaka	Naslov	Služba/enota
1.	SOP KP 23 a	KP vodenje zdrave otročnice – dodatni list	Ginekološko porodniška služba
2.	SOP KP 51	KP za vključitev pacienta v program kronične hemodialize	Center za hemodializo in CAPD
3.	SOP KP 52	KP za kirurške posege na perifernem žilju	Kirurška služba
4.	SOP KP 53	KP za kirurške posege v splošni anesteziji - enodnevna	Kirurška služba
5.	SOP KP 54	KP enodnevna obravnava internističnega pacienta	Internistična služba

V preteklem letu smo prenovili 12 kliničnih poti:

Zap. št.	Oznaka	Naslov	Služba/enota
1.	SOP KP 1	Klinična pot operacija dimeljske kile (enodnevna obravnava)	Kirurška služba
2.	SOP KP 2	Klinična pot artroskopija (enodnevna obravnava)	Kirurška služba
3.	SOP KP 3	KP za odstranitev osteosintetskega materiala	Kirurška služba
4.	SOP KP 4	KP za op. Dupuytrenove kontrakture	Kirurška služba
5.	SOP KP 5	KP operacija lipoma	Kirurška služba
6.	SOP KP 10	KP za sprostitev perifernih živcev	Kirurška služba
7.	SOP KP 11	KP za programsko otroško operacijo	Pediatrična služba
8.	SOP KP 12	KP za operacijo phimoze	Kirurška služba
9.	SOP KP 16	KP za programsko otroško operacijo – odstranitev žrelnice	Pediatrična služba
10.	SOP KP 21	KP za odstranitev izrastka na kosti	Kirurška služba
11.	SOP KP 23	KP vodenje zdrave otročnice	Ginekološko porodniška služba
12.	SOP KP 41	KP šola lulanja	Pediatrična služba

1 CILJI ZA LETO 2017

V letu 2017 bomo pripravili tri nove klinične poti:

- Klinična pot operacija radiusa; kirurški oddelek,
- Klinična pot obravnava zdravega novorojenčka; ginekološko porodniški oddelek,
- Klinična pot obravnava pacienta z akutno možgansko kapjo; urgentni center.

Prenova obstoječih kliničnih poti bo potekala po potrebi, glede na spremembe v stroki:

- kirurška služba,
- internistična služba,
- pediatrična služba,
- ginekološko porodniška služba,
- interna internistična terapija.

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE POCT

Mateja Bahun, mag. zdr. neg., prof. zdr. vzg., pred.
Koordinatorica skupine

Skupina koordinatorjev za POCT se je v letu 2016 sestala 6 x.
Redno se izvaja notranja kontrola merilnikov za glukozo v kapilarni krvi (1x tedensko) v laboratoriju – poteka brez zapletov. Odstopanja rešujemo sproti, nismo zasledili napak na merilnikih, ampak na testnem materialu ali v izvedbi.

V letu 2016 so koordinatorji izvedli skupaj 366 nadzorov nad pravilnostjo aktivnosti meritve glukoze v kapilarni krvi. Gledali smo 11 kriterijev. V spodnji tabeli so prikazani rezultati nadzorov po posameznih deloviščih za vse leto. V polletju smo zasledili rezultat pod 90 % doseganja kriterijev na abdominalnem kirurškem oddelku in takoj izvedli varnostno vizito. Ostali oddelki so dosegali razultate nad

Tabela 2: Rezultati nadzorov nad pravilnostjo izvedbe meritve (% doseganja kriterijev)

AN-RE in AMBULANTA – PROTIBOLEČINSKA - 28 nadzorov - POVPREČNO 97,4 %
EITOS - 14 nadzorov - POVPREČNO 97,7 %
DNEVNI ODDELEK - 30 nadzorov – POVPREČNO 100 %
OZZN - 24 nadzorov – POVPREČNO 98,1 %
IIT - 16 nadzorov – POVPREČNO 96,9 %
INTERNI ODDELEK I desno - ENDOKRINOLOŠKI - 30 nadzorov – POVPREČNO 98,8 %
INTERNI ODDELEK I levo - KARDIOLOŠKI - 28 nadzorov – POVPREČNO 99,7 %
Interna II levo – GASTROENTEROLOŠKI - 24 nadzorov - POVPREČNO 93,4 %
KIRURŠKI ODDELEK – abdomen - 20 nadzorov – POVPREČNO 87,3%
KIRURŠKI ODDELEK - travma - 18 nadzorov - POVPREČNO 97,5 %
KIRURŠKI ODDELEK - ortopedija - 27 nadzorov – POVPREČNO 96,3 %
PEDIATRIJA LEVO in DESNO 27 nadzorov – POVPREČNO 99,1 %
GINEKOLOŠKO PORODNIŠKI ODDELEK in ŠTACIJA (PNN) 27 nadzorov – POVPREČNO 99,1 %
DIALIZA 20 nadzorov – POVPREČNO 97,7 %
URGENCA IN KIRURŠKA AMBULANTA 27 nadzorov - POVPREČNO 98,1 %
AMBULANTA – DIABETOLOŠKA 6 nadzorov - POVPREČNO - 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 povprečju se je srečanj udeležilo 6 članov, udeležba 4 članov je bila redna.

1 OPIS AKTIVNOSTI

V letu 2016 se je skupina sestala petkrat. Vsebina:

- Dopolnitve šifranta dodatkov in posebnosti pri bolnišnični prehrani (dodane štiri šifre za prilagoditev zajtrka individualnim navadam pacientov in dve šifri za laktozno intoleranco in averzijo na mleko).
- Poznavanju vsebine novega kataloga boln. prehrane (posameznim opisom terapevtske prehrane) in usvojitvi nove sheme prehrane sta bili namenjeni dve srečanji.
- Razreševanje težav pri naročanju hrane po novi shemi prehrane. Največ težav je bilo pri naročanju hrane diabetikom, kjer je bila pogosto naročena V3X namesto X3.
- Ažurnost pri naročanju/odjavljanju obrokov za paciente z namenom zmanjševanja količine zavržene hrane.
- V letu 2016 je bilo sprejetih 5 sklepov od katerih so bili 4 realizirani.

2 CILJI ZA LETO 2017

- Organizacija 5 sestankov projektne skupine.
- Izobraževanje projektnega tima o prepoznavanju tveganja za podhranjenost.
- Izobraževanje projektnega tima o ukrepih za preprečevanje podhranjenosti.
- Izdelava plakata o prepoznavanju in preprečevanju podhranjenosti.

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 2016 smo imeli 21 sestankov, kjer smo obravnavali in reševali problematiko od prevzema živil, do higiensko neoporečne priprave hrane, razdeljevanja obrokov, primerne temperature po končanem razdeljevanju na oddelkih/enotah, spremljali pa smo tudi količino ostankov hrane.

Reševali smo tudi pritožbe pacientov o nezadovoljstvu s prehrano in, glede na možnosti, upoštevali njihove pripombe in predloge.
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 PRIPRAVO NEGOVALNIH DIAGNOZ

Mojca Strgar, mag. zdr.neg.
Služba zdravstvene nege in oskrbe
GMS na pediatričnem in ginekološko – porodniškem oddelku

UVOD

V letu 2016 se skupina ni sestajala oziroma je bila v stanju mirovanja, ker ni zaključen projekt SLONDA v skupnem slovenskem prostoru in na tem področju ni bilo v letu 2016 sprememb. V letu 2017 bo skupina s svojim delom predvidoma nadaljevala s svojim delom, postaviti pa bo potrebno drugačno usmeritev in namen projektne skupine tudi zaradi oblikovanja enotne terminologije v slovenskem prostoru – NANDA.

1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: Sestanki projektne skupine	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija 6 sestankov projektne skupine 2. Sledenje sklepom 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 slovenskem 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	

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA 2017

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 3 sestankov projektne skupine v letu 2017 Število sestankov v letu 2017 Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	
2. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Enotna klasifikacija negovalnih diagnoz v Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica in člani skupine
Kazalnik Predstavitev NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz – slovenski prevod vsem zaposlenim v ZN Izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi o uporabi NANDA klasifikacije negovalnih diagnoz	Kontinuirano, celo leto	

POROČILO PROJEKTNE SKUPINE ZA RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Mojca Strgar, mag. zdr. neg.
Služba zdravstvene nege in oskrbe
GMS na pediatričnem in ginekološko – porodniškem oddelku

UVOD

Projektna skupina za raziskovanje v zdravstveni negi se je v letu 2016 srečala trikrat. Na začetku leta smo opredelili cilje skupine ter članstvo v skupini.

1 REALIZACIJA CILJEV V LETU 2016

CILJ: Sestanki projektne skupine	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: 1. Organizacija 6 sestankov skupine 2. Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	Delno realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Organizirana so bili 3 sestanki projektne skupine 2.1 Sklepi so bili realizirani	
CILJ: Izobraževanje članov projektne skupine	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOST: 1. Izobraževanja o raziskovanju v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Ni realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izobraževanje ni bilo izpeljano	
CILJ: Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v SB Jesenice	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOST: Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v SB Jesenice	Realizirano
EVALVACIJA: 1.1 Izdelani so bili trije raziskovalni projekti iz področja zdravstvene nege 2.1 Predstavitve so bile izvedene	

2 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2017

1. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Sestanki projektne skupine	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Organizacija 4 sestankov projektne skupine v letu 2017 Sledenje sklepom sestankov projektne skupine	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 Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	**Rok izvedbe**	**Odgovoren**
Aktivno raziskovanje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice	Kontinuirano, celo leto	Koordinatorica skupine in člani skupine
Kazalnik Izdelava 3 raziskovalnih nalog iz področja zdravstvene nege Predstavitev raziskovalnih nalog	Kontinuirano, celo leto	

3 ZAKLJUČEK

Projektna skupina za raziskovanje v zdravstveni negi je v letu 2016 dobro delovala, članstvo se je dokončno oblikovalo. Raziskovanje v zdravstveni negi ostaja pomembno, namen skupin je raziskovanje tudi na dokazih temelječe prakse v zdravstveni negi. Prav raziskovalni projekti, ki nastajajo znotraj Splošne bolnišnice Jesenice so pomembni, dajejo možnost, da spreminjamo prakso v zdravstveni negi na podlagi lastnih izsledkov. Z raziskovalnimi projekti, ki predstavljajo z na dokazih 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

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	Izvesti dan higiene rok ob 5. maju v sodelovanju s študenti FZJ in dijaki Srednje šole Jesenice (skleniti krog okoli SBJ)
Realizacija	Uspešno smo obeležili 5. maj in sklenili krog okoli bolnišnice. Medijsko zelo dobro sprejet dogodek.
Cilj	Izvesti dan umivanja rok 15. oktober
Realizacija	Obeležili smo Dan umivanja rok 15. oktober s sodelovanjem otrok iz Vrtca Angelce Ocepek in dijaki Srednje zdravstvene šole. Skupaj so v avli bolnišnice zaplesali ples s postopkom umivanja rok.
Cilj	Izdelati opomnik za izvajanje izolacijskih ukrepov
Realizacija	Opomnika nismo izdelali dokončno bomo nadaljevali v letu 2017.

V skupini je bilo konec leta 2016 prijavljenih 36 članov. Projektna skupina (promotorji higiene rok) za bolnišnično higieno se je sestala 4krat.
Skupina za obvladovanje bolnišničnih okužb, ki šteje 17 članov se je, v letu 2016, sestala 3 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
- higiene prostora.V letu 2016 so bili izdelani novi opomniki za na vrata izolacijskih enot na oddelkih in ambulantah. Opomnik je rumene barve z znakom STOP v rumeni barvi in z napisom v petih jezikih.

3 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 nadzor uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom 4x letno in ob izrednih dogodkih.
Cilj	Izvesti dan higiene rok ob 5. maju
Cilj	Izvesti dan umivanja rok 15. oktober
Cilj	Nagraditi oddelek oziroma Enoto, ki bo imela najboljši rezultat skladnosti higiene rok po WHO metodi

SKUPINA ZA KATEGORIZACIJO ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE

Marija Mežik Veber, dipl. m. s.
Koordinatorica skupine

Projektna skupina za kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege (KZN) je bila ustanovljena leta 2016, z namenom izboljšanja kategoriziranja pacientov po zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege.
V projektno skupino so vključene zaposlene z vseh oddelkov/enot, kjer se izvaja KZN. Članic je 12, izvajajo pa redne strokovne nadzore 2-krat letno, izvajajo izredne strokovne nadzore, glede na ukrepe PDZNO in NPDZNO, izobraževanje dipl. m. s./dipl. zn. o KZN, občasno spremljanje vnosa KZN v B 21, seznanjanje dipl. m. s./dipl. zn. z novostmi na področju KZN.
V letu 2016 se je skupina sestala dva krat, koordinatorica skupine je članice seznanila z rezultati rednega strokovnega nadzora KZN, z aktivnostmi Stalne DS za SKZBZN in staležu kadra glede na KZN. Sodelujoče v projektni skupini so podale tudi izčrpne predloge za prenovo priročnika SKZBZN (verzije 4).

POROČILO O DELU BOLNIŠNIČNEGA DIETETIKA

Pavla Lavrinec, dipl. m. s.
Bolnišnični dietetik

UVOD

Prva polovica letošnjega leta je bila zaznamovana z uvajanjem nove sheme prehrane pacientov, ki je stopila v veljavo 20.4.2016. Ob tem so bile postavljene tudi nove sheme pooperativne prehrane. Z novo shemo prehrane so bili člani tima zdravstvene nege seznanjeni v okviru oddelčnih sestankov, predstavitev nove sheme zdravnikom je potekala na jutranjih raportih.

1 POROČILO O IZVEDENIH AKTIVNOSTIH V LETU 2016

Tabela 1: Prehransko svetovanje

2016 – ZV delo	Št. skupinskih svetovanj	Št. individualnih obravnav	Skupno število obravnavanih oseb	Skupno število pedagoških ur
SKUPAJ	115	264	697	676,5
Indeks 2015/2016	100	131,3	116,9	120,8

V enoti za intenzivno terapijo operativnih strok sem bila v letu 2016 vključena v prehransko obravnavo kritično bolnih pri 58 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 153 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.
Sodelovala sem tudi pri izobraževanju članov Društva diabetikov Jesenice in Društva diabetikov Tržič.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

CILJ: Implementacija nove prehranske sheme v prakso	Realizacija učinkovitost
AKTIVNOSTI: • Supervizija pri sestavi novih jedilnikov. • Izdelava sheme pooperativnega programa prehrane. • Seznanitev članov zdravstvenega tima z novim katalogom terapevtske prehrane. • Usklajevanje menjave sheme prehrane v BIRPIS-u.	
EVALVACIJA: • Pooperativni program obvladovan 12.4.2016. • Seznanjanje članov zdravstvenega tima s katalogom prehrane, novo shemo prehrane in novim pooperativnim programom zaključeno 12.4.2016. • Shema prehrane v BIRPIS-u zamenjana 20.4.2016	Cilj dosežen – od 20.4.2016 se uporabljata nov katalog in nova shema prehrane.
CILJ: Uvajanje prehranske podpore pri razjedi zaradi pritiska	Ni realizirano
CILJ: Prenova obstoječe in izdelava nove dokumentacije	
AKTIVNOSTI: • Sprememba obstoječih prehranskih navodil • Izdelava novih navodil	Cilj realiziran
EVALVACIJA: • Revidiranih 5 obstoječih navodil • Izdelana Prehranska navodila pri črevesni stomi	Obvladovano 19.9.2016

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 – 98,1 % • November – 97,2 %	Najvišje dosežena skladnost v letu 2012 - 96 %; v letu 2013 in 2014 - 98,4%; v letu 2015 – 98,7 %.
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 87 % jedi	Ustrezno temperaturo je imelo: 2012 - 80 % jedi 2013 – 87 % jedi 2014 - 84 % jedi 2015 – 90 % 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 2.4.2016 in 15.4.2016 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki oddelek za 17 minut, • oddelek za abdominalno kirurgijo za 34 minut, • ortopedski oddelek za 7 minut, • oddelek za zdravstveno nego za 4 minute, • kardiološki oddelek za 17 minut, • gastroenterološki oddelek za 6 minut. Med 19.11.2016 in 2.12.2016 presega ciljne vrednosti pri zajtrku: • travmatološki odsek za 23 minuti, • abdominalni odsek za 21 minut, • ortopedski odsek za 18 minut, • oddelek za zdravstveno nego za 37 minut, • gastroenterološki odsek za 33 minut.	Podaljšanje časa razdeljevanja zajtrkov v primerjavi z zadnjo analizo v preteklem letu: gastroenterološki odsek, oddelek za zdravstveno nego, odsek za ortopedijo.
Zagotoviti ustrezno hranilno energetsko vrednost obrokov – doseči 100 % ustreznost Za analizo hranilno energetskih vrednosti je bil odvzet 1 obrok. Rezultati v okviru pričakovanj.	V letu 2012 je bilo razmerje med hranili neustrezno pri dveh obrokih, v letu 2013 in 2015 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.
V kuhinji so kontinuirano potekali razgovori o zagotavljanju ustreznih temperatur jedi, kontinuirano poteka tudi nadzor nad ogrevanjem servirne posode in nad temperaturo jedi pred delitvijo. Glede na začetne temperature in čas razdeljevanja obrokov, odstopanja ne predstavljajo večjega tveganja.

2.2 PRIJAVLJENI ODKLONI PREHRANSKI SLUŽBI

Oddelek/ enota	**Skupno št. odklonov**	**Sporočili sami / dodelili**	**Odkloni sporočeni**	**Strokovni odklon**	**Pritožba pacienta/ svojca**	**Poškodba osebja**	**Neprimeren odnos**	**Tehnični odklon**	**Drugo**	**Št. ukrepov**
Prehranska služba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3 STROKOVNI RAZVOJ

3.1 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2016

V letu 2016 sem se udeležila izobraževanj po planu, ki je bil izdelan v začetku leta.

4 CILJI ZA LETO 2017

- Nadaljevanje utečenega dela
- Uvedba prehranskega presejanja in prehranske podpore pri pacientih z razjedo zaradi pritiska na oddelku za zdravstveno nego
- Prenova obstoječe in izdelava nove dokumentacije.

LETNO POROČILO O DELU KOORDINATORJA ZA OSKRBO RAN

Koordinator za oskrbo ran
Hubert Terseglav, dipl. zn

UVOD

Dolgoletna koordinatorica za oskrbo ran Oti Mertelj, dipl. m.s. je z 31. 3. 2016 odšla v pokoj, z delom pa je prenehala že v februarju 2016, tako da sem v bolnišnici ostal samo en koordinator za oskrbo ran. V času moje odsotnosti me nadomeščata kolegici Polonca noč, dipl. m. s. in Alenka Torkar, dipl. m. s.

V januarju 2016 je pričela delovati Ambulanta za kronične rane. V letu dni delovanja se je pokazala kot precejšen prispevek pri obravnavi pacientov s kroničnimi ranami, saj sedaj lahko zagotavljamo kontinuiteto oskrbe.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

S 16. 3. smo začeli v Birpis-u beležiti obravnave koordinatorja. Od 16. 3. do 31. 12. je bilo opravljenih 1672 pregledov ali posegov pri 673 pacientih.

Tabela 1: Število obravnav po oddelkih / enotah

Oddelek / enota	Št pacientov	Št. pregledov / posegov
Kirurški oddelek	145	543
Interni oddelek	351	692
OZZN[1]	51	132
EITOS	26	53
IIT	26	35
Ambulante / urgenca	63	124
Dializa	11	93
Skupaj	673	1672

V letu 2016 smo sistem za zdravljenje ran z negativnim tlakom uporabili pri 73 pacientih, pri katerih je bilo izvedenih 367 namestitev, od tega jih je koordinator izvedel 358.

Obseg dela koordinatorja za oskrbo ran se počasi širi in obsega:

- obravnava pacientov z ranami, kadar je po presoji zdravstvenega osebja posameznega oddelka/enote vključen v njihovo oskrbo;
- svetovanje pri oskrbi ambulantnih pacientov;

[1] Tukaj so navedeni le pacienti, ki so bili neakutni, obravnave akutnih pacientov, ki so bili hospitalizirani na OZZN, so zajete v Kirurškem oz. Internem oddelku.

- nameščanje/menjave sistema za zdravljenje s podtlakom na oddelkih/enotah in v operacijskih prostorih;
- izvedba manjših posegov (npr. nekrektomije) in težjih prevez;
- delo v ambulanti za kronične rane 1 x tedensko;
- skrb za preventivo RZP na oddelkih/enotah v smislu rednega spremljanja in svetovanja;
- izvajanje nadzorov nad izvajanjem preventive RZP;
- aktivnosti v zvezi s preventivo in oskrbo z inkontinenco povezanega dermatitisa;
- skrb za stanje blazin na oddelkih/enotah;
- uporaba/nabava pripomočkov za preventivo RZP;
- testiranje materialov za oskrbo ran oz. pripomočkov in aparatur, ki jih uporabljamo pri oskrbi pacientov z ranami;
- mentorstvo študentom in pripravnikom;
- priprava in izvedba internih izobraževanj ter delavnic;
- itd.

V ambulanti za kronične rane je bilo v letu 2016 opravljenih 372 pregledov, 72 pregledov je bilo prvih in 297 kontrolnih, obravnavanih je bilo 185 pacientov. Eden od naših ciljev, ki ga deloma že uresničujemo, je čimprejšnja obravnava teh pacientov v naši ustanovi ter poenotenje oskrbe v celotni regiji. Problem, s katerim se srečujemo, je da na primarni ravni ne nadaljujejo z načinom oskrbe, ki je bil z naše strani naročen. Ta problem skušamo reševati s komunikacijo z izvajalci na primarni ravni. Materialni stroški ambulante so znašali 3.372,16 evrov (od tega 1.408,23 evrov za sodobni material za oskrbo ran), v ambulanti pa smo naredili 1630,78 točk (vrednost ene točke je 3,11 evra). Glede na okvirno oceno prevalence kroničnih ran v populaciji, bi bilo za optimalno oskrbo prebivalstva potrebno to dejavnost razširiti in aktivnosti uskladiti s primarnim zdravstvom.
V januarju 2016 sem izvedel pregled vseh blazin na vseh oddelkih in enotah. Na podlagi ugotovljenega stanja smo začeli z aktivnostmi zamenjave dotrajanih blazin, ki smo ga deloma uspeli uresničiti.
Nabavili smo 6 dinamičnih antidekubitusnih blazin z mikroprocesorsko črpalko, na Kirurškem oddelku pa smo zamenjali 20 odsluženih žimnic in statičnih blazin. Testirali smo pripomočke za razbremenitev pet in upamo, da jih bomo lahko nabavili v letu 2017.

CILJ: Incidenca RZP, ki so nastale v bolnišnici, naj ne bi presegala 0,64 %.
AKTIVNOSTI: Izvajanje in nadzor nad preventivnimi aktivnostmi, zagotavljanje materialov za preventivo, skrb za zadostno število preventivnih pripomočkov.
EVALVACIJA: Nadzori so pokazali 93,1 % izpolnjevanje kriterijev pri izvajanju preventive RZP. Cilj je bil dosežen, incidenca je znašala 0,64 %.

CILJ: Kontinuirano izobraževanje članov negovalnega tima na temo preventive RZP ter oskrbe ran.
AKTIVNOSTI: Izobraževanje o preventivi RZP za pripravnike dne 19. 4. 2016 Izobraževanje o preventivi RZP za vse zaposlene dne 16. 6. 2016
EVALVACIJA: Ankete so pokazale, da so bili udeleženci zadovoljni s predavanjem. Rezultati testov so bili po predavanju pomembno boljši kot pred njim.

CILJ: Nabava dodatnih blazin in pripomočkov za preprečevanje nastanka RZP
AKTIVNOSTI: Nabava 2 dinamičnih blazin za Interni in Kirurški oddelek. Nabava 20 statičnih blazin za Kirurški oddelek.
EVALVACIJA: Potrebujemo še vsaj še 2 dinamični blazini za Kirurški, 6 za Interni ter 2 za OZZN. Zamenjati moramo še dotrajane statične blazine in žimnice: 20 na Internem oddelku in 10 na OZZN.

Potrebujemo še ustrezno število pripomočkov za razbremenitev pet.

CILJ: Sprememba standarda za preventivo RZP
AKTIVNOSTI: Revizija standarda februarja 2016
EVALVACIJA: Zaradi sprememb, uvedenih v prakso v letu 2016 bo v letu 2017 potrebna še ena revizija

CILJ: Testiranje novih materialov za preventivo RZP in oskrbo ran
AKTIVNOSTI: Testiranje oblog in drugih materialov za oskrbo ran. Testiranje antidekubitusnih blazin Testiranje razbremenilnih pripomočkov za pete. Testiranje aparata za zdravljenje ran z negativnim tlakom z možnostjo dovajanja tekočine v rano.
EVALVACIJA: Materiale, s katerimi smo bili zadovoljni, smo začeli redno uporabljati pri vsakodnevnem delu. Imamo natančno analizo slovenskega trga na področju antidekubitusnih blazin in pripomočkov za razbremenitev pet.

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE – KAKOVOSTI IN KULTURE VARNOSTI

Cilj glede pridobljenih RZP za leto 2016 je bil incidenca največ 0,64 %. Cilj smo dosegli: do nastanka RZP je prišlo pri 50 pacientih, kar pomeni incidenco 0,64 %.

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	7
Število izrečenih ukrepov	21
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	16
Skupna učinkovitost VV/VR	75 %

	Varnostni problem/zaplet	**Korektivni ukrepi**	**Rezultat**
1	Nastanek RZP zaradi neustrezne razbremenitve pet	VR z negovalnim timom travmatološkega odseka	Od takrat še ni prišlo do nastanka RZP na peti
2	Nezadostno število antidekubitusnih blazin	Nabava ustreznega števila blazin	Nabavljene so bile 4 blzaine, 2 za Interni in 2 za Kirurški oddelek
3	Nimamo ustreznih pripomočkov za razbremenitev pet	Nabava pripomočkov za razbremenitev pet	Teh pripomočkov nismo nabavili
4	Nastanek 5 RZP na Kirurškem oddelku v aprilu	VR z negovalnim timom Kirurškega oddelka	V nadaljnih mesecih na Kirurškem oddelku še ni prišlo do nastanka RZP
5	Neustrezno ravnanje z materialom in neupoštevanje navodil koordinatorja za oskrbo ran	VR z negovalnim timom Kirurškega oddelka	Podobnih napak / nepravilnost kasneje nismo opazili
6	Neustrezno ravnanje z aparatom za zdravljenje s podtlakom	VR z negovalnim timom abdominalnega odseka	Kasneje takšnega ravnanja nismo več opazili
7	Neupoštevanje pravil asepse pri namestitvi tekočine za instilacijo pri zdravljenju s podtlakom	VR z negovalnim timom abdominalnega odseka	Kasneje takšnega ravnanja nismo več opazili
8	Nastanek 2 RZP na Kardiološkem odseku	Dva VR z negovalnim timom Kardiološkega odseka	V letu 2016 na tem oddelku ni več prišlo do nastanka RZP

V letu 2016 sem se udeležil le enega izobraževanja in sicer mednarodnega kongresa EWMA (European wound management association) v Bremnu od 11. do 13. maja.

Dne 17. 11. 2016 smo kot edina zdravstvena ustanova v Sloveniji že 5. leto zapored obeležili Svetovni dan preprečevanja razjede zaradi pritiska (RZP). Člani skupine za RZP smo pripravili stojnice, kjer smo s pomočjo plakata predstavili naše delovanje na področju preventive, obiskovalci so lahko dobili informativne zloženke oz. smo jim po potrebi individualno svetovali.

V delo koordinatorja sta bili uvedeni kolegici Polonca noč, dipl. m.s., in Alenka Torkar, dipl. m.s., ki me sedaj lahko v času moje odsotnosti brez težav samostojno nadomeščata. Tudi v letu 2016 sem bil mentor študentom in pripravnikom. Enkrat sem imel predavanje za zdravstvene tehnike pripravnike, kot mentor diplomiranim medicinskim sestram, pripravnikom, sem opravil 36 mentorskih ur, kot mentor študentom Zdravstvene fakultete Angele Boškin pa 360 mentorskih ur.

Cilji za leto 2017:

- incidenca RZP manjša od 0,66 %,
- nabava dodatnih blazin in pripomočkov za preprečevanje nastanka RZP,
- kontinuirano izobraževanje zaposlenih,
- izobraževalni dan ob mednarodnem dnevu svetovnem dnevu preventive RZP,
- izvedba raziskave o preventivi RZP,
- predstavitev naših izkušenj in dosežkov na izobraževanjih doma in v tujini,
- revizija standarda o preventivi RZP,
- sprememba študije primera,
- testiranje novih materialov in pripomočkov za oskrbo ran in preventivo RZP.

3 ZAKLJUČEK

Pokazalo se je, da pri delu, ki ga koordinator opravlja in ki se tudi počasi, a neprenehoma, povečuje, en človek ni dovolj. Naš srednjeročni cilj mora biti služba oz. tim za oskrbo ran, ki bo opravljala te naloge.
Sicer je kakovost dela v naši bolnišnici na področju oskrbe rane na zelo visokem nivoju, sledimo razvoju in novostim ter smo povsem mednarodno primerljivi. Kar zadeva preventivo RZP, je incidenca v SBJ sprejemljiva, lahko pa bi rezultat še izboljšali, vendar je eden od glavnih pogojev za to nabava zadostnega števila pripomočkov, predvsem antidekubitusnih blazin.

STROKOVNO POROČILO ODDELKA ZA ZDRAVSTVENO NEGO (OZZN)

Gordana Sivec, dipl. m. s.
Koordinatorica ZN na oddelku za zdravstveno nego

UVOD

Oddelek za zdravstveno nego vodi diplomirana medicinska sestra. Večkrat imamo občutek, da naše delo ni dovolj cenjeno, opaženo in da nismo enakovredni "večjim" oddelkom, ker opravimo manj "pomembnih" intervencij in ne izvajamo diagnostike. Kljub vsemu pa se lahko pohvalimo z urejenostjo pacientov, dobrimi medosebnimi odnosi in pristnim odnosom, ki ga vzpostavimo s pacientom in svojci, čemur je ta oddelek v prvi vrsti tudi namenjen. Resda pri nas pacienti ležijo v povprečju dalj časa, pa kljub vsemu menimo, da je ravno to prednost "sestrskega" oddelka.

Pacienti v tem času napredujejo v samooskrbi, kar je pokazala tudi raziskava, ki smo jo izvedli na oddelku in predstavili na 9. mednarodnem srečanju medicinskih sester na Bledu. 15 bolniških postelj naj bi zasedali pacienti na neakutni obravnavi tako kirurški kot tudi internistični. Le ti so opravičeni do obiska zdravnika vsak teden, vendar se to v večini primerov pozabi. Ostalih pet postelj je namenjenih obravnavi kroničnih kirurških ran. Pri teh pacientih, ki so obravnavani kot akutni pacienti naj bi vizita potekala vsakodnevno.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI IN KADROVSKA ZASEDBA

1.1 KADROVSKA ZASEDBA

Leto 2016 je za nas prineslo kar nekaj sprememb in osvežitev.
V tem letu so zaposlitev drugje našle tri sodelavke. Zaradi občutne kadrovske podhranjenost smo spremenili delovni čas v poletnem času in sicer delali smo po razporedu 12/24. Tak način dela je bil predvsem stresen in zelo naporen. Proti koncu leta smo se kadrovsko okrepili, tako, da smo leto zaključili z 2 diplomiranima medicinskima sestrama in 10 zdravstvenimi tehniki.

1.2 OBRAVNAVA PACIENTOV

To leto smo na OZZN sprejeli 129 internističnih ter 112 kirurških pacientov. Zanimivo je, da ležalna doba na oddelku iz meseca v mesec narašča. Tako je bila v januarju povprečna ležalna doba 10 dni, v decembru pa 18, 43 dni.

Iz tabele št. 1 je razvidno odstotkovno razmerje med posameznimi kategorijami pacientov po zahtevnosti obravnave. Zanimivo je, da v zimskih mesecih prevladujejo pacienti 3. kategorije, v toplejših mesecih pa 2. kategorije. V primerjavi s prejšnjim letom se viša kategorija. V letu 2016 je znašala 3. kategorije skoraj 60 odstotkov hospitaliziranih pacientov.

Tabela št. 1: Kategorija pacientov

OZZN													
	2016	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec
1. kat			0,4	0,2									
2. kat	**42,0**	28,0	39,4	44,2	38,5	63,8	55,3	55,5	52,3	48,6	41,5	53,6	30,3
3. kat	**58,0**	72,0	60,2	55,6	61,5	36,2	44,7	44,5	47,7	51,4	58,5	46,4	69,7
4. kat													

1.3 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Tabela št. 2: Varnostne vizite/razgovori

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	40
Število izrečenih ukrepov	81
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	76
Skupna učinkovitost VV/VR	94 %

1.4 ODKLONI

V informacijski sistem smo zabeležili dva odklona, vendar noben odklon ni bil razrešen.

2 STATISTIČNI PRIKAZ IZVEDENIH AKTIVNOSTI NA ODDELKU

Tabela št. 3: Število obračunanih pacientov na OZZN

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	2016
plačnik ZZZS	14	18	25	18	13	21	14	10	21	14	21	18	207
ostali plačniki	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
SKUPAJ	14	18	25	19	13	21	14	10	21	14	22	19	210

Tabela št. 4: Letni načrt in realizacija ne akutne obravnave v BOD - ih

	Načrt	**Uresničeno**	**Indeks**
OZZN	4.315	4.384	101,60

V letu 2016 je ZZZS plačal vse realizirane oskrbne dneve.

Tabela št. 5: Spol pacientov na OZZN

Spol	**Št. pacientov**	**Delež**
moški	105	43,57
ženske	136	56,43
skupaj	241	100

Tabela št. 6: Starost pacientov na OZZN

Starost pacientov	**Št.pacientov**	**Delež**
90 - dalje	25	10,37
80 - 89 let	111	46,06
70 - 79 let	63	26,14
60 - 69 let	28	11,62
50 - 59 let	7	2,90
40 - 49 let	5	2,07
18 - 40 let	2	0,83
Skupaj	241	

3 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	2016
plačnik ZZZS	14	18	25	18	13	21	14	10	21	14	21	18	207
ostali plačniki	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
SKUPAJ	14	18	25	19	13	21	14	10	21	14	22	19	210

Spremljali smo več kazalnikov kakovosti in sicer: RZP, padci in MRSA.

Pri kazalniku kakovosti RZP smo si zadali cilj 5 RZP v celem letu. Cilj smo 100 odstotno dosegli, saj smo pridobili le 2 RZP. Slabši smo bili pri kazalniku kakovosti za padec, ker je bilo zabeleženih 11 padcev.

Ob sprejemu je bilo več novoodkritih pacientov z bolnišničnimi okužbami, vendar prenosa nismo imeli.

Družinski sestanki so potekali po ustaljenem načrtu, izvedeni so bili 103 družinski sestanki, nismo pa u

speli izdelati protokola o družinskih sestankih. Nadaljuje se izpolnjevanje obrazca ocene samooskrbe pacienta na neakutni obravnavi. Junija smo aktivno sodelovali na znanstveni konferenci, kjer smo predstavili zbrane rezultate.

V letu 2017 smo si za cilj postavili:
Cilj 1: Izdelava ankete o zadovoljstvu pacientov na neakutni obravnavi
Cilj 2: Izvesti družinske sestanke pri vseh socialno ogroženih pacientih
Cilj 3: Izvesti nadzor nad razkuževanjem rok zaposlenih, kjer naj bi bila uspešnost višja od 97 %.
Cilj 4: Ohraniti visoko stopnjo kazalnikov kakovosti za RZP (manj ali enako 5) doseči cilj kazalnika kakovosti za padec (8).

4 KADROVSKI VIRI

Letni razgovori so bili izvedeni z vsemi zaposlenimi.
Internih izobraževanj se glede na plan udeležuje celotni tim na OZZN. Aktivno smo sodelovali z dvema prispevkoma.

5 DOBRA PRAKSA

Ob torkih še vedno prihajajo »Rdeči noski«, ki poskrbijo za pozitivno energijo med pacienti in zaposlenimi. 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

Novost na našem oddelku so obiski psihiatra, ki prihaja na oddelek enkrat tedensko in je namenjen vsem hospitalnim pacientom. Do ponedeljka je potrebno oddati konziliarno napotnico diplomirani medicinski sestri na OZZN, ki nato število konziliarnih napotnic posreduje v psihiatrično bolnišnico Begunje. Ti pregledi so sicer za naš oddelek dodatna obremnenitev, vendar pa pripomorejo k celostnejši obravnavi pacientov.
Na OZZN se bomo še naprej trudili za dobro počutje pacientov, za njihov napredek v smislu rehabilitacije in podpore, ki jo nudimo svojcem ob različnih stiskah, ki jih doživljajo. Vsa pisma zahvale, ki jih dobivamo na oddelek pripomorejo k večji motivaciji, zadovoljstvu zaposlenih, in spodbujajo k nadaljnjem izvajanju kakovostne, varne, profesionalne in etične zdravstvene nege.

STROKOVNO POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE ZA NUJNO MEDICINSKO POMOČ

Nada Macura Višić, dipl. m. s.
Glavna medicinska sestra enote za nujno medicinsko pomoč

UVOD

Konec leta 2016 je bilo v enoti za nujno medicinsko pomoč oziroma urgentnem centru (UC), specialističnih kirurških ambulantah, specialističnih ambulantah ter enoti za naročanje zaposlenih 23 diplomiranih medicinskih sester (dipl. m. s.) in 30 zdravstvenih tehnikov (TZN) ter 5 ortopedskih tehnologov – mavčarjev. V UC smo pričeli z dvema novima dejavnostnima in sicer triažo in opazovalnico. Triažo izvajajo triažne medicinske sestre (TMS) po načelih Manchestrskega triažnega sistema. V opazovalnici je 9 postelj ter dva prostora za izolacijo, kjer se izvaja nadzor pacientov, diagnostično terapevtski postopki, ter zaradi premajhnih ambulantnih prostorov urgentna internistična ambulanta. V letu 2016 je bila ena upokojitev in sicer ortopedskega tehnologa. Dve TZN delo opravljata po 6 ur, ena 5 ur, 4 pa po 4 ure.
V lanskem letu smo uvedli vrstomate za administrativni vpis naročenih pacientov. Pripravljali smo aktivnosti in navodila za brezpapirno delovanje ambulant.

1 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENI NEGI

Za izvajanje triaže po načelih Manchesterskega triažnega sistema (MTS) je bilo izobraženih 5 diplomiranih medicinskih sester. Triaža naj bi se izvajala 24 ur. S 4.1.2016 smo pričeli s triažiranjem pacientov po načelih MTS. Ob tem smo uporabljali spletno aplikacijo E-triaža, ki nam je povzročala kar nekaj težav: večkrat okvara sistema, izguba podatkov, zamudno delo zaradi vnašanja odatkov (ni povezave s KZZ), delo v dveh informacijskih sistemih,... Junija smo pričeli uporabljati bolnišnični informacijski sistem z modulom Triaža. Dodatno smo izobrazili še 4 TMS.
S 15.1.2016 pa je svojo dejavnost v prostore preselila tudi NMP zdravstvenega doma Jesenice. V SBJ deluje ambulantna nujna medicinska pomoč (ANMP) s prisotnim zdravnikom specialistom družinske medicine ali urgentne medicine in medicinsko sestro ter reševalnim vozilom z dvema reševalcema.
Zaposlili smo 8 dipl. m. s. praktično takoj po zaključku šolanja, kar pomeni daljše uvajanje in kroženje na ostalih oddelkih.
V specialističnih ambulantah smo nadaljevali z zdravstveno vzgojnim delom pacientov z Multiplo sklerozo, oskrbo bradavic ter izvajanje avdiometrije za zaposlene v sklopu zdravniških pregledov. V enoti za naročanje pa so priprave potekale za e-napotnice, uvedli smo tudi čakalne vrste za ostale ambulante.

1.1 REALIZACIJA CILJEV

Tabela 1: Realizacija ciljev

CILJ: Izobraževanje	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izobraževanje dodatnih TMS Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku pasivne udeleže na eksternih strokovnih srečanjih aktivne udeležbe na eksternih strokovnih srečanjih	Realizirano
EVALVACIJA: Tečaj po MTS opravile dodatne 4 dipl. m. s. priprava izobraževanj, ki potekajo v obliki kratkega sestanka	
CILJ: Izdelava protokolov in dokumentacije	**Realizacija učinkovitost**

AKTIVNOSTI: KP za kirurške posege v splošni anesteziji, AKS Revizija OBR 175, OBR URG 1, 2, 10, SOP 6, izdelana triažna matrika	Delno realizirano
EVALVACIJA: Dokumentacija je pripravljena na spremenjeno obliko Sledljivost še ni dokončno oblikovana Niso izdelane KP za politravmo in ICV	
CILJ: Varnost in kakovost	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 97 % Število varnostnih vizit koordinatorice ZN in odgovornih MS Sestanki koordinacija UC Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti Izvajanje preventivnih ukrepov (padci)	Delno realizirano
EVALVACIJA: Izvedenih je bilo 80 varnostnih vizit, učinkovitost je 92,3 % Zabeleženih je bilo 6 odklonov V letu 2016 smo zabeležili 3 padce, 1 z zlomom roke	
CILJ: Razkuževanje rok	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok zaposlenih po WHO, uspešnost razkuževanja	Delno realizirano
EVALVACIJA: Nadzori so bili izvedeni, učinkovitost je po WHO opazovanju8 4 % pri TZN in 77% pri dipl. m. s. (povprečje vseh opazovanj na oddelku)	
CILJ: vzpostavitev triaže	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Izvajanje triaže po MTS in triažni matriki	Delno realizirano
EVALVACIJA: Zaradi pomanjkanja TMS ne izvajamo triaže po MTS ampak triažira vsaka enota posamezno	
CILJ: Kazalniki kakovosti delovanja urgent. centra po navodilih MZ	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Število triažiranih pacientov Število pacientov obravnavanih v opazovalnici	Realizirano
EVALVACIJA: Mesečna poročila za MZ	
CILJ: zdravstveno vzgojno delo v nevrološki in dermatološki amb.	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Število pacientov v nevrološki ambulanti in dermatološki ambulanti	**Realizirano**

2 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

2.1 BELEŽENJE ODKLONOV

Tabela 2: Število 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
URGENCA	6	3/1	2	2	0	0	2	2	0	0	6
SPEC.AMB	0	0/0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Na odklone je bilo izrečenih 6 ukrepov v urgenci, ki so bili uspešno zaključeni, v specialističnih ambulantah nismo zabeležili nobenega odklona.

2.2 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Tabela 3: Število VV/VR glede na nivo izvedbe

Število VV/VR glede na nivo izvedbe	**60**
Število izrečenih ukrepov	**82**
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	**70**
Skupna učinkovitost VV/VR	Glede na določene ukrepe, so bile varnostne vizite/razgovori uspešno zaključene

Tabela 4: Število ukrepov, učinkovitost po posameznih nivojih

NIVO IZVEDBE	ŠTEVILO VV/VR	ŠTEVILO UKREPOV	UČINKOVITOST
GMS	10	12	93 %
Odgovorne MS odd.	50	70	96 %
Skupaj	**60**	**82**	**94 %**

2.3 POROČILO O KAKOVOSTI TRIAŽE

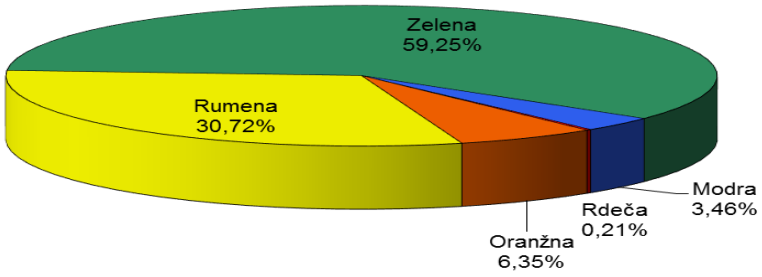
Kot že omenjeno se triaža izvaja po načelih MTS in v okviru triažne matrike, ki določa poleg stopnje nujnosti tudi izvajalca. Triažna matrika je bila sprejeta na strokovnem sestanku Koordinacija in UC in potrjena s strani predstojnikov interne službe, kirurške službe in pediatrične službe. Za obravnavo otrok pa so bili izdelani tudi algoritmi, ki TMS omogoča hitrejšo in varnejšo triažo otrok. Manchestrski triažni sistem je bil predstavljen kolegiju ZNO ter zdravnikom na kirurškem in internističnem jutranjem raportu.

Zaradi pomanjkanja TMS ne moremo zagotavljati triaže 24 ur, ker pa imamo relativno mlad kader, pa dodatnih TMS nismo mogli izobraziti. Ugotovili smo, da triaža predstavlja ozko grlo, TMS imajo večkrat v čakalni vrsti veliko število pacientov, kar pa poleg ročnega vnosa podatkov v informacijski sistem podaljša tudi čakanje.

Tabela 5: Število obravnav - primerjalno

	1-12 2015	1-12 2016
Urgentna internistična ambulanta	6.822	7.155
Urgentna kirurška ambulanta	22.886	20.979
ZD Jesenice (ANMP)	9.331	9.596
intervencij na terenu	1.745	1.722

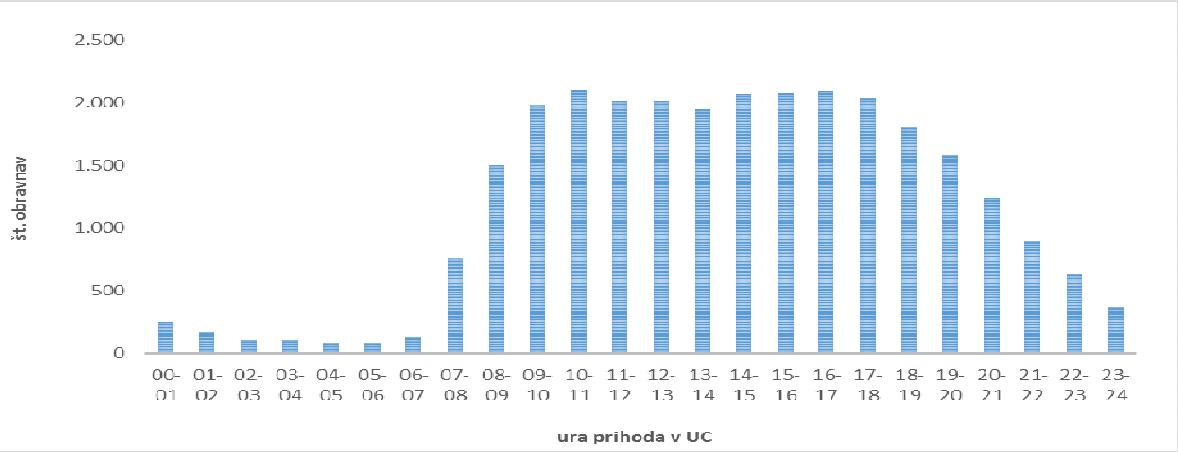
Tabela 5: Kakovost triaže



Vir: 2016 urgenca - MZ oddaja - podatki UC za leto 2016-20.1.2017-podatki UZ za leto 2016-oddaja

Iz grafa je razvidno, da je največ manj nujnih pacientov (zelene triažne kategorije) in nujnih pacientov (rumene triažne kategorije), sledijo nujni pacienti (oranžne triažne kategorije), nenujni pacienti (modra triažna kategorija), najmanj pa je zelo nujnih oziroma rdeče triažne kategorije.
V spodnji tabeli pa je prikazano število prihodov pacientov glede na čas. Kot je razvidno je največje število pacientov in s tem obremenjenost kadra od 7.00 do 22.00 ure. Tabela prikazuje samo čas prihoda in ne tudi zaključek obravnave.

Tabela 6: Št. obravnav po uri prihoda v UC (upoštevajo se samo urgentna kirurška in urgentna internistična služba) v letu 2016



4 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

4.1 IZOBRAŽEVANJE

Zaposleni so se udeleževali izobraževanja, internega in zunanjega, po planu za leto 2016. Štiri dipl.m.s. v urgentni ambulanti so se udeležile izobraževanja triaže po načelu Manchestrskega triažnega sistema. Zaradi pridobitve novega kadra v urgentni ambulanti, smo uvedli interna izobraževanja, ki jih pripravijo zaposleni in potekajo v obliki kratkega sestanka. MS v spec. ambulantah in enoti za naročanje so se udeležili izobraževanja o e-receptu in e-napotnici.

4.2 DELOVNI SESTANKI

Delovni sestanki so potekali po načrtu in po modelu zadnjih nekaj let; tematski ali problemski sestanki so se izkazali za dobro prakso, smo z njihovo izvedbo nadaljevali. Tako smo zmanjšali število rednih delovnih sestankov, ki so se velikokrat izkazali kot neproduktivni in niso sledili načrtu. Problemski oziroma tematski sestanki so se izkazali kot proaktivni, tematika ali problem se reši ali začne uresničevati veliko hitreje kot bi se sicer z nekim načrtnim dogovarjanjem. Zaradi začetnih težav smo imeli tudi nekajkrat sestanke z vodstvom, ki so bili pripravljeni zaposlenim prisluhniti.

Tabela 7: Delovni sestanki, prikazani po kategorijah – število

Redni del. sestanki	Izredni/problemski del. sestanki	Timski del. sestanki
5	5	10

4.3 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

Izvedeni so bili 4 letni razgovori, izvedeni so bili s ključnimi osebami. Število izvedenih razgovorov je zagotovo prenizko, vendar je v danem časovnem obdobju zaradi same organizacije dela in postavitve sistema ni bilo mogoče. Izvedenih je bilo veliko neformalnih razgovorov, predvsem v kriznih situacijah in ob povečanem obsegu dela. Sicer so zaposleni z razgovori zadovoljni, na ta način lahko aktivno podajo svoje mnenje o svojem delu, delu oddelka in nenazadnje tudi o vodji.

4.4 IZOBRAŽEVANJE

Načrt izobraževanja je bil postavljen na začetku leta 2016. Izpolnjen je bil v celoti, tako interna kot eksterna.

Tabela 8: Interno in eksterno izobraževanje – število

Izobraževanje	Udeležba	Pasivna	Aktivna
Interno		34	3
Eksterno		25	8

V tabeli 8 so prikazana izobraževanja. V prvi vrstici je prikazano število izobraževanj v SBJ, ki so se jih zaposleni udeležili ter število izobraževanj na oddelku. Glede na prejšnja leta, je bila udeležba na eksternih izobraževanjih nižja.

5 ZAKLJUČEK

V prvi polovici leta, smo obnovili nekaj negovalne dokumentacije, predvsem zaradi nove organizacije dela v urgentnem centru. Z letošnjim letos smo pričeli z izvajanjem triaže po načelih MTS. Pričeli smo s 4 triažnimi MS, nato pa smo izobrazili še 4. Proti koncu leta pa sta 2 odšli na porodniški dopust. zaenkrat nam kadrovska pomanjkljivost za triažo še vedno dela težave. Drugo polovico januarja se nam je pridružila tudi splošna nujna medicinska pomoč Zdravstvenega doma Jesenice. Da je delo lažje potekalo, smo morali uvesti tudi nekaj sprememb pri sami prostorski ureditvi. Ker so ambulante premajhne, obravnavamo paciente, ki so napoteni k specialistu internistu v opazovalnici. Ob tem smo dve ambulanti preuredili v administrativni del. Stremimo tudi k temu, da bi vsakega pacienta sprejela TMS in ne zdravstveni administrator. Ob zaključku uvajanja novozaposlenih, bomo triažo po načelih MTS uvedli tudi v nočnem času.

Trenutno zaradi pomanjkanja TMS in ob dveh planiranih porodniških odsotnosti od konca leta to ni možno. To nam zaenkrat ne omogočata prostorska ureditev in ne informacijska struktura. prav tako bo potrebno urediti oziroma združiti obe organizaciji nujne medicinske pomoči – primarnega in sekundarnega nivoja in kar je najpomembneje delati z enim informacijskim sistemom. Zaradi nove organizacije dela, pa smo imeli tudi nekaj pritožb, ki smo jih obravnavali in uspešno zaključili. Pritožbe so predvsem na račun predolgega čakanja na obravnavo na primarnem nivoju.
V specialističnih ambulantah so potekale aktivnosti o brezpapirnem delovanju ambulant. V lanskem letu smo za vpis pacientov uvedli vrstomate. To je medicinskim sestram dalo nekaj več administrativnega dela. Sistem delovanja vrstomatov bo potrebno dodatno nadgraditi predvsem v smislu avtomatizma.
V enoti za naročanje smo prejeli rekordno število napotnic, povprečno od 80 do 100 dnevno. V ta namen je bilo nujno uvesti čakalne vrste. Kar predstavlja ponovno dodatno delo medicinskim sestram. V drugi polovici leta smo delali z manjšim številom zaposlenih predvsem na račun večkratnih in daljših bolniških odsotnosti. V prihodnjem letu nas čaka predvsem nadgradnja informacijskega sistema in si tem zmanjšanje administrativnega dela MS. Ukinja se napotnica in uvaja e-napotnica.

6 CILJI IN AKTIVNOSTI ZA LETO 2017

Cilji in aktivnosti za leto 2017 so prikazani v tabeli 9.

Tabela 9: Cilji in aktivnosti za leto 2017

1. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Izobraževanje	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra
Kazalnik Izvedba mesečnih izobraževanj v ZN na oddelku pasivne udeležbe 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	Predstojnik UC in glavna med. sestra
Kazalnik Sprememba določene dokumentacije zdravstvene nege KP za politravmo, ICV	Kontinuirano, celo leto	
3. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Varnost in kakovost	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra Odgovorne MS
Kazalnik Število varnostnih vizit, učinkovitost večja od 96 % Beleženje odklonov s predlogi izboljšav in preverjanje učinkovitosti Izvajanje preventivnih ukrepov (padci)	Kontinuirano, celo leto	
4. Cilj: kakovost triaže	Rok izvedbe	Odgovoren
Kazalnik Število triaž Nadzor nad triažo (št. nadtriažiranih in podriažiranih pacientov)	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra
5. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Razkuževanje rok	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra Promotorji proj. sk. za BO na odd.

Kazalnik Izvedba nadzorov nad razkuževanjem rok pri zaposlenih 1x/četrtletje Uspešnost razkuževanja rok 93 %	Kontinuirano, celo leto	
6. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Zdravstveno vzgojno delo	Kontinuirano, celo leto	Glavna med. sestra Dipl. m. s. v spec. amb.
Kazalnik **Izvedba ZV vsebin**	Kontinuirano, celo leto	
7. Cilj:	Rok izvedbe	Odgovoren
Brezpapirno delovanje ambulant	Prva polovica 2017	Glavna med. sestra predstojnica
Kazalnik **Ambulante brez papirjev**		

STROKOVNO POROČILO DEJAVNOSTI CENTRALNE STERILIZACIJE

Adrijana Ilievski, dipl. upr. ved
Vodja ZN v centralni sterilizaciji

UVOD

Enota Centralne sterilizacije v Splošni bolnišnici Jesenice deluje kot samostojna medicinsko oskrbovalna služba. S sterilnim materialom največ oskrbujemo operacijske sobe, ter bolniške oddelke in enote, ambulante, kuhinjo in bolnišnično lekarno in enega zunanjega uporabnika. Proces poteka po enosmerni poti, kjer je onemogočeno križanje umazanega, čistega in sterilnega dela.
S povečanjem števila pacientov v naši bolnišnici in povečanjem operativnega programa smo zaznali preobremenjenost naših aparatur in strojev. Za zagotavljanje še bolj kakovostnejše in hitrejše reprocesiranje, bi potrebovali več strojev, predvsem večje, ter zmogljivejše.

1 MANAGEMENT ZDRAVSTVENE PRAKSE

Število elektronsko zabeležnih reprocesiranih setov v letu 2016 je 179.580, kar pomeni, da se je povečalo reprocesiranje materiala za kar 44.273 setov, v primerjavi z letom 2015, ki je bilo reprocesiranih 135.307 setov. Številke, ki so prikazane v tabeli 1, kažejo na povečanje reprocesiranega materiala in pripomočkov, kar je posledica povečanja števila oskrbovanih pacientov in povečanje operativne dejavnosti v naši bolnišnici.

Tabela 1: Število reprocesiranih setov

	2016	**2015**	**2014**
Št. reprocesiranih setov	179.580	135.307	144.090

V letu 2016 se število zaposlenih ni spremenilo.

Tabela 2: Kadrovska struktura 2016

	Nedoločen čas	Bolniška
ZT/ SMS	10	/
Dipl.m.s.	1 (4 urni delavnik)	/
Vodja CS	1	/

1.1 REALIZACIJA POSTAVLJENIH CILJEV

Tabela 3: Realizacija ciljev

1. CILJ: Izobraževanja s področja bolnišnične higiene in razkuževanje rok	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Udeležba na predavanjih in uspešnost razkuževanja rok	
EVALVACIJA: Dopolnjevanje in obnavljanje znanja s področja bolnišnične higiene in razkuževanja rok.	Delno realizirano
2. CILJ: Zagotavljati ustrezne in kakovostne izdelke procesa sterilizacije	**Realizacija učinkovitost**
AKTIVNOSTI: Beleženje odstopanj in primerno korektivni ukrepi	
EVALVACIJA: Od 1.1. 2016 do 31.12.2016 je bilo zabeleženih 32 odstopanj pri reprocesiranju.	Kontinuirano Sprotno rešeno
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: Pregled setov Op, označitev s parafami zaposlenega, ki je set uporabil in steriliziral	
EVALVACIJA: označitev in poeenotenje enakih setov, dopolnitev obstoječega elektronskega programa T-DOC	Delno realizirano

2 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Prvi kazalnik je zagotavljanje ustreznega in kakovostnega procesa sterilizacije, kjer smo v letu 2016 zabeležili 32 odstopanj.
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 98,7% (realizacija: druga polovica za odstotek manjša).
V mesecu oktobru smo imeli notranjo presojo, dobili smo 2 neskladji, enega smo rešili takoj, drugega pa podali v obravnavo v enoto operacijskega bloka. Prejeli smo 5 priporočil in jih tudi delno realizirali do konca leta.

2.1 POROČILO VARNOSTNIH VIZIT/RAZGOVOROV

Tabela 4: Število VV/VR in ukrepov

Število VV/VR	6
Število izrečenih ukrepov	19
Število/delež uspešno izvedenih ukrepov	18
Skupna učinkovitost VV/VR	95 %

3 UPRAVLJANJE S KADROVSKIMI VIRI

3.1 IZVEDBA LETNIH RAZGOVOROV

V letu 2016 smo izvedli letne razgovore z vsemi zaposlenimi v centralni sterilizaciji. Zaposleni so na letnih razgovorih povedali svoje mnenje, kaj bi izboljšali, njihove cilje in cilje enote.

3.2 IZOBRAŽEVANJE

Izobraževanje je potekalo po letnem planu izobraževanj, ki smo ga postavili za leto 2016. Vodja Centralne sterilizacije je uspešno opravila podiplomski tečaj Bolnišnične higiene, ki ga organizira Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, ter se izobraževala za opazovalko rok. Dne 31.3.2016 in 1.4.2016 je potekal strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji z naslovom Tisoč težav ena rešitev. Seminarja smo se udeležile tudi zaposlene naše bolnišnice, kjer smo si pridobile nova znanja in si ogledale novosti s področja sterilizacije.

Udeležili smo se tudi internih izobraževanj, in sicer Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, Varnost in kakovost, Varstvo pri delu, Temeljni postopki oživljanja, itd.
Dne 13.10. smo se udeležili 10. šole za klinične metorje, ki je potekalo pod okriljem Fakultete za zdravstvo Angele Boškin v Kolpernu na Jesenicah. V Gozdu Martuljku je potekalo letošnje strokovno srečanje 9. Dnevi Angele Boškin, pod naslovom 10. let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: Izkušnje, dobre prakse, ovire.

4 CILJI ZA LETO 2017

1. cilj: Sledljivost reprocesiranih setov in inštrumentov

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: Validacija vse strojne opreme

Aktivnost: Validacija enkrat letno

4. cilj: Izboljšanje in nadgradnja znanja

Aktivnost: Izobraževanje po planu za leto 2107

5 ZAKLJUČEK

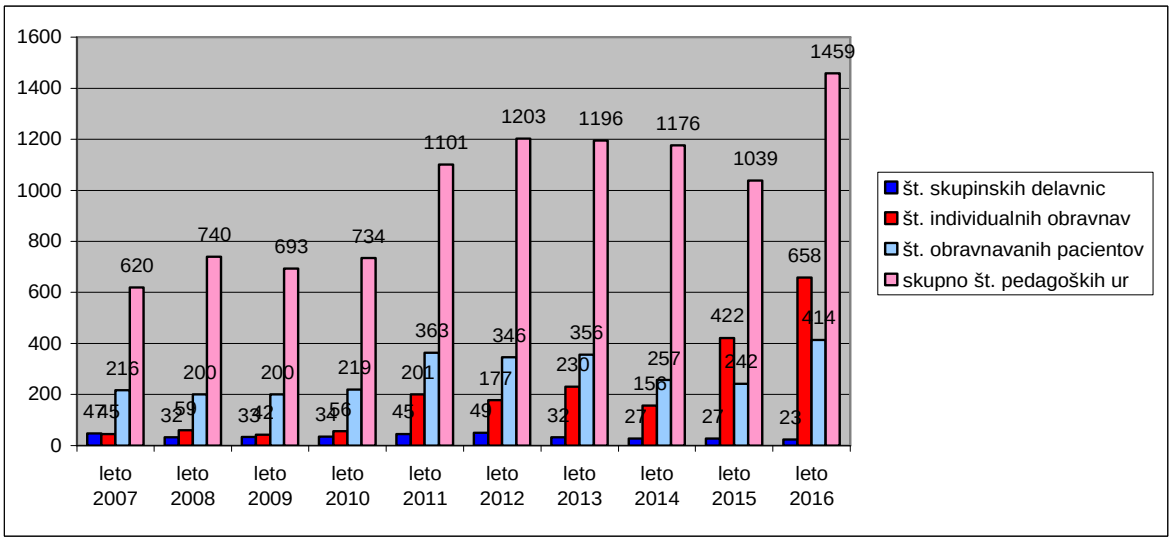
Pri reprocesiranju zaznavamo največ težav s sledenjem inštrumentov, začasno rešitev smo izbrali podpisovanje setov na liste s strani uporabnika in s strani zaposlenih, ki set reprocesirajo. Za kakovostnejše reprocesiranje in v izogib težavam pri tem je najpomembnejša dobra komunikacija. Želimo pa k temu pristopiti celostno in bi radi proces okrepili z nadgradnjo računalniškega sledenja inštrumentov.

POROČILO STROKOVNE SODELAVKE ZA PEDAGOŠKO PODROČJE

Mateja Bahun, mag. zdr. neg., prof. zdr. vzg., pred.

1 IZVAJANJE ZDRAVSTVENO VZGOJNEGA DELA (ZV)

V spodnjem grafu je prikazan trend gibanja zdravstveno vzgojnega dela pri pacientih s sladkorno boleznijo.



Graf 1: Primerjava izvedene zdravstvene vzgoje pri pacientih s sladkorno boleznijo v zadnjih desetih letih

V letu 2016 se je za skoraj 1x povečalo število obravnavanih pacientov na področju zdravstvene vzgoje pri sladkorni bolezni, zadnja leta se ravno tako povečuje število individualnih obravnav in zmanjšuje število skupinskih edukacij. V primerjavi z lanskoletno celoletno izvedbo ur edukacije smo že v letošnjem prvem polletju dosegli 80 %.

KAZALNIK KAKOVOSTI: Učinkovitost ZV pri pacientih na reedukaciji ob sladkorni bolezni

Tabela 1: Povprečne vrednosti parametrov HbA1c pred in po reedukaciji

n=27	**HbA1c_pred ZV**	**HBA1C_ po ZV**
Povprečna vrednost	10,3 %	8,3 %

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 27 pacientov (tiste, kjer terapija s strani zdravnika ni bila spremenjena, tako da lahko predvidevamo, da je sprememba res vpliv ZV). Cilj smo presegli, saj je HbA1c povprečno padel za 2% (od +0,0% do -5,1%). Pri vplivu na telesno težo z ZV delom nismo učinkoviti, saj je pri pacientih le ta povprečno porasla za cca. 0,6 kg (-2 do +9). Za več podatkov glede vsebine ZV glejte skupno poročilo o izvedenem zdravstveno vzgojnem delu v Splošni bolnišnici Jesenice.

2 OBVLADOVANJE DOKUMENTACIJE

Sproti se ažurira seznam celotne dokumentacije in skrbi za aktualnost, vsebinsko primernost in veljavnost (časovnica) dokumentacije zdravstvene nege. Premestitveni list zdravstvene nege (znotraj oddelkov in enot) smo iz papirne spremenili v elektronsko verzijo. Prvi odzivi pri uporabnikih so pozitivni. Ravno tako smo v letu 2016 začeli pripravljati elektronska obvestila patronažnim službam od odpustu pacientov in s tem zmanjšali količino tiskovin, zagotovili hitrejše in bolj sledljivo obveščanje. Sistem bo v polnosti sicer zaživel v 2017.
Na področju obvladovanja dokumentacije sem v letu 2016 oblikovala, uredila ali obvladovala cca. 250 dokumentov.

2016	Splošni SOP	Navodila	Obrazci	Klinične poti	Skupaj
Novi	6	18	33	5	62
Dopolnjena/prenovljena verzija	16	64	103	12	195

3 STROKOVNI NADZORI

Izvedeni so bili 3 nadzori nad shranjevanjem in roki uporabnosti insulinov po oddelkih in v enotah (24.3.2017, 2.8.2017, 1.12.2017). Odstopanja so bila ugotovljena na kirurških oddelkih, poročilo takoj posredovano glavni medicinski sestri kirurgije.

4 PROMOCIJA ZDRAVJA

Na področju promocije zdravja je v letu 2016 delovala delovna skupina pod vodstvom Mateje Bahun, ki jo sestavljajo člani različnih poklicnih skupin (Alenka Pirih, Anica Oblak, Breda Pavlenč, Dubravka Karadžič Šmitran, Jana Lavtižar, Primož Štraus, Sandra Jerebic, Mojca Strgar, Tina Zalokar, Tina Ahačič, Mateja Bahun, Karmen Janša). Preko celega leta se izvajajo aktivnosti na 4 področjih s posebnim poudarkom na promociji zdravja zaposlenih. Na intranetu se zaposlene redno obvešča o novostih na področju promocije zdravja.

Tabela 3: Izvedeni ukrepi promocije zdravja v letu 2016

UKREPI PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU	
Vzpostavitev pozitivnega delovnega okolja	Izvedba ankete med zaposlenimi o delovanju skupine za promocijo zdravja
	Objavljanje aktualnih z zdravjem povezanih obvestil na intranetni strani
Preprečevanje nadlegovanja in trpinčenja	Prijava neželenega dogodka na intranetu – Poročanje o nasilju
	Sistem javljanja odklonov
	Uvedena varnostna služba
	SOP 58 – Protokol gibanja poslovnih obiskovalcev v SBJ
Omejitev zlorab alkohola in drugih opojnih substanc	Pravilnik o disciplinski in odškodninski odgovornosti delavcev
Spodbujanje zdravega življenjskega sloga	Akcija – dane se začne z zajtrkom
	Predavanje o kožnih znamenjih
	Pregled kožnih znamenj
	Prvi družinski pohod - na Ajdno
	drugi družinski pohod - po poti Triglavske Bistrice (dolina Vrat)
Spodbujanje pozitivnih družbeno socialnih stikov	Spomladansko športno druženje – pohod na Talež in piknik
	Bolnišnične športne igre
	Novoletno srečanje za zaposlene

	Božiček za otroke zaposlenih
	Spomladansko športno druženje – pohod na Talež in piknik
	Bolnišnične športne igre
UKREPI PROMOCIJE ZDRAVJA PACIENTOV	
Izvajanje zdravstveno vzgojnih programov za paciente	ZV program na novo odkrite paciente s SB tip 2
	ZV program za paciente s SB tip 2, ki prehajajo na inzulinsko zdravljenje
	ZV na področju prehrane za otročnice, ki dojijo
	ZV program na novo odkrite paciente s SB tip 2
	ZV program za paciente s SB tip 2, ki prehajajo na inzulinsko zdravljenje
	Zdravstvena vzgoja na področju prehrane za otročnice, ki dojijo
	ZV program - dojenje
	ZV program za dializne paciente
	ZV program – zdravljenje s peritonealno dializo
	ZV na področju prehrane P ki se zdravijo s hemodializo
	ZV pacientov s kroničnim srčnim popuščanjem
	ZV program za paciente ki prehajajo na antikoagulacijsko zdravljenje
	ZV program ASTMA
	Zdravstvena vzgoja stomistov
	ZV pacienta z rano
	TER VSI DOGODKI OPISANI V TOČKI 4
SPREMINJANJE ZDRAVSTVENIH USTANOV V PODPORNA OKOLJA	
Povezovanje	Tek Gorenjskih bolnišnic
	Aktivnosti iz naslova Družini prijazno podjetje

PROMOCIJA ZDRAVJA LOKALNE SKUPNOSTI OKROG ZDRAVSTVENE USTANOVE	
Obeleževanje svetovnih, evropskih in slovenskih dni	Dan ledvic
	Dan žil (predavanje Arnejšek dr. med. 3x)
	Evropski dnevi srčnega popuščanja (predavanje Zupančič dr. med. 1x)
	Svetovni dan higiene rok (krog okoli bolnišnice - vrtec, SŠJ, FZJ…)
	Svetovni dan umivanja rok (obisk otrok iz vrtca,SŠJ FZJ)
	Svetovni dan delovne terapije
	Svetovni dan preprečevanja RZP
	Svetovni dan boja proti AIDSU (SŠJ)
	Svetovni dan prostovoljcev

5 STROKOVNA IZOBRAŽEVANJA V LETU 2016

Sladko dvogovarjanje - psihološki pristop pri zdravljenju oseb s sladkorno boleznijo	23.1.2016
Timska predaja pacienta	3.2.2016, 24.2.2016, 2.3.2016, 16.3.2016, 23.3.2016
Prenova diplomskih del	2.3.2016
Koordinator zdravstvene obravnave (case manager)	9.3.2016
Seminar za založnike - NUK	12.4.2016
Varnost in kakovost	20.4.2016
Predstavitev zahtev nove verzije ISO standarda 9001:2015	11.5.2016
Simpozij zdravstvene nege 2016	12.5.2016
Food and foot - izobraževanje o diabetični nogi in prehrani pacienta s sladkorno boleznijo	14.5.2016

Brezpapirno poslovanje in e-naročanje	17.5.2016
Pregled kožnih znamenj - predavanje	18.5.2016
Uvajanje inzulinske terapije v praksi	28.5.2016
Udeležba na 9. mednarodni znanstveni konferenci	9.6.2016
Kakovost in varnost v zdravstvu - DMSBZTG	14.6.2016
5. endokrinološki kongres zdravstvene nege	6.10.2016
9. dnevi Angele Boškin	21.10.2016
Poznavanje reanimacijskega vozička	26.10.2016

DRUGO:

1. ORGANIZACIJA IN SODELOVANJE PRI IZVEDBI 1. ŠOLE ZA KOORDINATORJE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

2. ORGANIZACIJA IN SODELOVANJE PRI IZVEDBI DNI ANGELE BOŠKIN 2016

3. UREDNICA / SOUREDNICA:

- BAHUN, Mateja (urednik), PAVLENČ, Breda (urednik). *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu : izkušnje, dobre prakse, ovire : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2016. 106 str., ilustr. ISBN 978-961-93891-3-3. [COBISS.SI-ID 286451968]
- JANŠA, Karmen (urednik), BAHUN, Mateja (urednik). *Strokovno poročilo Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2015*, (Strokovno poročilo za leto.). Jesenice: Splošna bolnišnica, 2015. 291 str., tabele, graf. prikazi. [COBISS.SI-ID 32778201]
- BAHUN, Mateja (urednik), BIJOL, Alenka (urednik). *60 let Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, 2016. 217 str., ilustr. ISBN 978-961-93456-4-1. [COBISS.SI-ID 287391488]

4. AVTORICA / SOAVTORICA PRISPEVKOV:

- BAHUN, Mateja. *Pomen ZV dela, vloga KZO pri pripravi in izvajanju ZV programov, pomen dokumentiranja v ZN : predavanje v okviru izobraževanja koordinatorjev zdravstvene obravnave, 15. 3. 2016*. [COBISS.SI-ID 32720345]
- STRGAR, Mojca, BAHUN, Mateja, POGAČNIK, Manca, MACURA VIŠIĆ, Nada. Predaja pacienta - čas za spremembe : primer Splošne bolnišnice Jesenice = Patient handover - time for change : the case of Jesenice General Hospital. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.).*Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave : 9. mednarodna znanstvena konferenca, 9. junij 2016, Bled : zbornik predavanj z recenzijo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo: = Faculty of Health Care, 2016, str. 176-184. [COBISS.SI-ID 1024163374]
- BAHUN, Mateja. *Zagotavljanje telesnega in osebnostnega dostojanstva v času hospitalizacije = Ensuring patients' physical and personal dignity during hospitalization : magistrsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: [M. Bahun], 2016. 74 f., [4] f. pril., graf. prikazi. http://mail.fzj.si/magistrskadela/2016/Bahun_Mateja.pdf. [COBISS.SI-ID 1024173102]

POROČILO O ZDRAVSTVENO VZGOJNEM DELU

Mateja Bahun, mag. zdr. neg., 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 2016 zdravstveno vzgojno delo izvajalo na več področjih in sicer:

1. ZV delo pri pacientih s sladkorno boleznijo - izvajalka Mateja Bahun, mag. zdr. neg. strokovna sodelavka za pedagoško področje

2016	število skupinskih delavnic	število individualnih obravnav	število obravnavanih pacientov	povprečne ped. ure na obravnavo	Skupno št. ped. ur
novoodkriti pacienti s sladkorno boleznijo	12	7	66	4	76
prehod na inzulin - ambulantno obravnavani pac. + nosečnice	10	21	49	15	465
prehod na inzulin – hospitalizirani pacienti	0	22	22	9	198
Reedukacije per os	0	0	0	2	0
reedukacije insulin	1	44	48	8	360
Edukacije za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini	0	14	14	5	70
Edukacije za GLP 1	0	29	29	2	58
Funkcionalna inzulinska terapija	0	8	8	4	32
SKUPAJ	**23**	**145**	**236**	-	**1259**

2. ZV delo pri pacientih s sladkorno boleznijo na bolniškem odd. - izvajalka Elisa Kadić, dipl. m. s. na internem oddelku

2016	število skupinskih delavnic	število individualnih obravnav	število obravnavanih pacientov	povprečne ped. ure na obravnavo	Skupno št. ped. ur
novoodkriti pacienti s sladkorno boleznijo	0	2	2	4	8
prehod na inzulin – hospitalizirani pacienti	0	7	7	9	63
reedukacije insulin	0	1	1	8	8
SKUPAJ	0	**10**	**10**	-	**79**

3. Presejalni testi za noge ter terapevtska obravnava diabetične noge Aleksandra Vodopivec, ZT in Bojana Nemeček, ZT

2016	število skupinskih delavnic	število individualnih obravnav	število obravnavanih pacientov	povprečne ped. ure na obravnavo	Skupno št. ped. ur
presejalni test za noge	0	160	160	0,7	112
terapevtska obravnava diabetične noge	0	353	18	0,5	88 (1/2 vseh obravnav je edukacija)
SKUPAJ	-	**513**	**178**	-	**200**

4. Zdravstveno vzgojno delo - Tečaj vzpodbujanje dojenja – izvajalci: Čimžar Irena, dipl. babica, Sfiligoj Barbara, dipl. babica, Legat Monika, dipl. babica, Zupan Katja, dipl. babica

2016	Število obravnavanih pacientk	Število skupinskih delavnic	Povprečne ped. ure na obravnavo	Skupno št. ped. ur
Tečaj vzpodbujanje dojenja	44	12	1,3	16
SKUPAJ	**44**	**12**	-	**16**

5. Poročilo o ZV delu – dietetik - Pavla Lavrinec, dipl. m.s.

2016	Število skupinskih svetovanj	Število individualnih obravnav	število obravnavanih oseb	Povprečne ped. ure na obravnavo	Skupno št. ped. ur
Prehrana novoodkriti diabetes	12	17	76	2	58
Prehrana nosečnic z gestacijskim diabetesom	28	14	99	2	84
Prehrana ob prehodu na insulin	10	20	48	3	90
Reedukacija diabetikov	0	38	38	2	76
Edukacija za GLP 1	4	11	21	3	45
Funkcionalna insulinska terapija	0	10	10	4	40
Prehrana ob dojenju	61	16	267	1	77
Resekcija debelega črevesa- obravnava po klinični poti	0	62	62	1	62
Prehrana otroka ob alergiji na hrano	0	27	27	2	54
Prehrana otrok- ostala obolenja	0	2	2	1	2
Prehrana po PEG-u	0	9	9	2	18
Prehrana pri vnetnih črevesnih boleznih, celiakiji	0	11	11	1,5	16,5
Prehrana odrasli- ostala obolenja	0	27	27	2	54
SKUPAJ	**115**	**264**	**697**	**-**	**676,5**

Svojci, ki so bili prisotni pri ZV delu niso všteti.

6. Zdravstveno vzgojno delo na fizioterapiji – izvajalci dipl. fizioterapevti

2016	Skupaj obravnavanih pacientov	Povprečne ped.ure na obravnavo	Skupno število ped. ur
Kirurgija pospešenega okrevanja	87	0,5	44
Perioperativna šola pri TEP kolka in kolena	374	0,4 (2 izvajalca naenkrat)	299
SKUPAJ	**461**	-	**343**

7. Zdravstveno vzgojno delo na internem oddelku – izvajalka Dubravka Karadžič Šmitran, dipl. m. s., koordinatorica zdravstvene obravnave

2016	Skupaj obravnavanih pacientov	Povprečne ped. ure na obravnavo	Skupno št. ped. ur
Srčno popuščanje	38	1	38
Hranjenje po PEG, NGS	21	1	21

Rokovanje z urinskim katetrom, nefrostomo, drenažami,..	20	0,7	14
Nega in oskrba nepokretnih pac., preventiva RZP,..	62	0,7	43,4
Infekti v domačem okolju (MRSA, ESBL,…)	49	0,7	34,3
SKUPAJ	**190**	**-**	**150,7**

8. Zdravstveno vzgojno delo na otroškem oddelku / v ambulantah izvajajo medicinske sestre, ki imajo dodatna znanja iz alergologije in opravljen tečaj ASTMA Šola (Irena Kolbl, Suzana Tavželj, Metka Lužnik, Kemila Trako, Jadranka Lazova, Urška Šepec, Karmen Vozelj)

2016	skupaj obravnavanih pacientov	povprečne ped. ure na obravnavo	skupno št. pedagoških ur
Astma šola samostojno vodenje	233	0,3	155
Astma šola PEF + dnevnik	167	0,4	148
Astma šola znaki poslabšanja	166	0,4	147
Astma šola aplikacija zdravil	233	0,4	207
Astma šola preventiva poslabšanj	200	0,3	178
Uporaba samoinjektorja EPIPEN	21	0,4	18
Uporaba seta za samopomoč	21	0,3	14
Preprečevanje pika ose, čebele	19	0,3	12
Preprečevanje kontakta z arašidom	2	0,3	1
SKUPAJ	**254 (1062 ZV postopkov)**	**-**	**880**

9. 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

2016	skupaj obravnavanih pacientov	Število individualnih obravnav	povprečne ped. ure na obravnavo	skupno št. pedagoških ur
preddializna edukacija	8	10	0,7	7
edukacija med dializno proceduro	10	31	0,4	12,4
SKUPAJ	**18**	**41**	**-**	**19,4**

10. Zdravstveno vzgojno delo na kirurškem oddelku – izvajalke dipl. m. s. na oddelku in koordinatorice zdravstvene obravnave

2016	Skupaj obravnavanih pacientov	Povprečne ped. ure na obravnavo	Skupno št. pedagoških ur
Črevesne izločalne stome	36	2	72
Kirurgija pospešenega okrevanja	96	dipl. m. s. na oddelku - 0,7 dipl.m.s. iz protibol. Amb. – 0,3	96
Predoperativna šola ortopedije	374	1	374
Edukacija pacientov/svojcev - nedefinirano	86	0,6	52
SKUPAJ	**592**	**-**	**592**

11. ZV delo s področja oskrbe ran – izvajal koordinator za oskrbo ran – ni podatka

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 in dogovorjen odpust v okolje, kjer je pacientu glede na njegovo zdravstveno stanje in trenutne negovalne potrebe zagotovljena primerna oskrba, pomoč kot tudi psihosocialna podpora.

Socialna služba je vključena ob zaznanem oteženem odpustu zaradi različnih razlogov. Pri pacientih, ki so pogosto že starostno opešali, je pogosto otežen odpust iz bolnišnice zaradi večjih negovalnih potreb kot pri sprejemu, ob dejstvu, da so pred hospitalizaciji živeli sami in bili še relativno samostojni. Nova dejstva terjajo načrtovanje novih aktivnosti glede oskrbe. Gre za urejanje pomoči na domu kot nove storitve za posameznika ali pa organizacije slednje v večjem obsegu, 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.

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), lahko pa tudi s strani sosedov, prijateljev, ki že v domačem okolju zaznali oteženo samostojno bivanje pacienta.

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, vsaj neposredno po odpustu kot so negovalne potrebe pacientov še vedno velike. 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.

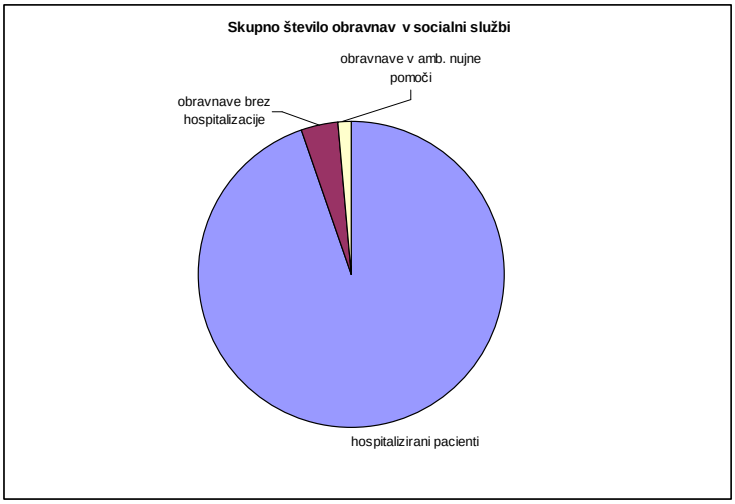
Socialna služba tesno sodeluje s koordinatorkami zdravstvene obravnave na internem in kirurškem oddelku ter na oddelku za zdravstveno nego.

1 POROČILO O IZVEDENIH CILJIH V LETU 2016

1.1 ŠTEVILO OBRAVNAV V LETU 2016

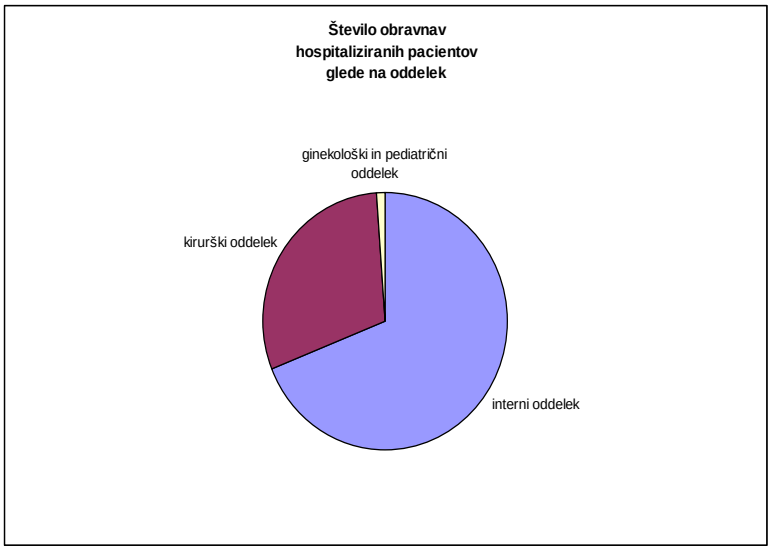
V letu 2016 je bilo v socialni službi obravnavanih 464 pacientov, približno enakovredno glede na spol.

Od navedenih jih je bilo 434 hospitaliziranih, kar predstavlja 95 odstotkov vseh obravnav, večina na internem oddelku oziroma na kirurškem ter ostalih oddelkih (ginekološki in pediatrični).
Vzporedno je bilo v ambulantah nujne pomoči obravnavanih 7 pacientov ali 1,5 odstotka vseh obravnavanih ter 18 obravnav pacientov ali 3,5 odstotkov, ki v trenutku obravnave niso bili hospitalizirani. Šlo je za paciente, kjer so se svojci še pred hospitalizacijo zaradi predvidene otežene skrbi že predhodno obrnili po pomoč. Hkrati je v nekaj primerih po sicer dogovorjenem in ustreznem odpustu v domače okolje ali domsko varstvo prišlo do spremenjenih okoliščin, ki so terjale večji ali drugačen obseg pomoči.



Grafikon 1: Skupno število obravnav v socialni službi

Največ obravnav hospitaliziranih pacientov je bilo na internem oddelku in sicer 303, kar predstavlja 69 odstotkov, medtem, ko je bilo na kirurškem oddelku obravnavanih 131 pacientov ali 30 odstotkov. Pet pacientov, od tega štirje na ginekološkem oddelku in eden na pediatričnem, zajema odstotek obravnav hospitaliziranih pacientov.

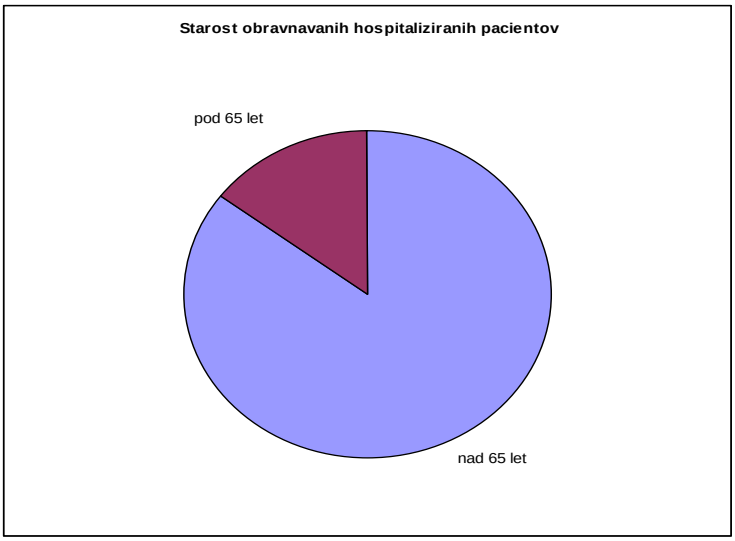


Grafikon 2: Število obravnav hospitaliziranih pacientov glede na oddelek

Starost večine obravnavanih hospitaliziranih pacientov je presegla 65 let, se pravi, je 85 odstotkov pacientov ali 374 navedeno starostno mejo preseglo. Mlajših od 65 let je bilo 15 odstotkov ali 65 pacientov.

Glede na starost se je razlikovala tudi problematika težav ob odpustu. Pri starejših od 65 let so bile poglavitne težave ob odpustu večje negovalne potrebe kot pred hospitalizacijo, ki so presegale možnost oskrbe v domačem okolju. Navedenim večjim negovalnim potrebam so pogosto botrovale tudi zmanjšane kognitivne sposobnosti pacientov, ki jim je bilo potrebno zagotoviti več nadzora kot pred hospitalizacijo. Ob tem so svojci navajali svoje zdravstvene zadržke, ki so jim onemogočale vključitev v bolj intenzivno oskrbo pacientov, svojo odsotnost zaradi službenih obveznosti ali pa dejstvo, da je pacient predhodno v domačem okolju bival sam. Zaradi navedenega so svojci urejali namestitev v domsko varstvo.

Pri mlajših od 65 let je bil razpon problematike širši, vključitev s paliativno oskrbo, zaradi napredovalih degenerativne bolezni, ki sčasoma onemogočijo kakovostno bivanje v domači oskrbi oziroma terjajo vključitev v mrežo zdravstvene in socialne oskrbe v domačem okolju, težave z zasvojenostjo in s tem povezane neurejeno bivanje in oskrba po odpustu, alkoholizem, povezan tudi z nasiljem v družini, neurejeno stalno bivališče, zdravstveno zavarovanje oziroma neuveljavljene materialne ali druge pravice, večje negovalne potrebe ob odsotnosti oseb, ki bi se lahko vključile v pomoč, nasilje v družini nad mladoletno osebo, somatskim obolenjem pridružene psihiatrične težave, kar terja kompleksno obravnavo in vključitev ustreznih služb v lokalnem okolju, neurejene družinske razmere (odsotnosti svojca, ki bi se lahko vključil v oskrbo, zaradi prestajanja zaporne kazni), oskrba z osnovnimi materialnimi potrebščinami ob odpustu (oblačila, obutev), pacienti s posebnimi potrebami, kjer starši potrebujejo dodatno vzpodbudo in pomoč zaradi novih okoliščin pri oskrbi, oddaja novorojenčka v posvojitev.



Grafikon 3: Starost obravnavanih hospitaliziranih pacientov

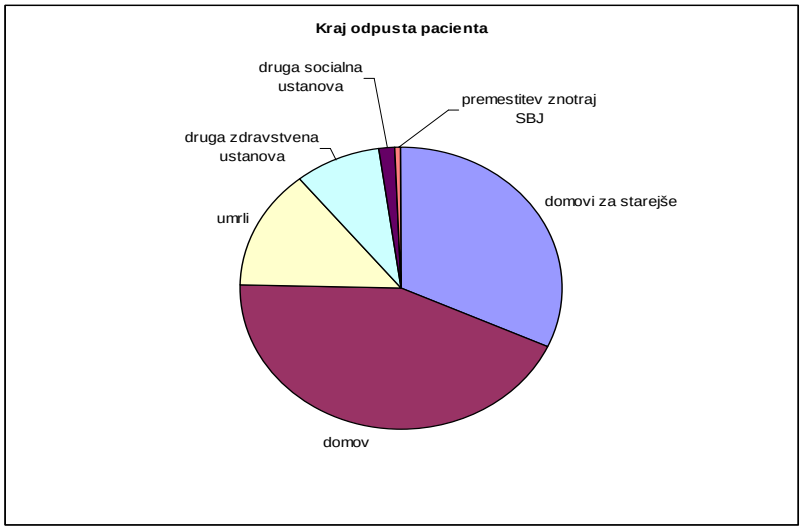
2.2 DRUŽINSKI SESTANKI NA ODDELKU ZA ZDRAVSTVENO NEGO

V letu 2016 je bilo na oddelek za zdravstveno nego premeščenih 141 pacientov, ki so bili istočasno obravnavani v socialni službi bolnišnice. Navedeno število predstavlja 32 odstotkov pacientov.
V času bivanja pacienta na oddelku spremljamo njegov napredek glede rehabilitacije in sposobnosti samooskrbe ter po potrebi vabimo svojce ali pacientu pomembne druge osebe na družinski sestanek. 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. V kolikor, da z zaključevanjem bivanja na negovalnem oddelku še vedno obstajajo razlogi za nameščanje v domsko varstvo ali drugo ustrezno institucijo, svojce podpiramo in jim pomagamo v navedeni smeri.

2.3 ODPUST PACIENTA

Po odpustu je bil za večino obravnavanih pacientov glede na predhoden dogovor in organizacijo svojcev mogoč odpust v domačo oskrbo. V domačo oskrbo je se je vrnilo 190 pacientov ali 43,5 odstotkov. Pri tem smo 133 pacientom oziroma 70 odstotkom pomagali urediti pomoč na domu. Pogosto se je žal izkazalo, da kljub skrbnemu dogovoru in preverjeni storitvi ustrezne institucije storitve niso mogle zagotoviti neposredno ob odpustu, ampak šele v naslednjih dneh, kar onemogoča varen prehod iz bolnišnice v domačo oskrbo v smislu zagotavljanja pravočasne nege in oskrbe.
Za ostalih 57 pacientov oziroma 30 odstotkom, ki se jih je vrnilo domov, dodatna pomoč na domu ni bila potrebna.
V domove za starejše je odšlo 140 pacientov, kar predstavlja 32 odstotkov. Odhod v domsko varstvo je predstavljal tako za pacienta kot svojce nepričakovan in stresen dogodek, ki mu je botrovalo tudi dejstvo o dolgih čakalnih dobah za sprejem.

Čakalne vrste v domovih v pacientovem lokalnem okolju so pogosto presegle dolžino hospitalizacije, zato smo bili primorani iskati vsaj začasne namestitve v domovih, ki so nastanitev lahko omogočile prej. Slednje žal pomeni umik pacienta iz znanega okolja, ki bi mu lahko ponudil vzpodbudo in motivacijo za čimprejšnjo vrnitev v domače okolje.
Socialna obravnava za 37 pacientov oziroma 8,5 odstotkov se je zaključila s premeščanjem v drugo zdravstveno ustanovo (UKC Ljubljana, Onkološki inštitut, URI Soča, različna zdravilišča, odvisno od osnovne diagnoze, Psihiatrična bolnišnica Begunje). V druge socialne ustanove je odšlo 7 pacientov oziroma 1,5 odstotka (Krizni center, Materinski domovi, Zavetišče za brezdomce v Kranju). V vseh navedenih obravnavah se je pred odpustom pričelo z individualno obravnavo, z namenom dolgoročne pomoči vsem obravnavanim.
Znotraj bolnišnice so bili v času socialne obravnave premeščeni trije pacienti, kar predstavlja pol odstotka obravnavanih, medtem, ko je v času obravnave 62 pacientov oziroma 14 odstotkov umrlo.



Grafikon 4: Kraj odpusta pacientov

Ob odpustu pacientov smo podali 75 obvestil na pristojne Center za socialno delo, bodisi zaradi nadzora nad kontinuiteto zastavljenega obsega pomoči na domu, neurejenih domačih razmer, zaradi zaznanega suma nasilja v družini kot tudi kot pobudo za urejanje skrbništva za poseben primer.

2.4 PROSTOVOLJNO DELO

V Splošni bolnišnici Jesenice so v letu 2016 delo opravljale štiri prostovoljke, ki so namenili svoj čas in energijo pacientom na oddelku za zdravstveno nego. Na oddelku za zdravstveno nego so potrebe po tovrstnem udejstvovanju največje, pacienti pa na oddelku ostajajo dlje časa.

2.5 KOMISIJA PRVE STOPNJE ZA UMETNO PREKINITEV NOSEČNOSTI

V okviru bolnišnice deluje tudi komisija prve stopnje za umetno prekinitev nosečnosti. Komisija obravnava prosilke za umetno prekinitev nosečnosti po 10. tednu nosečnosti, hkrati pa tudi prosilke in prosilce za poseg sterilizacije oziroma vazektomije. Komisija deluje enkrat tedensko, vnaprejšnja najava ni potrebna, prosilke in prosilci oddajo prošnjo, v kateri utemeljijo razloge za svojo odločitev.

3 IZOBRAŽEVANJE V LETU 2016

Izobraževanje je bilo glede na postavljene cilje in področja realizirano, glede zastavljene teme izobraževanja.

4 CILJI ZA LETO 2017

Cilj socialne službe v letu 2017 je še naprej sodelovati kot del tima pri zagotavljanju uspešne in učinkovite koordinacije aktivnosti, povezanih z odpustom pacienta. Ključna je čimprejšnja prepoznava oteženega odpusta oziroma dejavnikov tveganja ter specifičnih življenjskih situacij. 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.

Zastavljeni cilj je tudi celostno urediti področje prostovoljnega dela in zainteresirane iz lokalnega okolja povabiti k udeležbi.

Kot pomembna aktivnost se je izkazal družinski sestanek, ki ga izvajamo na negovalnem oddelku in je nastal kot rezultat dobre prakse, ki pa mu je potrebno postaviti tudi izhodišča v smislu protokola ter preveriti možnost izvajanja na vseh oddelkih, kjer se takšnem način komunikacije in predaje informacij izkaže kot pomemben.

Cilj je med drugim tudi postaviti okvirje z normativi socialne službe in opredeliti področja dela, sprva znotraj institucije nato tudi v smislu poenotenja delovanja in beleženja storitev socialnih služb v zdravstveni dejavnosti. Socialna služba dogajanje v zvezi s pacientom in načrtovane aktivnosti beleži prednostno v elektronski obliki, kjer so na vpogled vsem, vpetim v zdravljenje in obravnavo pacienta kot pomoč pri skupnem načrtovanju odpusta.

5 ZAKLJUČEK

Namen hospitalizacije je povrnitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta ob tem pa tudi čimbolj učinkovita rehabilitacija v smislu zmožnosti ponovne samooskrbe pacienta. Navedenega zaradi različnih dejavnikov ni mogoče vedno doseči oziroma tudi ob koncu zdravljenja ostajajo negovalne potrebe tako velike, da pacientom onemogočijo vrnitev v okolje, od koder so prišli.

Varen in načrtovan odpust pacienta je bistven element zaključka hospitalizacije. Hospitalizacija je 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 2016 je bilo v Raziskovalni enoti evidentiranih 27 raziskovalcev, ki zaradi različnih vzrokov (preobremenjenost z rutinskim delom, upokojitev ali odhod iz bolnišnice, nestimulativno delovanje na področju raziskovanja, neizpolnjevanje meril napredovanja v višje raziskovalne nazive, …) kljub pozivom niso obnovili svojega raziskovalnega statusa. Štirje raziskovalci so zapustili Splošno bolnišnico Jesenice, eden pa se je upokojil. Veljavne habilitacijske nazive ima pet raziskovalcev. Ti potrebujejo raziskovalni naziv iz naslova izvajanja pedagoške dejavnosti. Šest raziskovalcev ima veljavne razvojne raziskovalne nazive, preostalih enajst pa mora svoj raziskovalni oz. razvojni status urediti po Pravilniku o raziskovalnih nazivih, ki je veljaven od 28.02.2017. V poročilu je zato poudarek na organiziranosti in delovanju raziskovalne enote v prihodnosti. Raziskovalno področje v zdravstvenih in drugih zavodih 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.
4. Pravilnik o raziskovalnih nazivih. Uradni list RS, št. 126/2008, 41/2009, 55/2011, 80/2012, 4/2013 - popr., 5/2017 Čistopis, veljaven na dan: 28.2.2017

Interni akti podtočkami 1, 2 in 3 potrebujejo posodobitev, ki ni bila izvedena v letu 2016 in je zato predvidena za leto 2017.

2 OPREDELITEV RAZISKOVALNE IN RAZVOJNE DEJAVNOSTI

Raziskovalno razvojna dejavnost obsega ustvarjalne dejavnosti, ki se izvajajo sistematično z namenom, da se poveča obseg znanja zaposlenih. V sklop raziskovalnega delovanja zavoda se štejejo tudi raziskave podiplomskih študentov. V letu 2016 sta bili izvedeni dve raziskavi podiplomskega tipa na področju zdravstvene nege, ena na področju dietetike in prehrane, ena na področju laboratorijske medicine in dve na področju medicine.
V raziskovalno dejavnost po raziskovalnih merilih ne spadajo tržne raziskave, ki se v Splošni bolnišnici Jesenice izvajajo in vodijo v sklopu Registra komercialnih študij. V nadaljevanju pod raziskovalno dejavnost ne spadajo niti raziskave, ki so povezane s programsko opremo, operacijskimi sistemi in računalniško arhitekturo.
V Splošni bolnišnici Jesenice se raziskovalna dejavnost ne razvija sistematično in načrtno, ker v izhodiščih ni temeljev za njeno financiranje. Sredstva za raziskovalno in razvojno dejavnost so po tipologiji:

- državna oz. proračunska sredstva (neposredna sredstva),
- sredstva pridobljena iz naslova uspešno izvedenih ARRS raziskovalnih projektov,
- sredstva, ki jih za raziskave in razvoj prispevajo lokalne skupnosti,
- lastna sredstva od prodaje licenc in patentov.

Poraba sredstev za raziskovalno dejavnost se mora voditi po stroškovnih kategorijah:

- stroški dela,
- stroški povračil raziskovalcem,
- tekoči stroški,
- investicijski stroški.

V Splošni bolnišnici Jesenice za raziskovalno in razvojno dejavnost ni urejen status financiranja in pridobivanja sredstev. Tako v letu 2016 tudi nihče od raziskovalcev ni dosegel letnega delovnega časa pri izvajanju raziskovalnega dela.

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 2016 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

Leto / Kazalnik	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Št. registriranih raziskovalcev	17	20	21	23	23	17	19	22
Raziskovalci z veljavnimi nazivi	17	20	21	23	14	17	19	11
Raziskovalci mentorji diplomantom (I.in II.	3	3	6	6	5	6	6	5
Raziskovalci z veljavnim habilitacijskim nazivom	3	4	5	6	5	7	7	5
Število raziskovalnih skupin	5	5	5	5	6	7	7	7
Št. čistih citatov raziskovalcev SBJ WOS/SCOPUS	26	176	185	178	180	118	121	12
1.01.Število izvirnih znanstvenih člankov	5		5	1	3	1	2	1
1.02.Število preglednih znanstvenih člankov			1				1	1
1.03.Kratki znanstveni prispevek				2	1			
1.04.Št. strokovnih člankov			3	2		1	2	
1.07.Objavljeni strokovni prispevek na konferenci - vabljeno predavanje			1		1		1	
1.08.Št. objavljenih znan. prispevkov na konferencah	5	1	6	4	2	4	5	9

1.09.Število objavljenih strok. prispevkov na konferencah	1	9	17	9	6	4	6	11
1.10.Objavljeni povzetek znan. prispevka na konferenci-vabljeno predavanje					2		2	1
1.12. Objavljeni povzetek znanstvenega prispevka na konferenci			3	11	6	4		5
1.13. Objavljeni povzetek strok. prispevka na konferenci			3	5		3	3	4
2.02. Strokovna monografija					1	1	2	2

4 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.

V letu 2017 bo potrebno posodobiti register raziskovalcev skladno s Pravilnikom o raziskovalnih nazivih, ki je v veljavi od 28.2.2017. Po tem pravilniku so znanstveni in razvojni nazivi sledeči:

Št.	Znanstveni naziv	Razvojni naziv
1	Znanstveni svetnik	Razvojni svetnik
2	Višji znanstveni sodelavec	Višji razvojni sodelavec
3	Znanstveni sodelavec	Razvojni sodelavec
4	Asistent z doktoratom	Samostojni razvijalec
5	Asistent z magisterijem	Višji razvijalec
6	Asistent	Razvijalec
7	Mladi raziskovalec	
8	Strokovno in tehnično osebje	
9	Vodilno in drugo osebje	

Najpomembnejši cilj Raziskovalne Enote pa je priprava in izdaja samostojne številke Zdravniškega vestnika. Strokovni in organizacijski odbor za realizacijo te naloge je začel z aktivnostmi že junija 2016. Z uredništvom Zdravniškega vestnika še potekajo pogajanja glede stroškov za izdajo in za podpis pogodbe. Na zadnjem sestanku je z uredništvom Zdravniškega vestnika bilo zahtevano, da vse raziskave, tudi retrospektivne, za objavo potrebujejo mnenje bolnišnične etične komisije, zato je vseh 12 avtorjev, ki so že pripravili svoje prispevke, le te poslalo Komisiji za medicinsko etiko Splošne bolnišnice Jesenice, ki jo vodi Aleksandra Kern, dr. med.. Ko bo komisija opravila svoje delo in ko bo podpisana pogodba, bodo prispevki poslani v postopek recenzije v Uredniški odbor Zdravniškega vestnika.

5 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskovalne dejavnosti značilno vplivajo na kakovost obravnave pacientov, zato je potrebno v finančnem načrtu za obdobje 2017 - 2020 predvideti in urediti financiranje raziskovalne in razvojne dejavnosti. 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 Splošni bolnišnici Jesenice.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE IN ZDRAVNIKA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Matej Dolenc, dr.med., spec. kirurg, 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 (VOB).

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 21 članov.
Naloge zdravnika za obvladovanje bolnišničnih okužb (ZOBO) je v letu 2016 vršil Matej Dolenc, dr. med.

2 REALIZACIJA CILJEV

Namen našega dela je zagotovitev kakovostne in z vidika okužb, povezanih z zdravstvom, varne oskrbe pacientov.
Cilji v letu 2016 so bili:

1. Preprečevanje okužb z odpornimi bakterijami
2. Izobraževanje s področja preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb
3. Promocija higiene rok in dosledno izvajanje izolacijskih ukrepov
4. razkuževanje in sterilizacija
5. okrepitev Enote za obvladovanje bolnišničnih okužb s sanitarnim inženirjem

Ad1: Zaradi epidemiološke situacije v SBJ ocenjujemo, da lani cilja 1. nismo dosegli. V prvi polovici leta 2016 smo obravnavali drugi vrh epidemije z Vankomicin odpornim E. faecium (VRE), ki se je pričela novembra 2015. Epidemija je izzvenela šele junija 2016.
Ocenjujem, da bi lahko z boljšim sodelovanjem in doslednim upoštevanjem dogovorjenih ukrepov epidemijo zajezili že pred pričetkom leta 2016. V zadnjih letih v SBJ opažamo stalno rast števila sprejetih pacientov koloniziranih z VOB. Povečuje se delež pacientov, ki smo jim odvzeli nadzorne kužnine. Leta 2016 smo brisali 29% sprejetih pacientov. Delež je zaradi epidemije VRE pomembno višji kot pretekla leta. Kazalnik prenosov MRSA v letu 2016 znaša na 0,12. Rezultat je v primerjavi s preteklimi leti boljši.

Ad2: V letu 2016 smo z obiski na večini oddelkov seznanjali zaposlene o pomenu preprečevanja OPZ in pomenu higiene rok. Sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb (SOBO) izvaja izobraževanja vseh novo zaposlenih sodelavcev. SOBO in ZOBO sta pogosto nadzirala higieno rok in izvajanje ukrepov standardne in kontaktne izolacije na bolniških oddelkih. Ob epidemiji smo pripravili več predavanj za zaposlene z demonstracijo postopkov higiene rok ter uporabe osebne varovalne opreme.

Udeležba na predavanjih je bila dobra.

Ad3: Na pobudo SOBO smo, 5.5.2015 na mednarodni dan higiene rok, sklenili krog varnih rok okrog SB Jesenice. Dan pred svetovnim dnevom umivanja rok (15.10.2015) smo postavili stojnico v sodelovanju z dijaki zdravstvene smeri in študenti Fakultete za zdravstvo. Na stojnici smo spodbujali paciente zaposlene in obiskovalce k izvajanju pravilnega postopka razkuževanja rok. Dijaki in otroci iz vrtca Angelce Ocepek so v avli bolnišnice odplesali plesno točko o umivanju rok.

Ad4: Poraba razkužil se je tudi v letu 2016 povečala, in sicer za 640 litrov. V letu 2015 smo porabili 5898 litrov, lani pa 6538 litrov razkužil za roke.

Ad5: V letu 2016 smo vodstvu bolnišnice večkrat izrazili potrebo, da se enota za obvladovanje bolnišničnih okužb kadrovsko okrepi s sanitarnim inženirjem. Dobili smo trdna zagotovila, da bo zaposlitev možna v letu 2017.

3 NATANČNEJŠI PREGLED OPRAVLJENEGA DELA

3.1 SESTANKI KOBO

KOBO se je v letu 2016 sestala 3 - krat (sestanki št. 79, 80, 81). Člani smo na sestankih obravnavali aktualno problematiko s področja OPZ, pripravili in sprejeli navodila za delo ter druge dokumente.
Zapisniki so objavljeni na intranetu v mapi Komisije, KOBO, zapisniki sej KOBO.

3.2 PRIPRAVA IN REVIZIJA DOKUMENTOV

Enota za obvladovanje bolnišničnih okužb in ZOBO sta pripravila oz. dopolnila sledeče pomembnejše dokumente:

- Načrt dela KOBO za leto 2016
- Higienski in razkuževalni plan 2016 V5
- Tehnologija čiscenja in vzdrževanja prostorov v SB Jesenice V61
- Navodilo za ukrepanje ob sumu na Creutzfeld Jakobovo bolezen_V1
- Navodila za obvladovanje okužbe s Clostridium difficile SOP BO NA 21
- Obravnava Izbruha- SOP BO NA 12
- SOP NA 35 – Preprečevanje prenosa okužb preko zraka
- Dokument B.4.1.5. - Uporaba osebne varovalne opreme

Opravili smo revizijo dokumentov:

- Dejavniki tveganja za odvzem nadzornih kužnin na MRSA, ESBL, VRE in kontaktno izolacijo, (SOP NA 14, verziji 9,10)

V letu 2016 smo prenovili 20 in na novo izdelali 11 dokumentov.

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 osrednjih venskih katetrov in pojavnost večkratno odpornih bakterij MRSA (Meticilin rezistenten Staphylococcus aureus) , VRE, (Vankomicin rezistenten Enterococcus sp.) ESBL (bakterije, ki proizvajajo beta laktamaze razširjenega spektra – Extended Spectrum Beta Lactamases) in in *Acinetobacter baumanii* CR (CR = carbapenem resistance; CRAb) (poročilo Jane Lavtižar, dipl.m.s., Enota za obvladovanje bolnišničnih okužb SBJ).
V letu 2016 nismo obravnavali sepse v povezavi z osrednjim venskim katetrom.

3.4 HIGIENA ROK, UPORABA OSEBNE VAROVALNE OPREME, RAZKUŽEVANJE OKOLJA

Zaradi epidemioloških razmer na internem oddelku smo pomembno povečali prisotnost na bolniških oddelkih. Pogosto smo nadzirali higieno rok s svetovanjem po metodi WHO 5 trenutkov. Skladnost higiene rok po WHO metodi v letu 2016 je bila v SBJ 71 %. Z rezultatom smo zadovoljni.
ZOBO in SOBO sta pripravila predstavitve higiene rok in pravilne rabe osebne varovalne opreme po jutranjih sestankih na kirurškem in internem oddelku. Aktivnosti so bile izvedene v času epidemije VRE.
Ob pojavu MRSA na Ginekološkem oddelku sva izvedla podobno izobraževanje tudi tam. Opazovanja s svetovanjem sva vršila še v urgentnem centru in v operacijskem bloku.
V predlanskem letu smo poskrbeli za opremo izolacijskih enot s pvc plašči za enkratno uporabo.
Enota za preprečevanje bolnišničnih okužb je vršila pogost nadzor čiščenja okolja in okolice pacienta z markiranjem površin. Vzpostavili smo zgledno sodelovanje z nadzornimi medicinskimi sestrami bolniških oddelkov. Nadzor skladnosti izvedenega čiščenja prostorov v bolnišnici (vizualni pregled) je pokazal da je skladnih 94,3 % površin. Delež skladnost izvedenega čiščenja po predhodnem markiranju površin je slabši in znaša 72,8%.

3.5 OBVLADOVANJE MRSA, VRE, BAKTERIJ Z ESBL IN DRUGIH PROTI ANTIBIOTIKOM ODPORNIH BAKTERIJ

Dnevno preverjamo pozitivne izvide nadzornih kužnin na VOB. Ob ugotovljenih prenosih opravimo nadzor in svetovanje. Pomemben pokazatelj incidence odpornih bakterij so tudi invazivne okužbe. Po podatkih Oddelka za medicinsko mikrobiologijo Kranj, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano smo v letu 2016 na analizo poslali 4659 hemokultur. Pozitivnih je bilo 13,45% vzorcev (627). En pacient je imel okužbo s Psevdomonas aeruginosa CRPs, 5 pacientov je imelo v hemokulturi MRSA, 9 pacientov ESBL poz. Enterobakterijo, 3 ESBL poz. Klebsiello pnevmoniae ter 6 ESBL poz. E. coli.

Povečuje se število MRSA pozitivnih pacientov, ki prihajajo v bolnišnico z znanim bakteriološkim stanjem oz. so pozitivni ob nadzornih brisih, ki jih opravimo ob sprejemu.

Tabela 4: Prikaz števila primerov znane, v bolnišnico prinešene in v bolnišnici pridobljene, prenešene ter skupno število MRSA v letih 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011. (vir poročilo enote za obvladovanje bolnišničnih okužb)

MRSA	2016	2015	2014	2013	2012	2011
prinešena	156	141	120	111	78	53
prenešena.	18	30	18	17	23	2
skupno	174	171	138	128	101	55

V lanskem letu se je zmanjšalo število prenosov MRSA na količnik 0,12. Rezultat je boljši kot pretekla leta. Menimo, da je izboljšanje posledica striktnejšega izvajanja ukrepov higiene rok in kontaktne izolacije ob epidemiji, ki smo jo imeli v prvi polovici leta.

Zaznali smo 55 prenosov VRE, 17 prenosov ESBL, ni bilo prenosov CRAb. Lani smo odvzetih 4061 nadzornih kužnin na MRSA (v letu 2015 jih je bilo 3239).

3.6 IZBRUH VRE (Enterococcus faecium)

V drugi polovici novembra 2015 smo zaznali več prenosov Vankomicin rezistentnega Enterococcus faecium pri pacientih 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 paciente. Vir prenosov je žal ostal nepojasnjen. VRE pozitivne paciente iz IIT smo nato premestili na endokrinološki oddelek, kjer je prišlo do sekundarnih prenosov. Ko je kazalo, da je epidemija pod nadzorom smo v decembru in januarju zaznali ponovne prenose. Izrazit drugi vrh epidemije smo opažali v aprilu na endokrinološkem in gastroenterološkem oddelku ter v IIT. Epidemija kljub ukrepom, ki smo jih izvajali ni izzvenela do junija 2016.
Največje število VRE pozitivnih pacientov smo imeli 10. in 11. aprila 2016. Takrat se je v bolnišnici zdravilo 21 oseb z VRE. V zadnji polovici leta smo sicer še zaznavali sporadične prenose VRE.

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. V letu 2016 smo obravnavali en primer legioneloze na Internem oddelku.
Pregrevanje vodovodnega sistema je bilo izvedeno v noči 25.2. – 26.2.2016. Na vseh izlivkah je bila dosežena temperatura najmanj 65°C in izvedeno točenje tople vode 15 min. 4.3.2016 je bil izveden odvzem vzorcev pitne vode na 7 lokacijah. Na eni lokaciji je bila ugotovljena prisotnost Legionelle. Ukrepali smo po protokolu in ob ponovnem vzorčenju 23.5.2016 Legionella ni bila več prisotna. Prav tako je bilo izvedeno vzorčenje v prenovljenih prostorih v porodnem bloku 26.8.2016 in ginekološki ambulanti 26.8.2016. Po inšpektorskem nadzoru 20.10.2016 je bilo izvedeno še eno vzorčenje pitne vode in sicer 4.11.2016. Ni bilo najdenih bakterij rodu Legionella spp.
V letu 2016 se je izvajal redni nadzor nad točenjem vode na manj pretočnih izlivkah in redni nadzor izlivk v bolnišnici. Za vse to je skrbela Adrijana Ilievski in pri nadzoru so sodelovali promotorji bolnišnične higiene.
V letu 2016 so na NLZOH Kranj preiskali 22 vzorcev pitne vode iz SB Jesenice na Legionelo. Dva vzorca sta bila pozitivna. V enem je bilo 740 CFU/1000 ml, v drugem pa 1520 CFU/1000ml. V obeh vzorcih je bila določena L. pneumophila sg1

3.8 OBVLADOVANJE OKUŽB DIHAL

Aktivno smo sodelovali pri preprečevanju širjenja gripe v sezonah 2015/2016 in 2016/2017, in pri obvladovanju drugih okužb dihal. Proti koncu leta smo zaznali posamezne primere gripe A. S cepljenjem proti gripi smo pričeli 9. novembra 2016. Cepili smo 70 zaposlenih, kar je 10 več kot lani. Cepili smo 30 zdravnikov, 17 diplomiranih medicinskih sester, 12 medicinskih sester, 6 administrativnih sodelavcev in 5 ostalih delavcev.
V letošnjem letu smo z brisi nazofarinksa potrdili gripo pri 6 cepljenih zdravstvenih delavcih. Nekaj obolelih sodelavcev nismo brisali.

3.9 OBVLADOVANJE ČREVESNIH OKUŽB

Spremljali smo tudi črevesne okužbe. Na kirurškem in internem oddelku vključno z internističnimi ambulantami smo RNK norovirusov v blatu dokazali pri trinajstih pacientih, antigene rotavirusov pri enem, toksigeno bakterijo *Clostridium difficile* pa pri 14 pacientih.

Imeli smo tudi nekaj prenosov ter manjšo epidemijo s Cl. Difficile v EITOS. Iz koprokultur smo izolirali še en primer adenovirusne in en primer sapovirusne okužbe prebavil.

3.10 OBISKI ODDELKOV/ENOT S SVETOVANJEM

ZOBO in SOBO sta izvajala obiske s svetovanjem na oddelkih: internistični odd., kirurški odd., urgentni center, radiološki oddelek, endoskopska ambulanta, pediatrični oddelek, ginekološko porodniški oddelek, oddelek za zdravstveno nego. Med nadzori smo ugotovili dobro izvajanje izolacijskih ukrepov (skladnost je bila 96,7 %) Skladnost higiene rok po WHO metodi v SBJ je bila v letu 2016 - 71 %.
Uspešnost razkuževanja rok je enota za preprečevanje bolnišničnih okužb preverjala z Black box metodo. Test je lani uspešno prestalo 90% testiranih zdravstvenih delavcev.
Nadzor skladnosti izvedenega čiščenja prostorov v bolnišnici (vizualni pregled) je bil 94,3 %.
skladnost izvedenega čiščenja po predhodnem markiranju površin je 72,8%.

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 2016 smo obravnavali 38 incidentov oz poškodb z možnostjo prenosa nalezljive bolezni. Do okužbe ni prišlo v nobenem od prijavljenih primerov. Menimo, da je število prijav nižje od dejanske incidence.

3.12 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH

S področja bolnišničnih okužb se je izobraževanj udeležilo 523 udeležencev. Delavnice prvi delovni dan v bolnišnici se je udeležilo 177 udeležencev.

3.13 DRUGE IZVEDENE AKTIVNOSTI

- SOBO in ZOBO sta se udeležili strokovnega srečanja predstavnikov ZOBO in SOBO oktobra 2016 v SB dr. Franca Derganca Nova Gorica.
- Aktivno smo sodelovali na podiplomskem tečaju Bolnišnična higiena 2015/2016 za diplomirane in višje medicinske sestre, fizioterapevte ter sanitarne inženirje, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta Katedra za mikrobiologijo in imunologijo: Matej Dolenc, dr. med., z vabljenim predavanjem Preprečevanje okužb pri kirurških posegih.
- ZOBO je z vabljenim predavanjem 8. novembra nastopil na Mednarodnem simpoziju »Ali še lahko obvladamo odpornost bakterij na antibiotike?«, ki ga je v Ljubljani organizirala Sekcija bolnišničnih farmacevtov pri Slovenskem farmacevtskem društvu. Naslov predavanja je bil VRE epidemija v regionalni bolnišnici.
- S pripravo gradiv sta SOBO in ZOBO sodelovala pri prispevku v okviru 8. Baničevih dni novembra: Irena Grmek Košnik, Helena Ribič, Matej Dolenc, Jana Lavtižar, Tanja Čebin Skale, Metka Velušček: Ukrepanje ob izbruhu gripe v zdravstveni ustanovi.

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 pacientih.
2. Nimamo ustreznega števila sanitarij na oddelkih. Potrebno je povečanje števila sanitarnih prostorov na oddelkih.
3. Čiščenje pacientove okolice je samo v domeni zdravstvenih delavcev.

4. Izvajati kontinuiran nadzor nad higieno rok zaposlenih in nadzor nad čiščenjem pacientove okolice in oddelkov.

5 ZAKLJUČEK

Epidemiološka situacija v bolnišnici je bila v drugi polovici leta 2016 boljša kot v prvem polletju. Ob sprejemu zaznavamo povečan delež pacientov, ki so kolonizirani ali okuženi z večkrat odpornimi mikroorganizmi. Velik problem in dober pokazatelj našega dela so prenosi VRE v času epidemije novembra 2015 do junija 2016.
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 pacientov 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.
Če bomo okrepili enoto za obvladovanje bolnišničnih okužb s sanitarnim inženirjem bosta lahko SOBO in ZOBO več časa namenila delu na bolniških oddelkih.

ENOTA ZA OBVLADOVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Jana Lavtižar, dipl. m. s.
Vodja enote za obvladovanje bolnišničnih okužb

UVOD

S programom obvladovanja in preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom oz. zdravstveno oskrbo v bolnišnici si prizadevamo zaščititi paciente, obiskovalce, zdravstvene delavce in druge osebe, ki so prisotne v bolnišničnem okolju.

1 REALIZACIJA CILJEV

Cilj	**Zmanjšati število prenosa MRSA v letu 2016 (na 18 primerov)in drugih večkratno odpornih bakterij v bolnišnici**
Aktivnosti	• Izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA • odvzem kužnin za aktivno iskanje pacientov z MRSA glede na kriterije • nadzor izvajanja izolacijskih ukrepov in uporaba osebne varovalne opreme • nadzor nad izvajanjem higiene prostorov in pripomočkov v sobah in sanitarnih prostorih (markiranje in vizualni pregled) • prenova dokumentov s področja obvladovanja bolnišničnih okužb • izobraževanje zaposlenih na tem področju • dekolonizacija pacientov z MRSA, ki ustrezajo kriterijem
Kazalnik	• število prenosov MRSA • število prenosov VRE, ESBL in CRAb • število odvzetih kužnin na MRSA • skladnost izvajanja izolacijskih ukrepov • skladnost izvedenega čiščenja • število prenovljenih dokumentov
Realizacija	• v letu 2016 je bilo 18 prenosov MRSA (v lanskem letu 30 primerov) in smo v letu 2016 dosegli zastavljen cilj,

	• v letu 2016 je bilo 55 prenosov VRE, 17 prenosov ESBL, ni bilo prenosov CRAb, • v letu 2016 je bilo odvzetih 4061 nadzornih kužnin na MRSA (v letu 2015 jih je bilo 3239) • skladnost izvajanja izolacijskih ukrepov je bila 96,7 % • skladnost izvedenega čiščenja (vizualni pregled) je bila 94,3 % • skladnost izvedenega čiščenja (markiranje) je 72,8% • prenovljenih je bilo 20 dokumentov in na novo izdelanih 11
Cilj	**Izboljšati higieno rok zaposlenih v SBJ (po WHO metodi nad 80% in z Black boxom nad 90%)**
Aktivnosti	• nadzor higiene rok po WHO metodi 5 trenutkov na oddelkih/enotah • ugotavljanje uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom • izobraževanje za vse zaposlene, ki vstopajo na delo ali prakso v SBJ
Kazalnik	• skladnost higiene rok v SBJ po WHO metodi • uspešnost higiene rok z Black box-om • število udeležb na izobraževanjih
Realizacija	• Skladnost higiene rok po WHO metodi v SBJ je bila v letu 2016 71 %. Dosegli smo zastavljen cilj. • Uspešnost izvedenega razkuževanja z Black boxom je bila v 2016 90%. Cilja nismo dosegli. • S področja bolnišničnih okužb se je izobraževanja udeležilo 523 udeležencev. Delavnice prvi delovni dan v bolnišnici se je udeležilo 177 udeležencev.

2 POROČILO O VEČKRATNO ODPORNIH BAKTERIJAH

2.1 KAZALNIK KAKOVOSTI MRSA

V letu 2016 smo v bolnišnico sprejeli 156 pacientov z znano in v bolnišnico prinešeno MRSA in zabeležili 18 primerov v bolnišnici prenesene MRSA.

Tabela 1: Prikaz števila znane, v bolnišnico prinešene in v bolnišnici pridobljene MRSA ter skupno število (prinešene in pridobljene) MRSA v letu 2016, 2015, 2014 v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ).

MRSA	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Skupno
Prinešena 2016	19	14	15	7	6	16	18	12	16	14	15	4	156
Prenesena 2016	0	0	5	6	0	0	4	0	2	0	0	1	18
Skupno 2016	19	14	20	13	6	16	22	12	18	14	15	5	174
Prenesena 2015	1	1	4	3	1	1	2	7	1	5	2	2	30
Skupno 2015	23	22	12	9	15	13	8	24	9	10	15	13	171
Prenesena 2014	1	0	1	1	4	3	0	0	3	0	1	4	18
Skupno 2014	8	3	10	9	20	10	10	10	14	7	14	23	138

Tabela 2: Prikaz števca (v bolnišnici pridobljene MRSA) in imenovalca (število vseh pacientov, pri katerih smo ugotovili MRSA v tekočem letu). Prikaz kazalnika v letu 2016, 2015, 2014, 2013.

	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov	Dec.	Skupno
Števec	0	0	5	6	0	0	4	0	2	0	0	1	18
Imenovalec	19	14	20	13	6	16	22	12	18	14	15	4	156
Kazalnik 2016	0	0	0,25	0,45	0	0	0,18	0	0,11	0	0	0,20	0,12
Kazalnik 2015	0,04	0,05	0,33	0,33	0,07	0,08	0,25	0,29	0,11	0,50	0,13	0,15	0,17
Kazalnik 2014	0,13	0	0,1	0,11	0,2	0,3	0	0	0,27	0	0,07	0,17	0,13
Kazalnik 2013	0,13												

Tabela 3: Prikaz števila pacientov z odvzetimi nadzornimi brisi (NB) na MRSA v letu 2016 število sprejetih pacientov v SBJ v letu 2016 odstotek pacientov z odvzetimi nadzornimi brisi 2016, 2015, 2014 in 2013.

	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Skupaj
Število sprejetih pac. 2016	1228	1094	1198	1051	1147	1180	1075	1002	1276	1290	1215	1247	14003
Število pacientov z NB 2016	350	305	331	319	309	361	316	363	336	388	379	304	4061
Odstotek pac.z NB 2016	28,5	27,9	27,6	30,4	26,9	30,6	29,0	36,2	26,3	30,0	31,2	24,4	29,0
Odstotek pac. Z NB 2015	24,7	25,1	21,0	25,9	17,7	20,9	25,7	24,0	21,0	28,1	23,5	23,1	23,4
Odstotek pac. Z NB 2014	14,9	15,6	17,5	20,4	20,5	24,3	24	23	16	17	18,8	19,5	19,1
Odstotek 2013	19,4												

Tabela 4: Prikaz števila primerov znane, v bolnišnico prinešene in v bolnišnici pridobljene, prenešene ter skupno število MRSA v letih 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011.

MRSA	2016	2015	2014	2013	2012	2011
prinešena	156	141	120	111	78	53
prenešena.	18	30	18	17	23	2
skupno	174	171	138	128	101	55

2.2 DRUGE VEČKRATNO ODPORNE BAKTERIJE: VRE, ESBL, CRAb

Tabela 5: Prikaz števila v bolnišnico prinešenih, pridobljenih večkratno odpornih bakterij (VOB) - VRE, ESBL, ACINETOBAKTER BAUMANI (CRAb) v letu 2016 in 2015 V SBJ. Prikazujemo novoodkrite paciente (prištejemo tudi pridobljene, prenesene) in paciente odkrite v preteklosti.

VOB	Jan.	Febr.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Avg.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Skupno
	2016												
VRE novood.	2	8	17	21	13	6	0	0	1	0	1	0	69
VRE v preteklosti	2	3	5	13	11	10	6	1	1	1	3	3	59
ESBL novood.	17	13	7	8	13	11	27	18	20	16	20	8	178
ESBL v preteklosti	16	8	14	17	9	20	16	29	14	19	12	21	195
CRAb novood.	0	0	2	0	0	0	1	3	1	5	1	1	14
CRAb v preteklosti	2	2	0	2	1	1	2	2	1	0	2	1	16
	2015												
VRE novood.	7	9	3	0	1	1	3	3	1	1	11	12	52
VRE v preteklosti	4	7	5	6	4	2	0	1	4	2	0	0	35
ESBL novood.	19	13	7	13	10	7	10	12	12	11	7	5	126
ESBL v preteklosti	12	12	15	19	15	7	2	13	15	20	20	8	158
CRAb novood.	2	3	0	3	1	2	1	0	2	1	1	2	18
CRAb v preteklosti	2	2	7	1	2	1	1	3	4	1	1	0	25

2.3 HIGIENA ROK

2.3.1 NADZOR HIGIENE ROK PO METODI WHO

Izvedeno je bilo opazovanje rok po metodologiji pet trenutkov za higieno rok v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2009).
Opazovanih je bilo naslednjih 5 trenutkov za higieno rok, ki predstavljajo priložnosti za higieno rok: pred stikom s pacientom, pred čistimi/ aseptičnimi postopki, po stiku s telesnimi tekočinami in izločki, po stiku s pacientom, po stiku s pacientovo neposredno okolico.

Tabela 5: prikaz doslednosti higiene rok po oddelkih, po metodi WHO, 5 korakov v letu 2016, in primerjava skupnih podatkov z letom 2015, 2014 in 2013.

2016					upoštevanje higiene rok % po indikacijah			
oddelki enote	**število opazovanj**	**število izvedenih dejanj**	**število priložnosti**	**doslednost upoštevanja higiene rok %**	**1.korak**	**2.korak**	**3.korak**	**4.korak**
Ginekološko porodniški odd 25.5.2016	4	14	18	78%	75%		100%	86%
Ginekološko porodniški odd 9.9.2016	4	20	25	80%	71%	50%	100%	100%
Adominalni oddelek 15.5.2016	6	20	33	61%	31%	50%	80%	78%
Adominalni oddelek 25.11.2016	16	58	87	67%	56%	43%	63%	75%
Travmatološki odsek 31.5.2016 in 9.6.2016	12	41	56	73%	40%	67%	90%	87%
Travmatološki odsek 25.11.2016	12	45	57	79%	65%	50%	80%	91%
Ortopedski oddelek 13.1.2016	6	20	31	65%	71%	80%	83%	69%
ortopedski oddelek 14.6. in 2.6.2016	11	25	33	76%	70%	75%	83%	78%
EITOS 23.3.2016	12	68	83	82%	84%	60%	62%	87%
EITOS 7.6.2016	7	30	44	68%	67%	33%	67%	77%
EITOS 16.11.2016	9	60	69	87%	79%	88%	92%	91%
EITOS 29.11.2016	5	24	27	89%	100%		25%	89%
EITOS 5.12.2016	7	26	35	74%	73%	83%	86%	86%
IIT 23.3.2016	15	60	92	65%	73%	33%	42%	76%
IIT 7.6.2016	8	30	47	64%	75%	67%	60%	67%
IIT 15.11.2016	8	39	55	71%	50%	75%	71%	85%
IIT 16.11.2016	6	35	38	92%	80%	100%	100%	100%
OZZN 26.5.2016	14	50	74	68%	36%	50%	47%	80%
OZZN 16.11.2016	7	27	44	61%	62%	14%	80%	58%
Kardiološki odsek 8.6.2016	18	83	123	68%	60%	25%	63%	79%
Kardiološki odsek 22.11.2016	12	56	63	89%	76%	50%	100%	95%
Endokrinološki odsek 30.3.2016	14	51	81	63%	74%	40%	65%	72%
Endokrinološki odsek 8.12 in 9.12.2016	9	29	40	73%	50%	67%	80%	70%
Gastroenterološki odsek 13.4.2016	18	59	105	56%	48%	83%	40%	74%
gastroenterološki odsek 16.11.2016	6	13	21	62%	75%	0%	0%	82%
Kirurška OP 21.9.2016	12	65	80	81%	82%	86%	100%	77%
Endoskopije 24.11.2016	4	17	20	85%	90%	75%	100%	83%
Urgenca 15.6.2016	11	37	57	65%	52%	83%	80%	67%
Urgenca 6.6.2016	11	19	60	32%	19%	0%	17%	68%
Urgenca 30.11.2016	11	52	70	74%	61%	83%	100%	85%
Dializa 17.11.2016	4	15	26	58%	80%	29%	29%	100%
Pediatrični oddelek 27.5.2016	4	7	16	44%	33%	0%	50%	0%
PEDIATRIČNI oddelek 24.11.2016	8	18	22	82%	100%	50%	100%	100%
Dnevni oddelek								
2016 SKUPAJ	**311**	**1213**	**1732**	**71%**	**65%**	**54%**	**71%**	**79%**
2015 SKUPAJ	**426**		**2074**	**78%**	**70%**	**69%**	**85%**	**82%**
2014 SKUPAJ	278		1016	85%	84%	70%	70%	90%
2013 SKUPAJ	56		760	86%	81%	80%	85%	92%

2.3.2 PREVERJANJE USPEŠNOSTI HIGIENE ROK Z BLACK BOX

Preverjanje uspešnosti razkuževanja rok izvajajo promotorji higiene rok s pomočjo pripomočka za ugotavljanje uspešnosti razkuževanja (Black box). Uspešnost ocenimo z ocenami od 1 do 5, pri čemer oceni 5 in 4 pomenita USTREZNO ocene 3, 2, 1 pomenijo NEUSTREZNO.

Tabela 6: Prikaz uspešnosti razkuževanja rok, v SBJ, s pomočjo Black box v letih 2016, 2015, 2014, 2013, 2012

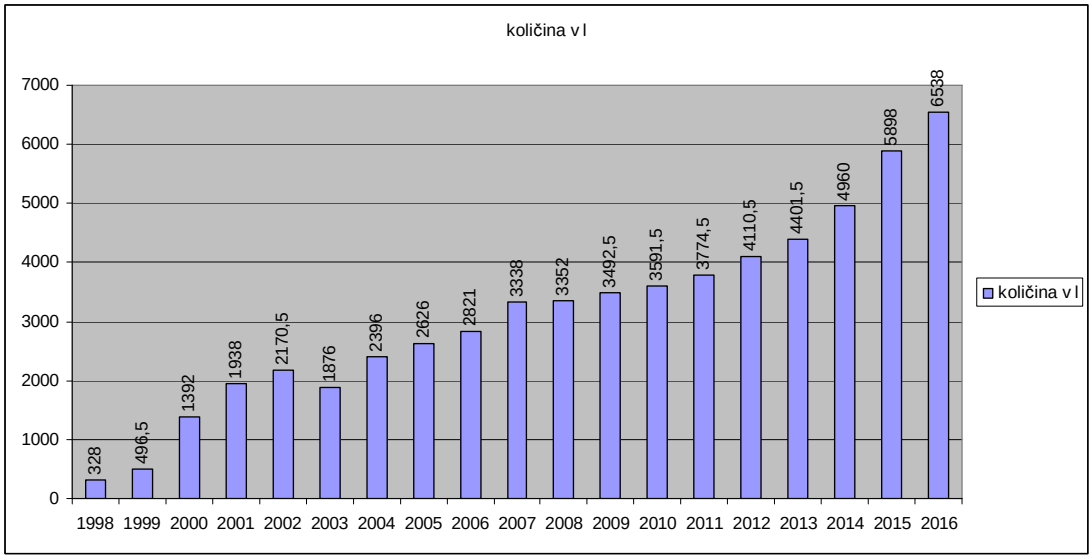
LETO 2016	Število preverjenih	OCENA 5 ustrezno	OCENA 4 ustrezno	OCENA 3 neustrezno	OCENA 2 neustrezno	OCENA 1 neustrezno
ŠTEVILO OSEB	803	392	326	73	10	2
Delež v odstotku		49	41	9	1	0
2016		90% ustrezno		10% neustrezno		
2015	994	77% ustrezno		23% neustrezno		
2014	216	94% ustrezno		6% neustrezno		
2013	260	92% ustrezno		8% neustrezno		
2012	335	69% ustrezno		31% neustrezno		

2.3.3 PORABA RAZKUŽILA ZA ROKE

V bolnišnici že od leta 1998 spremljamo porabo razkužila za roke. Tabela prikazuje celotno količino porabljenega razkužila za roke v tekočem letu. Iz grafa je razvidno, kako se je ta količina skozi leta povečevala. Poraba se je tudi v letu 2016 povečala, in sicer za 640 litrov.

Po pregledu poročila lekarne, o količini naročenega razkužila za roke, je kljub porastu porabe sredstva še vedno zaskrbljujoča poraba v posameznih oddelkih/enotah in ambulantah.

Slika 1: Prikaz porabljenega razkužila za roke od leta 1998 do 2016.



3 POROČILO O VARNOSTNIH VIZITAH/ RAZGOVORIH O VARNOSTI

Varnostne vizite in razgovori so pomemben element uvajanja in implementiranja kulture varnosti.

Tabela 7: Prikaz števila izvedeni varnostnih vizit/razgovorov (VV/VR) število udeležencev na vizitah, v letih 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011.

	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Število VV/VR	86	50	37	38	20	26
Število udeležencev	594	310	323	172	99	153
Število ukrepov	306					
Število izvedenih ukrepov	298					

4 POŠKODBE Z MOŽNOSTJO PRENOSA OKUŽBE

Tabela 8: Prikaz števila poškodb z možnostjo prenosa okužbe v letih 2016, 2015, 2014, 2013, 2012.

Leto **vrsta poškodbe**	**2016**	**2015**	**2014**	**2013**	**2012**
Število poškodb					
Vbod	26 (krvava igla) in 4 (čista igla)	26 (krvava igla) in 4 (čista igla)	17 (krvava igla) in 3 (čista igla)	36	24
Urez	6	6	3	5	7
Politje s krvjo	2	1	1	2	2
Politje s telesno tekočino ali izločkom	0	0	2	2	0
Skupaj št. poškodb	38	37	26	45	33

Prenosa okužbe krvno prenosljivih bolezni v prvi polovici leta 2016 nismo dokazali.

5 OBVLADOVANJE OKUŽB Z LEGIONELO

Pregrevanje vodovodnega sistema je bilo izvedeno v noči 25.2. – 26.2.2016. Na vseh izlivkah je bila dosežena temperatura najmanj 65°C. Na vseh izlivkah je bilo izvedeno točenje tople vode 15 min. 4.3.2016 je bil izveden odvzem vzorcev pitne vode na 7 lokacijah. Na eni lokaciji je bila ugotovljena prisotnost Legionelle in so bili izvedeni ukrepi po protokolu. Ob ponovnem vzorčenju 23.5.2016 Legionella ni bila več prisotna.

Prav tako je bilo izvedeno vzorčenje v prenovljenih prostorih v porodnem bloku 26.8.2016 in ginekološki ambulanti 26.8.2016. Po inšpektorskem nadzoru 20.10.2016 je bilo izvedeno še eno vzorčenje pitne vode in sicer 4.11.2016. Ni bilo najdenih bakterij rodu Legionella spp.. V letu 2016 se je izvajal redni nadzor nad točenjem vode na manj pretočnih izlivkah in redni nadzor izlivk v bolnišnici. Za vse to je skrbela Adrijana Ilievski in pri nadzoru so sodelovali promotorji bolnišnične higiene**.**

6 ODPADKI V BOLNIŠNICI

Tabela 9: Pregled količine odpadkov posameznih klasifikacijskih vrst v letih 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011

Klasifikacijska številka	Naziv odpadka	Količina v tonah					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
18 01 04	odpadki zdravstvo EKOLOGIJA	134.130	131.350	133.590	157.880	148.618	144.440
18 01 03*	Infektivni BIOTERA	20.256	18.503	15.677	14.612	15.045	15.014
20 03 01 20 01 38 17 09 04 20 03 07	Komunalni Les Gradbeni Kosovni odpadki JEKO IN	39.120	46.740	64.000	63.060	53.000 3.060 18.520	45.400 2.600 14.300 12.080
16 02 13 16 02 14 12 01 02 17 04 05	Odpadna oprema Odpadna oprema Prah in delci železa Železo in jeklo DINOS					0,425	0,084 0,659 3.290 0,580
15 01 10* Biotera	Embalaža zdravil BIOTERA	4.658	5.015	4.689	5.678	7.722	6.482
18 01 06	Kemikalije laboratorijske EKOLOGIJA	1.717	1.977	1955	0,845	1.257	0,675
18 01 06	Razvijalec na vodni osnovi EKOLOGIJA	0,782	0.759	0,616	0,449		0,326
18 01 06	Fiksirne raztopine EKOLOGIJA	0,766	0,863	0,088	1,039	0,266	0,451
09 01 07	Filmi EKOLOGIJA	3.394	1.394	0,017	0,001	0,055	0,016
15 01 07	Steklo EKOLOGIJA	1.991	1.434	1.527	0,944	0,450	0,478
15 01 10* Ekologija	Plastična emb. z ostankom nevarnih snovi EKOLOGIJA	1.806	2.176	2.393	2.515	1.994	0,891
15 01 02	Plastika EKOLOGIJA	5.432	5.521	5.121	5.242	4.973	9.544
20 01 21	Fluorescentne cevi EKOLOGIJA	0,132	0,096	0,101	0,182	0,060	0,113
20 01 08	Organski kuhinjski BIOTERA	75.043	73.402	72.912	70.019	54.630	70.841
16 06 05	Baterije EKOLOGIJA	0,117	0,165	0,105	0,036	0,157	0,151
20 01 01 15 01 01	Papir DINOS	35.600	34.600	29.740	32.680	29.694	33.862 2.679
08 03 18	Odpadni tonerji EKOLOGIJA	0,09	0,124	0,122	0,62	0,036	0,221
15 02 02	Absorbenti, zračni filtri EKOLOGIJA	0,117	0,023	0,049	0,007	0,005	0,025
18 01 02	Deli telesa in organov BIOTERA	0,520	0,580	0,650	0,900	0,943	0,876
18 01 09 18 01 08*	Odpadna zdravila					0,0031	0,0075

7 PREHRANA

Mikrobiološki nadzor brisov na snažnost delovnih površin in pripomočkov za delo, vzorcev živil (izbranega obroka kosila) in vzorca pitne vode je eden od elementov merjenja kakovosti in varnosti dela v okviru sistema HACCAP. Sanitarno higienski pregled Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano, lokacija Kranj je bil izveden enkrat v letu 2016. Opravljenih je bilo tudi 6 internih sanitarno higienskih pregledov. Ukrepe po pregledih so bili odpravljeni sproti. V letu 2016 je bilo odvzetih 16 vzorcev in 2 vzorca nista bila skladna. Z ukrepi smo odpravili ugotovljena odstopanja.

Tabela 10: Prikaz števila odvzetih brisov na snažnost v kuhinji in skladnost le teh v letih 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

Leto	Število brisov	% skladnosti
2011	56	96,4%
2012	52	92%
2013	67	94%
2014	49	98%
2015	20	90%
2016	16	87,5%

8 HIGIENSKI PREGLED ČIŠČENJA PROSTOROV IN OPREME

Higienski vizualni pregledi prostorov in opreme, ki so v domeni zunanjega izvajalca, so bili izvedeni redno.

Tabela 11: Prikaz rezultatov nadzora zunanjega izvajalca čiščenja v letih 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

Nadzor/ leto	2016	2015	2014	2013	2012
Nadzor osebja	100%	97,5%	97%	93%	88%
Priprava čistilnih in razkuževalnih raztopin in pripomočkov	100%	88,7%	100%	100%	94,5%
Higienski pregled prostorov (vizualni pregled)	94,3%	94,9%	87%	85%	91%
Doslednost čiščenja (preverjeno z markiranjem)	72,8%	80%			

Opravljenih je bilo 135 brisov na snažnost 24 brisov ni bilo popolnoma brez prisotnosti rasti in smo z ukrepi odpravili odstopanja ter določene vzorce ponovili, ki so bili ob ponovitvi ustrezni. Opravljenih je bilo 22 vzorcev odtisov na Rodac ploščico in 13 vzorcev ni bilo popolnoma brez prisotnosti rasti.

V Enoti Endoskopije je bilo izvedenih 28 vzorčenj /izpirki endoskopov in termodezinfektorja in v 9 primerih ni bilo popolnoma brez prisotnosti rasti. Vzorčenje je bilo ponovljeno po izvedenih ukrepih predvsem na področju termodezinfektorja.
Dezinsekcija, deratizacija in dezinfekcija je bila opravljena po rednem programu in na podlagi urgentnih klicev zaradi pojava insektov ali glodalcev. V letu 2016 je bilo izvedeni več pregledov in odpravljanj prisotnosti insektov – komarjev.

9 IZOBRAŽEVANJE

Bolnišnica je področje, kjer se pacienti, zaposleni in obiskovalci srečujejo z različnimi nevarnostmi. Le te je potrebno prepoznati, jih v največji možni meri zmanjševati in preprečiti morebitno škodo za vse udeležence. Zato je bila v letu 2016 uvedena uvodna delavnica - izobraževanje o higieni rok (udeležilo se jo je177 udeležencev) na prvi delovni dan. Izobraževanj s področja obvladovanj bolnišničnih okužb se je v bolnišnici udeležilo 523 udeležencev (zaposleni zdravstveni delavci, zdravstveni sodelavci, novozaposleni, študentje in dijaki).

10 CILJI 2017

Cilj	**Obvladovati število prenosa MRSA v letu 2017 (do 20 primerov) in drugih večkratno odpornih bakterij v bolnišnici**
Aktivnosti	• Izvajanje preventivnih ukrepov preprečevanja prenosa MRSA in aktivno iskanje pacientov z MRSA • odvzem kužnin za aktivno iskanje pacientov z MRSA glede na kriterije • nadzor izvajanja izolacijskih ukrepov in uporabe osebne varovalne opreme • nadzor nad izvajanjem higiene prostorov in pripomočkov v sobah in sanitarnih prostorih (markiranje in vizualni pregled) • prenova in izdelava dokumentov na področju obvladovanja bolnišničnih okužb • izobraževanje zaposlenih na področju obvladovanja bolnišničnih okužb
Kazalnik	• število prenosov MRSA • število prenosov VRE, ESBL in CRAb • število odvzetih kužnin na MRSA • skladnost izvajanja izolacijskih ukrepov • skladnost izvedenega čiščenja • število prenovljenih dokumentov
Cilj	**Izboljšati higieno rok zaposlenih v SBJ (po WHO metodi nad 80% in z Black boxom nad 90%)**
Aktivnosti	• nadzor higiene rok po WHO metodi 5 trenutkov na oddelkih/enotah • ugotavljanje uspešnosti razkuževanja rok z Black boxom • izobraževanje za vse zaposlene, ki vstopajo na delo ali prakso v SBJ • nagraditi oddelek oziroma Enoto, ki bo dosegla najboljši rezultat • predstavitev projekta higiene rok na kongresu
Kazalnik	• skladnost higiene rok v SBJ po WHO metodi • uspešnost higiene rok z Black boxom • število udeležb na izobraževanjih s področja bolnišničnih okužb

11 AKTIVNA UDELEŽBA NA IZOBRAŽEVANJIH IN OBJAVE

LAVTIŽAR, Jana, SIVEC, Gordana. Doslednost razkuževanja rok po metodi 5. trenutkov za higieno rok v Splošni bolnišnici Jesenice: raziskovalni projekt visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje Zdravstvena nega. Jesenice: [J. Lavtižar]: [G. Sivec], 2016. [COBISS.SI-ID 1024184110]

GRMEK KOŠNIK, Irena, RIBIČ, Helena, DOLENC, Matej, LAVTIŽAR, Jana, CEBIN SKALE, Tanja, VELUŠČEK, Metka. Ukrepanje ob izbruhu gripe v zdravstveni ustanovi. (.BANIČEVI DNEVI: Okužbe dihal. Zbornik predavanj. Letnik 55, supp. 4, Ljubljana, 2016.

LAVTIŽAR, Jana, POGAČNIK Manca. Skladnost higiene rok - po 5 korakih WHO na kirurškem oddelku SB Jesenice, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji. Zreče, 2016.

LAVTIŽAR, Jana. Okužbe povezane z zdravstvom: Ukrepi za preprečevanje prenosa okužb. Kakovost in varnost v zdravstvu. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske. Bled, 2016.

LAVTIŽAR, Jana. Obvladovanje okužb povezanih z zdravstvom. Splošna bolnišnica Jesenice, 2016. (10 predavanj)

Svetovni dan higiene rok in svetovni dan umivanja rok v SBJ

Kampanja, **REŠIMO ŽIVLJENJA - RAZKUŽIMO ROKE** si vsako leto postavi cilj, s katerim želi globalno povezati ljudi in z njihovo podporo poudariti pomembnost higiene rok v zdravstvenih organizacijah. Za Svetovni dan higiene rok, ki je 5. maja je Svetovna zdravstvena organizacija v letu 2016 v središče postavila kirurškega pacienta, oziroma higieno rok na vseh področjih kirurške oskrbe pacientov – oddelkih in operacijskih prostorih.
5.5.2016 smo v avli bolnišnice postavili dve stojnici z reklamnimi izdelki za higieno in nego rok. Z Box-om smo preverjali kako temeljito si znajo obiskovalci in zaposleni razkužiti roke. Na stojnici so bili študentje Fakultete za zdravstvo in dijaki Srednje šole Jesenice, ki so vabili k razkuževanju rok in seznanjali obiskovalce, kako pomembna je higiena rok doma in v bolnišnici. 82 obiskovalcev je preverilo kako dosledno si znajo razkužiti roke. Ob 11. uri smo se zbrali pred bolnišnico, več kot 100 otrok iz jeseniških vrtcev, dijaki, klinični mentorji in ravnateljica Srednje šole Jesenice, študentje Fakultete za zdravstvo Jesenice in sodelavci Doma dr. Franceta Berglja. Podali smo si roke in sklenili krog, ki je bil speljan okoli glavne stavbe bolnišnice KROG VARNIH ROK. Del kroga je potekal skozi trakt kirurškega oddelka, s čimer smo simbolično poudarili idejo kampanje REŠIMO ŽIVLJENJA – RAZKUŽIMO ROKE, ki je v letu 2016 v središče postavila kirurškega pacienta, oziroma higieno rok na vseh področjih kirurške oskrbe pacientov – na oddelkih in v operacijskih prostorih. Sklenjen krog je simbolično preprečil, da okužbe pridejo do naših pacientov.

»Poskrbite, da umivanje rok postane navada!«

Je bilo letošnje geslo Svetovnega dneva umivanja rok, ki ga obeležujemo 15.oktobra. Naše aktivnosti ob obeleženju svetovnem dnevu umivanja rok so se začele že teden dni prej z obiskom učencev 1. razreda na OŠ Pirniče. Adrijana Ilievski jih je obiskala in jih seznanila kako pomembno je dosledno umivanje rok in pravilen postopek umivanja. Otroci iz 1. razreda OŠ Pirniče in skupinice Sončki iz vrtca Medvode, enote Pirniče so pripravili plakate in risbice na temo higiene rok, ki smo jih namestili v avli bolnišnice. Jana Lavtižar je skupaj s študentko Fakultete za zdravstvo obiskala 2 skupinici otrok v vrtcu Angelce Ocepek na Jesenicah. Tudi oni so bili seznanjeni s tem kako pomembno je umivanje rok in postopek kako ga izvedemo. Hkrati so si otroci namazali roke s kremo, ki je vsebovala fluorescentno barvilo, da so si potem lahko ogledali svoje roke v Black boxu (roke so bile belo obarvane v boxu izven njega pa to ni bilo vidno). S tem so lažje razumeli, da tudi bacilov na rokah s prostim očesom ne vidijo. Otroci so narisali bakterije in te risbice smo obesili v avli bolnišnice. V petek 14.10.2016, smo pripravili aktivnosti, ki so spodbujale »navade« umivanja rok kot enostavno dejanje in poudarjale pomen za preživetje otrok in zdravje ljudi. Skupaj s širšo lokalno skupnostjo (šole, vrtci, obiskovalci, pacienti, zaposleni) smo promovirali umivanje rok. V bolnišnici smo postavili stojnico v sodelovanju z dijaki Srednje šole Jesenice – zdravstvena smer in študenti Fakultete za zdravstvo Jesenice. Na stojnici smo obiskovalce, paciente in zaposlene spodbujali k izvajanju postopka razkuževanja rok, ki je enak postopku umivanja rok. Ali so postopek izvedli pravilno, so preverili v skrinjici Black box. Otroci iz vrtca so v avli bolnišnice odplesali plesno točko o umivanju rok. Prav tako so dijaki pripravili maskoto v obliki roke in skupaj s študenti FZJ obiskali oddelke ter enote v bolnišnici in delili sladka presenečenja.

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 pacientov 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 porodniškeslužbe
Peter Najdenov, dr. med. spec. ped.	predstojnik pediatrične službe

4 OPRAVLJENO DELO V LETU 2016

4.1 SESTANKI KOMISIJE ZA ZDRAVILA

Člani smo se sestali na enem rednem sestanku.

4.2 SPREMLJANJE IN ANALIZA PORABE ZDRAVIL

V letu 2016 smo v SBJ porabili za 11% več denarja za zdravila kot leto prej. Podobno opažamo tudi na nivoju hospitalne dejavnosti; strošek za zdravila je višji za 9%, za slabih 6% je višje tudi število obračunanih pacientov. Za več kot 30% so se v letu 2016 povečali stroški za antibiotike, nizkomolekularne heparine, kri in plazmo. V primerjavi z letom 2015 pa so se znižali stroški za narkotike, serume in dezinfekcijska sredstva. Za albumine in dietetično hrano je strošek v letu 2016 primerljiv z letom prej. Delež stroška za zdravila v strošku vsega lekarniškega materiala se v opazovanih letih znižuje in je na nivoju hospitalne dejavnosti v l. 2016 dosegel vrednost 25,88%. Delež stroška za antibiotike v strošku vseh zdravil pa je v l. 2016 dosegel najvišjo vrednost v opazovanih letih in na hospitalni ravni znaša 27,18%.

Tabela 1: Prikaz porabe zdravil v evrih v opazovanih letih do 2016 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	PORABA V LETU 2016	2016 / 2015
	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	(1.1.-31.12.)	
ŠTEVILO OBRAČUNANIH PACIENTOV	**12.736**	**12.985**	**12.999**	**13.746**	**105,75%**
CELOTNA PORABA LEK. MAT. + KRI + PLAZMA+KISIK	3.712.869,47	3.794.334,77	3.951.854,71	4.336.706,96	109,74%
ZDRAVILA	1.094.515,46	1.074.750,51	1.026.111,53	1.122.208,48	109,37%
delež zdravil v celokupni porabi	29,48%	28,33%	25,97%	25,88%	
ZDRAVILA / PACIENTA	85,94	82,77	78,94	81,64	
NARKOTIKI	14.219,02	12.306,66	11.596,22	11.187,73	96,48%
ANTIBIOTIKI	289.985,93	286.387,69	231.537,31	305.012,89	131,73%
delež antibiotikov v porabi zdravil	26,49%	26,65%	22,56%	27,18%	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	22,77	22,06	17,81	22,19	
NM HEPARINI	52.478,47	62.274,35	43.418,04	57.130,95	131,58%
delež NMH v porabi zdravil	4,79%	5,79%	4,23%	5,09%	
ALERGENI	0,00	0,00	0,00	0,00	#DEL/0!
KRI	256.905,03	278.574,15	238.879,72	311.863,37	130,55%
SERUMI	5.287,71	7.611,09	6.717,33	6.073,54	90,42%
PLAZMA	28.920,50	28.794,50	27.132,00	37.550,14	138,40%
ALBUMINI	62.477,60	45.497,87	33.726,07	34.125,36	101,18%
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	61.611,07	71.217,52	86.929,20	77.480,37	89,13%
DIETETIČNA HRANA	3.473,01	3.603,75	2.949,20	2.767,32	93,83%

vključeno: krg, CIT, int, iit, gin por, ped, OZZN

Tabela 2: Prikaz porabe zdravil v evrih v opazovanih letih do 2016 na nivoju SBJ; vključeno: hospitalna dejavnost, ambulantna dejavnost, dializa in ostalo

Vir podatkov: finančno-računovodska služba SBJ

SBJ	PORABA V LETU 2013	PORABA V LETU 2014	PORABA V LETU 2015	PORABA V LETU 2016	2016 / 2015
	(1.1.-31.12.)	(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	6.134.525,92	106,40%
ZDRAVILA	1.325.136,81	1.299.566,69	1.247.775,98	1.386.189,55	111,09%
delež zdravil v celokupni porabi	23,55%	22,83%	21,64%	22,60%	
ZDRAVILA / PACIENTA	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!	
NARKOTIKI	18.297,37	14.174,97	15.268,07	14.940,57	97,86%
ANTIBIOTIKI	292.570,30	288.850,46	234.008,62	308.995,95	132,04%
delež antibiotikov v porabi zdravil	22,08%	22,23%	18,75%	30,03%	
ANTIBIOTIKI / PACIENTA	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!	#DEL/0!	
NM HEPARINI	55.254,40	64.462,38	44.957,24	59.811,80	133,04%
delež NMH v porabi zdravil	4,17%	4,96%	3,60%	6,30%	
ALERGENI	1.802,31	1.588,75	1.007,44	2.061,97	204,67%
KRI	264.776,72	288.777,18	258.462,95	323.232,36	125,06%
SERUMI	7.492,53	10.108,68	9.816,90	7.826,34	79,72%
PLAZMA	28.920,50	28.794,50	27.265,00	37.550,14	137,72%
ALBUMINI	62.532,60	45.804,11	33.768,83	34.125,36	101,06%
DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA	110.486,66	118.151,10	135.591,63	130.916,21	96,55%
DIETETIČNA HRANA	30.659,35	33.756,92	29.874,12	29.725,24	99,50%

4.3 ODOBRITVE NOVIH IDENTOV ZDRAVIL

Obravnavali in odobrili smo 5 predlogov novih identov zdravil, od katerih so bili 3 odobreni izredno. Največ predlogov novih zdravil je bilo podanih s strani EITOS (2) in internega (2) oddelka.

4.4 NEREGISTRIRANA ZDRAVILA

Na seznamu je 115 zdravil, od teh jih je 99 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 2016 je bilo poslanih 8 prijav zastrupitev in neželenih učinkov zdravil. Po ena prijava je bila poslana z internega in radiološkega oddelka, dve z ginekološko porodniškega oddelka, ostale 4 pa z otroškega oddelka SBJ.

4.6 IZOBRAŽEVANJE IN INFORMACIJSKA DEJAVNOST

V letu 2016 smo objavili 4 obvestila 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 2016 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 2017

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 31.06.2017 - 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

- 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 2016

4.1 SESTANKI KOMISIJE ZA ANTIBIOTIKE

V letu 2016 je bil realiziran en sestanek.

4.2 ANALIZA PORABE PMZ

Stroškovno in količinsko smo analizirali celoletno porabo PMZ v 2015 in trende porabe v tekočem letu 2016.
Analizirali smo tudi porabo PMZ v enotah ATC DDD/100 BOD v SBJ in primerjalno s povprečnimi vrednostmi za slovenske splošne bolnišnice, kar spremljamo kot kazalnik kakovosti MZ.

4.3 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 pacientov.

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. 2015), ker so podatki za leto, ki ga strokovno poročilo obsega (l. 2016), še v postopku obdelave in bodo objavljeni 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 2016.**

	2014		2015	
	slovensko povprečje	SBJ	slovensko povprečje	SBJ
Celotna bolnišnična poraba	61,33	60,60	60,29	64,67
IIT	126,25	58,71	149,95	70,06
KIT-CIT-EITOS	159,71	192,46	139,77	110,22
INTERNI ODD.	66,53	71,83	68,17	79,95
KIRURŠKI ODD.	60,97	59,02	60,51	62,23
GIN-POR ODD.	30,51	19,15	31,72	16,20
OTROŠKI ODD.	41,85	19,56	44,82	24,80

Podatki za Slovenijo kažejo v letu 2015 rahlo znižanje povprečne vrednosti bolnišnične porabe antibiotikov, medtem, ko se je v SBJ vrednost zvišala in dosegla najvišjo vrednost v vseh opazovanih letih doslej (64,67 DDD/100 BOD) ter na ta način značilno presegla ciljno vrednost 55 DDD/100 BOD, kakor tudi slovensko povprečje (60,29 DDD/100 BOD). Razen na ginekološko-porodniškem oddelku, se je vrednot porabe v primerjavi z letom prej povsod povečala, ob tem imata interni in kirurški oddelek nadpovprečno vrednost porabe v slovenskem merilu. Strukturno v primerjavi z letom prej opažamo povečanje porabe PMZ brez omejitve predpisovanja (ampicilin, flukloksacilin, cefazolin, cefuroksim, trimetoprim/sulfametoksazol, gentamicin, norfloksacin, azitromicin, klaritromicin, metronidazol in doksiciklin) in PMZ z omejitvijo predpisovanja (piperacilin/tazobaktam, cefalosporini 3. in 4. generacije, imipenem/cilastatin, ciprofloksacin, levofloksacin, kolistin, vankomicin).

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 2016.**

	2014		**2015**	
	slovensko povprečje	SBJ	slovensko povprečje	SBJ
Celotna bolnišnična poraba	1,88	2,44	1,90	2,15
IIT	9,62	19,72	11,16	10,46
KIT-CIT-EITOS	23,77	47,39	28,25	54,44
INTERNI ODD.	2,48	2,11	2,52	1,32
KIRURŠKI ODD.	0,91	1,14	0,81	0,89
GIN-POR ODD.	0,21	0,39	0,21	0
OTROŠKI ODD.	1,65	0	2,04	0

Na področju bolnišnične porabe protiglivičnih zdravil (PGZ) SBJ že drugo leto zapored značilno presega slovensko povprečje, kar je posledica obsežne porabe tovrstnih zdravil v EITOS, ki skoraj za 2x presega slovensko povprečje. Blizu slovenskega povprečja sta tudi vrednosti porabe v IIT in na kirurškem oddelku, medtem, ko je poraba na internem oddelku pod slovenskim povprečjem, na ginekološko-porodniškem ter otroškem oddelku pa porabe tovrstnih zdravil v letu 2015 ne beležimo.

4.3 SPREMLJANJE KAZALNIKA KAKOVOSTI MZ ŠT. 46 - PROFILAKTIČNA RABA ANTIBIOTIKOV

Spremljanje kazalnika je obvezno od leta 2011. Podatki o usklajenosti profilaktične uporabe PMZ s slovenskimi smernicami se zbirajo na nacionalni ravni, pri treh izbranih vrstah elektivnih kirurških posegov: kolorektalna operacija, zamenjava kolka in histerektomija. Izključeni so pacienti z nenačrtovano operacijo, z dokazano predoperativno okužbo in alergijo za PMZ.
Števec: število pacientov, ki izpolnjujejo vključitvene kriterije in kriterije profilaktične uporabe PMZ po smernicah.
Imenovalec: število pacientov, ki izpolnjujejo vključitvene kriterije, ne izpolnjujejo pa enega ali več kriterijev profilaktične uporabe PMZ po smernicah.
Vrednost kazalnika je izražena v odstotku pacientov, 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**	**2016**
Kolorektalne operacije	80 %	91,3 %	74,5 %	87,8%	86,3%	86,8%
Zamenjave kolka	79,7 %	99 %	73,7 %	90,6%	82,8%	79,4%
Histerektomije	22,7 %	65,2 %	89 %	91,3%	81,8%	90,5%

V letu 2016 nismo dosegli ciljne vrednosti kazalnika (nad 95%) pri nobeni vrsti op. posegov, ki so vključeni v sledenje.

4.4 SODELOVANJE V DRŽAVNI IN EVROPSKI MREŽI SPREMLJANJA PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL (*ESAC – EUROPEAN SURVEILLANCE OF ANTIMICROBIAL CONSUMPTION*)

Letos teče že petnajsto 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 podlaga za analizo porabe protimikrobnih zdravil v ATC/DDD sistemu, ki omogoča primerjave med bolnišnicami na državnem in mednarodnem nivoju.

5 NAČRT DELA V LETU 2017

Področje	**Naloga**
Spremljanje in analiza porabe PMZ	- Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 01.01. do 31.12.2017 - Stroškovna in količinska analiza porabe PMZ od 01.01. do 31.06.2017 - 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.

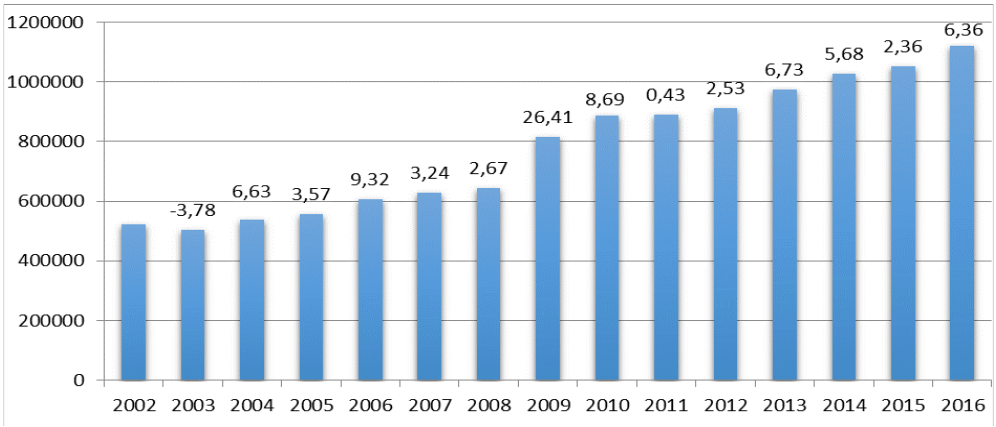
Komisija je imenovana kot svetovalno telo strokovnega direktorja. V letu 2016 je bila speljana samo ena seja komisije, na predlog direktorja SBJ so bili sprejeti pomembni sklepi, katerih realizacijo je bilo potrebno speljati najkasneje do 31.12.2016. Vsebina sklepov se je nanašala na optimizacijo stroškov za laboratorijske preiskave, zato je bila za večino aktivnosti odgovorna dr. Avberšek-Lužnik Ivica. Izvedene so bile sledeče naloge:

1. Od aprila do junija 2016 je zdravnikom na jutranjih raportih posameznih oddelkov predstavila vsebino predavanja »Laboratorijske preiskave: vzorci naročanja in predlogi za optimizacijo stroškov«.
2. V juniju 2016 je pripravila poročilo »Indikatorji naročanja laboratorijskih preiskav za leto 2015« po oddelkih.
3. Direktor bolnišnice je junija 2016 skupaj z vodjo informacijske službe poskrbel za implementacijo »Zdravniškega okna« v Birpis. »Zdravniško okno« je uvedeno zato, da vsakega naročnika lab preiskav opozori na predhodno naročilo iste preiskave in na druge posebnosti posameznega naročila.
4. Aktivno je sodelovala pri pripravi Elaborata za naročniški modul »Obravnava pacienta, ki prejema antikoagulantno terapijo«.

5. Pripravila je tehnične in strokovne kriterije za razpise za: POCT meritve PČ INR za paciente na antikoagulantni terapiji, za avtomatizacijo za imunologijo, za laboratorijske analizatorje za določanje glikiranega hemoglobina in za ROTEM ter za izbor zunanjih kontrolnih shem.
6. Na mesečni ravni je spremljala trende v naročanju laboratorijskih preiskav po oddelkih in še posebej za Urgentni center, ki je v letu 2016 začel delovati v polnem obsegu in posledično značilno povečal naročila laboratorijskih preiskav.

2 STATISTIKA LABORATORIJSKIH PREISKAV ZA OBDOBJE 2002 - 2016

V letu 2016 je bilo število laboratorijskih preiskav v primerjavi z letom 2015 višje za 6,36 %. Iz grafičnega prikaza (Graf 1) je razvidno, da je bil v preteklih letih nižji porast evidentiran samo v letih 2003 (-3,78 %) in 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 2016

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 in v letu 2016 še večje število, 1.119.570. 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. V letu 2016 je bila poraba še nižja 550.569,74 EUR, Ob navedenem smo izvedli za 6,36% več preiskav v primerjavi z letom 2015. Znižanje stroškov smo dosegli z uspešno izvedenimi razpisi za sklop imunoloških preiskav in za glikiran hemoglobin.
Konec leta 2015 so bile zaloge laboratorijskih reagentov in potrošnega materiala manjše kot v letu 2014 za 27,18%. V letu 2016 so se zaloge dvignile na 69.740.50 EUR (Tabela 1).

Ocenjen strošek za hemokulture, ki smo jih v 2016 pošiljali v NLZOH, je bil 52.581,63 EUR (Tabela 2).

Tabela 1: Stanje zalog laboratorijskega materiala ob koncu leta 2014, 2015 in 2016

	Stanje 2014 (EUR)	Stanje 2015 (EUR)	Stanje 2016 (EUR)
ZALOGE REAGENTOV IN POTROŠNEGA MATERIALA	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2015
LABORATORIJ	81.399,10	58.759,27	67.740,50

Tabela 2: Ocena stroškov za hemokulture v letu 2016

	Količina	Točke	Skupaj točk	Vrednost v EUR
B012 - Aerobna hemokultura (stekleničko priskrbi naročnik)	783	7,14	5.590,62	10.678,08
B013 - Anaerobna hemokultura (stekleničko priskrbi naročnik)	780	7,14	5.569,20	10.637,17
B014 - Aerobna hemokultura (stekleničko priskrbi laboratorij)	127	8,79	1.116,33	2.132,19
B015 - Anaerobna hemokultura (stekleničko priskrbi laboratorij)	105	8,79	922,95	1.762,83
B047 - Aerobna hemokultura - negativna (stekleničko priskrbi naročnik)	1.378	4,55	6.269,90	11.975,51
B048 - Anaerobna hemokultura - negativna (stekleničko priskrbi naročnik)	1.351	4,55	6.147,05	11.740,87
B049 - Aerobna hemokultura - negativna (stekleničko priskrbi laboratorij)	163	7,36	1.199,68	2.291,39
B050 - Anaerobna hemokultura - negativna (stekleničko priskrbi laboratorij)	97	7,36	713,92	1.363,59
				52.581,63

4 ZUNANJE LABORATORIJSKE PREISKAVE

Od leta 2012 dalje so se enormno višale 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. Višina stroškov v 2016 za preiskave, ki so bile poslane v zunanje laboratorije, je znašala 911.791,03 EUR.

5 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
Predsednica 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, mag. zdr. neg., prof. zdr. vzg.,
- 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 šesto 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 nad izvajanjem notranje kontrole analizatorjev, izobraževanje in praktično usposabljanje MS- promotorjev za delo z merilniki. Vodi zapisnike organiziranih srečanj promotorjev in skrbi za realizacijo nalog in aktivnosti, ki jih morajo opraviti promotorji.
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. Laboratorijski koordinator sodeluje pri implementaciji novih POCT analizatorjev v laboratoriju in na oddelkih.
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 pacientu.

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 - promotorji 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 je bil v letu 2016 usmerjen v strokovno izvajanje POCT na vseh oddelkih in odsekih, v ambulantah in v Urgentnem centru SB Jesenice.
Skladno z zastavljenimi ciliji za leto 2016, so člani Komisije za POCT izvedli sledeče naloge:

1. Komisija za POCT se je v letu 2016 sestala dvakrat: 1.3.2016 in 4.10.2016. Med najpomembnejšimi sklepi je bil dogovor o vključitvi POCT aparatov v zunanjo kontrolno shemo. Za realizacijo sklepa je bila odgovorna dr. Ivica Avberšek-Lužnik, ki je skladno z izvedbo razpisnega postopka izbrala mednarodno kontrolno shemo »Labquality«.

2. Izvedena je bila optimizacija procesa obravnave pacientov, ki prejemajo oralno antikoagulantno terapijo. Inštacija štirih aparatov »Xprecia Stride Siemens« je bila izvedena v septembru 2016, popolna informatizacija tega procesa pa konec leta 2016, olajšala je delo laboratorijskega osebja, pacientu pa skrajšala čas pri administrativnem delu vpisa v bolnišnični sistem, pri odvzemu krvi v laboratoriju in nato še pri odrejanju terapije, ki se vrši pod nadzorom zdravnika. Dobavitelj »Xprecia Stride« aparatov je firma Siemens. Izbrana je bila po razpisnem postopku, zagotavlja servisiranje in brezhibno delovanje aparatov 24 ur na dan. V primeru okvare aparatov zagotavlja nadomestni aparat na svoje stroške.

3. Laboratorijski koordinator in predsednica Komisije za POCT sta pripravila predstavitev »Merjenje PČ-INR pri pacientih na oralni antikoagulantni terapiji v Splošni bolnišnici Jesenice« v obliki posterja, ki je bil zaradi predstavljenih obremenitev laboratorijskega osebja med najbolj zanimivimi posterji na kongresu klinične kemije, SZKKLM v Portorožu v septembru 2016.

4. Strokovna sodelavka za pedagoško področje je izvedla oceno števila meritev glukoze s POCT merilniki za vse oddelke in enote. Izvedeno število meritev na leto je 69876, poraba testnih lističev pa je značilno nižja, kar lahko kaže na netransparentno beleženje rezultatov in tudi na uporabo testnih lističev, ki je s strani proizvajalcev podarjena. Člani komisije so zato predlagali uvedbo sistema POCT integracije z informacijsko tehnologijo. Sistem integracije POCT aparatur je članom komisije predstavila firma Roche, vodstvu bolnišnice pa tudi druge firme.

5. Na predlog članov POCT komisije je bil v oktobru 2016 organiziran sestanek s predstavniki firme Roche o možnostih za implementacije profesionalnih glukometrov v klinično prakso.

6. Nadzori nad POCT meritvami so se v letu 2016 redno izvajali. Doseganje uspešnosti je bilo zelo dobro na vseh oddelkih razen na abdominalni kirurgiji, kjer je bilo potrebno izvesti varnostno vizito. Glavna področja odstopanja na vseh oddelkih so v večini primerov nanašala na prekratek kontaktni čas, na manj primerno izvedeno identifikacijo pacienta in na neseznanjanje pacientov z rezultati. V letu 2017 bodo zato organizirana predavanja za zaposlene v zdravstveni negi.

7. Izvajalci POCT meritev so izvajali notranje kontrole na merilnikih relativno redno. Strokovna sodelavka za pedagoško področje, Mateja Bahun, je s koordinatorji pripravila razširjen seznam odgovornih oseb za redno izvajanje notranje kontrole merilnikov. Uporabljata se dve kontrolni raztopini, navodila za izvedbo so na mestu izvajanja kontrole.

8. Spremljanje trendov Kazalnika POCT 1 je pokazalo, da pri SNEQAS zunanji kontrolni shemi v letu 2016 ni bilo odstopov.

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

Eva Černe, dr. med., spec. anesteziolog

V letu 2016 se je BTO SB Jesenice sestal dvakrat.

1. Na prvem sestanku (23.3.2016) je bilo obravnavano Poročilo o delu BTO in CTD Jesenice v letu 2015, ki ga je podal mag. Mihael Tonejc, dr. med. Vsi prisotni so podali mnenje glede posameznih dejavnosti iz poročila, pisno analizo le-tega pa je podala predsednica BTO Eva Černe, dr. med.
Glavne ugotovitve analize so bile:

- V letu 2015 se je glede na predhodno leto zmanjšala tako poraba KE, KT kot tudi SZP.
- Manjši je bil delež nujno transfundiranih komponent (večja varnost transfundiranih komponent).
- Še vedno je bila večina naročenih KE v dežurni službi.
- Zmanjšana poraba SZP je bila verjetno posledica v večji meri uporabljenega komponentnega zdravljenja (Octaplex, fibrinogen, traneksamična kislina).
- Razmerje med naročenimi in izdanimi KE bi bilo mogoče še izboljšati, vendar pa zaradi varnostnega faktorja le-to nikoli ne bo enako 1.
- V letu 2015 ni bilo odvzemov avtologne krvi (uporaba novega protokola in ukrepov za zmanjšanje izgube krvi pri večjih ortopedskih operacijah).
- Določanje krvnih skupin je še vedno v petini primerov v dežurni službi, verjetno zaradi urgentnih in semiurgentnih obravnav (operacije, krvavitve…).

Ostale teme, katere so bile obravnavane na tem sestanku, so bile:

- Mag. Mihael Tonejc, dr. med. je predlagal kazalnike za naročanje izdelkov in storitev v dežurstvu.
- Podana je bila pripomba na SOP SBJ – Delovanje SBJ ob množični nesreči.
- Za mesec oktober 2015 je bila narejena analiza naročanja krvnih komponent v dežurni službi, ki je pokazala, da so bila naročila upravičena.
- Naročanje KE za kronične bolnike je potrebno en dan prej.
- V SB Jesenice se razvija cevna pošta, ki bo vključevala tudi CTD Jesenice.

2. Na drugem sestanku (25.10.2016) je bilo obravnavano poročilo o porabi krvi v SB Jesenice v obdobju januar – junij 2016. Pobuda za izdelavo le-tega je bila opažena povečana poraba krvnih derivatov v prvem polletju. Eva Černe dr. med. je podala pisno analizo poročila.
Glavne ugotovitve analize so bile:

- Poročilo je obsegalo sedemmesečno in ne polletno obdobje.
- Razmerje med št. izdanih in št. naročenih KE je bilo ugodnejše kot leto poprej.
- Poraslo je tako število izdanih KE, kot tudi SZP in KT. Možni razlog bi lahko bilo tudi bodisi večje število bolnikov, ki so potrebovali kri ali več primerov masivnih transfuzij.
- Povečana poraba SZP glede na predhodno leto bi bila lahko posledica manjše (bolj racionalne) uporabe Octaplexa in Haemocomplettana.
- Večja poraba KT bi lahko bila tudi posledica večjega poznavanja problematike nefunkcionalnosti trombocitov (ob njihovem sicer primernem številu), kar nam omogoča laboratorijsko testiranje z Multiplate.

Ostale teme, ki so bile obravnavane na tem sestanku, so bile:

- Ob instalaciji cevne pošte na CTD Jesenice se bodo po njej pošiljali samo vzorci, naročilnice in KEF, ne pa ostali produkti. Potrebno bo izdelati protokole za varno delo in postopke ob okvari sistema.
- Zdravila za hemofilike se, zaradi neustreznosti hladilnika v urgentnem centru SB Jesenice, za približno 1 mesec shranjujejo na CTD Jesenice. V tem času naj bi SB Jesenice nabavila ustrezen hladilnik za urgentni center. Navodila za uporabnike se nahajajo v urgentnem centru.
- Problem naročanja storitev na CTD Jesenice – naročniki ne upoštevajo protokolov glede stopnje nujnosti. Dogovorili smo se za osvežitveno izobraževanje za naročnike. Izobraževanje je bilo izvedeno v januarju 2017.

V letu 2016 je BTO svoje delo opravljala dobro in v skladu s perečo problematiko. Želimo si, da se sodelovanje BTO in ostalih služb znotraj SB Jesenice in ZTM Ljubljana še naprej razvija, in sicer predvsem v korist bolnikov.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Asist. mag. Aleksandra Kern, dr. med. spec. anesteziolog
Predsednica komisije

UVOD

Komisija je bila imenovana s sklepom Strokovnega sveta SBJ z dne 15.1.2015. 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 dveh 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 pacientov 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 6 vlog. Eno vlogo smo zaradi multicentričnosti napotili v obravnavo na Komisijo za medicinsko etiko Republike Slovenije, ostale smo obravnavali in jih odobrili. Komisija je vloge obravnavala na dopisnih sejah.

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 popkovnične krvi (PK) in tkiva popkovnice (TP) izvajajo na željo mater zdravniki in babice na ginekološko – porodniškem oddelku.
V letu 2016 je bilo 9 odvzemov popkovnične krvi in 7 odvzemov tkiva popkovnice.
Porazdelitev odvzemov po tkivnih bankah je bila sledeča:

- Future Health biobank: 3 PK in 3 TP
- Biobanka 5 PK in 3 TP
- Izvorna celica: 1 PK in 1 TP

2 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 2016 ni bilo neželenih dogodkov niti hudih reakcij.
- Pridobitev poročil tkivnih bank o kvaliteti vzorcev, odvzetih v SBJ za leto 2015: Neocelica ni poslala poročila ,
- Biobanka – 5 PK ustreznega volumna, 1 TP ustrezno,
- Izvorna celica – 1 PK – premajhna vhodna teža, 1 PK – epruveta materine krvi ni bila na voljo. 2 TP ustrezno
- Vse tkivne banke so bile pozvane, da sproti poročajo o odklonih. Do konca leta 2016 ni bilo nobenega tovrstnega sporočila.
- Organizacija sestankov s sodelujočimi v procesu darovanja in odvzemu tkiv in celic. Sestanek po poročilu tkivnih bank je bil izveden.
- Sodelovanje in komunikacija s ST zaradi tekočega dela in koordinacije dejavnosti.
- Predstavitev dejavnosti v 24. številki revije Bolje.
- Sodelovanje v procesu notranje presoje dejavnosti preskrbe s tkivi in celicami dne 21.12.2016

3 PRAVNO – FORMALNO PODROČJE

- Na pravnem področju zgledno sodelujemo s pravnico gospo Tino Zalokar, dipl.iur.
- Zaradi spremembe zakonodaje leta 2015 je bilo potrebno spremeniti dokumente v SOP Transplantacija - TCO 2, TCO 3, TCO 5, Poslovnik kakovosti za področje dejavnosti preskrbe s tkivi, celicami in organi.

TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST

Nataša Viher Rutar, dr. med.
Bolnišnični transplantacijski koordinator– do 19.5.2016
Andraž Nastran, 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. – 31.12.2016** je, po podatkih iz bolnišničnih evidenc, v enotah intenzivne terapije (EITOS, IIT) umrlo **68** pacientov.
a) V kirurški intenzivni terapiji (EITOS) je umrlo **37** pacientov; večina (**34**) zaradi nemožganskih vzrokov (sepsa, septični šok z razvojem večorganske odpovedi, ireverzibilni hemoragični šok, repiratorna odpoved, srčno popuščanje).
Trije (**3**) pacienti so bili sprejeti zaradi hude poškodbe glave. Pri prvem so pričeli z diagnostiko možganske smrti. Z EEG preiskavo so potrdili odsotnost aktivnosti možganske skorje, med izvedbo kliničnih testov možganske smrti pa so ugotovili, da je prisotna še aktivnost možganskega debla, saj so bili prisotni dihalni gibi. Možganska smrt s tem ni bila potrjena, pacient pa je za posledicami poškodbe kasneje umrl. Pri drugem primeru je bolnica ob paliativni oskrbi umrla še pred diagnostiko možganske smrti. Tretji pacient je bil politravmatiziran in je umrl zaradi hemodinamske nestabilnosti še pred izvedbo testov možganske smrti. Bolnišnični transplantacijski koordinator je bil o primeru pravočasno obveščen.

b) V internistični intenzivni terapiji (IIT) je umrlo **31** pacientov. Prav tako večina (**25**) zaradi nemožganskih vzrokov (septični šok z večorgansko odpovedjo, kardiogeni šok, ireverzibilni hipovolemični šok ob krvavitvi, respiratorna insuficienca, miokardni infarkt).
Šest (**6**) pacientov je umrlo zaradi možganskih vzrokov, od tega štirje pacienti, ki so bili hospitalizirani zaradi krvavitev v možgane, dva pa zaradi ishemične okvare možganov. Pri vseh štirih primerih intracerbralne krvavitve je bil konzultiran nevrolog preko sistema »Telekap«, ki je vsakokrat predlagal prekinitev aktivnega zdravljenja in paliativno oskrbo, zato se za diagnostiko možganske smrti niso odločili. Bolnišnični transplantacijski koordinator (BTK) pri nobenem od omenjenih primerov ni bil obveščen! Pri enem pacientu s CVI se kljub obsežnemu infarktu za diagnostiko možganske smrti niso odločili, BTK tudi tokrat ni bil obveščen! Drugi pacient s CVI je do smrti samostojno dihal, tako da pogojev za pričetek določanja možganske smrti ni bilo.

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.
- Priprava izobraževanja Osnove donorskega programa ETPOD – European Training Program on Organ Donation - načrtovan je bil 16.11.2016, vendar je bil zaradi stavke zdravnikov prestavljen v leto 2017
- Vsakoletna udeležba dveh zaposlenih različnih profilov iz SBJ (letos so bili prisotni 3 zdravniki iz oddelka za anesteziologijo in reanimatologijo SB Jesenice) na tridnevnem intenzivnem tečaju s področja pridobivanja in presaditve organov (Transplant Procurement Management). Namen tečaja je razvoj donorskega programa v enotah intenzivne terapije.
- 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

Osnova za dejavnost so nasledni zakonski akti:

- Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (Uradni list RS, št. 12/2000) in
- Zakon o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (Uradni list RS, št. 61/2007) ter
- Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (Uradni list RS, št. 56/2015).

Poleg tega pa še naslednji pravilniki:

- Pravilnik o medicinskih merilih, načinu in postopku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti (UL RS 70/2001)
- Pravilnik o postopku obveščanja o smrti oseb, ki pridejo v poštev kot dajalci delov človeškega telesa zaradi presaditve (UL RS 85/2001)
- Pravilnik o sestavi, načinu imenovanja in pravilih za delovanja Etične komisije za presaditve (UL RS 30/2002)
- Navodilo o postopkih in aktivnostih na področju pridobivanja darovalcev delov človeškega telesa zaradi presaditve (UL RS131/2003)
- Pravilnik o načinu povezovanja s sorodnimi tujimi in mednarodnimi organizacijami in izmenjavi delov človeškega telesa z drugimi državami Pravilnik o načinu shranjevanja in prevoza delov človeškega telesa, namenjenih za presaditev (UL RS 70/2003)
- Pravilnik o načinu vodenja evidenc opravljenih odvzemov in presaditev (UL RS 70/2003)
- Pravilnik o načinu varstva osebnih podatkov dajalcev in prejemnikov (UL RS 75/2003)
- Pravilnik o načinu vodenja čakalnih list ter imunogenetska in medicinska merila za določitev vrstnega reda in izbiro prejemnika delov človeškega telesa (UL RS 70/2003)
- Pravilnik o načinu delovanja in pogojih za razvoj nacionalnega programa zdravljenja s presaditvijo krvotvornih matičnih celic in načinu delovanja registra nesorodnih dajalcev KMC (UL RS 75 /2003)
- Pravilnik o postopkih zbiranja, shranjevanja in uporabe krvotvornih matičnih celic (UL RS 104/2003)
- Pravilnik o sledljivosti in uničenju človeških organov namenjenih za presaditev ter o nacionalni identifikacijski številki ter obrazec Poročilo o uničenju organa (UL RS 76/2015)
- Pravilnik o poročanju in obvladovanju hudih neželenih dogodkov in hudih neželenih reakcij pri ravnanju s človeškimi organi (UL RS 76/2015)

POROČILO PRISTOJNE OSEBE ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

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

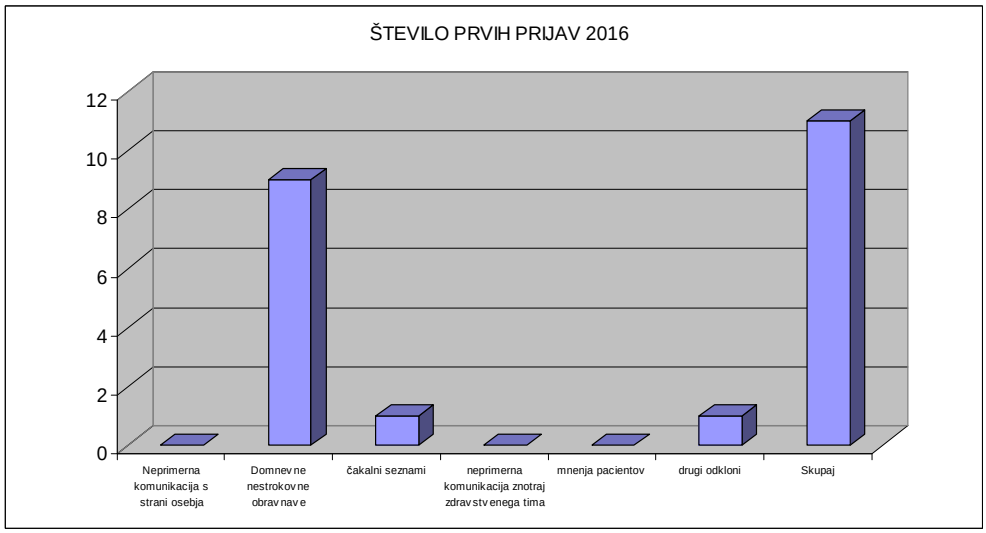
V letu 2016 so pacienti ali njihovi svojci 11 krat naslovili vprašanja ali pritožbo na pristojno osebo za prvo prijavo kršitve pacientovih pravic. V vseh primerih smo opravili analizo dogodkov, se s pacienti ali svojci pogovorili in izvedli korektivne ukrepe z namenom, da se dogodki ne bi ponovili. V desetih primerih smo se s pacienti ali njihovimi svojci uspeli dogovoriti za ustrezno rešitev, v enem primeru pa dogovor ni bil sklenjen.

Izpostavljeni problemi	Število	Poročilo in ukrepi	Rezultat
Domnevna kršitev pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave.	9	Posredovanje prve prijave odgovornim osebam, razgovori z zaposlenimi, razgovori s pacienti, telefonsko posredovanje želenih informacij svojcem pacienta, ustno opravičilo, poslani pisni odgovori z obrazložitvijo okoliščin, ki so bile vzrok za obravnavo kršitve pacientovih pravic. Ustna obravnava je bila sklicana v 2 primerih. Interni strokovni nadzor je bil odrejen v enem primeru. V enem primeru je bilo ugotovljeno, da se pritožba nanaša za zaposlene iz ZD Jesenice. Pritožba je bila posredovana direktorju ZD Jesenice, prim. Saši Letonja, dr. med., spec. internist.	Pacienti in njihovi svojci so aktivno sodelovali pri vseh dogovorih. V devetih primerih so bili vlagatelji prve prijave kršitve pacientovih pravic z obravnavo in dogovori zadovoljni. Ustna obravnava je bila v enem primeru uspešno zaključena, v drugem primeru se vlagatelj ni strinjal z rezultati internega strokovnega nadzora in dogovor o načinu rešitve spora v skladu z 62. členom Zakona o pacientovih pravicah ni bil sklenjen. Na ustni obravnavi je bila predstavljena možnost, da lahko vloži zahtevo pri Komisiji RS za varstvo pacientovih pravic ali odškodninski zahtevek. Postopek se nadaljuje pri Komisiji RS za varstvo pacientovih pravic.
Domnevna kršitev pravice do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov.	1	Posredovanje prve prijave odgovornim osebam, razgovor z zaposlenimi, opravljen varnostni razgovor/varnostna vizita. Ugotovljeno je bilo, da pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov ni bila kršena. Poslan pisni odgovor.	Svojci pacienta so se strinjali z odgovorom in ugotovitvijo, da pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov ni bila kršena. Postopek je bil zaključen.
Domnevna kršitev pravice do spoštovanja pacientovega časa	1	Analiza vzroka, zakaj je prišlo do posredovanja napačne informacije o delovnem času specialistične ambulante – podano ustno opravičilo, telefonistu omogočena možnost dostopa do intraneta SBJ in s tem do dnevnih obvestil, razporeda delovnega časa specialističnih ambulant in razporeda zdravnikov, po e pošti telefonist prejme tudi sporočilo o spremembi delovnega časa specialistične ambulante	Pritožb o posredovanju informacij o delovnem času specialističnih ambulant, po uvedbi ukrepov, ni bilo.
Skupaj prijav	**11**		

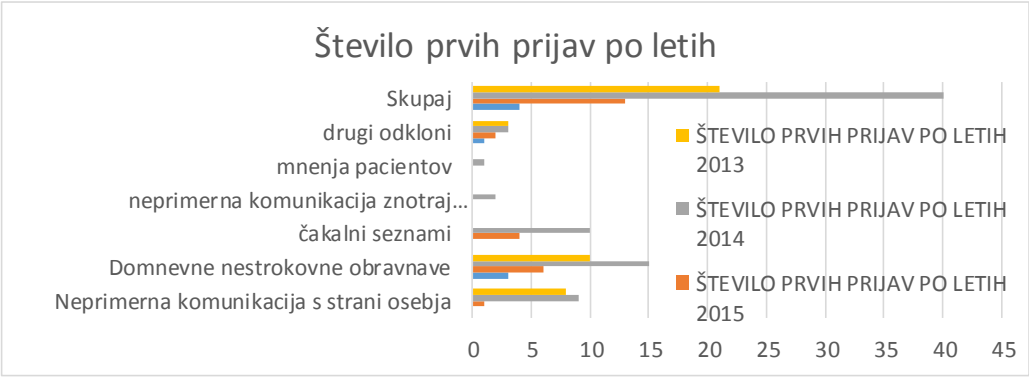
Tabela 2: Število prvih prijav od leta 2013 do 2016

Leto	Število vseh prijav
2013	21
2014	40
2015	13
2016	11

Slika 1: Število prvih prijav v letu 2016



Slika 2: Prikaz vzrokov prvih prijav od leta 2013 do leta 2016



Analiza vpisov v Knjigo pohval in pritožb za leto 2016 v primerjavi z letom 2015

V letu 2016 je bilo v Knjigo pohval in pritožb vpisanih 208 vtisov pacientov, svojcev in obiskovalcev, od tega je 171 pohval, 29 pritožb in 8 predlogov/pobud. V letu 2015 smo beležili 124 zapisov od tega 116 pohval in 8 pritožb.

Skupaj	Število vpisov pohval in pritožb leto 2016 **- 208**	Poročilo in ukrepi	Število vpisov pohval in pritožb leto 2015 **- 124**
Število pohval	171 / 82%	Pohvale za prijaznost, strokovnost in profesionalnost, potrpežljivost, korekten in	116 / 94%

		topel odnos, empatičnost do pacientov, dosegljivost za vprašanja, ustrežljivost, srčnost, skrbnost, človečnost, osebni pristop, izražanje pozitivne energije, ena pohvala se nanaša na dobro prehrano. Namenjene so celotnemu osebju v bolnišnici.	
Število pritožb	29 / 14%	Pritožbe so bile zabeležene v urgentnem centru, specialističnih amb. v I. nadstropju stavbe E in centralnem naročanju. Nanašajo se na neprimeren odnos osebja, nestrokovnost, neprijaznost, neustreznost postavljenih usmerjevalnih tabel do sprejem. pisarne in specialističnih amb. v I. nadstropju stavbe E, pridobivanje datumov za specialistične preglede v centralnem naročanju, spremstvo in prisotnost svojcev pri zdravstveni obravnavi v opazovalnici urgentnega centra, največ pritožb pa je bilo podanih na čakalne dobe, zdravstveno obravnavo in organizacijo dela v urgentnem centru. Postavitev novih usmerjevalnih tabel, vrstomat; analiza vzroka za podaljšano čakanje in pisno opravičilo ter pojasnitev vzroka za čakanje, s strani strokovne direktorice; VV/VR z zaposl.; kjer je bilo ugotovljeno, da se pritožba nanaša na zaposlene iz ZD Jesenice je bila pritožba posredovana odgovornim v ZD . Pri pritožbah, kjer so navedeni osebni podatki pacienta/svojca so bili posredovani pisni odgovori.	8 / 6%
Pobude/priporočila	8/4%	- Namestitev stenskih ur v bolniške sobe na pediatričnem odd./oranžni odsek; - Podano nerazumevanje, zakaj za osebne stvari uporabnikov zdravstvenih storitev ne odgovarja SBJ; - Namestitev obešalnikov in poličke pod ogledalom v straniščih v urgentnga centra; - Namestitev usmerjevalnih tabel za sprejemno pisarno in specialistične ambulante v stavbi E na vidna mesta; - Premestitev informacijskega pulta v avlo glavnega vhoda v bolnišnico - Ureditev brezplačnega dostopa do INTERNETA brez gesel in ostale procedure ter ureditev klima naprave v čakalnici specialističnih ambulant stavbe E; - V čakalnici urgentnega centra na stole namestiti blazine, ponudba brezplačnih revij in dnevnih časopisov.	/

Tabela 3: Prikaz števila/deleža pohval in pritožb od leta 2013 do leta 2016

Knjiga pohval in pritožb	Število/delež pohval	Število/delež pritožb	Pobude/priporočila
2013	158/96 %	5/3 %	
2014	91 /91%	9 / 9 %	
2015	116 / 94%	8 /6%	/
2016	171 / 82%	29 / 14%	8/4%

POROČILO POOBLAŠČENKE ZA VARNOST PACIENTOV

Tina Ahačič, dr.med. spec. pediater
Pooblaščenka za varnost pacientov

V letu 2016 smo obravnavali dva opozorilna nevarna dogodka in o njih poročali na Ministrstvo za zdravje. 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. spec. anesteziolog

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), EPALS (Europian pediatric advanced 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 2016 so še trije zdravniki pridobili naziv inštruktor .V bolnišnici so tudi v letu 2016 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 pacienta v čim bolj realni situaciji. Ta tečaj je namenjen pripravi pripravnikov na strokovni izpit ob koncu pripravništva. Izvajali smo jih v dopoldanskem času.

Potekala je tudi redna udeležba na tečaju MRMI (medical response to major incidents), kjer se osebje usposablja za ukrepe ob množičnih nesrečah.

Predvideni obnovitveni tečaji ALS za zdravnike z že opravljenim uradnim ALS ERC tečajem v letu 2016 niso bili izvedeni, ker je opreme za izvedbo predvidena za nabavo v letu 2017.

KAZALNIK KAKOVOSTI – RAZJEDA ZARADI PRITISKA

Hubert Terseglav, dipl. zn.
Koordinator za oskrbo ran

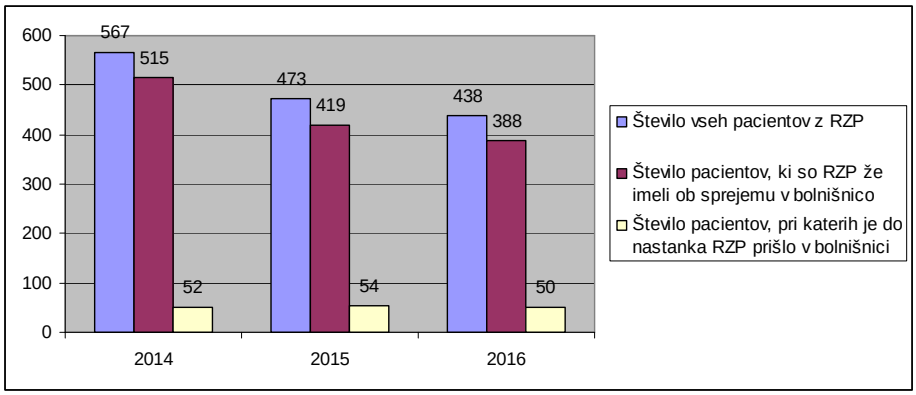
UVOD

Razjeda zaradi pritiska (RZP) je eden kazalnikov, ki govori o kakovosti obravnave pacientov v določeni zdravstveni ustanovi. Pomembni sta tako incidenca (št. pacientov, pri katerih v določenem časovnem obdobju pride do nastanka RZP) kot prevalenca (št. vseh pacientov, ki imajo RZP). Incidenco računamo v odstotkih, v števcu je 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). Prevalenco računamo tako ugotavljamo odstotek vseh pacientov z RZP: seštejemo odstotek pacientov, ki so RZP že imeli ob sprejemu, in tistih, pri katerih je do nastanka RZP prišlo tekom hospitalizacije.

1 CILJ ZA LETO 2016

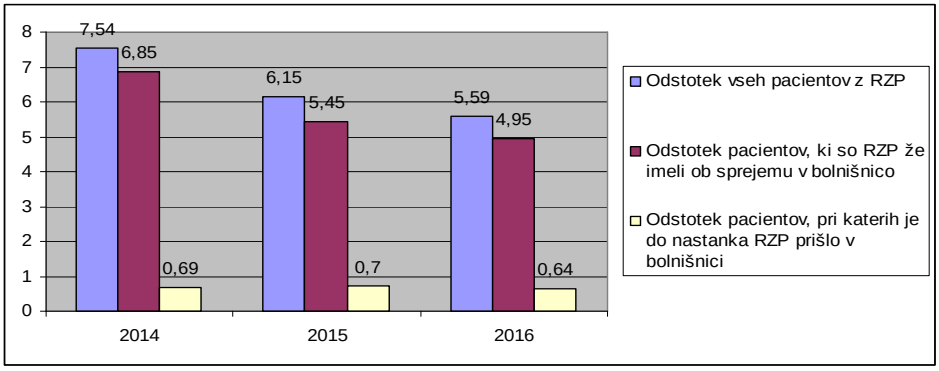
Cilj v letu 2015 je bil, da bi bila incidenca pridobljenih RZP manjša od 0,64 %. Ta cilj smo tudi dosegli: incidenca je ob koncu leta zanašala 0,64 %.

2 ŠTEVILO RZP



Graf 1: Število pacientov z RZP v letih od 2014 do 2016.

3 INCIDENCA RZP

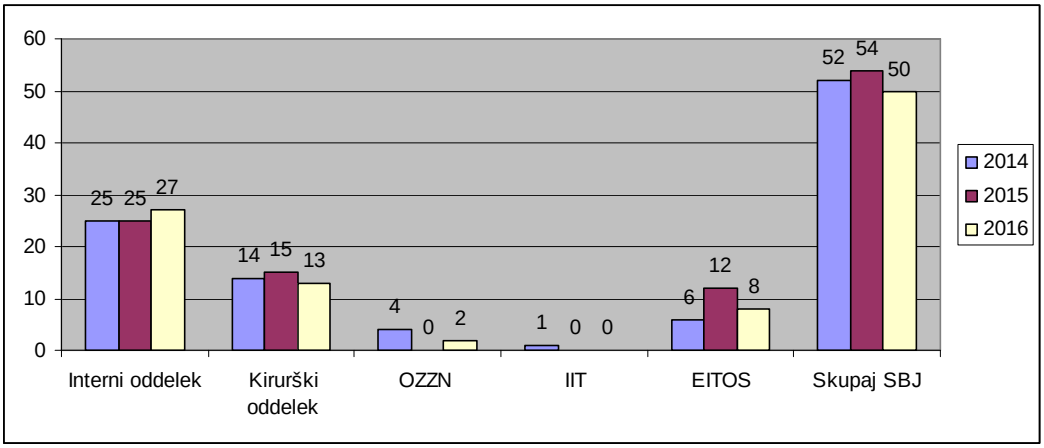


Graf 2: Incidenca RZP v SBJ od leta 2014 do 2016.

4 STRUKTURA RZP PO ODDELKIH IN ENOTAH

Tabela 1: Število in odstotek RZP po oddelkih in enotah v letu 2016

Oddelek, enota	Število pridobljenih RZP	Odstotek pridobljenih RZP	Odstotek pridobljenih RZP glede na celotno bolnišnico	Število prinešenih RZP	Odstotek prinešenih RZP	Odstotek prinešenih RZP glede na celotno bolnišnico
Interni oddelek	27	0,9	54 %	309	10,31	79,64 %
Kirurški oddelek	13	0,3	26 %	60	1,36	15,46 %
OZZN	2	0,76	4 %	5	1,89	1,29 %
IIT	0	0	0 %	9	2,79	2,32 %
EITOS	8	5,44	16 %	5	3,4	1,29 %
Skupaj SBJ	50	0,64	100 %	388	4,95	100 %



Graf 3: Primerjava števila pridobljenih RZP po oddelkih in enotah v letih 2014 do 2016[2].

Tabela 2: Realizacija ciljev za leto 2014 po oddelkih in enotah.

Oddelek, enota	Cilj za leto 2015		Doseganje cilja	
	Število	Incidenca	Število	Incidenca
Interni oddelek	20	0,68 %	27	0,9 %
Kirurški oddelek	14	0,32 %	13	0,30 %
OZZN	5	2,02 %	2	0,76 %
IIT	2	0,52 %	0	0,00 %
EITOS	8	5,88 %	8	5,44 %
Skupaj SBJ	49	0,64 %	50	0,64 %

5 RAZPRAVA

V letu 2016 smo dosegli zastavljeni cilj, da incidenca RZP ni presegla 0,64 % (Tabela 1). Število pacientov, ki so pridobili RZP, in posledično tudi incidenca je nižje kot v letih 2014 in 2015 (Graf 1, 2). Zastavljeni cilj smo dosegli na vseh posameznih oddelkih in enotah, razen

[2] Leta 2014 je do nastanka RZP enkrat prišlo v op. bloku, leta 2015 pa enkrat v op. bloku in enkrat na ginekološkem oddelku.

na Internem oddelku (Tabela 2). Na internem oddelku je bilo pacientov, ki so pridobili RZP, celo višje kot leto poprej (Graf 3). Eden od razlogov za to je gotovo visoka ogroženost teh pacientov, kar potrjuje podatek, da je bilo skoraj 80 % vseh pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu, hospitaliziranih na Internem oddelku (Tabela 2).

V kar 35 primerih (od 50) je bil eden od vzrokov nastanka RZP (hudo) poslabšanje zdravstvenega stanja. Dejansko je 42 % pacientov, ki so pridobili RZP, umrlo, na Internem oddelku 44 %, v EITOS pa kar 75 %. To pomeni, da do nastanka RZP v naši bolnišnici pride večinoma pri pacientih, kjer bi ga zelo težko preprečili. Drugi razlog za nastanek RZP pa so neustrezni posteljni vložki, ki so bile eden od vzrokov nastanka v 19 primerih. To problematiko smo lansko leto le deloma rešili, še največ novih posteljnih vložkov smo uspeli zagotoviti za Kirurški oddelek. Tretji razlog za nastanek RZP pa je bila neustrezna razbremenitev (pet) – 11 primerov. Delno zato, ker ne iščemo alternativ razbremenitvi z vzglavnikom, pa tudi zato, ker so vzglavniki v naši bolnišnici dotrajani in že povsem neprimerni za zagotavljanje t.i. plavajočih pet.

6 CILJI ZA LETO 2017

- Število pacientov s pridobljeno RZP naj ne bi presegalo števila 52,
- incidenca pridobljenih RZP 0,66 % ali manj,
- nabava dodatnih posteljnih vložkov,
- nabava vzglavnikov za razbremenitev pet,
- kontinuirano izobraževanje zaposlenih,
- implementacija preventivnih ukrepov, ki jih priporočajo najnovejše smernice,
- 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 2017 želimo nadaljevati z uspešnim delom na področju preventive RZP in doseči zastavljeni cilj. Upamo, da nam bo uspelo zagotoviti nujno potrebne pripomočke, eden od poudarkov pa bo zardi velikega števila novega kadra predvsem izobraževanje zaposlenih.

LETNO POROČILO O SPREMLJANJU KAZALNIKA KAKOVOSTI - PADCI

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

UVOD

V letu 2016 na področju preprečevanja padcev nismo dosegli nobenega od zastavljenih ciljev.

1 CILJI 2016

- 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 2015;
- Prikaz števila vseh padcev s postelje v primerjavi s povprečnim številom padcev v letu 2015;
- 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;
- Prikaz števila padcev glede na delovne dneve;
- Prikaz pacientov, ki so padli, po spolu;
- Prikaz števila padcev po starosti pacientov.

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

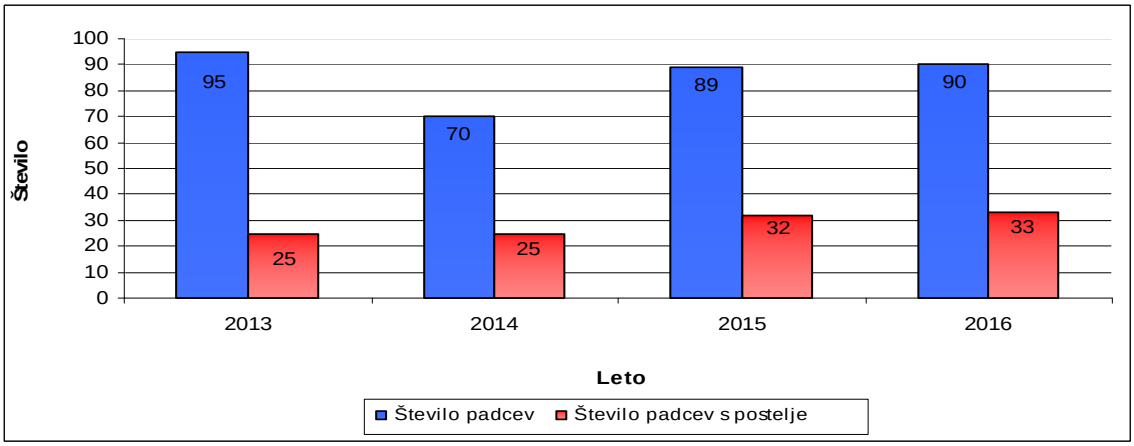
Tabela 1: Cilji in njihova realizacija v letu 2016

	Doseženi rezultati 2015	**Cilji 2016**	**Število jan – dec 2016**	**Incidenca jan – dec 2016**
Incidenca vseh padcev pac. na 1000 BOD	**1,6 / 89**	**1,1 / 63**	**90**	**1,6**
Incidenca padcev pac. iz post. na 1000 BOD	**0,6 / 32**	**0,3 / 20**	**33**	**0,6**
Delež in število vseh padcev v nočnem času	**35% / 31**	**28% / 18**	**27**	**30%**
Delež in št. pac., ki jih je po padcu pregledal	**91% / 81**	**100%**	**83**	**92%**
Padci pacientov s poškodbami	**4,5 / 4**	**0,0**	**4**	**4,4**

Tabela 2: Kazalnik za obdobje 1.1.2016 – 31.12.2016

Števec	Število vseh padcev X 1000	**90 x 1000 = 1,6**
Števec	Število padcev iz postelje x 1000	**33x 1000 = 0,6**
Imenovalec	Število bolniških oskrbnih dni za vse hospitalizirane paciente/ **56.179**	

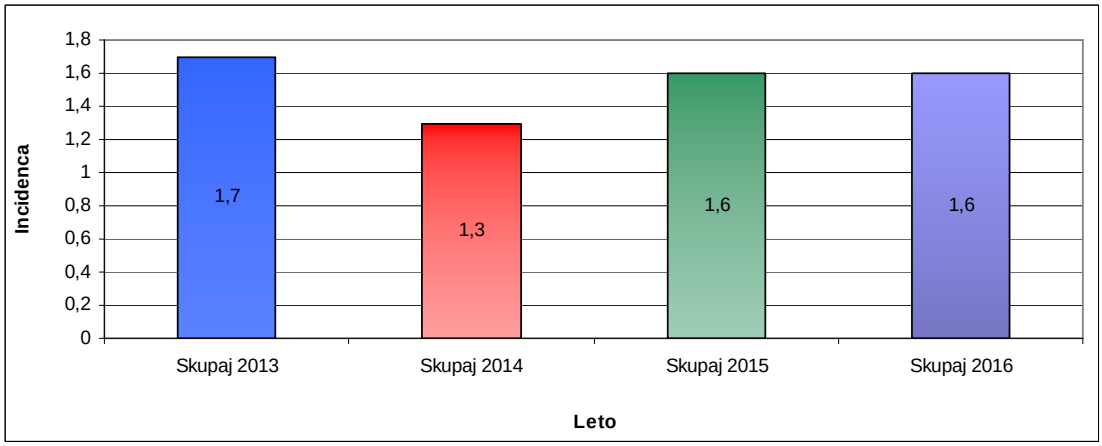
Števec	Padci pacientov s poškodbami X 100	**4 x 100 = 4,4**
Imenovalec	Število vseh padcev / **90**	



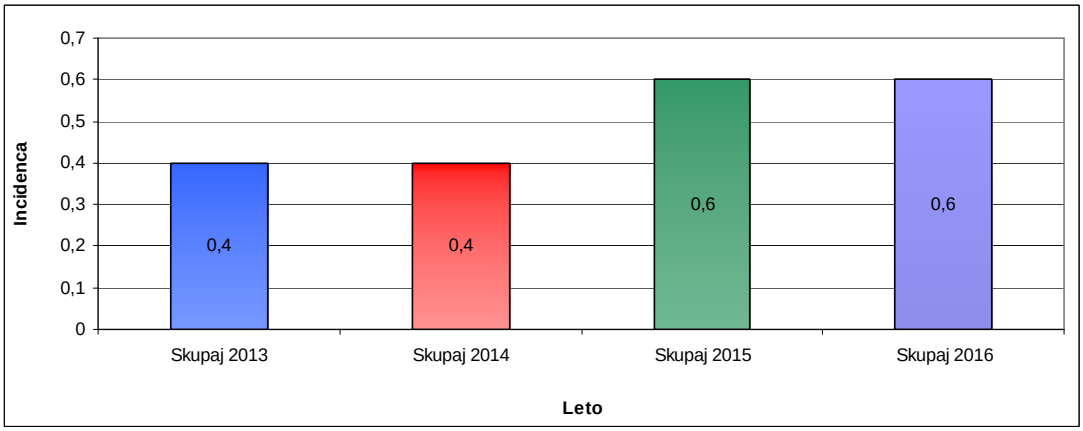
Graf 1: Prikaz števila vseh padcev in padcev s postelje v letih 2013, 2014, 2015 in 2016

Tabela 3: Odstotek povečanja padcev v letu 2016

	% Povečanja padcev glede na leto 2015
Število padcev	Incidenca enaka kot v letu 2015
Število padcev iz postelje	Incidenca enaka kot v letu 2015



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

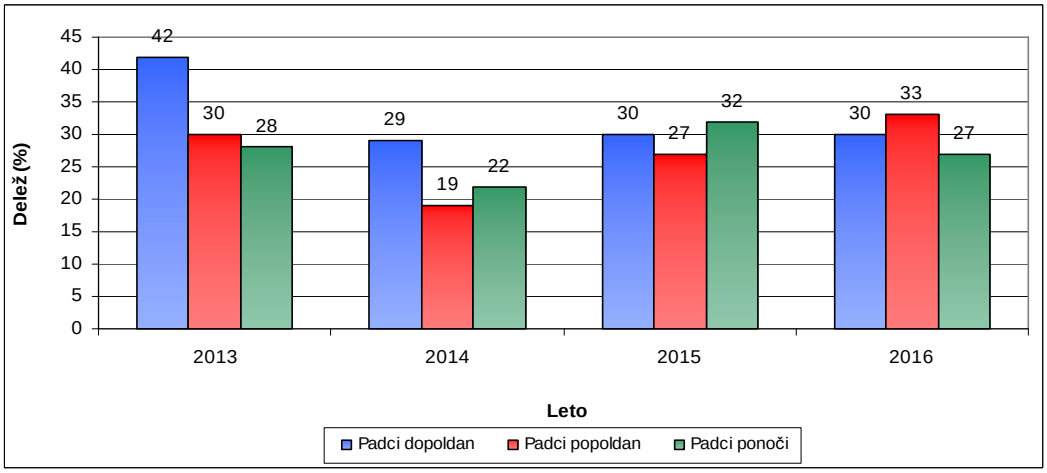
	2013	2014	2015	2016
Padci s poškodbo	38 %	33 %	37 %	43%
Padci brez poškodbe	62 %	67 %	63 %	57%

Tabela 5: Delež posameznih poškodb, ki so nastale zaradi padca, v letih 2013 do 2016

Vrsta poškodbe	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Krvavitev	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%
Bolečina	5,6%	13,0%	18,2%	4,4%
Rana	11,1%	13,0%	15,2%	4,4%
Zlom kosti	13,9%	8,7%	6,1%	3,3%
Drugo	69,4%	65,3%	60,5%	87,9

Tabela 6: Število padcev v posamezni delovni izmeni v letu 2016

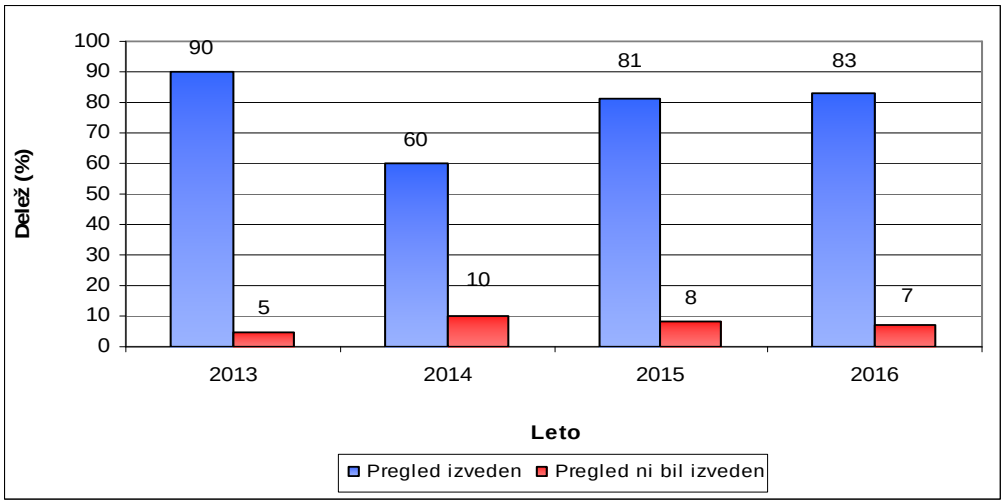
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec
DOP	1	1	3	2	3	3	2	1	4	6	2	2
POP	4	2		1	2	3	2	3	5	7	2	2
NOČ	1	4	1	1	4	4	4	1			5	2



Graf 4: Prikaz števila padcev glede na delovno izmeno od leta 2013 do 2016

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	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Interni oddelek	95 %	97 %	94 %	92%
Kirurški oddelek	90 %	70 %	88 %	93%
OZZN	100 %	86 %	80 %	91%
Ginekološko-porodniški oddelek	100 %	100 %	100 %	Ni bilo padca
IIT	100 %	Ni bilo padca	Ni bilo padca	Ni bilo padca
Skupaj	95 %	86 %	91 %	92%



Graf 5: Prikaz števila pacientov, ki jih je po padcu pregledal zdravnik od leta 2013 do 2016

Tabela 8: Prikaz vzrokov za padec

Vzrok padca	Skupaj
Menjava položaja v postelji	3
Omotica, kolaps	9
Zmedenost, oslabelost, delirij	36
Potreba po izločanju in odvajanju	20
Drugo*	22

*neupoštevanje navodil, izguba ravnotežja, mokra tla, ovira na poti (spotik), spanje sede na postelji, zdrs pri tuširanju.

Kazalniki, ki smo jih spremljali, so opredeljeni v Procesu celostne oskrbe pacienta. Izvajali smo načrtovane ukrepe za preprečevanje padcev.

6 REALIZACIJA CILJEV ZA LETO 2016

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 pac. na seznamu (tabli), ki so ogroženi za padec – magnet, rumena identif. zapestnica; pacienti, ki so zelo ogroženi rumene nogavice; - ozaveščanje pacientov in njihovih svojcev o dejavnikih tveganja za padec; - dopolnitev in nabava novih kompletov za izvedbo PVU glede na potrebe oddelka/enote; - Dodatna nabava sobnih stranišč; - Priprava in uporaba prirejene lestvice Humpty Dumpty za ocenjevanje dejavnikov tveganja pri otrocih, ocenjevanje ob sprejemu:
Učinkovitost	Cilj ni bil dosežen. Incidenca vseh padcev v letu 2016 je bila 1,6, kar je enako kot v letu 2015. V letu 2016 smo zabeležili 1 padec več kot v letu 2015.
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 2016 je bila 0,4, kar je enako kot v letu 2015. V letu 2016 smo zabeležili 1 padec več kot v letu 2015.
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 30% pacientov, kar je 5% manj kot v letu 2015.
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 92% pacientov, kar je za 1% boljši rezultat kot v letu 2015.

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 enako kot v letu 2015.

7 RAZPRAVA

Aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev so se izvajale tudi v preteklem letu, vendar kljub temu nismo dosegli postavljenih ciljev.
Iz zgornji grafov je razvidno, da v letu 2016 nismo dosegli ciljev. Rezultati so primerljivi z letom 2015. Največ vseh padcev smo zabeležili v mesecu oktobru (13 padcev), najmanj pa v mesecu marcu in aprilu (po 4 padce).
Največ padcev iz postelje smo zabeležili v mesecu oktobru (5 padcev), najmanj pa februarja, marca, avgusta, oktobra in decembra (po 1 padec). Povprečno število vseh padcev je bilo 7,5, povprečno število padcev iz postelje pa 2,8 na mesec.
Ocenjevanje tveganja za padec in planiranje preventivnih negovalnih aktivnosti (SOP 5) 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 2016 smo zabeležili 13 padcev na oddelkih/enotah, ki se ne štejejo v kazalnik kakovosti: pet padcev na pediatričnem oddelku, 1 padec na ginekološko porodniškem oddelku – dnevna obravnava, 1 padec v protibolečinski ambulanti, 2 padca na radiološkem oddelku, 1 padec v operacijskem bloku in 3 padce v urgentnem centru. V primerjavi z letom 2015 je to 9 padcev več.
V tabeli 4 so prikazane poškodbe zaradi padcev. Pri 51 padcih ni bilo poškodbe, v 35 primerih so pacienti utrpeli lažje poškodbe, 4 padci pa so se končali s hujšimi poškodbami (3 krat zlom kosti, 1 krat razpočna rana, potrebna kirurške oskrbe).
V nočnem času se je zgodilo 30% vseh padcev pacientov, kar je 5% manj kot v letu 2015.
Pri pregledu zdravnika, po padcu pacienta, nismo dosegli postavljenega cilja. Pregled je bil opravljen samo pri 92% vseh pacientov, ki so padli, kar je 1% več kot v letu 2015.
Vzroki za padce so največkrat zmedenost pacienta, delirij, oslabelost, vrtoglavica ter potreba po izločanju in odvajanju.
V letošnjem letu smo pričeli s spremljanjem števila padcev glede na delovne dneve, števila padcev po starosti pacientov in s spremljanjem pacientov, ki so padli, po spolu.
Ob delovnih dnevih se je zgodilo 73 padcev / 81%, ob sobotah in nedeljah 17 padcev / 19%.
Glede na starost pacientov smo zabeležili pod 40 let 1 padec/ 1%, od 41 do 49 let 4 padce/4%, od 50 do 59 let 3 padce/3%, od 60 do 69 let 24 padcev/ 27%, od 70 do 79 let 27 padcev/30%, od 80 do 89 let 24 padcev/27% in nad 90 let 7 padcev/ 8%. Razmerje ženske moški je 38 pacientk /42% in 52 pacientov/58%.

8 CILJI ZA LETO 2017

- Incidenca vseh padcev 1,2/1000 bolnišnično oskrbnih dni;
- Incidenca padcev s postelje 0,4/1000 bolnišnično oskrbnih dni;
- Število padcev v nočnem času 29 %;
- 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, umiritev 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 2016

Oddelek/enota	**Število pacientov**
Kirurška služba	119
Internistična služba	140
Oddelek za zdravstveno nego	9
IIT	25
EITOS	2
Pediatrična služba	/
SKUPAJ	295

Tabela 2: Incidenca PVU v bolnišnici za leto 2016

Števec	Število vseh pacientov s PVU 295
Imenovalec	Število vseh sprejetih pacientov 7.827
Incidenca	0,04

Nadzor nad pravilno izvedenim posebnim varovalnim ukrepom je bil izveden v mesecu aprilu in novembru 2016. Nadzor je izvedla Marija Mežik Veber.

1 POROČILO NADZORA O PRAVILNO IZVEDENEM PVU

Tabela 3: Prikaz rezultatov nadzora posebni varovalni ukrepi od leta 2014 do 2016

Oddelek/enota	**2014**	**2015**	**2016**
Kirurška služba	97,06%	83,48%	93,49%
Internistična služba	90,34%	96,57%	93,47%
EITOS	V času nadzora ni bilo primerov	88,24%	64,71%
IIT	94,12%	100%	100%
OZZN	V času nadzora ni bilo primerov	100%	17,65%
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	92,06%	93,66%	90,37

Nadzor nad pravilno izpolnjeno dokumentacijo PVU je bil izveden v mesecu maju in oktobru 2016. Nadzor sta izvedli Nevenka Svetina in Marija Mežik Veber.

Tabela 4: Prikaz rezultatov nadzora o pravilno izpolnjeni dokumentaciji PVU od leta 2014 do 2016

Oddelek/enota	2014	2015	2016
Kirurška služba	90%	94%	92%
Internistična služba	98%	96%	98%
EITOS	94%	90%	100%
IIT	100%	99%	94%
Oddelek za ZN	96%	100%	93%
Gin. porodniška služba	/	/	/
Pediatrična služba	100%	89%	/
SKUPAJ	96%	95%	95%