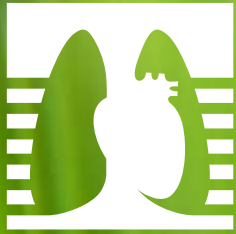


ISSN 2232-643X

ŠTEVILKA 2; LETNIK 4; JUNIJ 2015



Bolnišnica
Topolšica

OPLIČNIK

Glasilo Bolnišnice Topolšica

V OBJEMU LJUDI IN NARAVE

NEINVAZIVNA MEHANSKA VENTILACIJA

**EVROPSKI IN SVETOVNI KONGRES O SRČNEM
POPUŠČANJU**

**POKLICNE AKTIVNOSTI IN KOMPETENCE V
ZDRAVSTVENI NEGI**



Minila so štiri leta, odkar sem prvič stopila v to zgradbo. Bilo je enkrat med vikendom, proti večeru, v pozni zimi. Hodniki so bili temačni, prazni. Z dr. Pečnik sva bili dogovorjeni, da mi razkaže bolnišnico in da se pogovoriva o mojem morebitnem prihodu.

Prvega junija 2011 sem prišla v Bolnišnico Topolšica. Prevezla sem vodenje pljučnega oddelka. Funkcija mi je predstavljala velik izziv, ampak tudi velik napor, saj sem bila povsem brez vodstvenih izkušenj. Kolegij in celoten tim so me lepo sprejeli, mi pomagali, zato sem vztrajala. Direktor dr. Justinek mi je dal vsa pooblastila, kar mi je bilo velikokrat prej v breme kot v pomoč, ker ni bilo usmeritev, kako, v kakšnem času in na kakšen način želimo doseči cilje, ki niso bili jasno zastavljeni.

Moja prva želja je bila poenotiti delo na pljučnem oddelku, ki je bil takrat strogo deljen na drugo in tretje nadstropje. Tega izziva sva se lotili z Marijo Krt, ki je postala vodja enotnega pljučnega oddelka. Ta oblika pa ni dolgo zdržala. Združili smo celotno akutno hospitalno dejavnost, kar je bilo v tako majhni bolnišnici, kot je naša, smotrno, tako v smislu organizacije kot enotne doktrine.

Hkrati se je v bolnišnici zgodilo mnogo sprememb. Ob mojem prihodu je dobro deloval negovalni oddelek, ki je v naslednjih letih še razširil svojo dejavnost. V letu 2012 smo vzpostavili rehabilitacijo pljučnih bolnikov pod vodstvom dr. Šorlija; ob rehabilitaciji srčnih bolnikov, ki je že potekala vrsto let. V letu 2014 smo pričeli z diagnostiko motenj dihanja med spanjem. Intenzivna enota je v istem letu dobila svojega vodjo, dr. Rožiča, in tudi stalno ožjo ekipo dežurajočih, kar pomeni korak naprej v kvaliteti obravnave bolnikov. V začetku leta 2014 je v bolnišnico prišla dr. Pekolj, ki se je posvetila izključno ambulantni kardiologiji in tako pomagala preobremenjenemu kardiološkemu timu. Istega leta jeseni je dr. Pekolj prevzela vodenje ambulantne dejavnosti skupaj z Blažko Hižar. V začetku leta je iz bolnišnice odšel dr. Justinek. Ostali smo brez diabetologa in zdravnika na negovalnem oddelku. Vodenje slednjega je prevzela dr. Ledina. Diabetološko dejavnost smo

ohranili z delom zunanjih sodelavcev, pa tudi dr. Urbas je prednostno opravila kroženje na kliniki in pričela z ambulantnim delom. Zaradi slabe realizacije ambulantnega programa gastroenterologije je v začetku 2015 uspešno zaključila tečaj ultrazvoka dr. Aritonović, ki bo to poletje opravila tudi endoskopski tečaj.

Poleti 2012 je vodenje bolnišnice prevzel dr. Rezar, ki je postavil jasne strateške usmeritve bolnišnice, ki smo jim začeli slediti. Pričela se je tudi nujna in dolgo pričakovana obnova bolnišnice. Kljub številnim oviram in negotovanjem smo bili s prenovljenim delom zadovoljni vsi – celotno osebje, še bolj pa bolniki. Dokončna prenova bo (poleg lepših prostorov in boljše funkcionalnosti) pomenila tudi korak k večjemu ugledu bolnišnice.

Čeprav se moramo zavedati, da k zadnjemu prispevamo največ ljudje, ki smo tu zaposleni. Naš prijazen, dostopen in strokoven pristop bo naše največje ogledalo.

Pa še prihodnost. Kljub finančnim težavam, s katerimi se ukvarja celoten javni sektor, še posebej pa zdravstvo, je prihodnost naše bolnišnice svetla. Do konca poletja nameravamo ustanoviti in pričeti z delom v Enoti za neinvazivno ventilacijo in sleep apnejo, kar bo še en majhen del naše dejavnosti z velikim strokovnim pomenom.

Prve korake delamo tudi na področju raziskovalne dejavnosti, brez katere ni strokovnega napredka in je tudi eden od naših strateških ciljev.

Nujno moramo ponovno vzpostaviti delovanje astma in KOPB šole ter izvajanje drugih novih izobraževalnih in preventivnih programov za bolnike.

Pa še mnogo idej imamo. Smo majhen kolektiv in skoraj vsi sodelavci se dnevno srečujemo. To je naša prednost, ki jo moramo izkoristiti pri načrtovanju in izvajanju idej, raziskav, načrtov, ki bodo vodili k še bolj kakovostnim odnosom in večji strokovnosti.

Obrabljen, ampak resničen rek pravi, da nikoli nismo tako dobri, da ne bi mogli biti še boljši.

Vsem želim prijeten dopust.

asist. Lucija Gabršček Parežnik, strokovna vodja
Bolnišnice Topolšica

KAZALO

NEINVAZIVNA MEHANSKA VENTILACIJA.....	2
EVROPSKI IN SVETOVNI KONGRES O SRČNEM POPUŠČANJU 2015	3
ATS Denver 2015	5
PULMOLOŠKO SREČANJE TREH DEŽEL NA BLEDU	6
POKLICNE AKTIVNOSTI IN KOMPETENCE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	7
OZNAČEVANJE ALERGENOV	10
SODOBNA KARDIOLOGIJA 2015 IN 23. KONGRES ALPE-ADRIA ASSOCIATION OF CARDIOLOGY.....	11
KADROVSKE NOVICE.....	11
KAJ BOMO DELALI V LETU 2015?.....	12
FINANČNO POSLOVANJE IN REALIZACIJA PROGRAMA ZDRAVSTVENIH STORITEV	13
KOTIČEK ZA KAKOVOST.....	14
PRALNICA IN ŠIVALNICA	15
ODPIRAMO SLOVENIJO	16
VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU	17
KRATKA ZGODOVINA KRONOSA	17
KUHINJSKI KOTIČEK.....	18
ZDRAVSTVENA ADMINISTRACIJA	19
KOTIČEK ZA ŠPORT IN REKREACIJO	19
IZLET V GARDALAND	19
ŠTORKLJINE NOVICE	20
TOP PREDLOG II. ČETRTLETJA 2015	20
IZBOR MINI NAJ SODELAVCA.....	20
ZAHVALE	21

Izdajatelj: Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica, telefon 03 898 77 10

ISSN 2232-643X

Junij 2015

Številka 2

Letnik 4

Uredniški odbor:

Predsednik uredniškega odbora: prim. Leopold Rezar

Odgovorni urednici: Metka Jevšenak, mag. Brigita Putar

Člani: Lucija Gabršček Parežnik, mag. Bojan Jurca, Darja Kramar

Oblikovanje, grafična priprava: Marko Oberstar, Klemen Forneci

Jezikovni pregled: Petra Cerjak

Avtor naslovnice: mag. Bojan Jurca

Spletna stran: <http://www.boltop.si>

Tisk: Gorenje I. P. C., Invalidsko-podjetniški center, d. o. o.

Naklada: 200 izvodov

Glasilo TOPLIČNIK prejmejo zaposleni in obiskovalci Bolnišnice Topolšica brezplačno.

NEINVAZIVNA MEHANSKA VENTILACIJA

Mirko Lekić, dr.med., spec. pnevm.

Neinvazivna mehanična ventilacija (NIMV) je oblika ventilacijske pomoči, ki se izvaja brez endotrahealne intubacije. Aplicira se lahko 24 ur ali nekaj ur na dan in je sestavni del zdravljenja akutnih in kroničnih dihalnih zapletov. Uporaba NIMV se je v zadnjem času zelo povečala tako v domačem kot tudi v bolnišničnem okolju. Njena uporaba v bolnišnicah je odvisna od izobraženosti in števila zdravstvenega osebja ter primerne opreme. V primerjavi z mehanskim predihavanjem so bolniki pri NIMV budni, dihajo spontano, imajo proste dihalne poti, lahko govorijo, se izkašljejejo in prehranjujejo. Obrambni mehanizmi dihal so neokrnjeni, vdihani zrak se v nosu navlaži in ogreje. Postopek je možen tudi s prekinitvami; vmes lahko bolnik izkašljeje, inhalira zdravila in izvaja ostalo respiratorno fizioterapijo.

NIMV je indicirana pri poslabšanju KOPB in astme z ventilatorno odpovedjo, pri kardiogenem pljučnem edemu, pri motnjah dihanja v spanju, pri restriktivnih boleznih pljuč zaradi deformacije prsnega koša, pri postintubacijski respiratorni odpovedi.

NIMV ni indicirana pri bolnikih z motnjami zavesti, če so prisotne deformacije obraza po poškodbah, opeklinah, operacijah, klavstrofobiji, pri pacientih, ki ne sodelujejo, pri hemodinamsko nestabilnih bolnikih, pri pacientih z motnjami srčnega ritma, s krvavitvami iz zgornjih dihalnih poti, pri respiratornem zastoju, nenadni koronarni ishemiji, pnevmotoraksu in pri aktivni TB pljuč.

Merila za začetek NIMV: uporaba pomožnih dihalnih mišic, paradokсно dihanje s frekvenco nad 25 vdihov/min, PaCO₂ > 6kPa s pH < 7.35 in razmerjem PaO₂/FiO₂ < 200 mmHg.

Pred začetkom NIMV bolniku razložimo postopek, s katerim se mora strinjati. Dvignemo vzglavje na 45 stopinj. Izberemo pravo velikost maske ali čelade. Na začetku ventilacije masko rahlo pridržiimo na obrazu, dokler se bolnik nanjo ne navadi; tlaki izbrane oblike ventilacije so na začetku zelo nizko nastavljeni. Nastavljeni tlaki se tekom ventilacije postopoma zvišujejo. Ko se prepričamo, da je maska ustrezna in da jo bolnik prenaša, masko ali čelado tesno pričvrstimo s trakovi. Pri uvajanju ventilacije se največkrat uporablja ustno-nosna maska. Maska mora segati od korena nosu do sredine brade. Pritrdi se s trakovi, vendar ne sme povzročati prevelikega pritiska na kožo obraza.

Za NIMV se uporabljajo predvsem ventilatorji za neinvazivno mehansko ventilacijo. NIMV se lahko izvaja tudi z ventilatorji za IMV in prenosnimi ventilatorji. Nosne, nosno-ustne ali obrazne maske so silikonske in morajo dobro tesniti. Na trgu je veliko različnih vrst mask različnih velikosti, ki jih s trakovi pritrdimo na glavo. Poleg mask za NIMV se uporabljajo tudi t. i. čelade. Narejene so iz prozornega PVC brez lateksa. Bolniku jo namestimo

čez glavo in zatesnimo s pasovi pod pazduhama. Prostornina znaša za odrasle 10–19 litrov, pretok svežih plinov znaša 40–100 litrov/min, zato je učinek mrtvega prostora nepomemben. Dva priključka na čeladi omogočata dotok in iztok plinov. Skozi posebno odprtino bolnika negujemo.

Tip NIMV in nastavitve ventilatorja določi zdravnik. Medicinska sestra izbrani ventilator namesti ob pacientu, zaščiti ga z baktericidnim filtrom in vsako uro beleži tako parametre ventilacije kot osnovne življenjske funkcije, kot so: zavest, frekvenca dihanja, pulza, krvnega tlaka, nasičenost hemoglobina s kisikom, uporabo pomožnih dihalnih mišic. Uspešnost NIMV se preveri s PAAK, ki se opravi 1 do 2 urah po začetku NIMV in se po potrebi ponavlja na 4–6 ur. Na uspešno ventilacijo kažejo frekvenca dihanja pod 30 na minuto, izboljšanje pH arterijske krvi, izboljšanje oksigenacije in zmanjšanje pCO₂. Ventilacijo prekinjamo zaradi hranjenja, dajanja zdravil, izkašljevanja, fizioterapije in regeneracije kože pod masko.

Klinično izboljšanje stanja in stabilnost bolnika sta najpomembnejša pogoja za odvajanje od NIMV. Parametri, pri katerih smo NIMV prekinili, so: frekvenca dihanja pod 24 vdihov/min, utrip pod 110 na minuto, pH nad 7,35 in SpO₂ nad 90 %, O₂ pod 4 l/min ob bolnikovem boljšem počutju. Opazovali smo izboljšanje po nekaj dneh do enega tedna.

Na uspeh NIMV vpliva tudi usposobljen zdravstveni tim, ki ga sestavljajo zdravnik, medicinska sestra, dietetik, socialna delavka, fizioterapevt in vzdrževalec aparata.

V naši bolnišnici se že vrsto let ukvarjamo z NIMV. Trenutno se ta izvaja na EIT-ju. V načrtu bolnišnice je formiranje posebne enote za NIMV.



Abbildung: Darstellung verschiedener Beatmungszugänge: Nasenmaske, Nasen-Mund-Maske, Ganzgesichtsmaske und Beatmungshelm

EVROPSKI IN SVETOVNI KONGRES O SRČNEM POPUŠČANJU 2015 - Sevilla, 23.–26. maj 2015

prim. Janez Poles, dr. med., spec. interne med., kardiologije in vaskularne med.

Petek. Konec tedna, a tokrat nekoliko drugačen. Popoldanska vožnja z avtomobilom do Benetk, gneča pred mestom za čekiranje, nato pa z jekleno ptico preko Barcelone v središče Andaluzije, Sevilijo, na evropski in svetovni kongres o srčnem popuščanju (SP). Petek se je prevesil v soboto, ko me je taksi odložil pred hotelom. Noč je bila kar prekratka. Jutro je obetalo lep in vroč dan, kot se za jug Španije tudi spodobi.

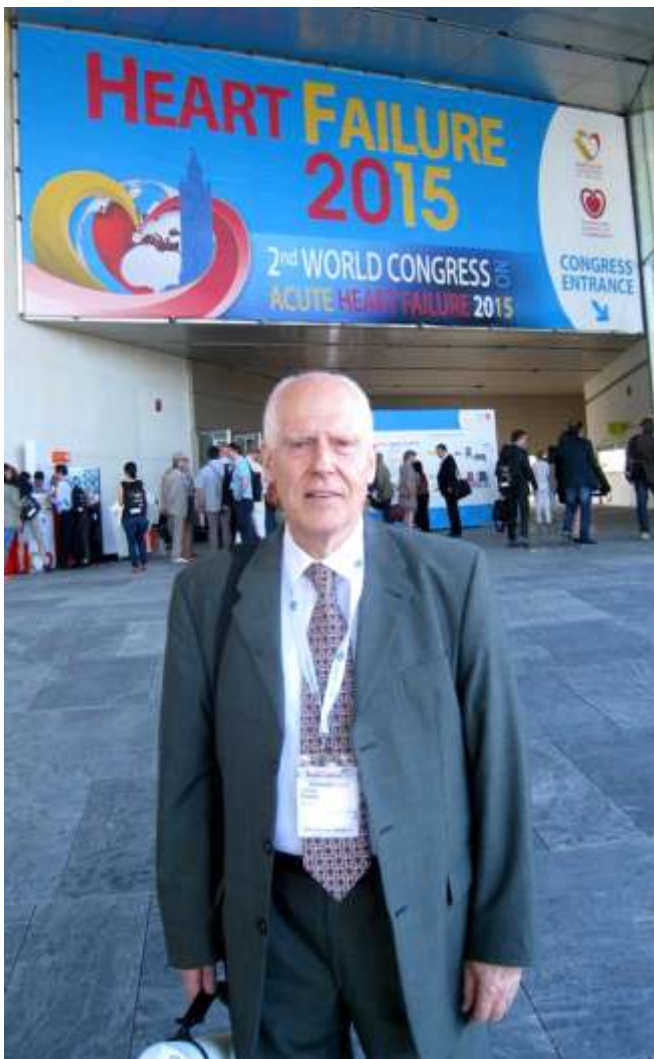
Pričakovanja so bila velika. Že prvi dan sem imel dve resni obveznosti: dopoldne predstavitev plakata, zvečer aktivno udeležbo na srečanju »nacionalnih ekspertov« zdravljenja SP. Oboje se je končalo več kot dobro. Rezultati raziskave »Učinek zdravila Ivabradin (Procoralan) pri bolnikih z ishemično boleznijo srca in srčnim popuščanjem«, opravljene v Bolnišnici Topolšica (avtorja Poles, Hižar), in veliko število vključenih bolnikov so navdušili številne kongresnike. Bolnišnica Topolšica je tako za del dneva postala tudi segment raziskovalnega sveta na področju kardiologije. Večerno srečanje se je pričelo z

uvodnimi predstavitvami Brazilcev, Portugalcev in Italijanov s prikazom njihove optimizacije zdravljenja bolnikov s SP v zadnjih treh letih. Na moje veliko presenečenje se intenzivno ukvarjajo le z uvajanjem zdravil skladno s sprejetimi smernicami in priporočili, nefarmakoloških ukrepov (telesna aktivnost, dihalne vaje, sproščanje, prehransko svetovanje) pa praviloma ne izvajajo. Razlog je pomanjkanje sredstev, kadrov in ustreznega prostora. Nekoliko bolje je v Italiji, kjer uvajajo že telenadzor tako nad jemanjem zdravil kot telesno aktivnostjo. Udeležencem sem predstavil našo organiziranost, kompleksnost tima in celovito izvajanje oskrbe bolnikov s SP, vključno z rehabilitacijo. Poželi smo veliko odobravanja, pa tudi nekaj zavisti.

Kongresni center se je za tri dni spremenil v kardiološko mravljišče znanja željnih kardiologov iz Evrope in ostalih celin. Zbralo se nas je kar 12.300, od tega 12 iz Slovenije. Predstavili smo se s petimi plakati. Pred leti zgrajen nov kongresni center je nekoliko manjši in zato bolj obvladljiv. Razen centralne dvorane, ki lahko sprejme 3.500 ljudi, so ostale dvorane manjše (od 250 do 400 sedežev), zaradi česar je bilo včasih zaradi prezasedenosti možno predavanja spremljati le pred velikimi zasloni na hodnikih. Kot že mnogo let doslej, nam je prijazen računalniški program omogočal ureditev lastnega urnika dogodkov, tako da sem lahko brez težav našel pravo dvorano z zanimivim predavanjem.

Ker se SP praviloma pojavlja v starejšem obdobju, ko je pri ljudeh prisotnih še nekaj dodatnih obolenj, zaradi telesnih in duševnih omejitev pa je pogosto motena tudi socializacija bolnikov, je bilo veliko časa namenjenega zdravljenju depresije in žilne demence. Izbira pravih zdravil in ob pravem času (dovolj hitro), dobro sodelovanje bolnika, ustrezna prehrana, redna telesna aktivnost, druženje ter aktivno vključevanje svojcev in psihoterapevtov zagotavljajo boljše rezultate zdravljenja in večjo kakovost življenja.

Zanimiv je bil sklop predavanj na temo organiziranja celovite oskrbe bolnika s SP. Težišče dela naj bi bilo na osebni oz. domači zdravniku, ki bi moral imeti v ambulanti na voljo tudi osnovna pomagala: ustrezne markerje in ultrazvočni aparat. Na ta način bi dovolj zgodaj ločil med bolniki s SP in ostalimi, ki imajo težave z utrujenostjo, težko sapo in pogostim suhim kašljem. Na drugi stopnji potrebujemo dobro mrežo kardioloških ambulant za SP. Storitve v ambulanti morajo biti bolnikom dostopne takoj. Skrb za bolnika mora prevzeti kompleksen tim s kardiologom, medicinsko sestro, fizioterapevtom,



psihologom, nutricionistom, socialnim delavcem, patronažno sestro, po potrebi pa bi vključili še psihiatra in medicinca delavca. Potrebujemo še dovolj veliko število bolnišnic za zdravljenje SP. V celovito oskrbo moramo vključiti tudi civilno družbo (različna društva, klubi, prostovoljci). Vsekakor pa je za optimalno funkcioniranje potrebno zagotoviti dobro komunikacijo med vsemi udeleženci, registre bolnikov in sprotno sledenje uspehom zdravljenja.

ST2 je nov označevalec SP, sicer predstavljen že leta 2013 v ameriških smernicah za vodenje bolnikov s SP, v Evropi pa se kljub številnim prednostim ne uveljavlja dovolj hitro. V primerjavi z dosedanjim testom BNP je bolj specifičen, zaradi česar je manj lažnih rezultatov. Kaže na srčno fibrozo in preoblikovanje srca. Spremljajoča stanja, kot sta debelost in ledvična okvara, ne vplivajo na njegovo uporabnost. Serijsko merjenje ST2 omogoča natančen vpogled v zdravljenje. Povišan ST2 je močno povezan s povečano umrljivostjo. Izvedba je enostavna, z majhno prenosljivo aparaturo in lističi. Cena je povsem primerljiva. Kot vedno se ustavlja pri biokemikih, ki vztrajajo pri starih načinih določanja, podobno kot so pred leti to počeli z določanjem krvnega sladkorja.

Prof. Anker iz Berlina je s svojo raziskovalno skupino predstavil novo zdravilo za zdravljenje hiperkaliemije, ki je pri bolnikih s SP pogosta, če prejemajo zaviralce aldosterona in ACE zaviralce. Učinek temelji na selektivni vezavi kalija v črevesju in tako učinkovito normalizira plazemski nivo. Rezultat je optimalen že po 48 urah.

Pri bolnikih, ki razvijejo neodzivnost na diuretike, velja kombinirati zdravila z različnimi prijemašči ter ob redni kontroli elektrolitov odmerke smelo višati. Velik problem predstavlja slaba prekrvavitev srčne mišice in posledično pešanje njene moči. Predstavljeno je bilo novo zdravilo (selektivni aktivator srčnega miozina), ki podaljša čas iztisa, poveča moč srca in utripni volumen.

Predstavitev podatkov prospektivne, multicentrične opazovalne evropske raziskave (EURObservation Programme – EORP), ki poteka v 29 državah, je nekoliko razočarala. Razlike v obravnavanju bolnikov s SP so prevelike. Doslej so zajeli 12.440 bolnikov s SP. Kar 40 % jih je bilo hospitaliziranih, 50 % pa je zdravljenih ambulantno. 19 % bolnikov je bilo ponovno zdravljenih v bolnišnici. Celotna smrtnost med vsemi hospitaliziranimi je bila 24 %, med bolniki s SP pa 36 %. Med ambulantnimi bolniki je bila celotna letna umrljivost nekoliko nižja (7 %), 10 % pa so jih napotili na zdravljenje v bolnišnico. Dejavniki tveganja za umrljivost med zdravljenimi v bolnišnici so visoka starost, povišan krvni tlak, frekvenca srčnega utripa, nizek iztisni delež, aortna stenoza in ledvična odpoved.

Kolegi iz Stockholma (Karolinski inštitut) so z

vprašanjem, ali bolnikom z napredovalim SP pravočasno in v dovolj velikem deležu ponudimo možnost transplantacije ali zdravljenja s podpornimi črpalkami, močno ogreli razpravljavce. Možnosti obstajajo, le sredstev je premalo – tudi v razvitih severnih državah. Poleg tega smo na področju kardiologije nekoliko zaspali. S presejalnimi testi med prebivalci iščemo novotvorbe dojk, prostate, širokega črevesa, vlagamo velika sredstva in izvajamo sodobno zdravljenje. Kardiološke bolnike pa smo zapostavili. Število transplantirancev zaradi SP je izredno malo, tudi število vstavljenih nadomestnih črpalk je nizko. Organiziranega presejanja ne izvajamo. Je pričakovati, da se bo ob zaostreni finančni situaciji sploh kaj spremenilo?

Številna predavanja so se dotaknila mejnih področij – predvsem bolnikov, ki imajo poleg SP še pljučna obolenja s povišanim tlakom v pljučnem krvnem obtoku, kar močno poslabša prognozo. Presenetljivo je spoznanje, da ima kar 80 % bolnikov s srčnim popuščanjem in ohranjeno funkcijo levega prekata pljučno hipertenzijo. Problem je v diagnostiki SP, saj na osnovnem nivoju SP praviloma spregledajo in bolnikove težave pripišejo obolenju dihal. Kar nekajkrat so ponovili, da je potrebno najprej misliti na srce, zdraviti SP in šele nato iskati razlog v dihalih. Nikakor pa ne smemo spregledati boleznih prebavil z draženjem oziroma vnetjem požiralnika.

Bolniki s SP imajo pogosto neprepoznano sarkopenijo (S) – stanje izgube mišične mase in moči, ki se razvije v procesu staranja ali kronične boleznih in praviloma ni povezano z znižanjem telesne teže. Mišična masa se zmanjša na račun števila mišičnih celic in njihove atrofije. Zmogljivost postane vse manjša. Hitrost hoje se zmanjša pod 1 m/s, dolžina prehojene poti v 6 minutah pa je pod 400 m, ob tem da so bolniki brez skeletno-mišične boleznih, periferne angiopatije ali nevropatije. Pri bolnikih s SP je S prisotna kar v 20 %. Da izključimo bolezensko stanje, uporabimo nekatere enostavne teste: stanje na mestu z vzporedno položenima stopaloma, enim pred drugim ter malenkostnim zamikom, vstajamo in sedamo na stol (5-krat v 5 sekundah) ali poskušamo čim hitreje prehoditi 4 metre. Za natančno oceno mišične mase uporabimo različne metode – od radiološke DEXA do enostavnejše bioimpedance, ki jo uspešno že več let uporabljamo tudi v naši bolnišnici. Pogosto uporabljajo še test stiska dlani in merijo moč iztegovalke kolena. Zlati standard testiranja zmogljivosti je ergospirometrija. Bolniki s S dosežejo bistveno manjšo porabo kisika, krajši čas vadbe ter imajo nižji iztisni delež levega prekata. Sicer pa je S hud negativen kazalec umrljivosti. Bolniki s SP brez S preživijo 20 mesecev v 83 %, tisti s S pa le v 50 %.

Poseben poudarek so namenili motnjam dihanja, ki so pri bolnikih s SP prisotne v več kot 50 %.

Prevladuje centralni tip, sledi mešani, obstruktivnega tipa pa je bistveno manj. V diagnostiki svetujejo poligrafijo, ki jo bolnik opravi doma, ob pozitivnem izvidu pa je potrebno še natančnejše testiranje v laboratoriju za motnje spanja.

Urnik strokovnih dogodkov je bil zelo natrpan. Prva predavanja so se pričela ob 8.30, zadnja končala ob 17.30. Nato so se zvrstili še zanimivi večerni simpoziji, ki so zaprli vrata ob med 19. in 20. uro. Vmes pa kakšna kava, voda, sadje in sendvič. Mesto sem tako lahko občudoval le v jutranjem času iz avtobusa na poti iz hotela do kongresnega centra ter v mraku in zvečer, ko je bilo ujeta v soje žarometov.

Kot že tolikokrat v zadnjih letih sem se domov ponovno vračal s prijetnimi občutki. Bolnike s SP v dolini pod Lomom dobro zdravimo. Že pred leti smo razvili ambulanto za SP, imamo ustrezne nastanitvene možnosti, bolnikom pa s kompleksnim timom (kardiolog, medicinska sestra, fizioterapevt, socialni delavec, psiholog) nudimo celovito oskrbo. Zadnji mesec se dogajajo premiki tudi v osnovnem zdravstvu. Pristopili so k organizaciji timov za SP (specialist splošne medicine, medicinska sestra, patronažna služba, fizioterapevt), ki bodo ustrezno odkrivali, usmerjali in zdravili bolnike s SP ter se povezovali z našo ambulanto za SP. Diagnostika in zdravljenje SP, ki jo imajo bolniki na voljo v Bolnišnici Topolšici, sta aktualna in skladna z evropskimi smernicami in priporočili. V preventivi in rehabilitaciji ostajamo v samem vrhu Evrope. Z aktivnim nastopom na kongresu pa smo znova dokazali, da lahko tudi majhna bolnišnica ob ustrezni volji, pripravljenosti, dobri organizaciji in timskem sodelovanju postane segment raziskovalnega sveta na pdročju kardiologije.



ATS Denver 2015

**Jurij Šorli, dr. med., spec. int. med.,
vodja Rehabilitacije**

Letos se je kongres Ameriškega torakalnega združenja (ATS) odvijal v Denverju, glavnem mestu Kolorada. Američani so to mesto poimenovali »mesto na eni milji« (Mile high city). Nadmorska višina, na kateri leži, se še kako pozna. Zrak je suh in če stalno ne piješ tekočine, se kaj hitro pojavi glavobol. Kljub sredini maja sneženje ni neobičajno in tudi mi smo ga v času bivanja doživeli. Samo mesto nima veliko znamenitosti, več jih je v bližnji okolici, a je za njihov ogled zmanjkalo časa. To so kraji, ki jih poznamo iz vesternov, domovanje Buffalo Billa in drugih znanih kavbojcev in Indijancev. Mesto obdajajo visoke gore, ki se dvigajo do 5000 m nad morjem.

Samo kongresno dogajanje je bilo, kot vedno, zelo pestro. Udeležba je bila nekoliko manjša, verjetno zaradi turistično manj zanimive lokacije (namesto običajnih 15–16 tisoč »le« 12 tisoč udeležencev), a je bila zato prisotnost na predavanjih toliko večja. V letošnjem letu se je vse vrtelo okrog pljučne hipertenzije, IPF in nefarmakoloških ukrepov. Sam sem predstavljal rezultate dela naše rehabilitacije v povezavi s prehransko intervencijo. Kar nekaj slušateljev je izrazilo željo po obisku naše bolnišnice, ogledu poteka rehabilitacije in predstavitvi programa, ki ga izvajamo v naši hiši na področju rehabilitacije.

Za »turizem« mi je ostal le dan po kongresu, tik pred poletom nazaj domov. Izkoristil sem ga za obisk sorodnikov na ranču v bližini smučarskega središča Aspen in ogled tekme v baseballu. Kljub nepoznavanju vseh pravil je ogled take tekme zanimiv, saj se na njej, kljub delovniku in zgodnji uri, zbere več deset tisoč ljudi, ki imajo nato na tribunah pravi piknik.

Da je zanimanje za rehabilitacijo v naši bolnišnici res veliko, potrjuje tudi obisk predstavnikov KOPA Golnik, ki so takoj po moji vrnitvi iz ZDA prišli pogledat, kako poteka naše delo. Upam, da bo ekipa nadaljevala z odličnim delom in bomo lahko prihodnje leto ponovno predstavljali rezultate tudi izven naših meja.



PULMOLOŠKO SREČANJE TREH DEŽEL NA BLEDU

Asist. Lucija Gabršček Parežnik, strokovni vodja Bolnišnice Topolšica

Na Bledu je 22. in 23. maja potekalo 4. srečanje pulmologov treh dežel, in sicer Hrvaške, Madžarske in Slovenije. Tokrat je bila Slovenija že drugič gostiteljica. Udeležba je bila odlična. Poleg zdravnikov pulmologov iz omenjenih držav so bili prisotni tudi pulmologi iz Srbije. Teme so bile raznolike, zanimive in so izzvale veliko mednarodne debate.

K dobri udeležbi je prispevalo tudi vreme, saj je bilo mrzlo in je dva dni lilo kot iz škafo.



V petek sem se zgodaj zjutraj odpravila na pot proti Bledu. V upanju, da bom prišla pravočasno, čeprav v zadnji minuti, sem hitela po avtocesti. Že doma sem ugotovila, da nimam denarnice, torej sem brez denarja in dokumentov. Nekaj denarja so mi posodili doma, za dokumente pa sem upala, da v hotelu ne bodo preveč komplicirali. In res niso, ker sem že bila njihov gost.

Po relativno točnem prihodu okoli devete zjutraj sem ugotovila, da se predavanja pričnejo šele po kosilu. So se pa že pričele delavnice, ki sem si jih udeležila.



Na programu sta bili dve enourni delavnici, in sicer intersticijske bolezni pljuč in težji primeri pri interpretaciji pljučne funkcije. Obe delavnici sta bili odlični, po praktičnosti pa je izstopala odlična delavnica dr. Fležarja o interpretaciji pljučne funkcije.

Predavanja so potekala po

tematskih sklopih. Prva tri predavanja so bila pregledna s predavatelji iz vseh treh dežel. Nato pa so sledile ustne predstavitve obravnavanih področij.

Prvi popoldanski sklop je bil namenjen okužbam dihal. Poudarek je bil na atipičnih patogenih, kronični okužbi dihal pri KOPB ter antibiotični rezistenci na Madžarskem. Tudi proste teme so bile zanimive in raznolike.

Nadaljevali smo s predavanji o hipoventilacijskem sindromu. Poslušali smo prispevek o pomenu neinvazivne ventilacije pri bolnikih v stabilni fazi KOPB. Hrvaški predstavnik je predstavil izkušnje pri zdravljenju hipoventilacijskega sindroma pri debelih s pozitivnim tlakom. O patofiziološki vlogi vnetja dihal pri obstruktivni sleep apneji je predaval zdravnik z Madžarske.

Prijetnem druženju na slavnostni petkovi večerji je sledilo sobotno dopoldne, ki smo ga pričeli s sklopom predavanj o obstruktivni bolezni pljuč. Pogovarjali smo se o vseh pogledih zdravljenja, od medikamentoznega do transplantacije pljuč pri bolnikih s KOPB. Izkušnje o vodenju bolnikov pred in po transplantaciji je podal dr. Turel.

Zadnji sklop je bil namenjen redkim pljučnim boleznim. Tukaj so se s svojimi izkušnjami zelo izkazali kolegi iz kliničnega oddelka za pulmologijo UKC Ljubljana. Imeli so zanimiva predavanja, prikaze primerov, pripravili so kar 12 posterjev. V tem sklopu je bila posebna pozornost namenjena cistični fibrozi in pljučni arterijski hipertenziji.

Na srečanju je bilo predstavljenih veliko posterjev in ustnih prispevkov. Vsi so bili kvalitetno pripravljene in predstavljeni. Nisem pa zadovoljna z našo udeležbo. Svojega prispevka nismo imeli. Dr. Kočar in dr. Lekić sta bila soavtorja pri dveh posterjih.

Pulmološko srečanje treh dežel je bilo zanimivo tako s strokovnega kot družabnega vidika.



Čas, ki ga zaposleni v zdravstvu preživimo na delovnih mestih, včasih preseže čas, ki ga namenimo družini in prijateljem. To dejstvo potrjuje pomen dobrih medsebojnih odnosov in delovne klime, ki naj bi vladala med sodelavci. Nihče med nami ne mara sprememb, zato te vedno prinesejo tudi nekaj nemira in nezadovoljstva med zaposlene. Razmejitev kompetenc in aktivnosti v zdravstveni negi je v marsikaterem kolektivu porušila medsebojne odnose. Kje je razlog? Mogoče v tem, da se je premalo govorilo o planiranih spremembah, ki so se začele že leta 1991, ko je takratno Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo Republike Slovenije naročilo Razširjenemu strokovnemu kolegiju za zdravstveno nego kot strokovnemu organu Inštituta za varovanje zdravja, da prikaže delo strokovnega področja oziroma razlike med zdravstveno nego in neprofesionalno nego ter navede sredstva, ki so potrebna za delo z bolniki.

Premalo se govori o dejstvu, da dokument ne jemlje ugleda srednjim medicinskim sestram. Če naj zdravstvena nega deluje kot dobra, strokovna in organizirana služba, potem so v tem timu potrebne tako kolegice s srednjo kot visoko izobrazbo. Vse, kar šteje, je komunikacija med njimi z jasnimi navodili in predvsem zavedanje, da je »predmet« njihove obravnave ČLOVEK, ki čuti in občuti njihovo ravnanje.

»Dostojanstvo in veličina človeka je v tem, da s svojim razumom spozna različne možnosti, jih presodi in se svobodno odloči za to, kar se mu zdi prav.«

Alojzij Šuštar

RAZMEJITEV ZDRAVSTVENE NEGE (2008)

Dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi opredeljuje aktivnosti v zdravstveni negi, babiški negi in oskrbi; izvajajo jih izvajalci, ki so navedeni v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 82/2004) in Seznamu o spremembah in dopolnitvah seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 40/2006), hkrati pa opredeljuje kompetence.

Za dejavnosti zdravstvene in babiške nege so navedeni naslednji poklici:

DMS – višješolska in visokošolska strokovna izobrazba zdravstvene nege (profesor zdravstvene vzgoje/profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirana medicinska sestra/diplomirani

zdravstvenik, višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik/višji medicinski tehnik, višja medicinska sestra specialistka/višji zdravstveni tehnik specialist/višji medicinski tehnik specialist, diplomirana medicinska sestra specialistka/diplomirani zdravstveni tehnik specialist);

DB – visokošolska izobrazba babiške nege (diplomirana babica/diplomirani babičar);

TZN – srednješolski strokovni izobraževalni program zdravstvene nege (tehnik zdravstvene nege/tehničar zdravstvene nege, medicinska sestra, medicinski tehnik, srednja medicinska sestra, srednji medicinski tehnik);

BN – srednješolski poklicni izobraževalni program pomoči in oskrbe (bolničar).

Zaradi hitrih sprememb v sistemu zdravstvenega varstva, vplivov družbenega okolja in sprejemanja pravnega reda Evropske unije je Zbornica – Zveza na svojem 3. posvetu leta 2002 sprejela stališče, da bo izvedeno revidiranje dokumenta Razmejitev zdravstvene nege. V ta namen bodo strokovne sekcije pripravile posnetek stanja negovalnih intervencij, ki jih izvajajo medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki. Pri nastajanju dokumenta se bo Zbornica – Zveza povezala z Zdravniško zbornico Slovenije in Slovenskim zdravniškim društvom zaradi usklajevanja pri razmejevanju nalog med medicinsko sestro in zdravnikom.

Dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi temelji na poklicnih standardih, na aktivnostih in kompetencah, opredeljenih v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti, na modificiranem modelu osnovnih življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson in na seznamu aktivnosti, izvajanih v klinični praksi zdravstvene in babiške nege, ki so jih pripravile strokovne sekcije za svoja ožja strokovna področja.

OBJAVA DOKUMENTA

Dokument je nastajal dobra štiri leta. Ko so se zaključila usklajevanja med strokovnimi področji, v katerih je sodelovalo 30 strokovnih sekcij pod vodstvom koordinatorja strokovnih sekcij, je bil po sklepu Upravnega odbora predlog dokumenta aprila 2008 objavljen na spletni strani Zbornice - Zveze in dan za 30 dni v javno razpravo. Predlog dokumenta je bil marca predstavljen tudi skupščini Zbornice – Zveze. Iz javne razprave, ki se jo je udeležilo 24 zdravstvenih zavodov, strokovnih združenj in posameznikov, izvajalcev dejavnosti zdravstvene in babiške nege, je razvidno, da niti

ena pripomba ni bila posredovana v smislu jemanja pooblastil ali ugleda srednjim medicinskim sestram. Vsi komentariji so bili javni. Upravni odbor Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je na svoji 9. seji dne 14. 10. 2008 sprejel z javno razpravo dopolnjen dokument, tiskana verzija je izšla decembra istega leta. Dokumenta ni potrdil RSKZN ali Zdravstveni svet pri MZ.

NAMEN IN CILJI DOKUMENTA

Namen dokumenta:

- opredeliti aktivnosti v zdravstveni negi, babiški negi in oskrbi;
- prikazati obseg dela izvajalcev zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- opredeliti pristojnosti posameznih izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- zagotoviti varno in kakovostno izvajanje zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- podlaga za področno zakonodajo zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- podlaga za začetek zakonodajnega postopka za sprejem Zakona o dejavnosti zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- udejanjiti direktive EU.

Cilji dokumenta so oblikovati podlago za:

- načrtovanje kadrov in kadrovske politike na področju zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- sistemizacijo delovnih mest;
- določitev kompetenc izvajalcev zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- pripravo in prenovo formalnih izobraževalnih programov;
- pripravo in prenovo neformalnih izobraževalnih programov;
- karierni razvoj izvajalcev zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe;
- organizacijo in razvoj dela znotraj zdravstvene dejavnosti.

V dokumentu so prikazane aktivnosti, za opravljanje katerih si posameznik pridobi znanja skozi proces formalnega izobraževanja, in tiste, ki so v dokumentu označene z zvezdico (*). Slednje so znanja in veščine, ki jih posameznik v praksi izvaja, vendar ta znanja niso bila uradno preverjena in za njih posameznik ni pridobil spričevala.

VSEBINA DOKUMENTA

Poleg opredelitve zdravstvene in babiške nege, oskrbe ter zdravstvene oskrbe ima dokument v splošnem delu vključen tudi kodeks etike izvajalcev dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Vključeno je poglavje o timih v zdravstveni in babiški negi ter dodano obsežno poglavje o kompetencah poklicev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Kompetence so v teoretičnem uvodu razširjene in podprte še z direktivami EU in Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN). V prilogi, ki obsega 18 tiskanih strani, je nanizan seznam aktivnosti v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi, ki je ponovno, tako kot dokument iz leta 1997, razdeljen na splošni del ali aktivnosti po temeljnih življenjskih aktivnostih ter druge aktivnosti, ki poleg organizacije zdravstvene nege, posegov in postopkov, priprave pacienta in dajanja zdravil vsebuje še preprečevanje bolnišničnih okužb ter aktivnosti na specifičnih področjih zdravstvene nege (oftalmologija, operativna, onkološka in endoskopska dejavnost, področje anesteziologije, transfuziologije, otorinolaringologije, interventne radiologije, psihiatrije in mentalnega zdravja, hemodialize, peritonealne dialize, transplantacij, sterilizacije, aktivnosti v ambulanti splošne in družinske medicine ter babiške zdravstvene nege).

POSEBNOSTI DOKUMENTA V SMISLU DELITVE PRISTOJNOSTI

V dokumentu je vloga in odgovornost izvajalcev dejavnosti zdravstvene nege opisana v poglavju Poklicne kompetence v zdravstvenih in drugih predpisih R Slovenije (5.2):

Kompetence diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre:

- promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja;
- organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege;
- vodenje negovalnega tima;
- izvajanje zdravstvene nege po procesni metodi dela;
- sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično-terapevtskih programov;
- spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje;
- interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta;
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti;

- pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra;
- raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti.

Kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika in medicinske sestre (srednja stopnja izobrazbe):

- zdravstvena nega posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih;
- pomoč bolniku pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti;
- priprava na diagnostične in terapevtske posege in postopke;
- izvedba enostavnih diagnostično-terapevtskih posegov in postopkov;
- sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege;
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti;
- zdravstvena vzgoja pacienta v okviru tima.

Iz seznama poklicnih aktivnosti in kompetenc lahko razberemo, da dokument obsega skupaj kar 1.576 negovalnih intervencij ali poklicnih aktivnosti, od katerih jih na splošne (povezane s TŽA) odpade 589, na druge poklicne aktivnosti 451 intervencij ter poklicne aktivnosti na specialnih področjih – 536 negovalnih intervencij. Medicinska sestra (z najmanj visoko ali visokošolsko izobrazbo) lahko oziroma zna izvajati in odgovarja za strokovnost izvedbe vseh intervencij. Zdravstveni tehnik ali izvajalec zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo glede na dokument lahko izvede in odgovarja za 88 % splošnih negovalnih intervencij (521/589), 65 % drugih negovalnih intervencij (295/451) in 43 % negovalnih intervencij na specialnih področjih (234/536). Skupno razmerje v delitvi dela iz dokumenta med izvajalci zdravstvene nege z visoko izobrazbo in srednjo pomeni, da srednje medicinske sestre lahko izvajajo 66,6 % vseh negovalnih intervencij v zdravstveni obravnavi.

Resnica pa je, da je dokument vseboval (za veliko ocenjevalcev sporne) zvezdice pri razdelitvi poklicnih aktivnosti. Zvezdica predstavlja dodatna, specialna znanja za opravljanje določene poklicne aktivnosti, ki jih izvajalec ni mogel pridobiti tekom formalne izobrazbe in usposabljanja, temveč jih je moral osvojiti praviloma s prakso. V večini primerov je šlo za neformalno obliko pridobljenega znanja ali usposobljenosti, za katere izvajalec dejavnosti zdravstvene nege ni imel potrdila ali certifikata. Glede na področja poklicnih aktivnosti se je delež potrebnega neformalnega, dodatnega znanja spreminjal. Diplomirane medicinske sestre bi v skladu z dokumentom za izvajanje splošnih

negovalnih intervencij morale pridobiti 5 % dodatnih znanj (30/589), pri drugih negovalnih intervencijah 30 % (136/451) in pri izvajanju negovalnih intervencij na specialnih področjih 50 % dodatnih znanj (268/536). Srednje medicinske sestre bi za izvajanje splošnih negovalnih intervencij morale pridobiti 15 % dodatnih znanj (77/521), pri drugih negovalnih intervencijah 40 % (120/295) in pri izvajanju negovalnih intervencij na specialnih področjih 61 % dodatnih znanj (142/234). V praksi so večinoma vsa dodana znanja izvajalci že osvojili, problem je v dokazovanju neformalno osvojenе usposobljenosti.

POVZETKI PREGLEDA DOKUMENTOV:

- Formalno in s pravnega stališča je najvišje potrjen prvi splošni dokument o razmejitvi zdravstvene nege iz leta 1997, katerega izvajanje je potrdil Zdravstveni svet MZ. Dokument izvajalcem zdravstvene nege s srednjo izobrazbo predpisuje odgovornost za 51 % vseh nanizanih negovalnih intervencij.

- Sporni dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, ki naj bi razvrednotil delo srednjih medicinskih sester, priznava tehnikom zdravstvene nege znanje, usposobljenost in odgovornost za 88 % izvedenih splošnih negovalnih intervencij, 65 % drugih negovalnih intervencij in 43 % negovalnih intervencij na specialnih področjih oziroma lahko strokovno in odgovorno izvajajo 66,6 % vseh negovalnih intervencij.

- Vse splošne dokumente o razmejitvi zdravstvene nege sta pripravila Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego in Zbornica – Zveza v skupnih delovnih skupinah.

- Vse stroške nastanka dokumentov o razmejitvi pristojnosti v zdravstveni negi od leta 1994 (6 dokumentov, ki so nastajali skupaj 9 let in razmejujejo pristojnosti za skupaj 4.096 negovalnih intervencij) je pokrila Zbornica – Zveza iz plačanih članarin svojih članov.

TŽA – temeljne življenjske aktivnosti

MZ – Ministrstvo za zdravje

Povzeto po Zbornici – Zvezi, 8. 6. 2015

http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kro_nologija_nastanka_dokumentov_kompetence_zn.pdf

Za Zbornico – Zvezo zbral in uredil: Jože Prestor, koordinator strokovnih sekcij

Alergije na hrano predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem, ki zahteva vse več pozornosti – ne le v Sloveniji, ampak tudi v Evropi in svetu. Porabniki, ki so kakorkoli podvrženi alergijam na hrano, se morajo uživanju alergenom izogniti, saj lahko alergeni v živilih pri njih sprožijo življenjsko ogrožajoče reakcije. Da pa bi se alergiki lahko uspešno izognili za njih potencialno nevarnih izdelkov, morajo imeti na voljo vse informacije, ki jim to tudi omogočajo.

Nosilci živilske zakonodaje v Sloveniji so tako do 13. decembra 2014 morali izpolniti zahteve Uredbe (EU), št. 1169/2011, Evropskega parlamenta in Sveta z dne 25. 10. 2011 o zagotavljanju informacij o živilih. Nosilce živilske dejavnosti zavezuje k temu, da na svojih proizvodih ustrezno navedejo vse alergene, ki so kot sestavine prisotni v posameznem živilskem izdelku. Opredeljuje 14 alergenov, za katere je EFSA (Evropska agencija za varno hrano) znanstveno dokazala, da povzročajo alergije oziroma občutljivostne reakcije. V členu 44.1a pa Uredba določa, da je informacija glede prisotnosti alergenov obvezna tudi za nepredpakirana živila, vključno z živili, ki se pripravljajo v obratih javne prehrane ali restavracijah, torej tudi za bolnišnice, šole, vrtce ipd. Uredba ne predpisuje konkretnega načina, kako naj bodo alergeni v seznamu sestavin označeni; dopušča, da se nosilec sam odloči za njemu najprimernejši način (poševen tisk, podčrtano, večje črke ipd.).

OZADJE ALERGIJ NA HRANO IN PREOBČUTLJIVOSTI

Alergije na hrano prizadenejo 2–4 % evropske populacije, od tega je alergijam na hrano podvrženih 5–8 % otrok. Dejstvo je, da je odstotek še višji, ko govorimo o tistih, ki menijo, da so podvrženi alergiji na hrano. Ti predstavljajo 20 % populacije. Znano je, da alergija na mleko in jajca pri otrocih izzveni, ko dopolnijo 5–7 let. Nasprotno pa alergija na ribe in arašide lahko traja daljše življenjsko obdobje, če ne vse življenje. Glede na to, da zdravila za alergije na hrano ni, se morajo porabniki skrbno izogibati živilom, na katera so alergični.

Potrebno je razlikovati med alergijo na hrano in drugimi neugodnimi reakcijami na hrano, ki vključujejo imunski sistem, in med preobčutljivostjo. Pri alergijah na hrano govorimo o neustreznem imunskem odgovoru na sestavino živila (največkrat gre za beljakovino), ki ob ponovnem zaužitju sproži alergijsko reakcijo. Med najpogostejšimi neugodnimi reakcijami na hrano, ki vključuje imunski sistem, je celiakija. Gre za

kronično sistemsko avtoimunsko bolezen, ki najpogosteje prizadene tanko črevo in je posledica preobčutljivosti na gluten. Z besedo gluten imenujemo pomembne proteine zrnja pšenice, podobne proteine pa najdemo tudi v zrnju ječmena, rži, pira in tudi ovsu. Gluten lahko povzroči okvaro sluznice tankega črevesja, kar ima za posledico zmanjšano funkcijo črevesja in motnje v absorpciji hrane.

Preobčutljivost na hrano pa se nanaša na škodljive reakcije na hrano, ki ne vključujejo imunskega sistema. Običajno so rezultat nekaterih lastnosti živil (farmakološka aktivnost), lastnosti posameznika, ki je podvržen (pomanjkanje encima), lahko pa je vzrok neznan.

Alergije na hrano ali preobčutljivosti so težavno področje, zato je pomembno, da so težave s hrano potrjene kot alergije, kot tudi to, da se potrdi, da oseba ni alergična. Široke izločitvene diete so lahko nevarno početje, zato je pomembno dokazati, na katera živila je oseba res alergična in tega živila se je potrebno povsem izogibati. Drugače je pri prehranskih intolerancah, kjer večja količina problematičnega živila lahko pomeni več težav.

Zakonodaja, ki ureja področje splošnega označevanja predpakiranih živil, stremi k temu, da se prek označevanja, predstavitve in oglaševanja porabniku omogoči informirano izbiro. Toliko pomembnejše je to, ko govorimo o tisti populacijski skupini, ki je podvržena alergijam na hrano in/ali preobčutljivostnim reakcijam. Nepravilno oziroma pomanjkljivo označevanje izdelkov z vidika alergenov lahko ogroža javno zdravje, zato se to po Uredbi o izvajanju Uredbe 1169/2011 obravnava kot hujša kršitev.

Literatura:

Medved Djurašinić P. 2015. Označevanje alergenov v praksi – izziv za nosilce živilske dejavnosti. Dietetikus, Ljubljana: številka 1, letnik XVII: 3–7.

SODOBNA KARDIOLOGIJA 2015 IN 23. KONGRES ALPE-ADRIA ASSOCIATION OF CARDIOLOGY

Mojca Pekolj Bičanić,
dr.med.,spec.interne med.

Na Bledu je 3. junija 2015 potekalo redno letno znanstveno - strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije. Srečanje se je še istega dne v večernih urah nadaljevalo z 23. kongresom Alpe Adria Association of Cardiology. Strokovno srečanje kardiologov področja Alpe - Jadran je tako letos potekalo od 3. do 6. junija 2015, organizator srečanja je bilo Združenje kardiologov Slovenije.

Sodobna kardiologija 2015 se je pričela s predstavitvijo evropskih smernic za bolnike z boleznijo srca pred nesrčnim kirurškim posegom, smernic za obravnavo hipertrofične kardiomiopatije in smernic za obravnavo bolnikov z akutno pljučno embolijo. Sledila je razprava kako smernice čim boljše umestiti v slovenski prostor. Dogovorjeno je bilo, da tudi v bodoče potrebujemo smernice v slovenskem jeziku. Srečanje se je nadaljevalo s pregledom dejavnosti Združenja kardiologov Slovenija v letu 2014 in spomladanskih mesecih leta 2015. Predstavljeni so bili načrti za jesensko - zimski čas. V okviru foruma je bil izpostavljen problem specializacij iz kardiologije in vaskularne medicine. Predstavljena je bila ideja o podiplomski šoli kardiologije. V nadaljevanju je sledila razprava o rehabilitaciji bolnikov po prebolelem akutnem koronarnem dogodku. Po bistvenem zmanjšanju pravic s strani ZZS v letu 2014, kljub nasprotovanju stroke, do zdraviliške rehabilitacije, so ti bolniki v veliki meri prepuščeni sami sebi. Omenjene so bile tudi ambulante za bolnike s srčnim popuščanjem in kako poenotiti delovanje ambulant v Sloveniji.

23. srečanje kardiologov s področja Alpe - Jadran pa je bilo barvito in pestro, kar pomeni, da skorajda ni bilo področja kardiologije, ki bi ostalo nepokrito. Tako so bile v obravnavo kardioloških

bolnikov umeščene vse neinvazivne kardiovaskularne slikovne metode. Predstavljene so bile trenutne dileme pri obravnavi bolnikov z akutnim koronarnim dogodkom. Zanimivo mi je bilo predavanje o zdravljenju bolnikov s srčnim popuščanjem z ohranjeno sistolično funkcijo. Kljub številnim raziskavam, lahko z gotovostjo rečemo le, da ti bolniki potrebujejo primerno zdravljenje arterijske hipertenzije in za lajšanje simptomov diuretik. Sledijo je poročilo iz registrov za srčno popuščanje Bosne in Hercegovine, Hrvaške, Srbije, Slovenije in Italije. V okviru kongresa je potekala tudi šola ultrazvoka pljuč. In še bi lahko naštevali...

V petek zjutraj pa je bil organiziran t.i. Lap for the Heart; tek oz. hoja okoli Blejskega jezera (5.800 m). Krog za srce je bil zamišljen z namenom zbiranja prostovoljnih prispevkov za European Heart for Children. Udeležba je bila bolj skromna, ker pa upanje umira zadnje, bo drugo leto gotovo boljše. Pa še nekaj-vreme je bilo čudovito! Sedenje v predavalnici je tako zahtevalo od udeležencev veliko samodiscipline! Se vidimo prihodnje leto!

KADROVSKE NOVICE

**Duška Lalek, univ. dipl. prav., vodja
Splošne pravno-kadrovske službe**

V mesecu maju so na področju zdravstvene nege diplomirale naslednji zaposleni:

- **Indira Omerović,**
- **Suzana Kumer.**

Lilijana Žerdoner pa je v mesecu maju uspešno zaključila strokovni magistrski študij prav tako na področju zdravstvene nege.

Vsem iskrene čestitke za dosežen uspeh!



KAJ BOMO DELALI V LETU 2015?

mag. Bojan Jurca, pomočnik direktorja za gospodarske zadeve

V maju smo pripravili Plan dela in finančni načrt Bolnišnice Topolšica za leto 2015, ki ga je Svet zavoda potrdil na seji dne 4. 6. 2015, potrebujemo pa še soglasje Ministrstva za zdravje. Po pridobitvi soglasja bomo dokument objavili na naši spletni strani (<http://www.boltop.si/>). Glede na to, da je minila že skoraj polovica leta 2015, smo marsikaj od zapisanega že realizirali. Kaj pa bomo delali v drugi polovici leta?

Lansko leto nismo uspeli realizirati nekaj pomembnih ciljev, ki smo jih zato prenesli v tekoče leto. Najprej naj omenim dokončanje projekta energetske sanacije, ki smo ga letos, po pridobitvi dolgoročnega kredita, že ponovno zagnali. Po prenovi preostalega dela pritličja bo sledila še klet. Projekt bomo zaključili do konca leta 2015. Lani prav tako nismo uspeli zamenjati dotrajanega rentgenskega aparata. Dogovarjanja z Ministrstvom za zdravje glede financiranja so potekala, vendar še niso doživela epiloga.

Na finančnem področju planiramo uravnateženo poslovanje, kar pomeni, da bomo leto 2015 zaključili s pozitivno ničlo. Da bomo to dosegli, je bistvenega pomena obvladovanje realizacije pogodbenega programa, kar pa nekoliko otežuje dejstvo, da Splošni dogovor za leto 2015 še vedno ni podpisan.

Na kadrovskem področju načrtujemo nekaj nujnih zaposlitev zdravstvenega kadra, večinoma gre za zamenjave sodelavcev, ki so iz bolnišnice odšli. Zaposlili bomo tri zdravnike, tri srednje medicinske sestre, inženirja laboratorijske biomedicine in farmacevta. Nekaj zdravnikov bomo napotili na doktorski študij z namenom dolgoročnega doseganja strateške umeritve v pridobitve statusa univerzitetne klinike. Jeseni bomo z zunanjimi sodelavci izvedli anketo o zadovoljstvu zaposlenih.

Tržno dejavnost, ki jo zdaj večinoma izvajamo v pralnici in šivalnici ter kuhinji, nameravamo v letu 2016 razširiti na zdravstveno področje, torej na področje našega primarnega delovanja. V letošnjem letu bomo oblikovali tržne pakete in cenike storitev, vendar z izvajanjem še ne bomo začeli.

8			7	1	5			4		
		5	3		6	7				
3		6	4		8	9			1	
	6			5				4		
			8		7					
	5			4				9		
6		9	5		3	4			2	
		4	9		2	5				
5			1	6	4					9
			7	9	6	2	4			
9				1						2
	1		8	5	3				6	
5			4	7	9					1
				8						
4			3	2	1					7
	9		2	4	8				5	
6				3						8
			8	6	9	5	1			

FINANČNO POSLOVANJE IN REALIZACIJA PROGRAMA ZDRAVSTVENIH STORITEV

Vlasta Jevšenak, univ. dipl. ekon., vodja Službe za finance in ekonomiko

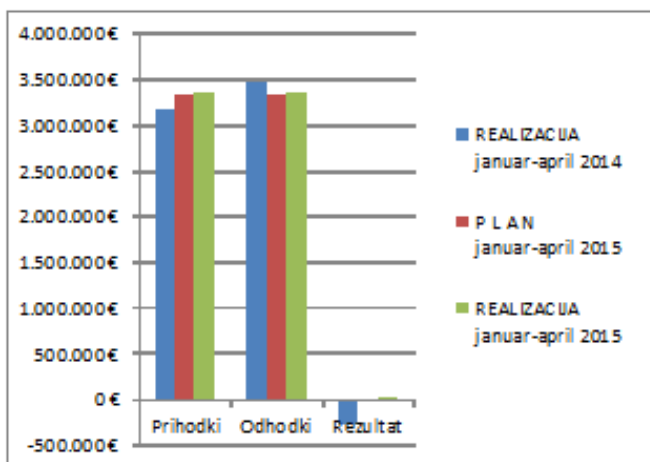
Prihodki, odhodki in poslovni izid v obdobju januar–april 2015

V prvih štirih mesecih letošnjega leta je Bolnišnica Topolšica poslovala s presežkom prihodkov nad odhodki v višini 674 evrov. Presežek prihodkov nad odhodki predstavlja 0,02 % vseh realiziranih prihodkov bolnišnice v tem obračunskem obdobju.

V primerjavi s planiranimi so realizirani prihodki v prvih štirih mesecih letošnjega leta višji za 1,24 %, realizirani odhodki pa za 1,22 %. Celotni prihodki so v obravnavanem obdobju evidentirani v višini 3.364.726 evrov in so za 6,19 % višji kot v enakem obdobju preteklega leta. Celotni odhodki bolnišnice pa so v primerjavi z enakim obdobjem preteklega leta nižji za 2,7 % in so v prvih štirih mesecih letošnjega leta evidentirani v višini 3.364.052 evrov.

Glede na presežen program zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS v prvih štirih mesecih letošnjega leta je rezultat za to obdobje dober. Realizirani odhodki kljub preseženemu programu zdravstvenih storitev niso presegli evidentiranih prihodkov za to obdobje. Vrednosti preseženega programa nismo evidentirali med prihodki obračunskega obdobja. Za leto 2015 sicer načrtujemo uravnoteženo poslovanje. V času priprave finančnega načrta Splošni dogovor za leto 2015 še ni bil sprejet, tako da pri načrtovanju prihodkov tudi nismo upoštevali morebitnih dodatnih prihodkov iz naslova višjih cen zdravstvenih storitev oziroma iz naslova morebitnih širitev programa.

Primerjava prihodkov, odhodkov in poslovnega izida tekočega leta s planiranim in realiziranim v enakem obdobju preteklega leta:

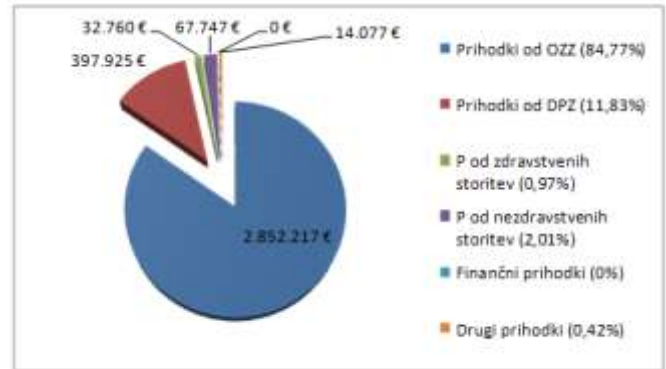


Celotni prihodki

Največji delež celotnih prihodkov predstavljajo prihodki od opravljenih zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS, iz obveznega zavarovanja 84,77 % (OZZ) in iz dodatnega prostovoljnega

zavarovanja 11,83 % (DPZ). Drugi prihodki od prodaje proizvodov in storitev znašajo skupaj 3,4 %. Finančnih prihodkov v prvih štirih mesecih leta 2015 nismo realizirali.

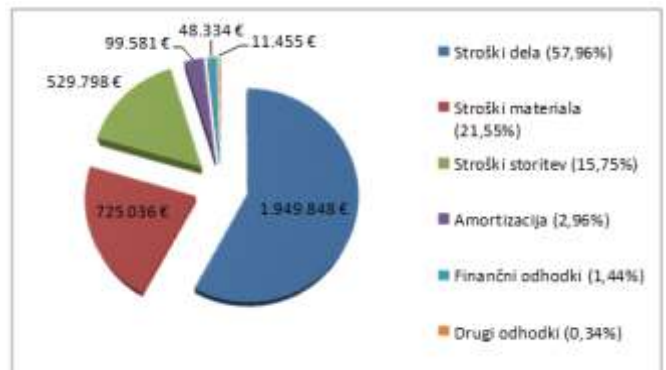
Realizirani celotni prihodki v obdobju januar–april 2015:



Celotni odhodki

Med realiziranimi celotnimi odhodki v obdobju januar–april 2015 največji delež predstavljajo stroški dela, in sicer 57,96 %, stroški materiala predstavljajo 21,55 %, stroški storitev 15,75 %, amortizacija 2,96 % in drugi odhodki 0,34 % vseh realiziranih odhodkov. Finančni odhodki so bili v prvih štirih mesecih realizirani v višini 48.334 evrov in predstavljajo 1,44 % vseh realiziranih odhodkov.

Realizirani celotni odhodki v obdobju januar–april 2015:



Program zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS v obdobju januar–april 2015

Realizacija programa zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS je bila v obdobju januar–april 2015 presežena skoraj v vseh dejavnostih. Pogoji za plačilo celotnih planiranih prihodkov po pogodbi z ZZZS ni bil izpolnjen samo v dejavnosti kardiologije.

V akutni bolnišnični obravnavi smo program v številu primerov presegli za 15,07 %, v številu uteži pa za 17,83 %. Realizirali smo tudi višjo

povprečno utež od planirane. V obdobju januar–april 2015 je bilo realiziranih 175 primerov (SPP) in 353,10 uteži nad planom. Vrednost preseženih SPP-jev je ocenjena na 397.083,09 EUR.

Realizacija programa zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS v akutni bolnišnični dejavnosti v obdobju januar–april 2015:

Vrsta storitve	Realizirano 2014 1	Indeks (real.14/plan14)	Realizirano 2015 2	Plan 2015 3	Indeks 2/3
število primerov (SPP)	1.457	127,70	1.313	1.141	115,07
število uteži	2.650,84	137,77	2.325,32	1.973,39	117,83
povprečna utež	1,82	107,89	1,77	1,73	102,40

V neakutni bolnišnični obravnavi je bil program v obravnavanem obračunskem obdobju presežen za 25,93 % oz. za 518 bolniško oskrbovalnih dni (BOD-ov). Vrednost preseženih BOD-ov je ocenjena na 52.782,31 EUR.

Realizacija programa zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS v neakutni bolnišnični dejavnosti v obdobju januar–april 2015:

Vrsta storitve	Realizirano 2014 1	Indeks (real.14/plan14)	Realizirano 2015 2	Plan 2015 3	Indeks 2/3
število bolnišnično oskrbnih dni (BOD)	2.785	139,34	2.517	1.999	125,93
število primerov (bolnikov) - evidenco	162	73,86	153	219	69,76

V specialistični ambulantni dejavnosti smo v bolnišnici v obdobju januar–april 2015 opravili skupaj 6.882 prvih in ponovnih obiskov ter plan presežli za 11,94 %. Prav tako je bil presežen tudi plan v številu točk, in sicer za 3,60 %, skupaj smo v vseh ambulantnih dejavnostih realizirali 159.212 točk. Program v dejavnosti računalniške tomografije – CT smo v prvih štirih mesecih letošnjega leta presežli za 34,49 %, program SVIT pa za 26,32 %.

Realizacija prvih in ponovnih obiskov po pogodbi z ZZZS v specialistični ambulantni dejavnosti v obdobju januar–april 2015:

Dejavnost (obiski)	Realizirano 2014 1	Indeks (real.14/plan14)	Realizirano 2015 2	Plan 2015 3	Indeks 2/3
Obiski skupaj	6.627	112,09	6.882	6.148	111,94
Internistika	158	112,06	169	141	119,86
Pulmologija z Rtg	913	117,50	908	777	116,86
Diabetologija	1.042	119,18	984	874	112,54
Alergologija	553	128,90	565	429	131,70
Gastroenterologija	119	74,53	155	160	97,08
Kardiologija	2.826	98,98	2.472	3.091	79,98
Internistika - urgentna ambulantna	1.016	150,30	1.629	676	240,98

Realizacija programa zdravstvenih storitev v točkah po pogodbi z ZZZS v specialistični ambulantni dejavnosti v obdobju januar–april 2015:

Dejavnost (točke)	Realizirano 2014 1	Indeks (real.14/plan14)	Realizirano 2015 2	Plan 2015 3	Indeks 2/3
Točke skupaj	149.381	99,27	159.212	153.677	103,60
Internistika	884	110,42	903	801	112,74
Pulmologija z Rtg	28.839	94,71	29.951	30.449	98,36
Diabetologija	9.883	108,97	10.007	9.069	110,34
Alergologija	9.206	121,26	10.202	7.592	134,38
Gastroenterologija	24.514	77,92	29.259	31.462	93,00
Kardiologija	57.139	101,45	54.650	59.523	91,81
Internistika - urgentna ambulantna	8.820	160,24	14.119	5.504	256,51
Rentgen	10.096	108,82	10.122	9.277	109,10

Realizacija programa zdravstvenih storitev v točkah po pogodbi z ZZZS v dejavnosti računalniške tomografije (CT) in programa SVIT v obdobju januar–april 2015:

Dejavnost	Realizirano 2014 1	Indeks (real.14/plan14)	Realizirano 2015 2	Plan 2015 3	Indeks 2/3
CT - preiskave	1.038	144,37	967	719	134,49
SVIT program (preiskave)	55	96,49	72	57	126,32

Čakalne dobe ne presegajo najdaljše dopustne čakalne dobe za zdravstvene storitve. Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »hitro«, se mora izvesti najpozneje v treh mesecih. Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »redno«, pa se mora izvesti najpozneje v šestih mesecih. V letu 2015 smo znižali čakalno dobo za ultrazvok srca za preiskave s stopnjo nujnosti »hitro« z 90 na 60 dni, za preiskave s stopnjo nujnosti »redno« pa s 180 na 90 dni. Čakalne dobe in število čakajočih pacientov za posamezne storitve Bolnišnica Topolšica vsak mesec poroča Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ) in jih redno objavlja na svoji spletni strani.

ČAKALNE DOBE V AMBULANTAH IN DIAGNOSTIČNIH ENOTAH (HITRO - do 3 mesece, REDNO - do 6 mesecev)	HITRO		REDNO	
	število čakajočih pacientov	ČAKALNA DOBA	število čakajočih pacientov	ČAKALNA DOBA
Ultrazvok žil	25	90	54	120
Ultrazvok srca	80	60	100	90
Ultrazvok trebuha (abdomna)	32	60	86	100
Gastroskopija	31	50	62	60
Kolonoskopija	45	70	51	90
Bronhoskopija	0	0	0	0
CT glave in vratu	15	21	12	33
CT skeleta	11	21	8	33
CT prstnega koša, trebuha in male medenice	19	21	18	33
CT trebuha (abdomna)	20	21	10	33
CT angiografije (spiralni CT)	5	21	4	33
Rtg glave	0	15	4	15
Rtg ledvic in sečnega mehurja	0	15	5	15
Rtg trebuha	0	15	6	15
Rtg pljuč	0	15	1	15
Rtg skeleta	1	15	14	15
Rtg hrbtenice	4	15	10	15
Internistična ambulantna	24	55	87	90
Ambulantna za diabetes	1	5	6	7
Ambulantna za pljučne bolezni	20	30	18	40
Alergološka ambulantna	13	20	19	27
Elektrokardiografija EKG (vključno holter, CEM)	14	25	52	25
Druge meritve pljučne funkcije (bronhospirometrija, pljučna kompliansa, merjenje izmenjave plinov)	0	0	5	14

KOTIČEK ZA KAKOVOST - 15. HRVAŠKA KONFERENCA O KVALITETI IN 6. ZNANSTVENO SREČANJE HRVAŠKEGA DRUŠTVA ZA KVALITETO

mag. Brigita Putar, predstavnica vodstva za kakovost

Že drugo leto zapored sem aktivno sodelovala na konferenci o kvaliteti. Konferenca se je odvijala v čudovitem Primoštenu, pa še vreme je bilo naklonjeno – kvalitetno – sončno.

Tema letošnje konference je bila kvaliteta upravljanja. Poudarek so organizatorji namenili predvsem tveganjem; eno izmed predavanj je imelo naslov »Tveganje je neupravljanje s tveganji«.

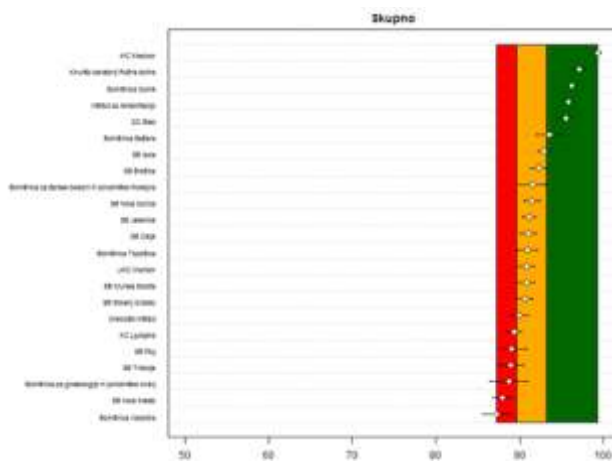


Konferenca kakovosti v okviru Hrvaškega društva za kakovost je bila pripravljena in izpeljana na visokem strokovnem nivoju s poudarkom na vpeljavi tveganj v ISO 9001:2015, ki bo konec leta stopil v veljavo. Prvi dan konference po plenarnem delu sem udeležencem s področja kakovosti (zdravstvo, javna uprava, šolstvo) predstavila Sistem poročanja neljubih dogodkov ter vlogo in naloge predstavnika vodstva za kakovost in ostalih odgovornih oseb pri reševanju problema (neljubega dogodka). Prispevek je bil v slovenskem prostoru v letu 2014 dobro sprejet na slovenski konferenci kakovosti, Boškinovih dnevih. Predstavila sem namen elektronskega evidentiranja neljubih dogodkov in porast prijav neljubih dogodkov, kar kaže na dobro poznavanje načina sistema poročanja in enostavnosti uporabe aplikacije za prijavo neljubega dogodka. Ta način poročanja in evidentiranja neljubih dogodkov nam omogoča hitro reagiranje na neljube dogodke in nadzor nad njihovim reševanjem.

Konference so se udeležili predstavniki bolnišnice Jordanovac in Klinične bolnišnice Merkur, ki so predstavili merjenje izkušenj pri pacientih ter kakovostno obravnavo varnosti in zdravja pri delu.

ANKETA O IZKUŠNJAH ODRASLIH PACIENTOV BOLNIŠNICE TOPOLŠICA V LETU 2014 Z NAČRTOM IZBOLJŠAV

Anketa o izkušnjah odraslih pacientov Bolnišnice Topolšica v letu 2014 v primerjavi z anketami v drugih slovenskih bolnišnicah kaže, da ima Bolnišnica Topolšica boljše rezultate v primerjavi s prejšnjimi leti; z zadnjega mesta se je prebila v zlato sredino – na 13. mesto od 23 bolnišnic. Razlog za izboljšanje pripisujemo v največji meri delni energetski sanaciji bolnišnice, ki je bila dokončana v ocenjevalnem obdobju. Po končani obnovi bodo pogoji bivanja bistveno boljši kot pred njo, bistveno boljša bo tudi funkcionalnost bolnišnice v celoti. Vse navedeno bo prispevalo k še boljšim rezultatom pri prihodnji anketi.



Bolnišnica Topolšica je na 13. mestu v rumenem območju, kar pomeni, da je uvrščena med 50 % bolnišnic z zadovoljnimi pacienti.

NAČRTOVANE IZBOLJŠAVE V LETU 2015

1. Zaključek energetske sanacije bolnišnice, ki vpliva na praktično vse obravnavane dejavnike: sprejem, bolniško okolje, postopke med zdravljenjem.

2. Pogoji za zagotavljanje zasebnosti pacientov med bivanjem se bodo izboljšali po končani obnovi in z montažo zaves med posteljami za zagotovitev intimnosti pacientov.

3. Vzpostavili smo brezplačno wi-fi okolje v bolnišnici.

V letu 2015 bomo izvedli delavnice na temo komunikacije za zaposlene

PRALNICA IN ŠIVALNICA

Mateja Urleb, vodja Pralnice in šivalnice

Na dobro počutje bolnikov lahko vpliva več dejavnikov. Eden od dejavnikov je tudi zasebnost. Da se bi bolniki v naši ustanovi dobro počutili, smo bolniške sobe opremili s pregradnimi zavesami in dokupili novo bolniško perilo.

Še nekaj praktičnih nasvetov

Da bi perilo čim dlje ohranjalo svojo obliko, barvo, elastičnost in funkcijo, je pomembno upoštevati navodila proizvajalca o negi. Na etiketah vsakega modela imamo oznake, ki narekujejo, kako je potrebno izdelek negovati.

Nedrčke, še posebej tiste, ki imajo všite opore ali pa so podloženi s peno, bi morali prati ročno, z nežnim drgnjenjem. Po končanem pranju pa s prsti košarici pomagamo, da se povrne v prvotno obliko in ne ostane deformirana.

Za ndrčke, ki jih kljub temu peremo v stroju, nastavimo program za nežno pranje, brez ali z minimalno centrifugo. Perilo peremo v posebni pralni vrečki, ki med pranjem ščiti obliko perila.

Belo perilo peremo z univerzalnim pralnim sredstvom. Za barvasto perilo pa uporabljamo prašek za občutljivo perilo. Pri pranju perila ne pretiravamo z doziranjem mehčalca, ker zmanjšuje trdnost vlaken in poveča možnost, da se perilo sčasoma deformira. Prav tako dodatki mehčalca zapolnijo fine pore med vlakni, zato pletenine vlage ne vpijajo in oblika ni takšna kot na začetku.

Še zlasti bodimo previdni pri negi svile. Pri svili uporabljamo blaga čistila, takšna kot za volno, in vedno izberemo program nežnega ročnega pranja.



Perila nikoli ne sušimo na soncu. Izpostavljenost neposrednim sončnim žarkom lahko povzroči porumenelost perila.

Zaveso smo zašili v šivalnici bolnišnice

ODPIRAMO SLOVENIJO

dr. Marjeta Pučko, mag. Bojan Jurca

Pilotski projekt »Uporaba e-izobraževanja v Bolnišnici Topolšica« poteka v sodelovanju z Institutom Jožef Stefan v okviru iniciative Odpiramo Slovenijo (Opening up Slovenia). Z uveljavljanjem iniciative postaja Slovenija vzorčna država v Evropski uniji na področju celostnega razvoja in inovacij odprtih učnih okolij ter uporabe digitalnih tehnologij v izobraževanju. Ustanovni člani in podporniki iniciative so poleg koordinatorja, tj. Institut Jožef Stefan, izobraževalne institucije vseh sektorjev od vrtcev, osnovnih in srednjih šol do univerz, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, Nacionalna komisija Unesco, Gospodarska zbornica Slovenije, Nacionalna agencija za kakovost v visokem šolstvu, različna združenja in drugi člani. Aktivnosti iniciative se intenzivno širijo tudi v gospodarstvo in zdravstvo.

V fazi izvajanja pilotskega projekta v Bolnišnici Topolšica trenutno nastajata dva spletna tečaja z zdravstveno tematiko. Gre za temi iz uvajalnega seminarja za novo zaposlene, za delavnico o higieni rok in ergonomskem načinu dela. Spletna tečaja bosta dostopna na spletnem izobraževalnem portalu <http://videlectures.net/>. Projekt bo na prijazen način približal uporabo sodobne računalniške tehnologije v izobraževanju širšemu krogu zaposlenih v bolnišnici in jim hkrati ponudil priložnost, da aktivno oblikujejo zanimive izobraževalne vsebine za sodelavce in širši krog uporabnikov.

Dne 5. 6. 2015 smo v Bolnišnici Topolšica snemali video vsebine za obe v pilotski projekt vključeni temi. Sodelavke Fizioterapije in Enote intenzivne terapije so pred kamero prijazno ponudile pomoč bolnikom. Snemanje je potekalo v sproščenem in ustvarjalnem vzdušju. V imenu vodstva bolnišnice in vodstva projekta pri Institutu Jožefa Stefana se zahvaljujemo vsem avtorjem in sodelujočim pri pripravi spletnih tečajev!



VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU

PRAKTIČNO USPOSABLJANJE: EVAKUACIJA IZ OBJEKTA

mag. Brigita Putar

Na podlagi 11. člena Pravilnika o požarnem redu (Ur.l. RS, št. 52/2007, 34/2011, 101/2011) smo v bolnišnici dne 28. 5. 2015 izvedli praktično usposabljanje za evakuacijo iz objekta ob požaru (v nadaljevanju: vaja).

Lokacija vaje:

- a) OBJEKT PRALNICA
- b) OBJEKT KUHINJA
- c) BOLNIŠNICA TOPOLŠICA (1., 2. in 3. nadstropje)
- d) BOLNIŠNICA TOPOLŠICA (klet, pritličje in 4. nadstropje)

Vajo smo izvedli z namenom, da zaposleni obnovijo znanje o možnih evakuacijskih poteh in izhodih, lokaciji zbirnega mesta ter spoznajo delovanje požarnega alarma. Evakuacija je potekala po vseh možnih evakuacijskih poteh. Uporabili so se vsi možni evakuacijski izhodi, razen izhoda na gradbišče v bolnišnici (sprednja stran bolnišnice) in dvigal.

Obnovili so se postopki in naloge na zbirnem mestu. Poudarek je bil predvsem na:

nalogah odgovorih oseb za izvajanje evakuacije, evakuacija ostalih uporabnikov objekta, ogled lokacije plinske požarne pipe (objekt kuhinja) in izklopa ventilacije (objekta kuhinja in pralnica), ogled za požar bolj nevarnih prostorov (objekt pralnica), izklop ventilacije in obnovitev postopkov gašenja začetnih požarov z gasilniki.



KRATKA ZGODOVINA KRONOSA

mag. Bojan Jurca, Blanka Brglez

Potrebno je priznati, da zgodovina programa Kronos v Bolnišnici Topolšica niti ni tako kratka. Uvedbo ure za evidentiranje delovnega časa, ki naj bi poleg natančnejših evidenc omogočala tudi boljše upravljanje z delovnim časom, smo planirali že v letu 2013, a projekta takrat zaradi pomanjkanja finančnih sredstev nismo izvedli. Ko pa smo premagali začetne težave, je uvedba potekala zelo hitro. Z evidentiranjem prisotnosti smo pričeli v aprilu. April je bil testni mesec, ko smo evidence še vodili paralelno tudi v starem DOS-ovem programu, ki je v bolnišnici še iz prejšnjega tisočletja. Z majem smo paralelne evidence ukinili, tako da so majske plače že obračunane v Kronosu. V juniju smo v Kronos prenesli še zatečeni saldo viškov ur, ki so nastale pred aprilom, s čimer se je uvajalno obdobje tudi zaključilo.



Levji delež zaslug za hitro uvedbo Kronosa v Bolnišnici Topolšica gre ženski, ki stoji oziroma v tem primeru sedi za bogom časa. Blanka Brglez iz Splošne pravno-kadrovske službe je v preteklih dveh mesecih zbirala pripombe in predloge ter skupaj z dobaviteljem Kronosa, podjetjem Gorenje, vsak dan odpravljala napake in težave.

Kronos je sedaj tu. Ne pozabite vsakodnevno obiskati terminala.

KUHINJSKI KOTIČEK

Peter Blaj, vodja Kuhinje

BEZGOVO CVETJE PRINAŠA POLETJE



Nekoč je veljalo, da poletje napoči takrat, ko zacveti bezeg, z njim pa se odprejo priložnosti za pripravo številnih okusnih jedi. Ob omembi bezga v naši deželi najpogosteje pomislimo na dve stvari. Bezgov sirup ali šabeso in ocvrte bezgove cvetove, potem pa se naša kulinarična domišljija večinoma neha. Ampak dišeče cvetove, ki jih vselej nabiramo v suhem in sončnem vremenu in jih pred uporabo nikar ne peremo, saj bi s tem uničili dobršen del okusa, lahko porabimo še na številne druge načine. Dodamo jih tekočemu testu za praženec ali omlete, umešanim pečenim jajcem in celo navadnim jogurtom, s čimer jim popestrimo okus. Najenostavnejši recept za vso družino so ocvrti bezgovi cvetovi. Zanje pripravimo nekoliko bolj gosto in penasto testo za palačinke ali cesarski praženec. Vanj pomakamo očiščene bezgove cvetove in jih zlatorumeno popečemo v ponvi na malo olja ali masla. Medtem ko se cvet cvre na eni strani, mu odščipnemo pecelj, ga obrnemo in popečemo še na drugi strani, saj bi ga sicer morali peči v večji količini olja. Če pri receptu izvzamemo sladkor, lahko tako pripravljene cvetove postrežemo kot glavno jed – denimo skupaj z veliko skledo mlade listnate solate. Lahko pa že prej porežemo celotne peclje in cvetove vmešamo v samo maso ter spečemo kot običajne palačinke, sladke ali slane. Šabesa, razredčena z navadno ali mineralno vodo, imenitno odžeja. Nekateri jo radi dodajo penečim se vinom in vse skupaj postrežejo z jagodami. Če vam doslej naštete jedi ne bi teknile, ste pa ljubitelj jedi z žara, imate na razpolago kar nekaj načinov. Pripravite lahko z bezgom začinjeno kremo oziroma šodo, s katero lahko prelijete svoje najljubše pečene dobrote – beluše, lososa, nemara tudi fileje belega mesa in podobno. In še nekaj za ljubitelje likerjev. Odstranimo čim več pecljev in s cvetovi do tretjih četrtin napolnimo kozarec za vlaganje. Potlačeni naj segajo do polovice. Dodamo za osmino višine kozarca sladkorja, nato pa skoraj do grla zalijemo

z vodko ali čistim tropinovcem. Pokrijemo s tankimi rezinami limone, da cvetovi ne prodrejo na površje, zapremo in nanje za mesec dni pozabimo. Nato tekočino precedimo v steklenico in z likerjem počakamo še dva tedna, da dozori.

BEZGOV SLANI ŠODO

Potrebujemo 4 bezgove cvetove, 100 g masla, 2 rumenjaka, 1,25 dl suhega belega vina, morsko sol, sveže zmlet beli poper, ščepec muškata oreščka, nekaj kapljic limonovega soka. Bezgove cvetove očistimo in jim odstranimo morebitne žuželke, peclje porežemo. V manjšem loncu pristavimo vino, bezgove cvetove in sladkor. Počasi kuhamo, da vino povre na polovico. Posodo, na katero se prilega manjša posoda, z malo vode pristavimo, da dobimo parno kopel za manjšo posodo. V manjšo posodo skozi gosto cedilo precedimo bezgovo vino. Dodamo rumenjaka, začinjemo s soljo, belim poprom in muškatinim oreščkom ter okisamo z nekaj kapljicami limonovega soka. Manjšo posodo postavimo v posodo z vrelo vodo in enakomerno stepamo, da dobimo gosto in penasto omako. Ko se to zgodi, manjšo posodo odstavimo in v omako vmešamo na koščke narezano maslo. Z nastalo omako, ki je nekakšna izboljšana, sezonska različica holandske omake, prelijemo na žaru pečene piščančje fileje, beluše ali ribe, na primer lososa.

Poletni utrinki iz Gardalanda



V prihajajočem poletju vam kolektiv kuhinje želi:

**veliko vročega sonca,
peščenih plaž,
polnih kozarcev vode,
slanega morja,
hladnega vetra in čim več radostnih
trenutkov z vašimi najbližjimi ...**

ZDRAVSTVENA ADMINISTRACIJA

mag. Brigita Putar

Sodelavka Vida Delopst se je opremila z naglavno slušalko, ki ji omogoča lažje, hitrejše in učinkovitejše posredovanje telefonskih klicev in informacij uporabnikom.



IZLET V GARDALAND

Tanja Kolenc diplomirana med. sestra

V soboto, 6. 6. 2015, smo zaposleni v Bolnišnici Topolšica (in po želji tudi naši družinski člani) obiskali zabavišni park Gardaland v Italiji. Izlet sta organizirala SDZN in SZSV. Zbrali smo se pred bolnišnično kuhinjo in se odpeljali proti mejnemu prehodu Fernetiči. Po nekaj postankih smo po dobrih šestih urah prispeli na cilj. Pričakalo nas je čudovito sončno vreme in ogromno možnosti za zabavo in sprostitvev. Po napornem adrenalinskem dnevu, močni sončni pripeki in prijetnemu hlajenju v vodnih fontanah, smo se odpravili nazaj proti domu. Zadovoljni, veseli in malo utrujeni smo komaj čakali, da prispemo domov.



KOTIČEK ZA ŠPORT IN REKREACIJO

Rekreacija – odbojka

Robi Čuden, dipl.ing.radiologije

Bolnišnica Topolšica že več let zaporedoma organizira rekreacijo za vse zaposlene. Odbojka poteka v telovadnici Osnovne šole Topolšica. Pogosto se nam pridružijo tudi družinski člani in naši upokojniki. Rekreacija se prične ob 20. uri in traja vsaj do 21.30. Poteka vse leto po enakem urniku, kot ga imajo osnovnošolci, kar pomeni, da ob počitnicah in praznikih rekreacija v telovadnici odpade. V času poletnih šolskih počitnic se odbojka preseli na igrišče pri pralnici, kjer se igra odbojka na mivki.

Ko ura osem odbije, se ob sredah močno po žogi bje.

Igra vsakič je huda, saj vložimo v njo veliko truda.

Prisotnega je malo greha in veliko smeha.

Nikoli nas ni preveč, zato bilo bi fajn, če prišel bi še kakšen več.



ŠTORKLJINE NOVICE

14. 4. 2015 je prijokal na svet Tim.



Čestitamo mamici Mireli in atiju Kristjanu!

TOP PREDLOG II. ČETRTLETJA 2015

mag. Brigita Putar, predstavnica vodstva za kakovost

V tem obdobju nismo prejeli nobenega top predloga, ostajata še 2 nerealizirana iz I. četrletja 2015.

Nerealizirana top predloga:

07/2015 – predlagateljica Renata Vrečar Mošmondor (označitev vstopnih vrat, ki vodijo v prostore, kjer ima Enota fizioterapije svoja delovišča – Fizioterapija 1 (prostor v 1. nadstropju), Fizioterapija 2 (prostor v 2. nadstropju))

08/2015 – predlagatelj Jurij Šorli (nedorečena je pot odločanja in označevanja pri bolnikih, kjer odstopimo od invazivnega ukrepanja. Predlagam, da se vzpostavi dokument, na katerega konzilij zdravnikov (na jutranjem raportu?) označi razloge in ukrepe, od katerih se odstopa. Na listu bi bilo smiselno imeti tudi polje, na katerega se ob seznanitvi podpišejo svojci ali skrbniki)

Spoštovani sodelavci, prepričani smo, da imate na zalogi še veliko neslišanih idej, predlogov. **Top predlog je pravi naslov** – na intranetni strani bolnišnice (zavihek Storitveni center – Top predlog) jih zapišite in pošljite. Postanite eden izmed zaposlenih, ki boste prispevali izboljšavo za sodelavce in uporabnike (bolnike, obiskovalce).

Predloge za III. četrletje posredujte do 4. septembra 2015.

IZBOR MINI NAJ SODELAVCA

Tatjana Perko, dipl. ekon.

Sodelavke in sodelavci.

Na podlagi izpolnjenih prijavnih smo že dobili prvega finalista, ki ga bomo poimenovali »**MINI NAJ SODELAVEC**«. Izbor je trajal do 31. 5. 2015, prejeli smo 11 glasovnic.



Priznanje »MINI NAJ SODELAVEC« in pecivo prejme sodelavka DARJA VUČINA.

Čestitamo »MINI NAJ SODELAVKI« – DARJI VUČINA.

Drugi finalist oz. »DRUGI MINI NAJ SODELAVEC«

V naslednji številki Topličnika, ki bo izšel predvidoma septembra 2015, bomo na podlagi izpolnjenih prijavnih dobili tudi drugega finalista oz. drugega »MINI NAJ SODELAVCA«. Vsak mini naj sodelavec prejme tudi priznanje in pecivo.

»NAJ SODELAVEC«

Izmed treh mini naj sodelavcev bomo na novoletni zabavi izžrebali »Naj sodelavca«, ki bo prejel priznanje, bon za Golte (za kakršnokoli storitev) v vrednosti 40 evrov in pecivo.

»DRUGI MINI NAJ SODELAVEC« 2015

Za naj sodelavca predlagam:

, ki dela kot: IME IN PRIIMEK

NAZIV DELOVNEGA MESTA

Predlagam ga zato, ker (kratek opis):

Izpolnjene kupone oddajte v nabiralniku na oddelku ali v tajništvu bolnišnice do 10. septembra 2015.

ZAHVALE

Spoštovani dr. Jurij Šorli in vsi sodelavci na oddelku za rehabilitacijo,

za prijetno bivanje in vso pozornost v času rehabilitacije se vam iskreno zahvaljujemo.

Ekipa v sobi št. 3

P.S. Obljubljam, da bomo treningu z jezikom vključili tudi roke in noge



Dragi sodelavci

Nobena beseda dovolj ne bo,
da zahvalim se za vse to,
kar zame ste storili,
mi vero v življenje in dobre ljudi povrnili,
tudi, ko vse črno in turobno je bilo,
z vašo podporo in pomočjo vse nekako na bolje
je šlo.

Če bi mogla, bi vam vse to povrnila,
in se vam vsaj malo oddolžila,
zdaj pa, ko od vas se bom poslovila,
vedite, da v srcu vas bom vedno nosila.

Življenje je pač tako speljano,
da dočakat še nekaj let z vami,
mi pač ni dano,
upam pa, da v stikih bomo ostali
in še večkrat se sestali.

Lucija



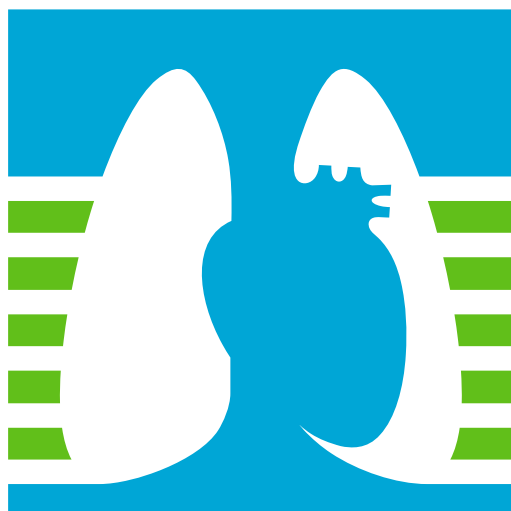
Spoštovani!

V sredo, 27. 5. 2015, je dr. Urbanc napotil mojega očeta Antona Meža v Bolnišnico Topolšica, kjer ste mu opravili potrebne preiskave in potrdili našo domnevo, da gre za možgansko kap. Najlepše bi se v imenu družine zahvalila celotnemu kolektivu internega oddelka, še posebej sobni zdravnici dr. Aleni Vernikouskaya, ki se je posvetovala z dežurnim nevrologom in svoje delo opravila zelo strokovno. Prav tako se iskreno zahvaljujem celotnemu medicinskemu osebju, ki je v teh težkih trenutkih bodrilo očeta in s pravo mero optimizma, ki je še kako dobrodošel v takih trenutkih, pripomoglo pri okrevanju očeta.

Hvala za ves trud in vse dobro tudi v prihodnje.

S spoštovanjem

Alenka Meža



Bolnišnica
Topolšica

Topolšica
Hospital

