

# POROČILO KAZALNIKI KAKOVOSTI ZA LETO 2014

Kazalniki kakovosti predstavljajo mero kakovosti zdravstvenega varstva, ki jih izvajalci izračunavajo zato, da imajo sami pregled in nadzor nad kakovostjo zdravstvenih obravnav v lastnih ustanovah. Ob tem pa kazalniki kakovosti nudijo pacientom informacije o varnosti in kakovosti obravnave po posameznih ustanovah. Tako izvajalce kot paciente zanimajo absolutne vrednosti kazalnikov, še bolj pomembna pa je njihova primerjava v času in med ustanovami. Kazalniki kakovosti morajo biti postavljeni tako, da se lahko v kar se da veliki meri izračunajo iz že obstoječih podatkov. Namen njihovega zbiranja namreč ni dodatna obremenitev izvajalcev. Ob tem pa ne smemo spregledati dejstva, da bo nadaljnji razvoj kazalnikov, ki bo sledil interesu izvajalcev za izboljšanje lastnega dela, v prihodnosti postavljal izzive, ki zahtevajo nova znanja, podatke in prilagoditve informacijskega sistema. Kazalniki kakovosti zahtevajo neprestano prilagajanje ob upoštevanju novih spoznanj na tem področju in izkušenj vpletenih. Ob tem se zavedamo tudi pomena stalnosti posameznega kazalnika, ki omogoča časovno primerjanje posameznih rezultatov.

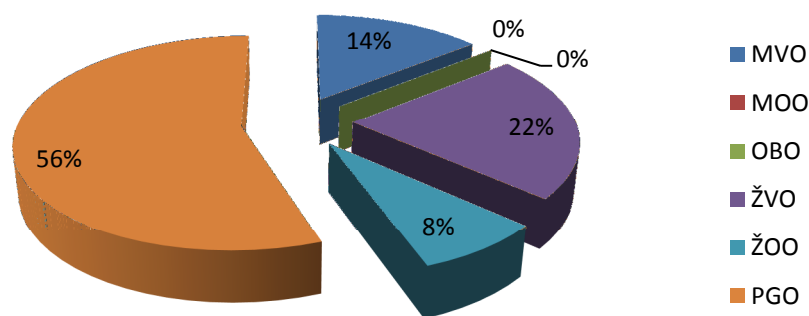
## 1. PADCI PACIENTOV

Padec je definiran kot nenameren, nepričakovan pristonek na tleh oziroma na nižji ravni z ali brez poškodb pri pacientu. Definicija padca vključuje:

- **padec/zdrs s postelje,**
- **zdrs s stola na tla, padec**
- **brez prič ali »najden na tleh« (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel),**
- **spotik,**
- **zdrs,**
- **padec pri hoji.**

V Psihiatrični bolnišnici Ormož je padec v letu 2014 utrpelo 63 pacientov. Zavedenih je 79% prvih padcev in 21% pacientov je padlo ponovno. Največ padcev se je zgodilo v popoldanski delovni izmeni, kjer smo zabeležili 41% vseh padcev, v nočnem času pa 30%. Najmanj se je padcev dogodilo v dopoldanski izmeni dela in sicer 18 padcev, kar predstavlja 29% vseh padcev. Glede na organizacijsko enoto je največji delež padcev zabeleženih na PGO, kje se je pripetilo 35 padcev. Sledijo Ženski varovani oddelek (ŽVO) s 14, Moški varovani (MVO) s 9 in Ženski odprti oddelek (ŽOO) s 5 padci.

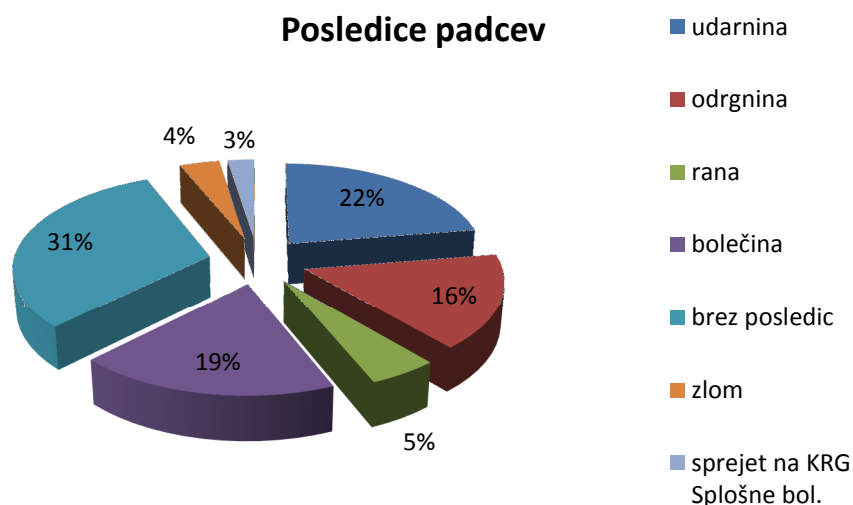
## Padci glede na organizacijsko enoto



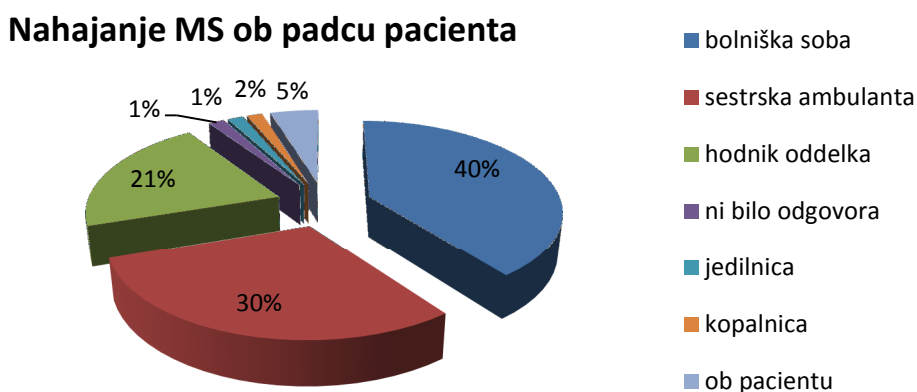
Glede na čas trajanja hospitalizacije pri pacientu, so najpogosteje padali pacienti, ki so bili v bolnišnici več kot tri dni. Najpogostejše mesto (63%) padcev je še vedno bolniška soba, sledita hodnik oddelka (16%) in kopalnica oddelka (9%). Manjši delež padcev se je zgodil tudi v posameznih prostorih bolnišnice oz. izven nje. Pri pregledu vrste padca ugotavljamo, da je največ padcev nastalo pri hoji pacientov in to kar v 17 primerih. Po padcu je bilo tudi 15 pacientov najdenih na tleh. Iz WC školjke so padli 3 pacienti. Pogostejši so padci tudi pri vstajanju ali sedanju s stola in postelje, tudi spolzka tla so v 3 primerih privedla do padca. Zabeležili smo 2 primere padcev iz invalidskega vozička in 3 primere padcev iz postelje. Najpogostejši vzrok padca je bila nestabilna hoja in je bila prisotna pri 27 pacientih. Do padca je privedla v 15 primerih splošna telesna slabost in nemoč in v 9 primerih zdrs pacienta. Dezorientiranost ter zaspanost pacienta je pripomogla k padcu v 22 primerih. Pri 9 pacientih je bil za padec kriv spotik ob nek predmet. Za padec pacienta je bil tudi kriv njegov psihomotorični nemir in to kar pri 11 pacientih, nepravilna obutev in epi napad. V manjši meri pa so k padcu prispevala določena zdravila. V petih primerih padca nismo mogli definirati vzroka, zato je vzrok bil neznan. Posamezni dejavniki za padec so še sledili v manjšem deležu.

Po padcu so bile izvedene številne intervencije zdravstvene nege. Najpogosteje smo izvajali kontrolo vitalnih funkcij pri 55 pacientih in opazovanje psihofizičnega stanja pacienta pri 52 pacientih. Sledil je terapevtski/ razbremenilni pogovor s pacientom. Pri 19 pacientih smo namestili hladne obkladke na prizadeto mesto telesa in ga ob tem namestili v terapevtski položaj. Pri 25 pacientih smo poskrbeli za dodatno varnost s posteljno ograjico in si pomagali z drugo osebo, da smo pacienta namestili v sedeči oz. ležeči položaj. Pri posameznih pacientih smo poskrbeli za medikamentozni ukrepa v smislu analgezije in psihofizične umiritve. Izvedli smo v 13 primerih tudi posebni varovalni ukrep (PVU). Pri 3 pacientih smo

morali opraviti tudi imobilizacijo poškodovanega uda. Brez posledic se je končalo največ padcev. Zabeležili smo pa manjše in večje poškodbe, ki pa so prikazane s spodnjim grafom. Žal pa smo zabeležili tudi zlom pri 3 pacientih.



O padcih pacientov so bili 94% obveščeni oddelčni/ dežurni zdravniki in v 88% je bila obveščena tudi oddelčna/ dežurna medicinska sestra. Manjši delež obveščenosti DMS o padcu povezujemo z nočnim delom, ko ni vedno prisotna diplomirana medicinska sestra. Iz zbranih podatkov smo ugotovili, da smo imeli tudi ponovne padce pacientov. Tako je ponovni padeč utrpelo 13 pacientov, kar predstavlja 21% vseh padlih pacientov. V času padca pacienta je bila v 62% prisotna druga oseba, ki je bil lahko sopacient (33%), zaposleni na oddelku bolnišnice ali oba (64%) in v dveh primerih tudi svojec oz. obiskovalec (3%). V času padca pacienta so bile medicinske sestre v različnih prostorih oddelka. Najpogosteje so se nahajale v drugi bolniški sobi (40%), sestrski ambulanti (30%) in na hodniku oddelka (21%). Ostali prostori oddelka kot so kopalnica, jedilnica so zastopani v manjšem deležu. Ob padcu treh pacientov so bile tudi medicinske sestre v njihovi neposredni bližini, vendar padca niso mogle preprečiti.



Iz zbranih in obdelanih podatkov lahko zaključimo, da ne odstopamo od letnega povprečja padcev glede na pretekla leta, vendar bi bilo potrebno še načrtovati dodatne aktivnosti za zmanjšanje števila padcev. V kolikor pogledamo podatke, ki smo jih zbrali, ugotavljamo tudi, da so v letu 2014 bili pacienti v 85%, ki so padli, že ob sprejemu ocenjeni z zmernim in velikim tveganjem za padec. Največja frekvenca padcev se dogaja vsa leta na PGO za katerega je značilno, da zraven telesne oslabeledosti, prisotnosti demence in pogostega psihofizičnega nemira, je težko zagotavljati konstantno varnost pacientov. Ugotavljamo, da se nam še vedno preveč padcev pojavlja v bolniških sobah in ob odsotnosti medicinske sestre. Padci se dogajajo predvsem zaradi nenadzorovanih odhodov pacientov iz postelje. Na osnovi izkušenj prejšnjih let, da se padci na PGO pogosteje dogajajo, kadar je prisoten psihofizični nemir pacientov, smo v teh situacijah poskušali zagotoviti učinkovitejšo varnost pacientov z večjim številom zaposlenih v dopoldanski in popoldanski ekipi dela, kar pa nam vedno ni uspelo zaradi različnih vzrokov (bolniški stalež kadra, prenizka senzitivnost za nemir pacientov,...). S tem smo tudi delno uresničili predlagani ukrep izboljšav iz leta 2013, kjer smo predlagali povečanja števila zaposlenih pri zagotavljanju varnosti pri pacientih z velikim tveganjem za padec, vendar bi bilo potrebno v bodoče tak ukrep še razširiti tudi na mirne paciente z zmernim in velikim tveganjem na padec.

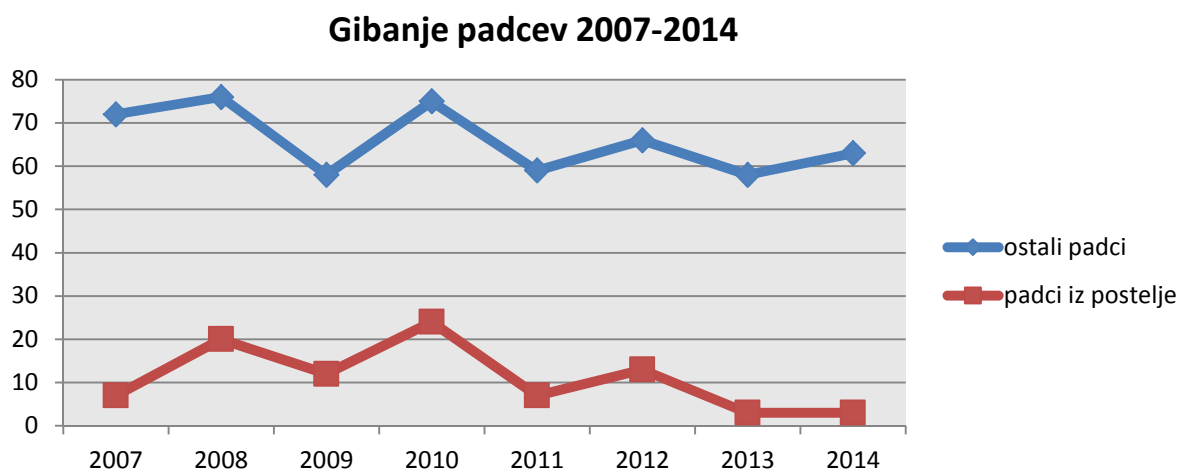
Ugotavlja se tudi, da je na obrazcu bil v letošnjem letu razumljiv nabor podatkov o številu pacientov in osebja na oddelku v času padca pacienta, zato je bilo mogoče izračunati povprečje zaposlenih in pacientov na oddelku ob padcu pacientov. Pri izračunu povprečja zaposlenih in pacientov ob padcu pacientov ugotovimo, da sta na oddelku bila 2 zaposlena, ki sta skrbela za 14 pacientov. Tudi iz tega lahko zaključimo, da dinamika dela na oddelkih ne dopušča stalno prisotnost zaposlenega ob vsakem pacientu in bi bilo prav zaradi tega potrebno razmisliti še tudi po dodatnih ukrepih s strani tehnologije.

Metodologija zbiranja podatkov za kazalnik Padci pacientov zahteva ločitev pacientov z manjšimi poškodbami, med katere uvršamo odrgnino, udarnino, zvin, rano, ki ne zahteva šivanja in velike poškodbe. Sem prištevamo zlom, izpah, poškodbe mehkih tkiv, ki zahtevajo šivanje ali drug operativni kirurški poseg, poškodbe glave in hrbtenjače, smrt. Komulativna incidenca padcev pacientov z manjšimi/ večjimi poškodbami se izračuna glede na število padcev z poškodbami x 100 in se deli z številom vseh padcev. Torej v našem primeru gre za **37,3%** incidenco manjših poškodb in **4,7%** incidenco večjih poškodb pri padcu.

## Predlagane izboljšave in načrt izvedbe izboljšav

Zaradi stalnega izboljševanja kakovosti zdravstvenih storitev kazalniki kakovosti kažejo:

- na bistveno znižanje števila padcev s postelje, na kar je pomembno vplivala tudi zamenjava običajnih bolniških postelj z negovalnimi posteljami na PGO. Slednje so narekovale predvsem strokovne usmeritve in rezultati kazalnika iz preteklih let, ki so kazali na porast deleža sprejetih pacientov, starih nad 65 let, ter dejstva, da je vse več pacientov, ki niso le hudo duševno bolni, ampak imajo tudi somatske bolezni, vse več pacientov pa prihaja iz vse težjih socialnih razmer.



Uporaba preventivnega ravnanja učinkovito zmanjšuje možnost za padce, zmanjšuje število padcev, možnih poškodb in posledičnih stroškov. Cilj lestvice za oceno tveganja za padce je identificirati, kateri so tisti pacienti, pri katerih so prisotni dejavniki tveganja za padeč. Na oddelkih je potrebno zagotavljati varno okolje za paciente. V letu 2009 so bila izdelana natančna navodila in protokoli za preprečevanje oziroma zmanjševanje padcev. Ta navodila in protokoli so se uvedli v klinično prakso.

Pri primerjavi podatkov od leta 2007-2014 ugotavljamo, da se nam pojavnost padcev nekoliko zmanjšuje, kar lahko povežemo prav tudi z uspešnostjo programa preprečevanja padcev. V zgornjem grafu, kjer prikazujemo gibanje padcev od leta 2007- 2014, je moč razbrati, da je ob uvedbi sistema za poročanje in preprečevanje padcev, le teh število konstantno naraščalo, kar je normalno. V zadnjih 4 letih pa je v naši bolnišnici incidenca padcev konstantna oz. se počasi znižuje, kar bi lahko bil napovednik, da se približujemo številu dogodkov, ki jih ni mogoče preprečiti, saj se tudi zdravijo pacienti (starostniki), ki imajo zaradi narave bolezni veliko tveganje za padeč in je zato število padcev večje.

### Ukrepi za izboljšanje

- Načrtovati dodatno število kadra za zagotavljanje varnosti pri pacientih, pri katerih obstaja zmerna in velika možnost za padeč

- Dodatni ukrepi s strani razpoložljive tehnologije na trgu
- Verodostojno dokumentiranje, računalniško evidentiranje v letu 2015
- V proces dela implementirati analizo osnovnega vzroka za nastanek padca
- Zmanjšanja števila ponovnih padcev

Za uresničitev zastavljenih ciljev smo že na dobri poti, zavedamo pa se da bi bilo potrebno bolj dosledno izvajati še analize padcev, o njih širše diskutirati in razmisliti še o razpoložljivih možnostih na trgu za zmanjšanje padcev pacientov. Potrebno bi bilo zmanjšati število ponovnih padcev in pri prvih padcih pacientov in načrtovati še dodatne aktivnosti za preprečitev ponovnih padcev.

## **2. ŠTEVILO RAZJED ZARADI PRITISKA (RZP)**

Razjeda zaradi pritiska ima pomemben vpliv na kakovost življenja pacienta in stroške zdravstvene oskrbe. Za obravnavo pacientov z razjedo zaradi pritiska je potrebna integracija in koordinacija oskrbe, identifikacija pacientov s tveganjem in pravočasna uvedba preventivnih ukrepov ter zdravljenja. S kazalnikom merimo uspešnost in učinkovitost izvedenih aktivnosti na področju preprečevanja in oskrbe razjede zaradi pritiska. Kazalnik preprečevanja razjede zaradi pritiska je pomemben indikator kakovosti zdravstvene nege v bolnišnici.

V letu 2014 samo oskrbovali 9 RZP od katerih je bilo 5 RZP prisotnih že ob sprejemu v bolnišnico, 4 RZP pa sta nastali v času naše hospitalizacije. Vsi pacienti z RZP ne glede na čas nastanka so bili hospitalizirani na PGO oddelku.

Preležanine prisotne ob sprejemu so nastale pri pacientih starosti od 74 do 91 let in lokacija RZP je bila na petah ali pa na sakralnem predelu telesa. V enem primeru je RZP bila prisotna na dveh mestih. V 3 primerih smo ocenili 2 stopnjo RZP, med tem, ko je bila v 2 primerih preležanina 3 stopnje, kar pomeni, da so bile prizadete vse kožne plasti in podkožje, ki segajo do mišičnih ovojnic, vendar ovojnice še niso prizadete. Pacienti, ki so imeli RZP že ob sprejemu, so bili vsi ogroženi za nastanek RZP. Prisotna je bila delna ali pa popolna nepomičnost pacientov, sodelovanje oz. motiviranost pri preventivi oz. preprečevanju nadaljnje škode tkiva ni bilo prisotno ali pa do samo delno. Pri vseh je bila prisotna tudi suha in luščeeča koža in v večini primerov prisotna inkontinenca urina in blata, kar je bil nadaljnji dejavnik poslabšanja RZP. Preventiva preležanine se je izvajala z obračanjem/ 2 uri, uporabljali smo pasivno in aktivno blazino, ter prevez preležanine.

Preležanine nastale v naši bolnišnici so nastale pri pacientu starosti 55 do 82 let. V dveh primerih je RZP nastala na petah in enako v 2 primerih na sakralnem predelu telesa. V vseh primerih je bila RZP stopnje 2 kar pomeni, da je bil prisoten mehur ali odrgnina in je nakazovala poškodbo epidermisa in dermisa. V 3 primerih so bili pacienti ogroženi in v 1 primeru je bil pacient manj ogrožen za nastanek RZP. Prav tako je bila pri treh pacientih prisotna delna pomičnost in 1 pacient je bil nepomičen. Motiviranost oz. sodelovanje v preventivi RZP je bila pri pacientih različna. Nekateri so bili manj motivirani, med tem, ko so posamezniki aktivno sodelovali pri preventivi preležanine. Koža pri večini pacientov je bila suha in luščiča, ter v enem primeru rdeča in vneta. Prisotna je bila inkontinenca urina ali blata oz. oboje v večini primerov. Uporabljali smo različne tehnike preventive preležanine in hkrati pri posameznem primeru tudi več tehnik istočasno. Preventiva se je izvajal z obračanjem /2 uri vključena pa je bila tudi aktivna in pasivna blazina in izvajali tudi redne in kontrolirane preveze rane.

### **Predlagane izboljšave in načrt izvedbe izboljšav**

V letošnjem letu smo poenotili metodologija zbiranja podatkov kot to narekuje kazalnik, predvsem zaradi kompatibilnosti podatkov, ki se zbirajo na nacionalni ravni. V ta namen smo v letu 2014 posodobili že obstoječi obrazec. Spremembe so narekovale, da poenotimo oceno RZP glede na **klasifikacijo EPUAP**, ki opredeljuje 4 stopnje razjede in se razlikuje od ocene, ki smo jo uporabljali v preteklih letih.

S kazalnikom pridobivamo podatke glede na čas nastanka RZP in skupno število vseh RZP v času hospitalizacije pacienta. Potrebno je upoštevati ali je bila RZP že prisotna ob sprejemu ali je bila pridobljena v bolnišnici, zato smo na novejšo verzijo obrazca dodali možnost ediventiranja tega potrebnega podatka. Prav tako smo obrazec opremili z osebnimi podatki pacienta zaradi upoštevanja podatkov še v neakutni zdravstveni obravnavi pacientov (NAO). Kazalnik točno določa, da v primeru pri pacientu, ki ima več RZP se šteje samo ena razjeda z najvišjo stopnjo po EPUAP razvrstitvi. V primeru, da je pacient z RZP večkrat sprejet v zdravstveno ustanovo, se šteje RZP pri vsakem sprejemu.

### **Ukrepi za izboljšanje**

- Edukacija osebja o novostih na tržišču glede oskrbe različnih stopenj RZP
- računalniško evidentiranje RZP v letu 2015
- nabava pripomočkov za preprečevanje RZP

### 3. PODALJŠANA HOSPITALIZACIJA OZ. ČAKANJE NA ODPUST PO AKUTNI OBRAVNAVI (NAO)

Zvišanje števila (deleža) bolnikov, ki čakajo na odpust iz bolnišnice kaže na ponovno zmanjšanje sprejemljivosti okolja za vključevanje hospitaliziranih pacientov po končani hospitalizaciji, kar je tudi odraz slabšanja socialnega in ekonomskega položaja posameznikov. V Psihiatrični bolnišnici Ormož smo v letu 2014 zabeležili 1596 dni neakutne obravnave (NAO) in je bilo v obravnavo vključeno 80 pacientov. Nameščanje pacientov v NAO po oddelkih je bilo različno zastopano, kar je prikazano v spodnji tabeli.

Oddelki	Število pacientov v NAO	Število medicinsko oskrbnih dni
ŽVO	5	180
ŽOO	5	397
PGO	59	783
MVO	3	52
MOO	7	175
OBO	1	9
<b>Skupaj</b>	<b>80</b>	<b>1596</b>

Razvrstitev pacientov v posamezne KZZN je razvidna iz spodnje tabele. Opažamo, da je v letošnjem letu bilo največ pacientov razvrščenih v prvo kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege in so bili pretežno samostojni pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Osnovni in glavni cilj je izboljšati sposobnost samooskrbe do čim višje stopnje in urediti namestitve v institucionalno varstvo, kjer je to potrebno. Ugotavljamo, da je bilo 44% pacientov razvrščenih v prvo kategorijo zdravstvene nege, 37% v drugo in 19% v tretjo kategorijo zdravstvene nege.

Pri oceni zahtevnosti zdravstvene nege se je od sprejema do odpusta pacienta iz NAO samooskrba pacienta izboljšala. Zmanjšal se je delež delno in popolno odvisnih pacientov od pomoči medicinske sestre pri izvajanju osnovnih življenjskih dejavnosti (KZZN II in III) in povečal delež samostojnosti pacienta (KZZN I). Popolno samostojnost (KZZN I) je doseglo največ pacientov, ki so potrebovali delno pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih. Tako ugotavljamo, da se je delna in popolna pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnostih zmanjšala za 8% in povečala samostojnost pacientov za 16%. Zaradi napredovalega bolezenskega procesa se je samooskrba poslabšala pri dveh pacientih.



	Skupno število pacientov	KZZN I.	KZZN II.	KZZN III.
JANUAR	10	3	2	4
FEBRUAR	6	3	2	1
MAREC	6	2	3	1
APRIL	6	1	3	1
MAJ	4	0	4	0
JUNIJ	6	2	3	0
JULIJ	15	9	3	3
AVGUST	5	3	2	0
SEPTEMBER	11	7	6	0
OKTOBER	1	0	1	1
NOVEMBER	5	2	0	3
DECEMBER	5	3	1	1
<b>Skupaj</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>15</b>

Razlog razvrščanja oseb v NAO je bil več plasten. V večini primerov (75%) je šlo za utrjevati posamezne osnovne življenjske aktivnosti, ko bolniki še zaradi različnih vzrokov niso sposobni za odpust v domače okolje, ker bi to ogrozilo njihovo zdravstveno stanje in povzročilo poslabšanje bolezni ter predčasno rehospitalizacijo. V manjši meri (25%) je bilo potrebno pri starostniku še rešiti socialno problematiko, bodisi, da se je urejala namestitvev v institucionalno varstvo ali skrbništvo.

Znotraj NAO spremljamo tudi kazalnike kakovosti. Tako spremljamo število incidentov, padcev pacientov, število novo nastalih preležanin in število koloniziranih pacientov z bolnišničnimi infekcijami.

V letošnjem letu nismo zabeležili v NAO novo nastalih preležanin, smo pa oskrbovali in izvajali aktivnosti zdravstvene nege izboljšanja že prisotne preležanine pri eni pacientki, ki je bila hospitalizirana na PGO. Na koncu leta ugotavljamo, daje preurejen obrazce za beleženje RZP, ki smo ga opremili s osebnimi podatki pacienta, primernejši za enostavnejšo pridobivanje zelenih podatkov.

Posebno pozornost namenjamo odkrivanju pacientov okuženih z MRSA IN ESBL. Posledično tega pa veliko pozornost posvečamo preventivi nastanka hišničnih okužb in pa zgodnje odkrivanje teh pacientov, predvsem pri tistih, ki prihajajo na zdravljenje k nam iz drugih bolnišnic in domov upokojencev. V času izvajanja NAO smo pri pacientih iskali tudi prisotnost ESBL in MRSA oz. smo jih vključili v NAO tudi zaradi te okužbe, kadar je bilo potrebno izvesti dekolonizacijo,. Tako ugotavljamo, da smo imeli 2 pacienta z okužbo ESBL in sta bila vključena v NAO na PGO. Pri spremljanju števila padcev smo zaznali, da sta padla

2 (dva) pacienta. Pri enem pacientu je bila po padcu prisotna manjša poškodba, pri eni pacientki pa je bil ugotovljen zlom zapestja.

Incident smo zaznali pri eni pacientki in sicer, ko se je sprehajala po parku bolnišnice, se ji je med noge spletel psiček obiskovalcev druge pacientke in jo podrl na tla. Posledica padca je bila odrgnina in bolečina kolena.

V letu 2014 smo imeli tudi nadzor vključenih pacientov v NAO s strani ZZS, ki so na podlagi videnega podali določene zahteve pravilnega vključevanja pacientov in obračunavanja storitve v NAO. Glede natančnih zahtev ZZS nimam podatkov.

### **Ukrepi za izboljšanje**

- Potrebno bi bilo tudi izdelati pisna navodila z upoštevanjem zahtev ZSS pri vključitvi in obravnavi pacienta v NAO, saj do sedaj še jih nimamo izdelanih v obliki Navodila za delo.

Iz podatkov ugotavljamo, da v NAO ne beležimo posebnih problemov, bomo poskušali vzdrževati doseženo stanje, saj čas namestitve v institucionalno varstvo ni samo odvisen od nas ampak od razpoložljivih kapacitet. Tudi samooskrba pacientov v NAO se je v večini primerov izboljšala, kar potrjuje, da smo pravilno zaznali negovalni problem in načrtovali pravilne aktivnosti za dosego cilja.

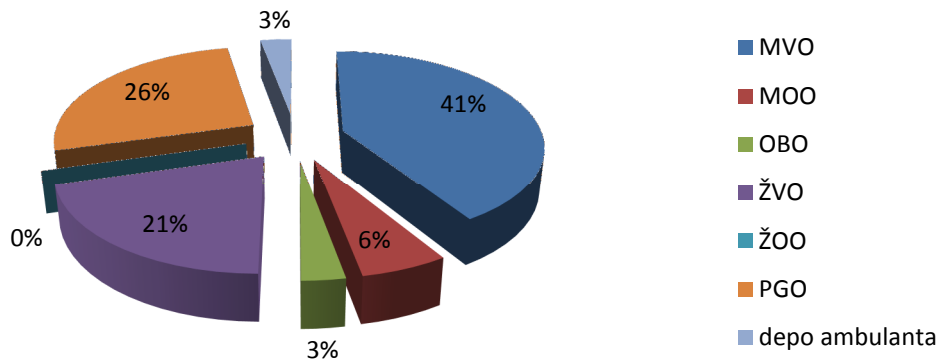
Dosežek izboljšanja stopnje KZZN pri pacientih v NAO nam prinaša strokovno zadovoljstvo, potrditev pravilno načrtovanega našega dela in osebno zadovoljstvo nas medicinskih sester, saj se zavedamo, da smo predvsem temu starostniku izboljšali kakovost njegove starostni bodisi v domačem ali institucionalnem okolju.

## **4. INCIDENTI/ NEOBIČAJNI DOGODKI**

Incident je nepričakovan, neprijeten dogodek, ki prekine normalen potek kakega dejanja oz. dela. Predstavljajo neko odstopanje od normalnega dogajanja v delovnem procesu, zaradi tega povzročajo motnjo in imajo zaradi tega običajno negativne posledice za paciente in za osebje.

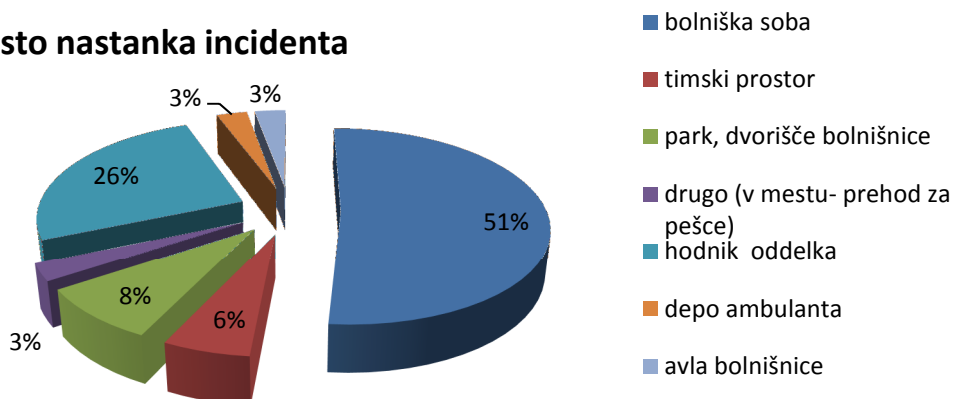
V letu 2014 smo v bolnišnici zabeležili 34 incidentov, ki so zamotili redni potek dela. Največ incidentov se je zgodilo na MVO. Zabeležili smo jih v 14 primerih. Sledi PGO in ŽVO, kjer se je skupno zgodilo 16 incidentov. Na ŽOO ni bilo zabeleženih incidentov, na ostalih oddelkih bolnišnice pa samo posamezni neljubi dogodek. Imeli smo tudi incident v depo ambulant. Največ incidentov se je zgodilo v dopoldanskem in popoldanskem času in sicer skupaj 28 dogodkov. Obravnavali smo 6 incidentov v nočni izmeni dela.

### Incidenti glede na organizacijsko enoto



Najpogostejše mesto nastanka incidentov je bila bolniška soba. Sledijo hodniki bolnišnice in park oz. dvorišče bolnišnice. Mesta neželenih dogodkov je bil tudi timski prostor in depo ambulanta. Pri enem incidentu smo zabeležili kraj nastanka na dveh različnih lokacijah, saj je šlo za spreminjanje lokacij dogajanja. Mesta neželenih dogodkov so nadzorno prikazano z naslednjim grafom.

### Mesto nastanka incidenta

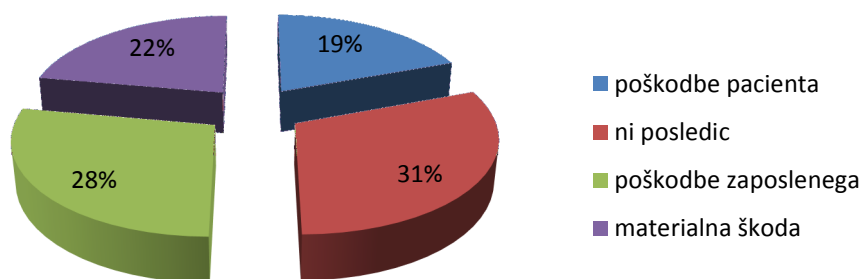


Pri podrobnem pregledu vrste incidenta, ugotavljamo, da je prisotna kombinacija več vrst incidentov pri posameznem primeru. Tako ugotavljamo, da je v 12 primerih šlo za fizični napada pacienta na zaposlenega, v 7 primerih smo zabeležili fizični napad na sopicenta, med katerimi je bil en incident povzročen zaradi alkoholnega opoja. V 4 primerih je bila zabeležena verbalna agresija oz. izrečene grožnje pacienta do zaposlenega. V 8 primerih je šlo tudi za fizično agresijo pacienta do bolnišnične lastnine. V 3 primerih incidentov smo obravnavali pobeg pacienta in v 3 primerih tudi poskus pobega pacienta, ki pa jim je bil preprečen. Krajo oz. izgubo pacientove lastnine smo obravnavali v 2 primerih.

Posledice incidentov so bile poškodbe zaposlenih v 10 primerih, v 8 primerih je bila zabeležena samo materialna škoda in v 11 primerih so se incidenti končali brez posledic.

Poškodbe pri pacientih smo zaznali v 7 primerih. Pri zaposlenih je bilo po incidentu zabeleženih več posledic pri posameznem primeru. Tako ugotavljamo, da so zaposleni utrpeli bolečine, rdečino prizadetega mesta, ugreznine, otekline, udarnine in rano oz. ranice. V 3 primeru smo tudi naredili prijavo službi za varnost in zdravje pri delu, kar je bilo razvidno iz obrazcev o incidentu. **O številu vseh prijav službi za varnost in zdravje pri delu v letu 2014 v kadrovski službi, ne operiram.** Posledice enega incidenta na PGO so terjale bolniško odsotnost delavke, kar je razvidno iz obrazca.

### Posledica incidenta



Največ ukrepov smo usmerili v zagotavljanje varnosti za pacienta in sopacienta. V 6 primerih smo angažirali pomoč policistov iz Policijske postaje Ormož.

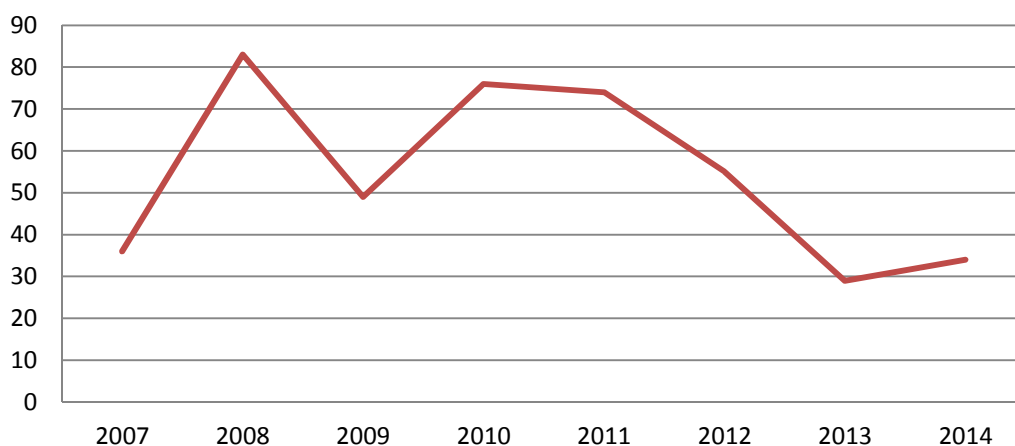
V letu 2013 smo pri pregledu in obdelavi podatkov naleteli na določene težave, zato smo si glede na to zastavili in predlagali izboljšave in načrt za izvedbo izboljšav in jih delno realizirali v letu 2014.

Tako smo med drugim ugotovili, da je metodologija zbiranja podatkov na obstoječem obrazcu je bila neprimerna, saj se nekatere rubrike podvajajo z drugimi kazalniki. Odločili smo se, da obrazec o nastanku incidenta v bolnišnici posodobimo, saj nabor podatkov za spremljane kazalnika od nas zahteva večji zajem podatkov. Pomemben je tudi podatek o osebnih podatkih pacienta, ki pa ga zdajšnji obrazec ne vsebuje. Podatki o nastalih incidentih se uporabljajo še za druge kazalnike, ki jih spremljamo v okviru kakovosti. Z računalničarjem smo se dogovorili za elektronsko izvedbo obrazca, ki bo omogočil elektronsko beleženje in lažjo statistično obdelavo vendar še je v pripravi za elektronsko verzijo. Predlagali smo v letu 2013, da bi bilo primerno, da se v klinično prakso uvede ocena tveganja za nastanek agresivnega vedenja pacienta in s tem načrtujejo aktivnosti, ki bi vplivale na zmanjševanje dejavnikov tveganja za razvoj agresije. Tako smo v prvi polovici leta 2014 sprejeli standard

Zdravstvena nega agresivnega pacienta z oceno ogroženosti za nastanek agresije pacienta, med tem, ko ocena tveganja za nastanek agresivnega vedenja pacienta še ni zaživela.

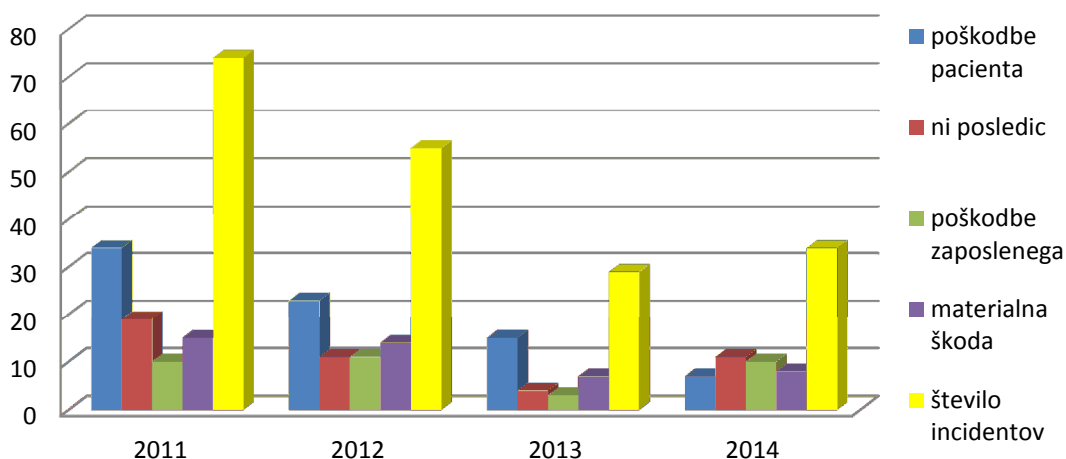
V primerjavi zbranih podatkov v letih 2007-2014 nastalih incidentov v bolnišnici, ugotavljamo, da imamo po občutnem padcu števila incidentov v preteklih letih, zopet v letu 2014 rahel porast števila incidentov.

**Število incidentov med 2007-2014**

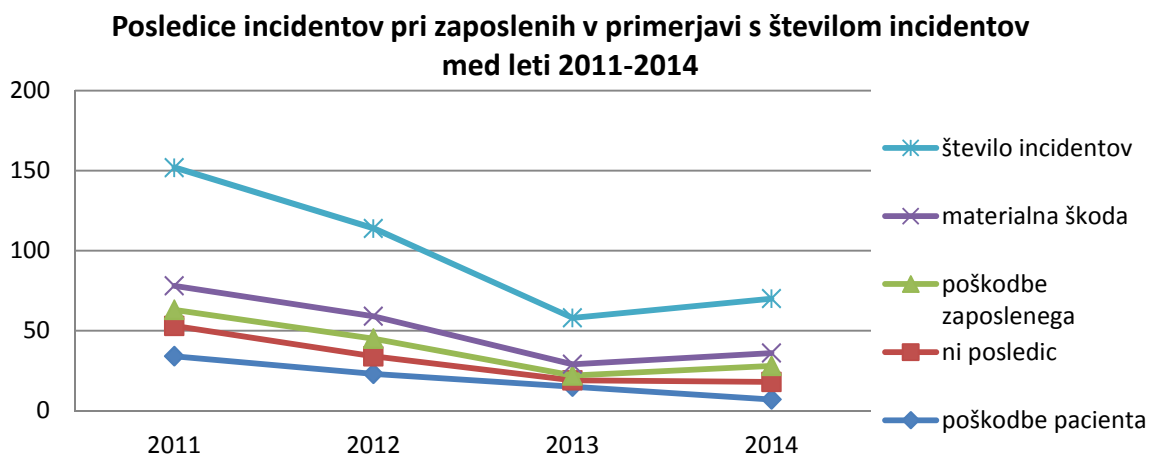


Zaradi porasta števila incidentov smo opravili primerjavo zbranih podatkov med leti 2011-2014 in smo tudi upoštevali število incidentov z nastalimi posledicami v bolnišnici, kar je prikazano v spodnjih dveh grafih.

**Posledice incidentov v primerjavi s številom incidentov med leti 2011-2014**

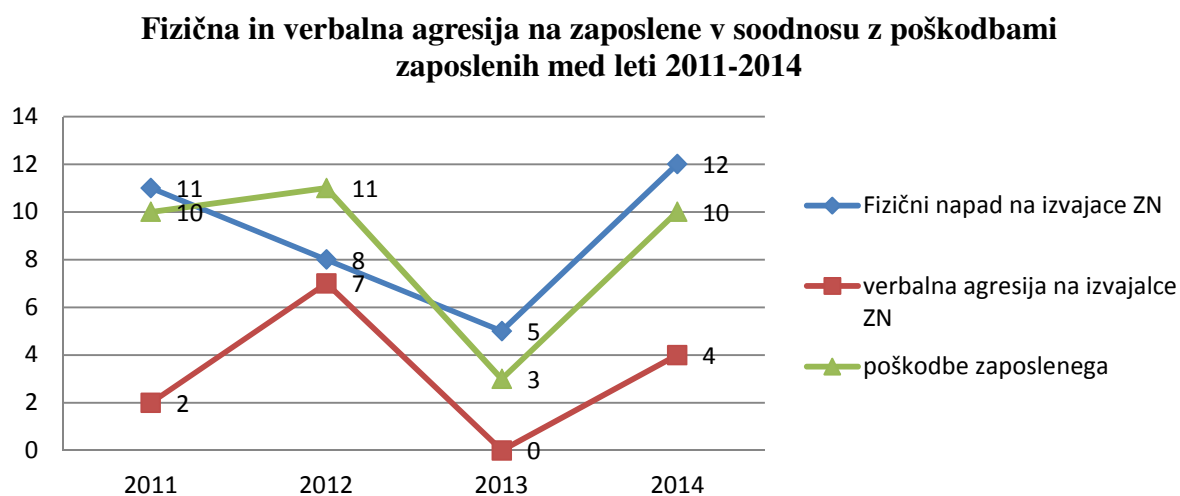


Razlaga iz slikovno prikazanih podatkov je, da se poškodbe pacientov po incidentih z številom incidentov občutno zmanjšujejo, kar pa ne moremo govoriti pri zaposlenih v zdravstveni negi.



Zgornji graf nam nazorno prikaže do leta 2013 padanje števila in posledic incidentov. Od leta 2013 in vključno leto 2014 pa opazamo porast števila incidentov s določenimi posledicami. Povečuje se materialna škoda in posledice pri zaposlenih v zdravstveni obravnavi pacienta, med tem, ko posledice pacientov se zmanjšujejo še naprej. Incidenti brez posledic ostajajo v isti rezini kot leta 2013. Zanimal nas je podatek, zakaj se v opazovanem času (2013-2014) povečujejo poškodbe zaposlenih.

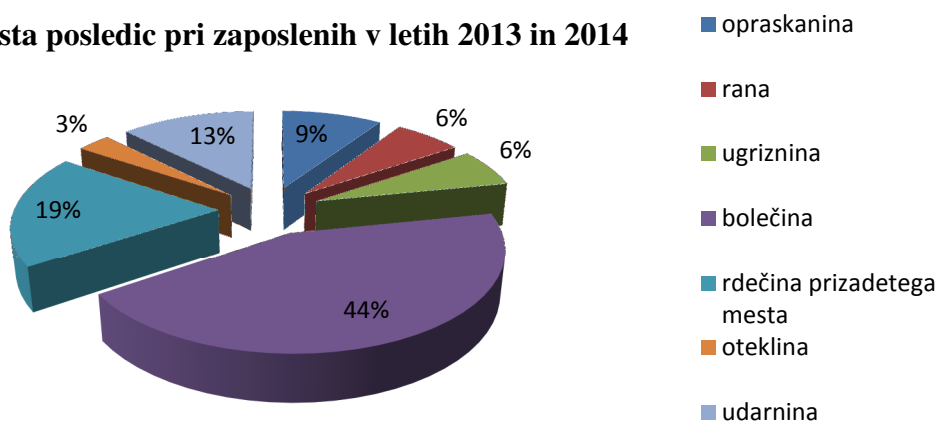
Iz pregleda podatkov pa je bilo moč opaziti, da se vsako leto pojavlja veliko verbalne in fizične agresije s strani pacientov na zaposlene v zdravstveni obravnavi, kar pa se stopnjuje od leta 2013. Da se poškodbe zaposlenih pojavljajo skorajda v vseh primerih z fizično agresijo pacientov na zaposlene je razvidno iz spodnjega grafa.



Zanimal nas je podatek vrste posledice po incidentu za zaposlene in v kakšnih okoliščinah so nastale v letu 2013 in 2014.

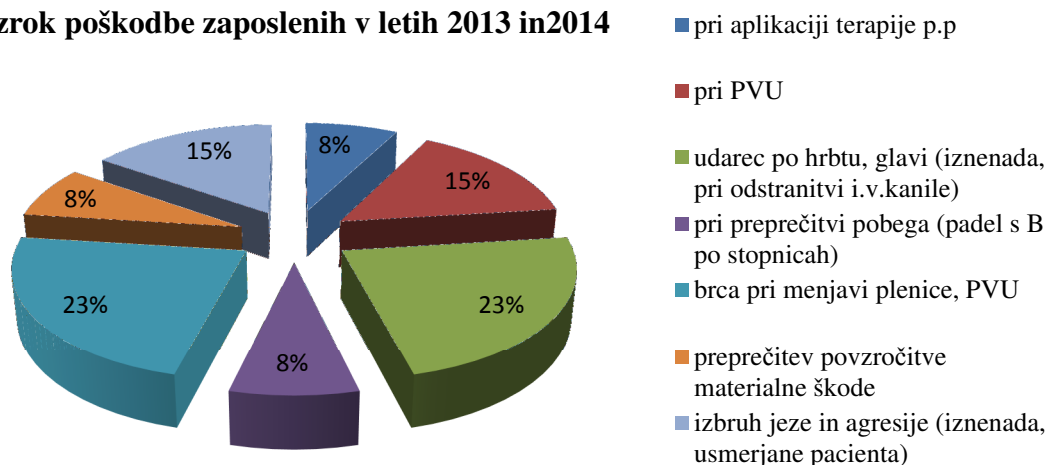
Zabeležili smo 17 primerov fizične agresije pacientov na zaposlene in v 13 primerih so zaposleni utrpeli posledice. Najpogostejša sta bili bolečina in rdečina prizadetega mesta, sledila je udarnina, opraskanina, rane, ugreznina med katerimi so v 4 primerih zahtevale bolniško odsotnost zaposlenega.

**Vrsta posledic pri zaposlenih v letih 2013 in 2014**



Do posledic incidentov pri zaposlenih je prišlo zaradi različnih vzrokov. Najpogostejši vzrok je bil udarec zaposlenega, ki se je zgodil iznenada in ni mogel biti predvidljiv. Udarci so se zvrstili ob različnih aktivnostih ZN in sicer pri odstranitvi i. v. kanile, menjavi plenice, pri izvedbi PVU, pri aplikaciji terapije p.p., pri preprečevanju materialne škode zaradi agresije pacientov in zaradi izbruha nenadne agresije pacienta bodisi zaradi psihopatoloških doživetij ali pri usmerjanju pacienta.

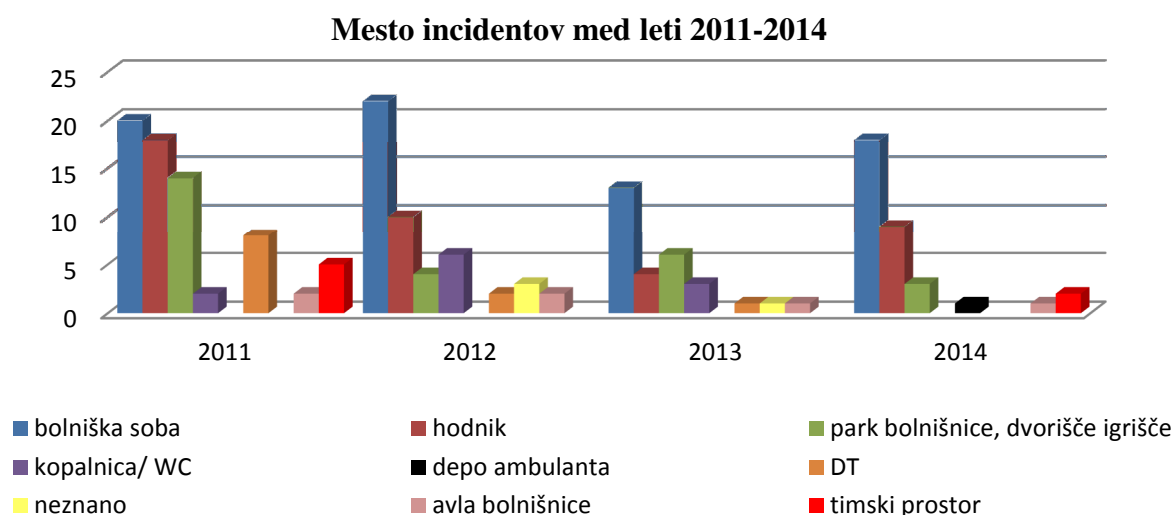
**Vzrok poškodbe zaposlenih v letih 2013 in 2014**



Na izvedenih delavnicah PVU v letu 2013 je bilo z strani zaposlenih izrečena želja o znanju obvladovanja agresivnega pacienta. Glede na to smo v maju 2014 organizirali delavnico

obvladovanje agresivnega pacienta, ki je med zaposlenimi pustila velik pozitiven odziv, vendar pa bo potrebno še znanje utrditi z prikazanimi prijemi, da jih bomo lahko uporabili v praksi.

Najpogostejše mesto incidentov je že vse skozi bolniška soba, sledi hodnik oddelka ter okolica bolnišnice (park, dvorišče, igrišče), zato bi bilo potrebno v letu 2015 razmisliti kako jih preprečiti na teh mestih.



Glede na spremembe, ki smo jih že uvedli v letu 2014 smo pozitivno presenečeni. Metodologija zbiranja podatkov na novem Obrazcu o incidentu je boljša v primerjavi z starim obrazcem, saj se podatki ne podvajajo in obdelava je hitrejša. Za dodano vrednost kazalnika zaradi posledic incidentov pri zaposlenih bi bilo potrebno pridobiti podatke o številu dni bolniške odsotnosti zaposlenih.

### Ukrepi za izboljšanje

- Vpeljava ocene tveganja za nastop agresivnosti pri pacientu v prakso
- Računalniško vodenje zbiranja podatkov za statistično obdelavo podatkov v 2015
- V proces dela implementirati analizo osnovnega vzroka za nastanek incidenta
- Zajezi št. incidentov v bolniških sobah in hodniku oddelka
- Zmanjšanje št. poškodb zaposlenih
- Pridobitev podatkov o bolniški odsotnosti zaposlenih zaradi posledic incidentov

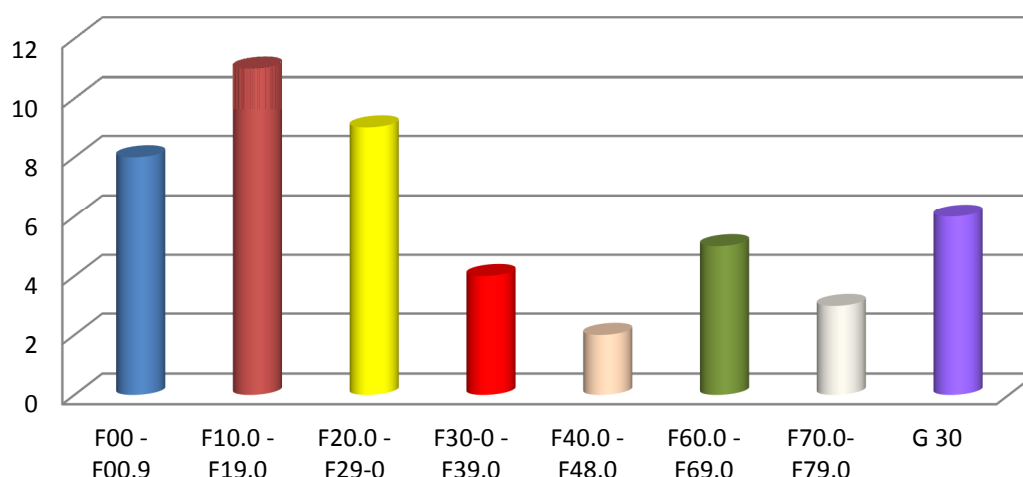


## 5. DELEŽ NENAČRTOVANEGA PONOVNEGA SPREJEMA V ISTO BOLNIŠNICO V 7 DNEH PO ODPUSTU ZARADI ISTE DIAGNOZE ALI ZAPLETOV POVEZANIH S TO BOLEZNIJO

Podatke smo dobili v administrativni službi s pomočjo računalniško vodene dokumentacije. V letu 2014 smo odpustili **1160** pacientov in zabeležili 47 pacientov, ki so bili ponovno sprejeti zaradi iste medicinske diagnoze, kot so jo imeli določeno ob odpustu. Med njimi je bilo 33 moških in 14 žensk. Glede na pridobljene podatke, lahko govorimo, da je bilo ponovno sprejetih 4% pacientov v roku 7 dni zaradi iste diagnoze, kot so jo imeli določeno ob predhodnem odpustu, glede na število vseh odpustov iz bolnišnice. Med temi pacienti so tudi pacienti, ki so bili zaradi poslabšanja somatske bolezni premeščeni v splošne bolnišnice in so se po končanem zdravljenju vrnili še zaradi nedokončanega psihiatričnega zdravljenja.

Podatke smo spremljali po odpustnih diagnozah, ki smo jih razvili v zaključene sklope glede na MKB 10.

**Ponovni sprejemi v roku 7 dni zaradi iste Dg glede na MKB-10**



Največ je bilo ponovno sprejetih pacientov z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja psihoaktivnih snovi. Takšnih pacientov je bilo 11. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje so terjale ponovno hospitalizacijo prav tako pri 9 pacientih. Duševne in vedenjske motnje so bile vzrok ponovnega sprejema pri 8 pacientih. Med temi pacienti so bili tudi starostniki, ki smo jih premeščali v Splošno bolnišnico zaradi somatskega zapleta in so bili po končanem zdravljenju v somatski bolnišnici vrnjeni nazaj. Diagnozo, ki spada v kategoriji Bolezni živčevja je imelo 6 pacientov. V vseh primerih je šlo za Alzheimerjevo bolezen. V večini primerov smo te paciente odpustili v Splošne bolnišnice zaradi somatskega zapleta in so bilo po sanaciji tega zapleta vrnjeni nazaj v našo bolnišnico zaradi nadaljevanje našega zdravljenja. V 5 primerih so bile zastopane medicinske diagnoze, ki spadajo v skupino

med Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi. Razpoloženske (afektivne) motnje so se ponovno ponovile pri 4 pacientih. Pri 3 pacientih z zmerno duševno manjrazvitostjo je bilo potrebna ponovna hospitalizacija zaradi poslabšanja psihičnega stanja. Prav tako sta bila 2 pacienta sprejeta zaradi Nevrotske, stresne in somatoformnih motenj.

Pri pregledu podatkov iz prejšnjih let, ugotavljamo, da se število nenačrtovanih sprejemov v roku 7 dni po odpustu bistveno ne spreminja. V prihodnje bi bila potrebna ločitev pacientov, ki so bili zaradi somatskih težav, kar je seveda oviralo ureditev psihičnega statusa, odpuščeni v splošne bolnišnice in so se vrnil k nam zaradi nedokončne psihiatrične obravnave. Menimo, da ti pacienti ne zagotavljajo kriterije kazalnika, ki opredeljuje kakovost psihiatrične obravnave v bolnišnici, saj je somatska bolezen prekinila našo hospitalizacijo.

### **Predlagane izboljšave in načrt izvedbe izboljšav**

- Ob intenzivnejšem sodelovanju s "ključnimi" osebami oz. institucijami na terenu, kot so osebni zdravnik, patronažna služba, dispanzerski psihiater, skrbniki, koordinatorji, družinski člani, bi dosegli boljšo "reintegracijo" v okolje, kjer pacient živi.
- Natančnejši načrt nadaljnjega zdravljenja in socialne skrbi za posameznika v skupnosti.
- Vključevanje koordinatorjev v program skupnostne skrbi za paciente.
- Ločitev pacientov, ki so bili zaradi somatskih težav, kar je oviralo ureditev psihičnega statusa, odpuščeni v splošne bolnišnice in so se vrnil k nam zaradi nedokončen psihiatrične obravnave.

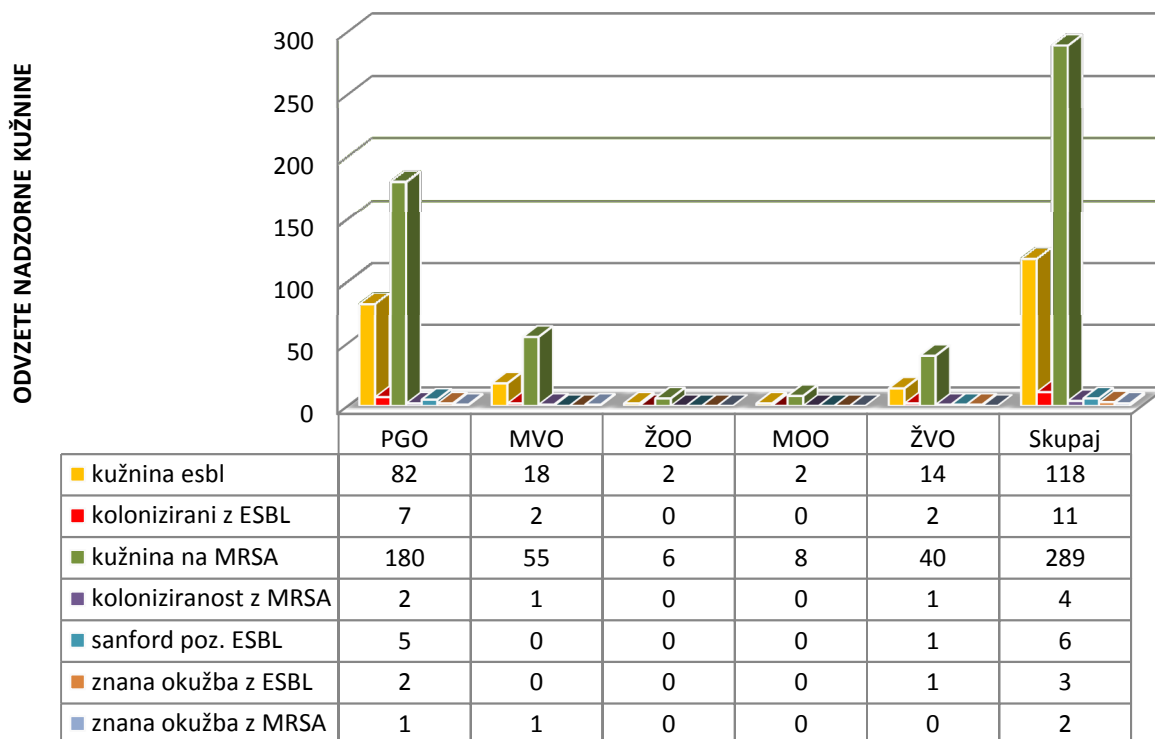
## **6. BOLNIŠNIČNE OKUŽBE**

Kazalnik MRSA je merilo uspešnosti izvajanja programa preprečevanja širjenja MRSA, uspešnosti/ ustreznosti izvajanja higijene rok z alkoholnimi razkužili, s tem pa tudi kakovosti obravnave bolnikov. Z ustreznim izvajanjem iskanja nosilcev MRSA ob sprejemu v bolnišnico in ustreznim razkuževanjem rok z alkoholnimi razkužili v petih ključnih situacijah ob bolniku (pred in po stiku z bolnikom, po stiku z njegovo okolico in predmeti, pred čistimi/ aseptičnimi posegi, po izpostavljenosti telesnim tekočinam) lahko uspešno preprečimo prenos MRSA z enega bolnika na drugega.

Podatke za statistično obdelavo podatkov nam je posredoval mikrobiološki laboratorij in medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb (SOBO). V letu 2014 smo odvzeli nadzorno kužnino pri **125** pacientih in odvzeli 413 vzorce kužnine iz različnih vzrokov. Od

tega smo 289 krat odvzeli bris na MRSA in v 118 primerih smo iskali koloniziranost pacienta z ESBL. V celem letu 2014 smo imeli 18 pacientov koloniziranih z ESBL in 4 paciente z MRSA. Na novo smo ugotovili koloniziranost z ESBL pri 15 pacientih, med katerimi je bilo 6 pacientom odvzet urin za preiskavo po Sanfordu in pri vseh so bili izvidi pozitivni z ESBL.

### Koloniziranost z ESBL in MRSA po oddelkih v bolnišnici in odvzemi kužnin



Ugotovili smo tudi, da sta 2 pacienta okužena z MRSA. Pri 5 pacientih ob sprejemu v bolnišnico pa smo imeli na voljo izvid iz SB Ptuj in Rakičan, ter iz DU Ljutomer, od koder so prihajali in iz katerega je bilo razvidno, da so kolonizirani z ESBL oz. z MRSA.

Največ vzorcev za ESBL in MRSA smo odvzeli na PGO. Število odvzetih brisov je bilo 267, kar predstavlja 65% glede na vse vključene paciente. Na PGO je bilo koloniziranih z ESBL 10 starostnikov, med katerimi je bil pacient, ki je imel izolirano ESBL v urinu in rektumu. Imeli smo tudi 2 starostnika z znano okužbo ESBL že ob sprejemu v bolnišnico. Na PGO sta bila po odvzemu brisov na kužnino premeščena 2 pacienta iz MVO in 1 pacientka iz ŽVO, katerih izvidi so pokazali koloniziranost pacientov z ESBL. Glede na te podatke ugotavljamo, da smo v letu 2014 na PGO imeli 15 starostnikov okuženih z ESBL in 2 starostnika okužena s MRSA od katerih dveh je bil 1 že znan ob sprejemu.

Na MVO je bilo odvzeto 73 vzorcev kužnine za ESBL in MRSA. Na tem oddelku niso imeli pacientov koloniziranih z ESBL, saj so po odvzemu brisov premestili 2 pacienta, pri katerima

je bil potem izvid pozitiven na ESBL. Na tem oddelku je bil tudi 1 pacient z MRSA, ki je bila znana že ob sprejemu in se je izvajala dekolonizacija. Na ŽVO je bilo odvzeto 55 vzorcev kužnine za MRSA in ESBL, kjer smo dobili podatke, da je bila 1 pacientka kolonizirana z MRSA in 4 pacientke z ESBL od katerih je ena pacientka premeščena na PGO. Med temi pacientkami je bila tudi pacientka, ki je ob sprejemu imela izvid iz katerega je bila razvidna koloniziranost z ESBL.

V letu 2014 smo v celi bolnišnici z odvzemom nadzorne kužnine odkrili 18 pacientov, ki so bili kolonizirani s ESBL in 4 pacienta z MRSA.

Glede na zastavljeni cilj v letu 2013, smo v prvi polovici leta 2014 že realizirali vse predlagane ukrepe. Vzorce smo pričeli odzemat v in po 48 urah glede na sprejem pacienta v bolnišnico. Tako, da že operiramo tudi s temi podatki in sicer:

Med nadzornimi kužninami odvzetih v roku **do 48 ur** po sprejemu pacienta v bolnišnico, so pri 7 pacientih bili izvidi pozitivni kar pomeni, da so ti pacienti bili kolonizirani s ESBL in MRSA pred sprejemom v našo bolnišnico. Prav tako sem prištevamo 3 paciente z znano kolonizacijo. Ugotavljamo, da smo imeli 10 pacientov, ki so bili kolonizirani z bolnišnično okužbo pred sprejemom v našo bolnišnico.

Izvedli smo **tudi** odvzeme nadzornih kužnin **po 48 urah** glede na sprejem pacienta v bolnišnico, in pri 8 pacientih je bil izvid pozitiven z okužbo z ESBL. To je pokazatelj, da so pacienti okužbo pridobili v naši bolnišnici.

Vse kolonizirane paciente z ESBL in MRSA smo prijavljali SOBO. Imeli smo tudi primere, ko smo morali odvzeti nadzorno kužnino pacientom, ki so bivali s sopacientom koloniziranim z ESBL in okužba pri njem ni bila znana, je pa prispeli izvid bil pozitiven glede na odvzeto kužnino.

Zbir podatkov števila koloniziranih pacientov z hišnično infekcijo pokaže, da imamo v bolnišnici razmeroma posamezne paciente kolonizirane z MRSA, med tem, ko imamo nekoliko večji delež pacientov z ESBL. Se pa skozi vsa leta spremljanja povečuje število odvzetih nadzornih kužnin.

V letu 2014 smo dorekli način evidentiranja in spremljanja Kazalnika MRSA kot to narekuje metodologija. K dosedanjemu zbiranju števila opravljenih nadzornih kužnin v bolnišnici in števila pacientov koloniziranih z MRSA smo dodali še preštevanje pacientov ali so bili

pozitivni že ob sprejemu v bolnišnico ali so okužbo pridobili v bolnišnici in ali je bila preiskava opravljena v roku 48 ur ali po preteku 48 ur, kar narekuje kazalnik.

V letu 2014 smo sledili ciljem, ki smo si jih zastavili v letu 2013 in jih v celoti realizirali. Tako smo vsakega koloniziranega bolnika v tekočem letu šteli samo enkrat v kolikor je bil ponovno hospitalizirani v naši bolnišnici. Izvajali smo prijavo koloniziranega pacienti sestri za obvladovanje bolnišničnih okužb (SOBO) na prirejenem obrazcu, pacientom, kateri so bili v sobi s pacientom koloniziranim z MRSA in ESBL najmanj tri dni, smo obvezno odvzeli standardni brisi. Izvedli smo tudi kazalnik higiene rok. S podatki operirata SOBO in pomočnica direktorja za zdravstveno nego.

#### **Predlagane izboljšave in načrt izvedbe izboljšav v letu 2014**

- Izobraževanje zdravnice za obvladovanje bolnišničnih okužb (ZOBO) s področja infekcij
- Izobraževanje kadra na izpostavljenih oddelkih v preprečevanju prenosa bolnišnične infekcije.
- Izvajanje kazalnika higiene rok z brisi
- pregledati 10 do 20% vseh sprejetih bolnikov za nosilstvo MRSA.

Preprečevanje prenosa MRSA na nekolonizirane bolnike povečuje varnost bolnikov, saj je možnost okužbe z MRSA s tem manjša.

Pri pregledu podatkov ugotavljamo, da smo v letu 2015 pregledali 9% vseh sprejetih pacientov za MRSA. Kazalnik kakovosti MRSA določa, da morajo bolnišnice pregledati 10 do 20% vseh sprejetih bolnikov za nosilstvo MRSA, zato bi bilo prav, da v letu 2015 pričnemo izvajati še to aktivnost in s tem poročati o številu sprejemov in številu pregledanih za nosilstvo MRSA.

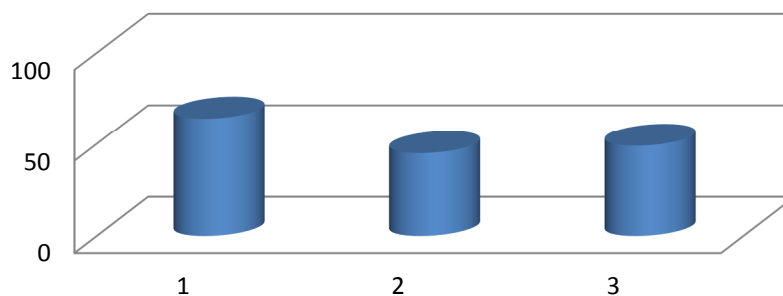
## **7. OBRAVNAVA PRVEGA ZAMAHA SHIZOFRENIJE V HOSPITALNEM OKOLJU**

Kazalnik se spremlja v okviru podatkovnih zbirk projekta Kakovosti v zdravstvu Slovenije ter v okviru Zdravniške zbornice Slovenije. Ministrstvo za zdravje je za področje psihiatrije predvidelo zbir dveh kazalnikov za vsakega sprejetega pacienta, pri katerem je bila prvič postavljena diagnoza shizofrenija (Prvi zamah). Spremljajo se trajanje hospitalizacije za

pacienta, ki je bil prvič sprejet ter skupno število vseh psihiatričnih zdravil, ki so bile predpisane pacientom ob odpustu.

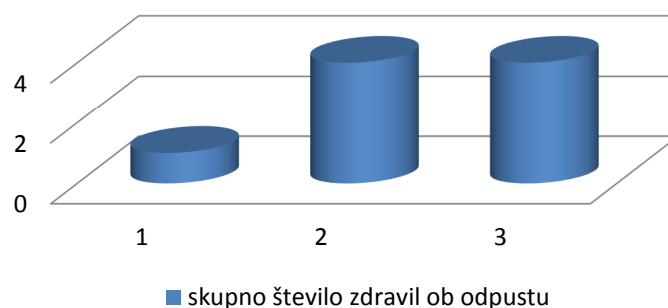
V Psihiatrični bolnišnici Ormož kazalnik spremljamo od leta 2011. V okviru opazovanega vzorca so bili evidentirani in posredovani podatki za 3 osebe za leto 2015. Razpon števila dni hospitalizacije pacienta je znašal od 45- 64 dni, kar pomeni, da je bil pacient povprečno hospitaliziran 53 dni.

**Trajanje hospitalizacije pri prvem zamahu SCH 2014**



Ob odpustu so imeli predpisano različno število psihiatričnih zdravil. Razpon števila zdravil je bil od 1- 4.

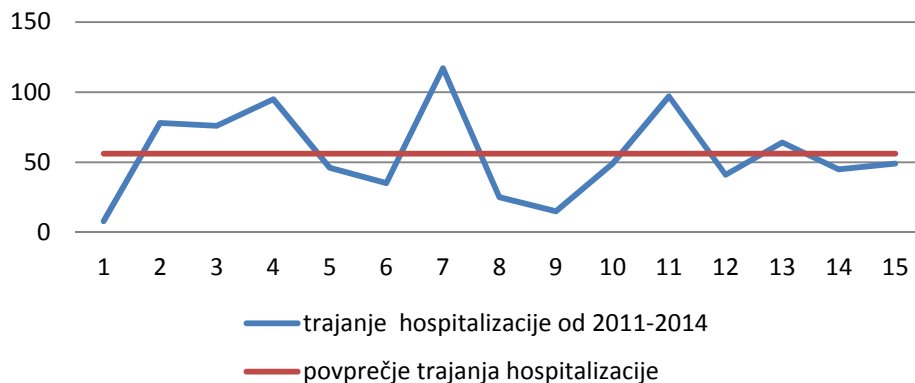
**Skupno število zdravil ob odpustu 2014**



Pri pregledu podatkov od leta 2011 do 2014 ugotavljamo, da smo zabeležili 15 primerov prvih zamahov Shizofrenije in vsi pacienti so bili moškega spola. Starost pacientov se je gibala od 27- 55 let oziroma povprečna starost vseh pacientov je 28 let.

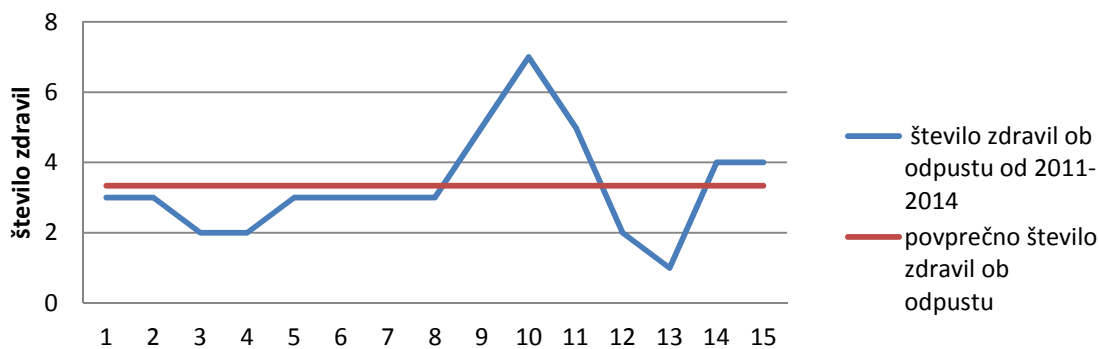
Razpon števila dni hospitalizacije pacienta od 2011-2014 je znašal od 8-117 dni, kar pomeni, da je bil pacient povprečno hospitaliziran 56 dni.

### Trajanje hospitalizacije od 2011-2014



Ob odpustu so imeli predpisano različno število psihiatričnih zdravil. Razpon števila zdravil je bil od 1- 7, kar pomeni, da je pacient ob odpustu imel povprečno predpisano okrog 3 psihiatrična zdravila.

### Število zdravil ob odpustu 2011-2014



Podatki pridobljeni s kazalnikom Shizofrenija nam omogočajo merjenje klinične uspešnosti in učinkovitost oddelka ter posameznika.

### Predlagane izboljšave in načrt izvedbe izboljšav

Pomemben bi bil za našo bolnišnico podatek, kdaj se je pacient ponovno vrnil na sprejem zaradi osnovne zdravniške diagnoze. Ta podatek bi lahko pridobili iz informacijskega sistema bolnišnice.

## **8. Klinične poti**

V letu 2014 smo v zdravstveni obravnavi pacientov uporabljali že obstoječe in na novo sprejete klinične poti.

Uporabljali smo že uveljavljene klinične poti :

1. Aplikacija depo - terapije,
2. Oskrba bolnika z alkoholnim delirijem,
3. Sprejem bolnika s heteroagresivnim vedenjem,
4. Sprejem in obravnava starostnika,
5. Oskrba bolnika s sindromom odvisnosti od alkohola,
6. Metabolni sindrom,
7. Laboratorijske preiskave pri pacientu ob sprejemu in med zdravljenjem,
8. Obravnava bolnika s shizofrensko psihozo,
9. Obravnava samomorilnega bolnika.
10. Klinična pot za neakutno obravnavo,
11. Klinična pot za obravnavo pacientov v skupnosti.

Novo sprejete klinične poti v letu 2014:

1. Klinična pot za ESBL
2. Klinična pot za MRSA
3. Klinična pot- Izvajanje posebnih varovalnih ukrepov
4. Klinična pot zdravljenje v nadzorovani obravnavi
5. Klinična pot protimikrobna zdravila
6. Klinična pot –Ugotavljanje epidemije v PB Ormož in prijavljanje nalezljivih bolezni

Milena Novak, mag. zdrav. nege

Metka Vidovič, dipl. med. ses.



Prikaz podatkov kazalnikov kakovosti v tabeli od leta 2007-2014

	LETO 2007	LETO 2008	LETO 2009	LETO 2010	LETO 2011	LETO 2012	LETO 2013
<b>Kazalnik 1: Število padcev</b>							
- število padcev	72	76	58	75	59	66	58
- število oskrbnih dni	47.552	45.704	45.856	43.982	44.412	45.190	40.050
<b>Kazalnik 1a: Število padcev s postelje na 100 hospitalizacij</b>							
- število padcev	7	20	12	24	7	13	3
- število oskrbnih dni	47.552	45.704	45.856	43.982	44.412	45.190	40.050
<b>Kazalnik 2: Število razjed zaradi pritiska na 100 hospitalizacij</b>							
- Skupaj število razjed	16	15	10	4	2	1	2
- od tega število razjed pridobljenih v bolnišnici	0	1	8	4	1	0	1
- od tega število razjed ugotovljenih ob sprejemu	16	14	2	0	1	1	1
- Število vseh hospitaliziranih bolnikov	1151	1055	1065	1115	1113	1167	1191
<b>Kazalnik 3: čakanje na odpust</b>							
Število bolnikov, ki so podaljšali hospitalizacijo zaradi čakanja	28 (beležili 6 mesecev)	64 (celoletno beleženje)	58 (celoletno beleženje)	84	94	71	86
- število dni čakanja na odpust	783	1829	2105	1718	2158	1920	1665
- povprečno števila čakalnih dni	27,9	28,5	36,3	20,4	22,7	27,0	19,3
<b>Kazalnik 4: incidenti/ neobičajni dogodki</b>							
-število incidentov	36	83	49	76	74	55	29
- Število vseh hospitaliziranih bolnikov	1151	1055	1065	1115	1113	1167	1191
<b>Kazalnik 5: Število ponovnih sprejemov</b>							
- Število ponovnih sprejemov	54	100	23	45	42	44	36
- Število vseh odpuščenih bolnikov	1176	1063	1071	1115	1109	1180	1191
<b>Kazalnik 6: Bolnišnične okužbe</b>							
- Ali je vpeljan reden odvzem nadzornih kužnin za odkrivanje MRSA	da	da	da	da	da	da	da
- Število vseh hospitaliziranih bolnikov	1151	1055	1065	1115	1113	1167	1190
- Število bolnikov, pri katerih so bile odvzete nadzorne kužnine	15	28	17	31	32	37	42
- Štev vseh bolnikov, koloniziranih z MRSA	0	1 (že znana ob sprejem)	0	1	1	2	1
- Delež MRSA med vsemi izolati bakterije STAPHYLOCOCCUS AUREUS	0	0,02	0	0,02	0,02	0,04	0,02

<b>Kazalnik 7: Prvi zamah Shizofrenije</b>							
- trajanje hospitalizacije za pacienta, ki je bil prvič sprejet zaradi shizofrenije (prvi zamah)-povprečno št. dni hospitala	/	/	/	/	66,7	76	62
-skupno število vseh psihiatričnih zdravil, ki so bile predpisane pacientom ob odpustu.	/	/	/	/	13	6	22

	LETO 2014	LETO	LETO	LETO	LETO	LETO	LETO
<b>Kazalnik 1: Število padcev</b>							
- število padcev	63						
- število oskrbnih dni	38214						
<b>Kazalnik 1a: Število padcev s postelje na 100 hospitalizacij</b>							
- število padcev	3						
- število oskrbnih dni	38214						
<b>Kazalnik 2: Število razjed zaradi pritiska na 100 hospitalizacij</b>							
- Skupaj število razjed	9						
- od tega število razjed pridobljenih v bolnišnici	4						
- od tega število razjed ugotovljenih ob sprejemu	5						
- Število vseh hospitaliziranih bolnikov	1135						
<b>Kazalnik 3: čakanje na odpust</b>							
Število bolnikov, ki so podaljšali hospitalizacijo zaradi čakanja	84						
- število dni čakanja na odpust	1729						
- povprečno število čakalnih dni	21						
<b>Kazalnik 4: incidenti/ neobičajni dogodki</b>							
-število incidentov	34						
- Število vseh hospitaliziranih bolnikov	1135						
<b>Kazalnik 5: Število ponovnih sprejemov</b>							
- Število ponovnih sprejemov	48						
- Število vseh odpuščenih bolnikov	1160						
<b>Kazalnik 6: Bolnišnične okužbe</b>							
- Ali je vpeljan reden odvzem nadzornih kužnin za odkrivanje MRSA	da						
- Število vseh hospitaliziranih bolnikov	1135						
- Število bolnikov, pri katerih so bile odvzete nadzorne kužnine	105						
- Štev vseh bolnikov, koloniziranih z MRSA	4						
- Delež MRSA med vsemi izolati bakterije STAPHYLOCOCCUS AUREUS	0,021						

<b>Kazalnik 7: Prvi zamah Shizofrenije</b>							
- trajanje hospitalizacije za pacienta, ki je bil prvič sprejet zaradi shizofrenije (prvi zamah)-povprečno št. dni hospitala	53						
-skupno število vseh psihiatričnih zdravil, ki so bile predpisane pacientom ob odpustu.	9						