



KAZALNIKI KAKOVOSTI - poročilo za leto 2009

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 Splošnim dogovor (23. člen, priloga VIII b), ki zdravstvenim zavodom za leto 2009 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.

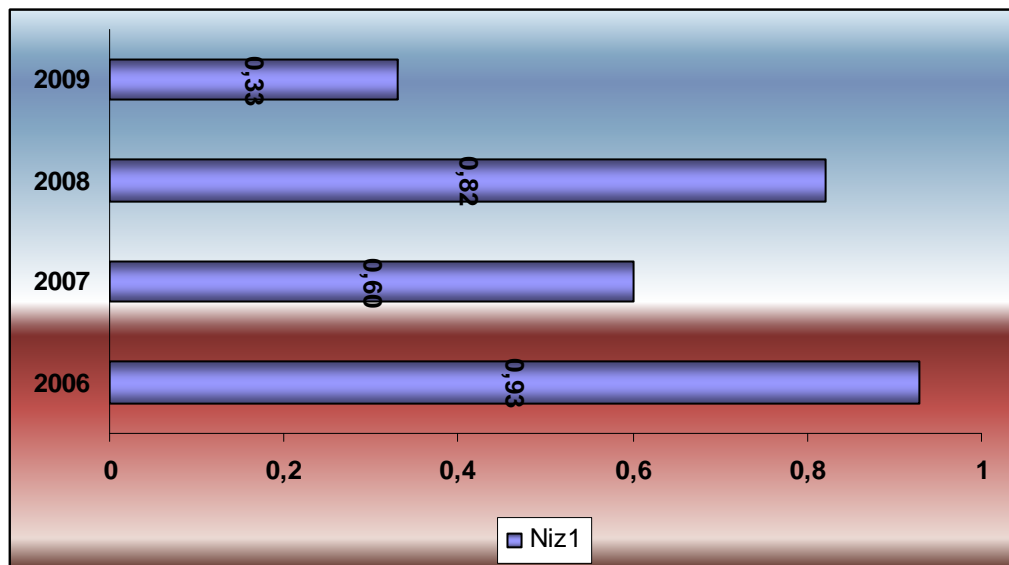
Imenovalec: Število oskrbnih dni za vse bolnike.

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	01.-12. 2009
Število padcev s postelj	107	67	105	34
Število oskrbnih dni za vse bolnike	114.408	110.101	127.853	101.351
Padeč bolnika s postelje na 1000 oskrbnih dni	0,93	0,60	0,82	0,33

Slika 1.1: Število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni



Rezultati v letu 2009 in načrt izboljšav

V letu 2009 ugotavljamo, da se je število padcev zmanjšalo.

Od ciljev, ki smo si jih zadali v letu 2009 so bili izpolnjeni naslednji:

- preverili smo uvajanje standarda posebnih varnostnih ukrepov pri nemirnih bolnikih na internem oddelku, kjer je bilo največje število za padec ogroženih bolnikov in standard uvedli v prakso
- pregledali smo stanje pripomočkov za varovanje pacientov, na oddelkih internistike smo povečali število varnostnih ograjic in pasov.

Cilja, ki nista bila dosežena:

- delovna skupina, ki bi se ciljno ukvarjala s preprečevanjem padcev na nivoju celotne bolnišnice se je sestala le enkrat
- nismo izvedli presečno študijo ugotavljanja tveganj za nastanek padca v bolnišnici s pomočjo modificirane MORSE- lestvice

Načrt izboljšav za leto 2010:

Kaj	- Preveriti natančnost beleženja in evidentiranja padcev s postelje po oddelkih
Kdo	- odgovorne med. sestre - gl. med. sestre odd. - pomočnica dir.za področje ZN
kdaj	- odgovorne med. sestre – tedensko - gl. med. sestre odd. – mesečno - pomočnica dir.za področje ZN 1x letno
Merila za spremljanje ukrepov	- Poročila internih nadzorov - Redna mesečna poročila, polletna in letna Poročila.

Kaj	- uvedba varnostnih vizit v prakso
Kdo	- gl.med. sestre oddelkov, pomočnica dir. za področje ZN, vodja kakovosti
kdej	- do 31.12. 2010
Merila za spremljanje ukrepov	- zapisi varnostnih vizit

Kaj	- Ustanovitev delovne skupine, ki se bo ukvarjala s preprečevanjem padcev pacientov in bo izvajala analiza vzrokov padcev in podala izboljšave.
Kdo	- Delovna skupina za preprečevanje padcev
kdej	- V drugi polovici leta 2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Obdobna poročila delovne skupine

Kaj	- Začeti ocenjevati ogroženost pacientov in jih evidentirati kot ogrožene za padec že ob sprejemu.
Kdo	- Vsi izvajalci ZN
kdej	- Ob sprejemu pacienta na oddelek (v času 24-48 ur)
Merila za spremljanje ukrepov	- Dokumentacija ZN - Obdobna poročila delovne skupine - Poročila internih strokovnih nadzorov

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	01-12.2009
Št. sprejetih bolnikov v bolnišnico	18.107	20.702	18.985	21.821	19.169
Št. preležanin nastalih v SBMS	45	35	572	98	91
Incidenca	0,24%	0,16%	3,01%	0,44	0,47
Na 1000 bolnikov	2,48	1,69	30,1	4,49	4,74

Rezultati v letu 2009 in načrt izboljšav

V letu 2009 smo na letni ravni obravnavali 655 razjed zaradi pritiska, od tega smo 91 razjed zaradi pritiska evidentirali kot nastale v naši bolnišnici. V želji, da bi imeli čim bolj kvalitetne podatke oziroma verodostojne smo sredi leta dopolnili obrazec za spremljanje podatkov in podali novo rešitev za analizo podatkov. S tem smo realizirali cilj, ki smo si ga zadali minulo leto. Ostala cilja pa sta bila delno realizirana. Pripravljena je bila klinična pot, ki pa ni bila uvedena v prakso. Poleg tega smo ob koncu leta naredili popis pripomočkov za preprečevanje razjed zaradi pritiska z namenom, da v bodoče planiramo kvalitetne pripomočke. Primerjava podatkov s prejšnjim letom 2008 ne kaže večjega porasta, zato bomo nadaljevali z

dosedanjimi aktivnostmi in si zadali nove cilje v smislu izboljšanja rezultat, ki so navedeni v načrtu izboljšav.

Načrt izboljšav za leto 2010

Kaj	1. S pomočjo internih strokovnih nadzorov vpeljati sistem spremljanja razjed zaradi pritiska in izvajanja standarda oskrbe razjede zaradi pritiska,
Kdo	- odgovorne med. sestre - gl. med. sestre odd. - pomočnica dir.za področje ZN
kdej	- odgovorne med. sestre – tedensko - gl. med. sestre odd. – mesečno - pomočnica dir.za področje ZN 1x letno
Merila za spremljanje ukrepov	- Poročila varnostnih vizit - Redna mesečna poročila, polletna in letna poročila

Kaj	2. Na strokovnih svetih ZN podati obdobjna poročila in predlagati ukrepe izboljšav
Kdo	- gl. med. sestre odd. - pomočnica dir.za področje ZN
kdej	- na strokovnih svetih
Merila za spremljanje ukrepov	- polletna in letna poročila

Kaj	3. Izvesti strokovni seminar s področja preprečevanja in oskrbe razjed zaradi pritiska na nivoju regije.
Kdo	- gl. med. sestre odd. - pomočnica dir.za področje ZN
kdej	-
Merila za spremljanje ukrepov	- Polletna in letna poročila

Kaj	4. Slediti strokovnim smernicam in spremembam, ki se nanašajo na omenjeni kazalnik kakovosti.
Kdo	- gl. med. sestre odd. - pomočnica dir.za področje ZN
kdej	- kontinuirano
Merila za spremljanje ukrepov	- polletna in letna poročila

Kaj	5. Proučiti možnost nabave programske opreme za spremljanje razjed zaradi pritiska.
Kdo	- gl. med. sestre odd. - pomočnica dir.za področje ZN
kdej	- do 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Sklep o začetku javnega naročila, - Razpisna dokumentacija, - Kupoprodajna pogodba.

Kaj	6. Posodobiti pripomočke za preprečevanje razjed zaradi pritiska
Kdo	- gl. med. sestre odd. - pomočnica dir.za področje ZN
kdej	- 1x letno
Merila za spremljanje ukrepov	- Letno poročilo

Kaj	7. Povečati vlogo delovne skupine za preprečevanje in oskrbo kroničnih ran v praksi,
Kdo	- člani delovne skupine za kronične rane
kdej	- 1x letno
Merila za spremljanje ukrepov	- Poročilo DS

Pripravili:
Metka Lipič Baligač pomočnica dir. za področje ZN
Mag. Zdenka Gomboc, prof. zdr. vzg.

3. Čakalna doba za računalniško tomografijo

Računalniško tomografijo kot diagnostično metodo izvajamo kot diagnostiko skeleta, možganov, hrbtnege 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

Leto	01.- 12. 2006	01.- 12. 2007	01.-12. 2008	01.-12. 2009
Število čakalnih dni	77.250	51.555	106.263	304.605
Število čakajočih bolnikov	515	2455	2840	2901
Povprečna čakalna doba	150 dni	21 dni	37,4 dni	105
Razpon čakalne dobe	Se ne spremlja	Se ne spremlja	10-60	22-160
Odstotek urgentnih preiskav		20,7	22	21
Odstotek neustreznih indikacij		25,00	20	Se ne spremlja

Rezultati v letu 2009 in načrti izboljšav

Daljšanje čakalne dobe v letu 2009 še nadalje pogojuje sila otežen dostop do NMR in problem indiciranja CT preiskav. Kljub odločitvi, da bomo v letu 2009 natančneje spremljali in analizirali indikacije za CT preiskave, zaradi pomanjkanja zdravnikov tega nismo uspeli.

Načrt izboljšav v letu 2010

Kaj	1. Nabava aparata magnetne resonance
Kdo	- Vodstvo bolnišnice, Ministrstvo za zdravje
Kdaj	- Do 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Kupoprodajna pogodba
Kaj	2. Postavitev kriterijev za napotitve na NMR
Kdo	- Razširjeni strokovni kolegij za radiologijo. - Strokovni svet SBMS
kdaj	- do 1.1.2011
Merila za spremljanje ukrepov	- Poročilo radiologov
Kaj	3. Spremljanje indikacij za CT
Kdo	- Radiologi
kdaj	- Vsake 3 mesece
Merila za spremljanje ukrepov	- Število ugotovljenih neustreznih indikacij
Kaj	4. Predstavitev problematike hiperindiciranja CT preiskav na strokovnem svetu bolnišnice in na sestanku z zdravniki primarnega nivoja.
Kdo	- radiologi
kdaj	- tedenski multidisciplinarni sestanki v SBMS - Strokovni svet SBMS - 2x letno (sestanek s primarnim nivojem)
Merila za spremljanje ukrepov	- Poročila/zapisi multidisciplinarnih sestankov in sestankov s primarnim nivojem.

Pripravili:

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

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

Direktor bolnišnice: Bojan Korošec,dr.med.spec.

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 nepotrebnem čakajo na odpust še kako pomembno.

Podatke, ki jih prikazujemo v tem kazalcu se nanašajo na paciente, ki so zaključili akutno zdravljenje na oddelku in čakajo na sprejem na oddelek za neakutno obravnavo na nivoju bolnišnice in jih redno spremljamo 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	2009
Št. čakalnih dni	2.101,05	2.429,07	1.884,96	1.788
Število primerov	315	301	308	349
Povprečna število dni na bolnika	6,67 dni	8,07	6,12	5,1
Razpon števila čakalnih dni	23-25 dni	0-21 dni	0-43 dni	0-34

Rezultati v letu 2009 in načrt izboljšav

Socialna problematika regije predstavlja vse večji pritisk na potrebe neakutne obravnave, vse več starostnikov po končani akutni oskrbi nima možnosti poskrbeti zase. Kapacitete neakutne oskrbe so praktično ves čas zasedene, kar predstavlja najhujšo oviro hitremu premeščanju bolnikov. Kljub temu smo s sprotim prilagajanjem števila neakutnih postelj v letu 2009 uspeli skrajšati čakanje na premestitev tudi ob večjem številu oskrbljenih pacientov.

Načrti za 2010

Kaj	1. Sprotno spremljanje potreb po neakutni obravnavi.
Kdo	- Zdravniki, medicinske sestre, predstojniki, gl. med. sestre odd.
kdaj	- dnevno
Merila za spremljanje ukrepov	- Število čakajočih pacientov - Proste kapacitete v NBO.

Kaj	2. Vključitev paliativnih bolnikov v neakutno oskrbo.
Kdo	- Vodja paliativnega tima
kdaj	- Mesečni sestanki paliativnega tima
Merila za spremljanje ukrepov	- Št. paliativnih bolnikov oskrbovanih na NBO

Kaj	3. Več dogovarjanja ob premestitvah posameznih bolnikov.
Kdo	- Zdravniki, medicinske sestre
kdaj	- tedensko
Merila za spremljanje ukrepov	- Čakalna doba za sprejem na NBO

Pripravili:

Gl. med. sestra NBO: Marija Kohek, dms

Strokovni direktor: asist. Daniel Grabar, dr.med.spec.

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 boleznimi 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

	2006	2007	2008	2009
Število ponovnih sprejemov	117	153	120	91
Število vseh odpuščenih bolnikov	21800	18985	19.627	19.032
Delež ponovnih sprejemov	0,54	0,80	0,61	0,47

Rezultati v letu 2009 in načrt izboljšav

Tudi v letu 2009 se nam je delež ponovno sprejetih bolnikov znižal. Doslednejše upoštevanje indikacij za nadaljnjo oskrbo v neakutni bolnišnici in zagotovitev potrebne diagnostike že med zdravljenjem (UZ, CT, konziliarni pregledi) omogočajo ustreznejšo oskrbo in zagotovitev stabilnosti stanja ob odpustu bolnikov.

Načrt za leto 2010

Kaj	1. Spremljanje kazalca 2x letno
Kdo	- Predstojniki oddelkov - Strokovni direktor - Pooblaščenec za kakovost in varnost pacientov
kdaj	- Ob polletju in na koncu leta
Merila za spremljanje ukrepov	- Polletno poročilo in letno poročilo

Kaj	2. zagotoviti ustrežnejšo informacijsko podporo za natančnejše spremljanje kazalnika.
Kdo	- Vodstvo bolnišnice
kdej	- 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Polletna /letna poročila

V letu 2010 bomo

Pripravil::

Predstojniki oddelkov

Asist. Daniel Grabar, dr.med.spec.

Direktor bolnišnice: Bojan Korošec, dr.med.spec.

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*. od leta 1998 do 2009.

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%
2009	24	2	8,3%

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/), ki jo je pripravila Nacionalna komisija za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb – informacije za bolnike.

Število odkritih kolonizacij z MRSA v obdobju 2003 - 2009

Tabela 6.2. Število odkritih kolonizacij z MRSA v SB MS od leta 2003 do 2009



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
2009	92	19.169	0,47

Uspešnost dekolonizacij v SB Murska Sobota

Tabela 3. Uspešnost dekolonizacij v SB Murska Sobota v letih 2003 do 2009

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
2009	36	58,3

Tabela 4: KOLONIZACIJA Z MRSA

	2007	2008	2009
Število vseh sprejemov v bolnišnico v letu 2007	18.985	21.821	19.169
Ali je vpeljan reden odvzem nadzornih kužnin za odkrivanje MRSA	 <u>DA</u>  NE	<u>DA</u>	<u>DA</u>
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 8,4% hospitaliziranih bolnikih.	<u>Cilj za leto 2008 je 15%</u> V SB M. Sobota smo odvzeli kužnine 2156 ali pri 9,8 % hospitaliziranih bolnikih.	<u>Cilj za leto Je bil 15%</u> V SB M. Sobota smo odvzeli kužnine pri 2243 ali 11,7% hospitaliziranih bolnikih
Število vseh bolnikov, koloniziranih z MRSA hospitaliziranih v letu 2007	62	77	92
Število bolnikov že koloniziranih z MRSA ob sprejemu	51	67	82
Število bolnikov, ki je MRSA dobilo v ustanovi	16	10	10
Delež MRSA med vsemi izolati bakterije staphylococcus aureus	0	0	8,3%

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«.

Načrt izboljšav 2010

Kaj	1. zagotoviti ustrežnejšo informacijsko podporo za enostavnejše spremljanje kazalnika.
Kdo	- Vodstvo bolnišnice
kdaj	- Do 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Sklep o začetku javnega naročila, - Razpisna dokumentacija, - Kupoprodajna pogodba

Kaj	2. Povečati delež bolnikov z nadzornimi kužninami na pran letu 2009, s ciljem približati se 15 %.
Kdo	- Zdravniki, KOBO
kdaj	- Do 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Število odvzetih brisov.

Kaj	3. Zmanjšati odstotek pacientov, ki so MRSA dobili v ustanovi v primerjavi z letom 2009.
Kdo	- Zaposleni
kdaj	- Do 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Beleženje števila prenosov

Kaj	4. Povečati število opravljenih dekolonizacij in izboljšati njihovo uspešnost v primerjavi z letom 2009.
Kdo	- Izvajalci zdravstvene nege
kdaj	- Do 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Evidenca poteka izvedbe dekolonizacij - Rezultati kontrolnih brisov
Kaj	5. Pripraviti klinično pot za pacienta z MRSA
Kdo	- ZOBO, SOBO, KOBO, Vodja kakovosti
kdaj	- Do 31.12.2010
Merila za spremljanje ukrepov	- Obrazec za klinično pot

Pripravili:

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

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

Šarika Benko, dipl.med.s.,SOBO.