

## KAZALNIKI KAKOVOSTI 2008

Kot Splošna bolnišnica, ki izvaja zdravstvene storitve na sekundarni ravni smo dolžni izvajati aktivnosti nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti za bolnike.

Kazalnik je merilno orodje, ki kaže na izide obravnave bolnikov in drugih uporabnikov in ga uporabljamo kot vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave bolnikov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanja zavoda (Canadian Council on Health Service Accreditation, 1996).

V skladu s področnim dogovorom ( 29. člen), ki zdravstvenim zavodom za leto 2006 nalaga spremljanje 6 kazalnikov kakovosti in objavo teh na spletnih straneh, smo se v naši bolnišnici pripravili sledeče kazalnike kakovosti:

### 1. Število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni

Pravica bolnika do varnosti je brezpogojna in zahteva od zdravstveno negovalnega tima sposobnost odgovornega mišljenja, odločanja in ravnanja. Zdravstveni delavec mora zavestno razmišljati o varnosti bolnika in tako tudi ravnati.

Ker se padci bolnikov uvrščajo med neželene dogodke, jih na nivoju bolnišnice redno spremljamo s pomočjo posebnega obrazca. Podatki o številu padcev s postelj so prikazani v tabeli 1.1.

**Definicija:** Padeč bolnika s postelje na 1000 oskrbnih dni.

**Vir podatkov:** Sprotno spremljanje padcev na posebnem obrazcu.

**Števec:** Število padcev, pomnoženo s 1000.

**Imenovalec:** Število oskrbnih dni za vse bolnike.

**Vrsta kazalnika:** raven izvajalca zdravstvenih storitev (bolnišnica)

Tabela 1.1: število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni

Leto	01.- 12. 2006	01.- 12. 2007	01.-12.2008
Število padcev s postelj	107	67	105
Število oskrbnih dni za vse bolnike	114.408	110.101	127.853
Padeč bolnika s postelje na 1000 oskrbnih dni	0,93	0,60	0,82

Za uresničevanje zgoraj navedenih ciljev smo že v letu 2006 spremenili obrazec za spremljanje neželenih dogodkov. Obrazec in navodila za izpolnjevanje in ukrepanje v primeru neželenega dogodka je bi obravnavan in sprejet na Strokovnem svetu SB M. Sobota in Strokovnem svetu zdravstvene nege. Poleg tega je bil pripravljen standard posebnih varnostnih ukrepov (PVU) pri nemirnem bolniku z namenom preprečiti neposredno nevarnost poškodbe pri bolniku in preprečiti motnje v terapevtskem programu. Standard smo v letu 2007 uvedli v prakso. V letu 2007 zasledimo iz rezultatov tako že upadanje neželenih dogodkov pri bolniku, kar pa ima za posledico povečanje varnosti bolnika, ki pa je ena od osnovnih pravic bolnika.

V letu 2007 smo na področju ZN izvedli v zvezi z varnostjo 4 varnostne vizite in 5 pogovorov o varnosti

V letu 2008 pa želimo uvesti v prakso redne varnostne vizite in pogovore o varnosti.

### **Rezultati v letu 2008 in načrt izboljšav**

V letu 2008 ugotavljamo, da so padci bolnikov v primerjavi z letom 2007 porasli za 0,20%. Pri iskanju razlogov za porast padcev ne moremo mimo naslednjih dejstev, ki so prispevala k takemu rezultatu. Med glavnimi dejavniki, ki po našem mnenju prispevajo k takemu rezultatu so:

- velika zasedenost internega in pljučnega oddelka, kjer beležimo največje število padcev.
- visoka povprečna starost pacientov, ki ležijo na omenjenih oddelkih
- visok delež bolnikov, ki so glede na potrebe po zdravstveni negi uvrščeni v tretjo kategorijo zdravstvene nege.
- pomanjkanje kadra oziroma izvajalcev zdravstvene nege, ki ga dokazujemo s kategorizacijo zdravstvene nege.

V letu 2009 smo si na osnovi rezultatov zadali naslednje cilje:

- Preveriti uvajanje standarda posebnih varnostnih ukrepov pri nemirnih bolnikih v prakso
- Ustanoviti delovno skupino, ki se bo ciljno ukvarjala s preprečevanjem padcev na nivoju celotne bolnišnice
- Izvesti presečno raziskavo ugotavljanja tveganj za nastanek padca v bolnišnici s pomočjo modificirane MORSE – lestvice
- Pregledati stanje pripomočkov za varovanje pacientov pred padci (varnostne ograjice in pasovi)

Pripravil:

Mag. Zdenka Gomboc, prof. zdr. vzg.

Emilija Kavaš pomočnica dir. za področje ZN in skupina za spremljanje ran v sodelovanju z glavnimi medicinskimi sestrami bolnišničnih oddelkov

## 2. Število preležanin, nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov

Preležanine ali razjede nastale zaradi pritiska (RZP) predstavlja v stroki zdravstvene nege osrednji problem tako v tujini kot pri nas. Definiramo jo kot lokalizirano območje celične poškodbe, ki nastane bodisi zaradi neposrednega pritiska na kožo s posledično ishemijo tkiva, bodisi zaradi delovanja strižnih sil, ki mehanično okvarjajo tkivo (Chapman, E.J. and Chapman, R, 1986). Raziskave o incidenci in prevalenci razjede zaradi pritiska (RZP) v bolnišnicah ali domovih za starejše navajajo podatke od 2,7 do 29,5%. V povezavi z nastankom RZP se omenja več kot 100 dejavnikov. Med najpomembnejše sodijo: motnje gibanja, spremembe na koži, inkontinenca in spremembe v prehranjenosti.

V Slovenskih bolnišnicah zasledimo številne aktivnosti na področju preprečevanja in zdravljenja RZP, ki so že predmet zagotavljanja kakovosti.

Tudi v Splošni bolnišnici Murska Sobota smo se odločili, da naredimo oceno aktivnosti, ki se nanašajo na preprečevanje in zdravljenje RZP. Zato smo se odločili, da bomo na vseh bolnišničnih oddelkih spremljali število nastalih preležanin.

Podatke, ki so jih spremljali izvajalci zdravstvene nege s pomočjo posebnega obrazca smo prikazali v obliki kazalca kakovosti kot je prikazano na tem mestu.

**Definicija:** Število preležanin, dobljenih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov.

**Vir podatkov:** Sprotno spremljanje preležanin na posebnem obrazcu.

**Števec:** Število preležanin, pomnoženo s 1000.

**Imenovalec:** Število vseh hospitaliziranih bolnikov.

**Vrsta kazalnika:** raven izvajalca zdravstvenih storitev (bolnišnica)

Tabela 2.1: Število preležanin, dobljenih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov.

Leto	01-11.2005	01-12. 2006	01-12. 2007	01-12.2008
Št. sprejetih bolnikov v bolnišnico	18.107	20.702	18.985	21.821
Št. preležanin nastalih v SBMS	45	35	572	355
Incidenca	0,24%	0,16%	3,01%	1,6 %
Na 1000 bolnikov	2,48	1,69	30,1	16,3

Rezultati spremljanja, ki so prikazani v tabeli 2.1 kažejo, da je v obdobju od januarja do decembra 2006 nastalo 35 preležanin pri bolnikih v času hospitalizacije.

S pomočjo podatka, da smo v tem istem obdobju hospitalizirali 18.107 bolnikov smo izračunali incidenco 0,16.

Podatki iz iste tabele pa kažejo tudi, da se je na 1000 sprejetih bolnikov pri 1,69 bolnikov odkrila preležanina.

V letu 2007 smo pri bolnikih zabeležili 572 preležanin ali 30,1 na 1000 bolnikov, ki so nastale v času hospitalizacije v naši bolnišnici.

Na nivoju bolnišnice smo v letu 2006 ustanovili multidisciplinarno skupino za kronične rane, ki si je med prioritete cilje na področju preprečevanja in oskrbe rane zadala tudi izboljšati metodologijo spremljanja. V ta namen so bili pripravljene novi obrazci, ki smo jih v letu 2007 uvedli v prakso na vseh hospitalnih oddelkih bolnišnice.

V letu 2007 zasledimo znatno povečanje števila razjed zaradi pritiska, kar pripisujemo izpopolnitvi obrazca za spremljanje ran ter dejstvu, da spremljamo oz. je v številu RZP zajeta tudi prva faza nastanka razjede zaradi pritiska, kar pa v prejšnjih letih ni bilo spremljano.

**Poleg zajetja prve faze pa so v obrazcu številčno zajete vse RZP pri enem bolniku kar kaže znatno povišanje odstotka preležanin v letu 2007 v primerjavi z letom 2005 in 2006, kjer so bili številčno zajeti le bolniki .**

Mnenja smo, da je možno preprečevati posledice RZP le, če jih zgodaj zaznamo, pravilno evidentiramo, spremljamo in ustrezno obravnavamo že v začetni fazi nastanka.

Omenjeni kazalnik nam je pokazal oceno aktivnosti na področju preprečevanja nastanka preležanin. Ugotovili smo, da bo potrebno omenjen podatke redno in dosledno zbirati tudi v prihodnje, da bomo lahko zasledovali trende in izvajali primerjavo. Zato smo v letu 2007 dodelali metodologijo sprotnega zbiranja podatkov in ustanovili posebno delovno skupino, ki bo delala na področju preprečevanja in oskrbe preležanin.

Na koncu lahko zaključimo, da se v naši bolnišnici zavedamo, da gre za pomemben kazalec kakovosti. Pri čemer pa smo prepričani, da bo slednji za bolnišnice, ki že nekaj časa prikazujejo (s pomočjo kategorizacije bolnikov glede na potrebe po zdravstveni negi) vse večji delež bolnikov, ki so popolnoma odvisni od pomoči izvajalcev zdravstvene nege in dokazujejo, da rabimo več izvajalcev zdravstvene nege za tako težke in odvisne bolnike. Ta kazalnik kakovosti bo ob taki zasedbi kadra in vedno večjem številu bolnikov II. In III. kategorije bolnikov predstavljal v prihodnosti vedno večji izziv.

### **Rezultati v letu 2008 in načrt izboljšav**

V letu 2008 smo s pomočjo natančnejšega spremljanja preležanin prikazali preležanine nastale v SB. Murska Sobota.

Podobno kot pri padcih tudi pri preležaninah ugotavljamo, da imajo na število preležanin vse večji vpliv dejavniki kot so: visoka starost pacientov, vse večji delež bolnikov, ki so popolnoma odvisni od izvajalcev zdravstvene nege. Slednji delež bolnikov, ki so bili uvrščeni glede na potrebe po zdravstveni negi je v letu 2008 znašal 38%. V letu 2008 opažamo tudi velik priliv težkih pacientov s kroničnimi obolenji iz Domov starejših, ki so bili na novo ustanovljeni.

Zato smo si v letu 2009 zadali naslednje cilje:

- Uvesti klinično pot za bolnike z rano nastalo zaradi pritiska v prakso
- Delovna skupina za kronične rane mora redno in to obdobje na 3 mesece spremljati podatke o številu ran in predlagati izboljšave v sled najnovejših strokovnih spoznanj na tem področju
- Obrazec za mesečno spremljanje kroničnih ran bomo še izboljšali

Pripravili:

Mag. Zdenka Gomboc, prof. zdr. vzg.

Emilija Kavaš pomočnica dir. za področje ZN in skupina za spremljanje ran v sodelovanju z glavnimi medicinskimi sestrami bolnišničnih oddelkov

### 3. Čakalna doba za računalniško tomografijo

Računalniško tomografijo kot diagnostično metodo izvajamo kot diagnostiko skeleta, možganov, hrbtnega mozga in notranjih organov (pljuč, srca, jeter, trebušne slinavke, ledvic..)

Vsak pacient se pred preiskavo oglasi pri okencu sprejemne pisarne radiološkega oddelka, s seboj pa mora imeti veljavno napotnico, potrjeno zdravniško kartico in izvide. Na preiskavo naj bo pripravljen po navodilih, ki jih je dobil ob naročanju. Več o tem v opisu preiskav in v opisu priprav na preiskavo.

V kabini, ki je pred diagnostiko, se morajo odstraniti obleka in nakit ter drugi predmeti s predela telesa, ki bo preiskan.

Računalniška tomografija predstavlja eno od nepogrešljivih diagnostičnih metod, pri kateri so glede na tehnične zmogljivosti aparature, širijo tudi indikacije za preiskavo. Računalniško tomografijo izvajamo pri bolnikih, za katere je po postavljeni indikaciji izdana napotnica za pregled. Po prejemu napotnice se bolniki vpišejo v čakalno knjigo, na podlagi katere spremljamo čakalno dobo.

Računalniško tomografijo pri bolnikih, kjer njihovo obolenje ali stanje zahteva urgentno diagnostiko, izvajamo preiskavo po posebnem dogovoru, brez čakalne vrste. Tudi za hospitalizirane bolnike, kjer je potreben izvid računalniške tomografije, izvajamo preiskavo prednostno.

Definicija: Čakalna doba na računalniško tomografijo od napotitve do izvedbe

Vir podatkov: čakalna knjiga

Vrsta kazalnika: raven izvajalca

<b>Leto</b>	<b>01.- 12. 2006</b>	<b>01.- 12. 2007</b>	<b>01.-12. 2008</b>
Število čakalnih dni	77.250	51.555	106.263
Število čakajočih bolnikov	515	2455	2840
Povprečna čakalna doba	150 dni	21 dni	37,4 dni
Razpon čakalne dobe	Se ne spremlja	Se ne spremlja	10-60
Odstotek urgentnih preiskav		20,7	22
Odstotek neustreznih indikacij		25,00	20

Čakalna doba se je v letu 2007 izredno zmanjšala in sicer za več kot 80%. Pri večjem obsegu potrebnih preiskav je odločilno število izvedenih preiskav. S povečanim številom preiskav se je zmanjšala tudi čakalna doba.

### **Rezultati v letu 2008 in načrti izboljšav**

Čakalna doba se je v primerjavi z letom 2007 sicer ob koncu podvojila, kar je bilo v precejšnji meri pogojeno z opravljanjem preiskav magnetne resonance, ki smo jih v zadnjem četrtletju 2008 po izpolnjenem programu in vrnitvi mobilnega aparata, nehali izvajati. Ob tem sicer ugotavljamo preveliko število indiciranih CT preiskav, zato smo se za leto 2009 odločili uvesti natančnejše spremljanje indiciranja preiskav.

### **Pripravili:**

Predstojnica oddelka: mag. Marija Šantl Letonja, dr. med, spec.

Asist. Daniel Grabar, dr.med.,spec Daniel Grabar dr.med. spec

Direktor bolnišnice: Ernest Börc, univ.dipl.ekon.

#### 4. Čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust.

Staranje prebivalstva in posledično vedno večje število kroničnih bolnikov predstavlja za bolnišnice, predvsem pa za obvladovanje stroškov velik izziv. Bolnišnični oddelki so vse bolj zasedeni z bolniki, ki ne potrebujejo obravnave v akutni bolnišnici, potrebujejo pa nadzor, kakovostno zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo, fizioterapijo, delovno terapijo ali reševanje socialne problematike. Zato je načrtovanje odpusta in povezovanje z drugimi ustanovami v smislu zmanjševanja števila dni, ko bolniki po nepotrebem čakajo na odpust še kako pomembno.

Podatke na nivoju bolnišnice redno spremljajmo s pomočjo internega obrazca

Definicija: Število dni od dneva, določenega za odpust, do dejanskega odpusta.

Vir podatka: Interni obrazec oddelka za neakutno obravnavo.

Vrsta kazalnika: Raven izvajalca

Tabela 4.1: Čakanje na odpust

	2006	2007	2008
Št. čakalnih dni	2.101,05	2.429,07	1.884,96
Število primerov	315	301	308
Povprečna število dni na bolnika	6,67 dni	8,07	6,12
Razpon števila čakalnih dni	23-25 dni	0-21 dni	0-43 dni

Tako kot letu 2006 smo tudi v letu 2007 načrtno spremljali dolžina čakanja bolnikov na sprejem v negovalno oskrbo, kadar je to indicirano. Bolniki, ki se po zdravljenju vračajo domače okolje, praviloma ne čakajo, zato smo v kazalniku prikazali le dolžino čakanja na navedeno premestitev. Ker so na oddelku za neakutno oskrbo kapacitete močno omejene, je tudi čakalna doba daljša. S temeljitejšo selekcijo bolnikov bomo poskušali zagotoviti tudi hitrejšo premestitev.

V letu 2007 je bilo na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo (v nadaljevanju NBO) poslanih 502 predloga za sprejem bolnikov. Od tega jih je bilo dejansko sprejetih 301, kar predstavlja 59,90% vseh predlaganih bolnikov. Iz podatkov je razvidno, da število podanih predlogov kar za 40% presega možnosti nastanitve. Vzrok lahko najdemo v premalo prostorskih kapacitetah, poleg tega pa se čedalje bolj povečuje delež bolnikov, ki prihajajo na oddelek za NBO zaradi nenalezljivih kroničnih bolezni, kot so : stanja po možganski kapi, srčno popuščanje, diabetes z zapleti; vedno več pa je tudi karcinomskih bolnikov ( 13%), ki pa bi po kriterijih spadali v paliativno oskrbo.

Iz vsega pa izhaja dolga ležalna doba ter posledično večje število dni, ko bolniki čakajo na odpust.



V letu 2008 načrtujemo preselitev oddelka za NBO na samostojno lokacijo, z večjimi kapacitetami in boljšimi pogoji bivanja bolnikov. Velik del aktivnosti pa usmerjamo v ustanovitev oddelka za paliativno oskrbo, kot del NBO in ga Splošna bolnišnica Murska Sobota ter pomurski prostor nujno potrebujeta.

### **Rezultati v letu 2008**

V letu 2008 smo uspeli oddelek za NBO organizirati na eni lokaciji. Povpraševanje oziroma potrebe po storitvah NBO oddelka so še vedno večje od ponudbe.

Zato si bomo v letu 2009 prizadevali upoštevati izključno medicinske kriterije za namestitev na NBO oddelek.

Pripravili:

Jožica Jakob, dipl.med.s.

Asist. Daniel Grabar, dr.med.spec.

Direktor bolnišnice: Ernest Börc, univ.dipl.ekon.

## 5. Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo.

Z zdravljenjem v bolnišnici poskušamo doseči vsaj tolikšno izboljšanje bolezni ali stanja, da je bolnik sposoben vrnitve v domače okolje. S kazalnikom spremljanja števila ponovno sprejetih bolnikov v sedmih dneh po odpustu, zaradi iste diagnoze, ali zapletov, ki so s to boleznijo povezani, ugotavljamo delež bolnikov, ki so ponovno potrebovali zdravljenje v bolnišnici.

**Definicija:** Delež ponovnih sprejemov zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo.

**Vir podatkov:** Izpis iz bolnišničnega informacijskega sistema

**Števec:** Število ponovnih sprejemov bolnikov, pomnoženo s 100.

**Imenovalec:** Število vseh odpuščenih bolnikov.

**Vrsta kazalnika:** Raven izvajalca.

Tabela 5.1: Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Število ponovnih sprejemov	117	153	120
Število vseh odpuščenih bolnikov	21800	18985	19.627
Delež ponovnih sprejemov	0,54	0,80	0,61

### Načrt izboljšav

V letu 2007 bomo prav tako spremljali delež ponovnih sprejemov in jih analizirali v smislu, da bi slednjih bilo čim manj.

### Rezultati v letu 2008 in načrt izboljšav

V letu 2008 opazamo v primerjavi z letom 2007 manjši delež nenačrtovanih ponovnih sprejemov zaradi iste diagnoze ali zapletov. Ob tem pa dodajamo, da je vse večji delež starejših bolnikov pri katerih pogosto z zdravljenjem dosežemo le omilitev simptomov, bolniki pa se vračajo ponovno na zdravljenje

Predstojniki oddelkov bodo v letu 2009 redno spremljali in analizirali podatke, ki se nanašajo na ta kazalec.

Pripravil::

Predstojniki oddelkov

Asist. Daniel Grabar, dr.med.spec.

Direktor bolnišnice: Ernest Börc, univ.dipl.ekon.

## **6. Delež bolnikov z MRSA med sepsami, povzročeni z vrsto *Staphylococcus aureus***

Pogostost pojavljanja bolnišničnih okužb je eden od merljivih kazalcev kakovosti dela. MRSA je pomemben povzročitelj bolnišničnih okužb, zato spremljamo pojavljanje MRSA (proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus*) na bolnišničnih oddelkih, da bi pojavljanje MRSA uspešno obvladovali. V sklopu spremljanja smo v naši bolnišnici junija 2001 sprejeli zbirko petih dokumentov, ki ureja področje odkrivanja in preprečevanja prenosa MRSA v bolnišničnem okolju.

To je eden izmed številnih ukrepov, ki se izvajajo v sklopu programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, ki ga je pripravila Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO).

### **Kaj je MRSA?**

MRSA (**M**eticilin **R**ezistentni *Staphylococcus aureus*) je bakterija, ki je razvila odpornost (rezistenco) proti večini znanih antibiotikov. Med njimi je tudi antibiotik meticilin, ki se je pred tem uspešno uporabljal za zdravljenje okužb, ki jih povzroča *Staphylococcus aureus*. Zaradi te odpornosti je zdravljenje okužb z MRSA zelo težavno in dolgotrajno.

### **Kakšna je razlika med kolonizacijo in okužbo?**

O **kolonizaciji** govorimo takrat, ko je bakterija naseljena na koži ali sluznicah posameznika in ne povzroča bolezni.

Kadar človek zaradi prisotnosti te bakterije dobi znake bolezni kot so: mrzlica, povišana telesna temperatura, laboratorijski znaki bakterijske infekcije, klinični znaki vnetja določenega organa, pa govorimo o **okužbi**, ki jo je potrebno zdraviti z antibiotiki. Kot ena najtežjih okužb pa je **sepsa**, kje gre za prisotnost bakterij v krvi in okužbo določenega organa ali organskega sistema.

### **Kako se koloniziramo ali okužimo z MRSA ?**

MRSA se prenaša predvsem v bolnišnicah preko rok in predmetov.

Kolonizaciji z MRSA so bolj izpostavljeni bolniki, ki:

- dalj časa ležijo v bolnišnici ali so bili v zadnjem času večkrat v bolnišnici,
- ležijo na intenzivnih oddelkih,
- so bili operirani,
- imajo prisotne kronične rane,
- imajo vstavljene različne katetre, kot je na primer urinski kateter, žilni katetri itd.
- bolniki, ki so v zadnjem času prejeli različne antibiotike.

### **KAZALNIK KAKOVOSTI:**

#### **Definicija:**

- Delež koloniziranih in okuženih pacientov ob sprejemu in delež koloniziranih in okuženih pacientov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici
- Odstotek odvzetih nadzornih kužnin
- Delež MRSA med vsemi izolati bakterije *Staphylococcus aureus*

**Vir podatkov:** sprotno spremljanje okužb in kolonizacij

**Vrsta kazalnika:** Raven izvajalca.

**Primerjava:** Primerjava med leti.Tabela 6.1 : Delež bolnikov z MRSA sepsa med sepsami, povzročenimi z bakterijo *Staphylococcus aureus*.

Leto	Število vseh bolnikov s sepsa z vrsto <i>S. aureus</i> (MRSA in non-MRSA)	Število bolnikov s sepsa z MRSA	Delež bolnikov z MRSA sepsa med sepsami, povzročenimi z vrsto <i>Staphylococcus aureus</i>
1998	14	3	21,4 %
1999	13	3	23,1 %
2000	21	4	19,0 %
2001	15	4	26,7 %
2002	25	4	16,0 %
2003	19	3	15,8 %
2004	14	0	0 %
2005	15	1	6,6%
2006	19	1	5,3%
2007	18	0	0 %
2008	26	0	0%

Za boljše razumevanje prav kar omenjenega kazalnika kakovosti si lahko preberete nekaj osnovnih informacij, ki smo jih povzeli po spletnih straneh Ministrstva za zdravje ([www2.gov.si/mz/](http://www2.gov.si/mz/)), ki jo je pripravila Nacionalna komisija za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb – informacije za bolnike.

**Število odkritih kolonizacij z MRSA v obdobju 2003 - 2008**

Tabela 6.2. Število odkritih kolonizacij z MRSA v SB MS od leta 2003 do 2008



Leto	Št. bolnikov z MRSA	Št. sprejemov v SB MS	Incidenca MRSA v SB MS
2003	132	18.701	0,70
2004	143	19.358	0,75
2005	141	19.855	0,71
2006	68	20.702	0,29
2007	62	16.743	0,40
2008	77	21.821	0,35

## Uspešnost dekolonizacij v SB Murska Sobota

**Tabela 3. Uspešnost dekolonizacij v SB Murska Sobota v letih 2003 do 2008**

Leto	Število dekolonizacij	Uspešnost (v %)
2003	70	58,6
2004	33	55
2005	35	60
2006	21	52,4
2007	16	50
2008	12	50

**Tabela 4: KOLONIZACIJA Z MRSA**

	2007	2008
Število vseh sprejemov v bolnišnico v letu 2007	18.985	21.821
Ali je vpeljan reden odvzem nadzornih kužnin za odkrivanje MRSA	 <b>DA</b>  NE	<b>DA</b>
Koliko bolnikom so bile odvzete nadzorne kužnine v letu 2007?	<u>Cilj za leto 2007 je 15%.</u>  V SB M. Sobota smo kužnine odvzeli pri <b>8,4%</b> hospitaliziranih bolnikih.	<u>Cilj za leto 2008 je 15%</u>  V SB M. Sobota smo odvzeli kužnine 2156 ali pri <b>9,8 %</b> hospitaliziranih bolnikih.
Število vseh bolnikov, koloniziranih z MRSA hospitaliziranih v letu 2007	62	77
Število bolnikov že koloniziranih z MRSA ob sprejemu	11	12
Število bolnikov, ki je MRSA dobilo v ustanovi	16	10
Delež MRSA med vsemi izolati bakterije staphylococcus aureus	6,6	0

**Razlaga:** Od leta 2002 je Slovenija vključena v Evropsko mrežo za spremljanje odpornosti bakterij - EARSS (angl. *European Antimicrobial Resistance System*). Med desetimi mikrobiološkimi laboratoriji v Sloveniji, je vključen tudi mikrobiološki laboratorij ZZV Murska Sobota z rezultati iz naše bolnišnice. Sedež te mreže je na Državnem inštitutu za javno zdravstvo v mestu Bilthoven na Nizozemskem. V mrežo je vključeno več kot 700 mikrobioloških laboratorijev z več kot 1100 bolnišnicami iz 28 držav (podatki iz leta 2002).

Spremljajo se odpornost različnih bakterij, med katerimi pa je tudi ugotavljanje deleža MRSA seps v primerjavi z vsemi sepsami, ki ji povzroča *Staphylococcus aureus*.

Načrt izboljšav!

1. Nadzor nad izvajanjem navodil in smernic, sprejetih na sestankih Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb v okviru programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (BO).
2. Tedensko spremljanje bolnikov, koloniziranih z MRSA, po oddelkih.
3. Zaradi zmanjšanja števila odvzetih nadzornih kužnin na MRSA v letu 2006 analiza izvajanja sprejetih smernic glede indikacij za odvzem kužnin.
4. Vodenje registra bolnikov z MRSA.
5. Dnevna poročila Mikrobiološkega laboratorija po elektronski pošti zdravniku in sestri za obvladovanje bolnišničnih okužb o številu opravljenih nadzornih kužnin na MRSA po oddelkih in izsledkih kužnin na MRSA.
6. Dnevno ukrepanje v primeru pojava MRSA v bolnišnici po sprejetih smernicah.
7. Aktivno sodelovanje pri ustrezni namestitvi z MRSA koloniziranih in okuženih bolnikov.
8. Nadzor s svetovanjem pri zdravljenju okužb z MRSA.
9. Redni in občasni nadzori izvajanja zdravstvene nege, higiene oddelkov, enot in ambulant.
10. Nadzor nad izvajanjem delne in popolne dekolonizacije.
11. Občasni nadzori izvajanja metod razkuževanja rok.
12. Nadzor nad izvajanjem del zdravstvenega in čistilnega osebja.
13. Nadzor bolnišničnih map z veljavnimi smernicami na oddelkih in njihova opremljenost z novo sprejetimi navodili.
14. Priprava letnih poročil epidemiološkega spremljanja BO in rezultatov dekolonizacije.
15. Spremljanje sprejetih standardov negovalnih intervencij v praksi.
16. Izobraževanje osebja, bolnikov in njihovih svojcev.
17. Nadzor nad ustreznim ravnanjem z odpadki.
18. Nadzor nad ustreznim ravnanjem s perilom.
19. Obveščanje zaposlenih v bolnišnici v internem glasilu »Modri dirkač«.

Pripravili:

Mag. Emil Pal, dr.med. spec. infektolog, ZOBO

Mag. Iztok Štrumbelj, dr. med. spec. mikrobiolog

Šarika Benko, dipl.med.s.,SOBO.