

# KAZALNIKI KAKOVOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI "DR. FRANCA DERGANCA" NOVA GORICA (SB NG) ZA LETO 2007

## 1.ŠTEVILO PADCEV S POSTELJ NA 1000 OSKRBNIH DNI ODRASLIH PACIENTOV

V Splošni bolnišnici "Dr. Franca Derganca" si prizadevamo za varno in karseda udobno bivanje pacientov. Žal pa še vedno prihaja do neprijetnih dogodkov, med katere sodijo tudi padci, predvsem padci s postelj.

Glede na leto 2006 ugotavljamo, da se je število vseh padcev v letu 2007 nekoliko povečalo. Razlog temu je tudi natančnejše zbiranje podatkov in evidenca. Srečujemo pa se tudi z vedno večjim odlivom negovalnega kadra iz bolnišnice.

V letu 2007 smo v SB NG nadaljevali s spremljanjem incidence padcev. Podatke smo zbirali na predpisanem obrazcu "Obrazec za prijavo neželenih dogodkov v zdravstveni obravnavi" ali obrazcu "Evidenca obveznih kazalnikov kakovosti". Obrazce izpolnijo izvajalci ZN takoj po nastalem dogodku. Prijave se pregledujejo sproti, mesečno pa se pripravi natančnejša analiza. Na osnovi tega se pripravlja predloge za izboljšave.

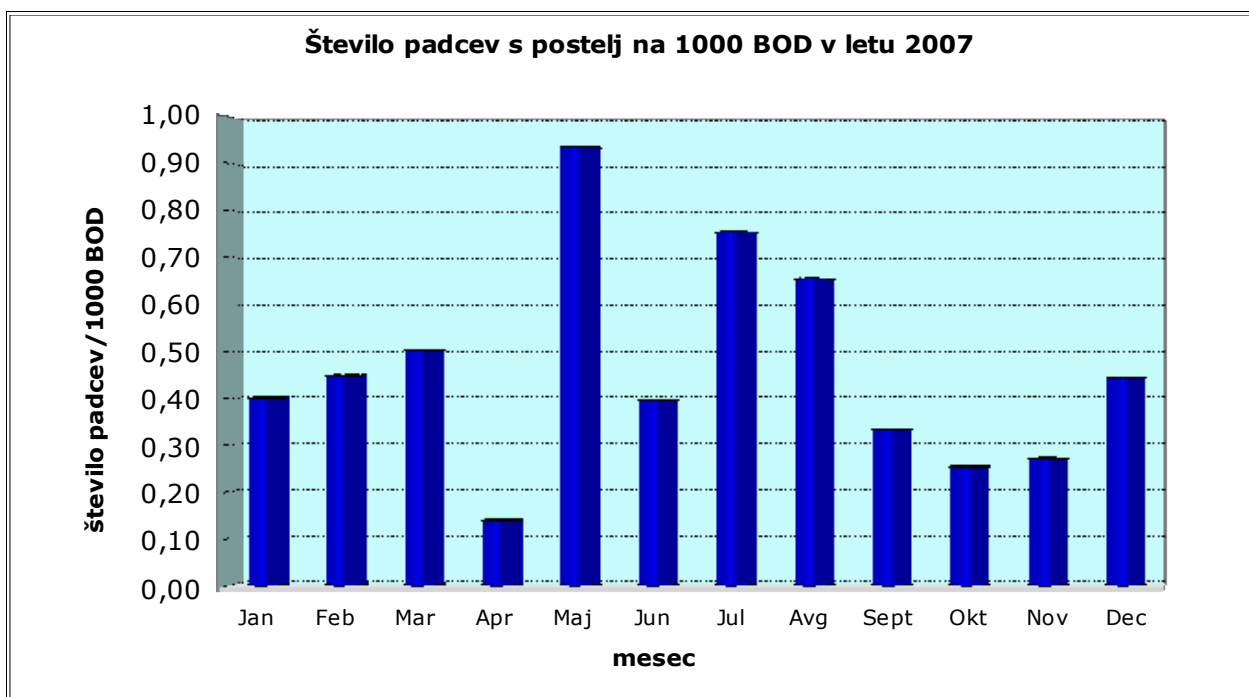
V nadaljevanju prikazujemo naslednje kazalnike:

- število padcev na 1000 bolniško oskrbnih dni za vse hospitalizirane bolnike po mesecih,
- število padcev po oddelkih oz. delih bolnišnice,
- število padcev po turnusih.

Prikazana je tudi analiza vseh padcev.

V letu 2007 je bilo prijavljenih 39 padcev s postelj, kar predstavlja kar 67 % vseh padcev. Največ jih je bilo v mesecu maju, najmanj pa v aprilu. Dinamika padcev po mesecih je prikazana v grafikonu 1.

**Grafikon 1: Število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni v SB NG**



Največ padcev s postelj so prijavili na polletaži, kjer sta Oddelek za revmatologijo in hematologijo ter Oddelek za nefrologijo (5B). Po številu padcev mu sledi Oddelek za nevrologijo. 7 padcev so prijavili na ostalih oddelkih Internistična službe (4A in 5A), preostalih 10 padcev pa so prijavili na oddelkih Kirurške službe (6A, 6B in 7B). Natančnejši podatki so prikazani v tabeli 1 in grafikonu 2.

**Tabela 1: Število padcev s postelj po oddelkih (polletažah) SB NG**

| Oddelek       | Število padcev s postelj v I. 2007 |
|---------------|------------------------------------|
| 4A            | 5                                  |
| 5A            | 2                                  |
| 5B            | 12                                 |
| 6A            | 4                                  |
| 6B            | 3                                  |
| 7B            | 3                                  |
| Nevrologija   | 10                                 |
| <b>Skupaj</b> | <b>39</b>                          |

**Grafikon 2: Prijava padcev s postelj po oddelkih v SB NG**

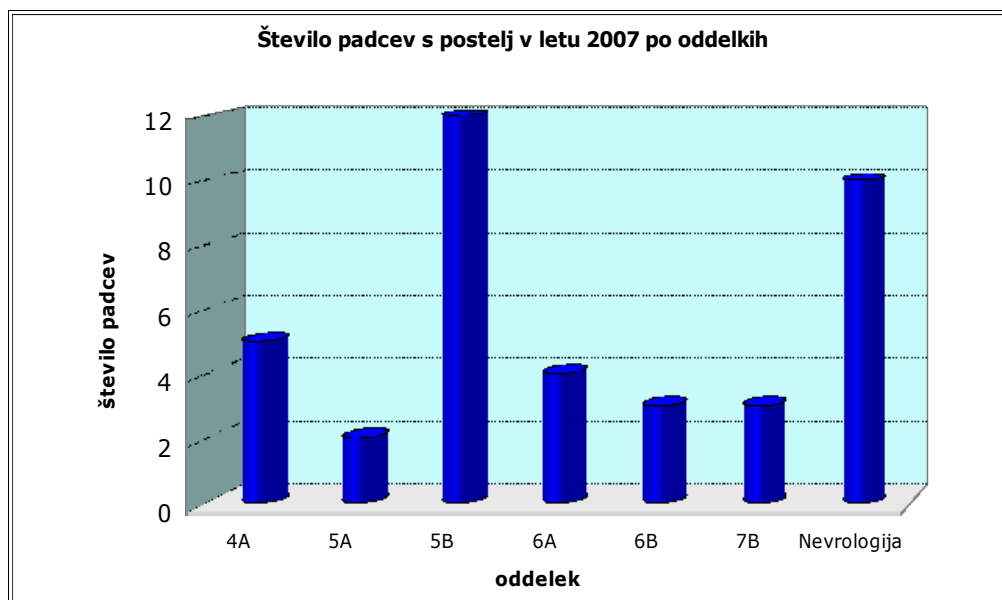
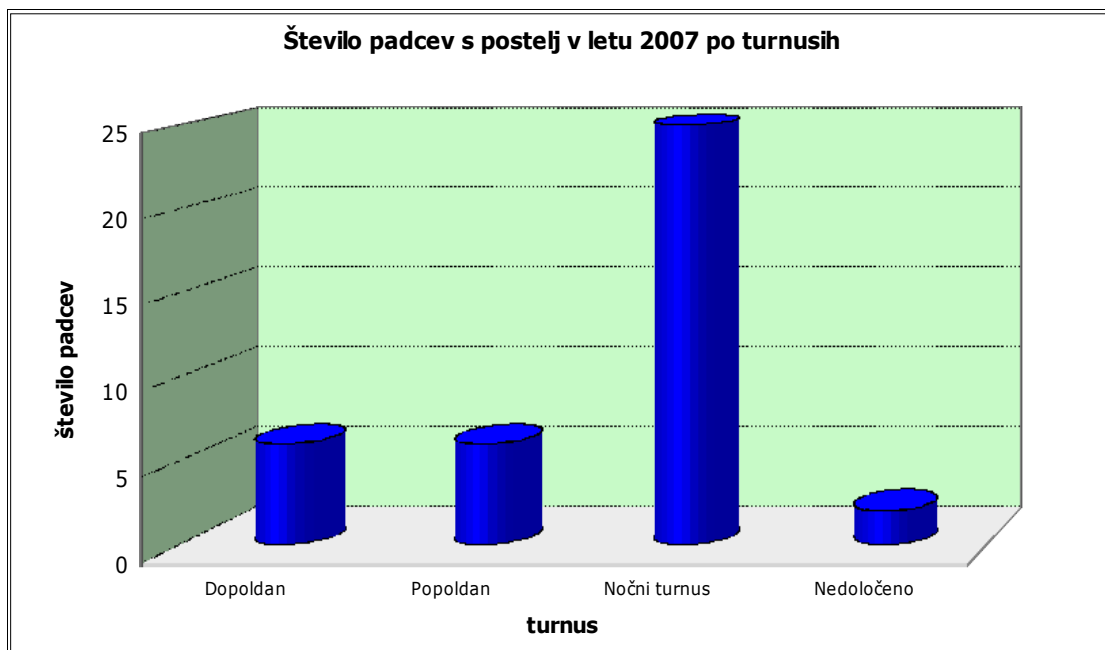


Tabela 2 in grafikon 3 vsebujeta podatke o padcih s postelj po turnusih v letu 2007. V letu 2007 je bilo vseh padcev s postelj 39, od tega se je kar 25 padcev (64 %) zgodilo v nočnem turnusu.

**Tabela 2: Število padcev s postelj po turnusih v SB NG**

| Turnus        | Število padcev s postelj v I. 2007 po turnusih |
|---------------|--|
| dopoldan      | 6  |
| popoldan      | 6  |
| nočni turnus  | 25   |
| nedoločeno    | 2  |
| <b>Skupaj</b> | <b>39</b>                                      |

**Grafikon 3: Število padcev s postelj po turnusih v SB NG**



V nadaljevanju podajamo še analizo vseh padcev. V letu 2007 je bilo prijavljenih 58 padcev, od tega je bilo:

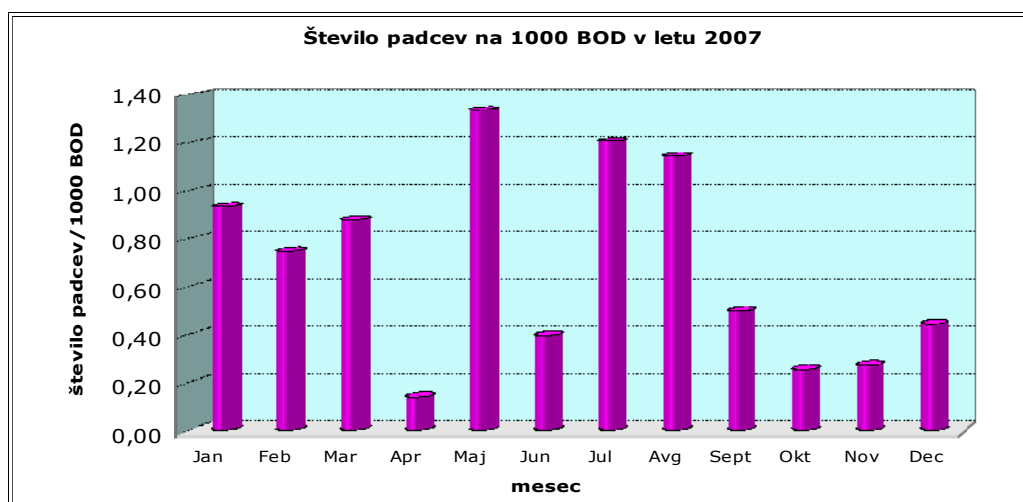
- 39 padcev ob/iz postelje,
- 16 padcev v sanitarijah oz. ob lijaku,
- 1 v garderobi,
- 1 ob pultu v bolniški sobi in
- 1 med preoblačenjem v bolniški sobi.

Od prijavljenih 58 padcev je bilo:

- 17 padcev brez poškodb,
- 39 padcev z lažjimi poškodbami (podplutbe, udarci, odrgnine kože, manjše rane),
- 1 padec s težjo poškodbo (zlom) ter
- 1 padec s poškodbo, ki je narekovala premestitev v CIT.

Značilnosti pojavljanja padcev so iste kot veljajo za padce s postelj. Podatki so prikazani v grafikonih 4, 5 in 6, ter v tabelah 3 in 4.

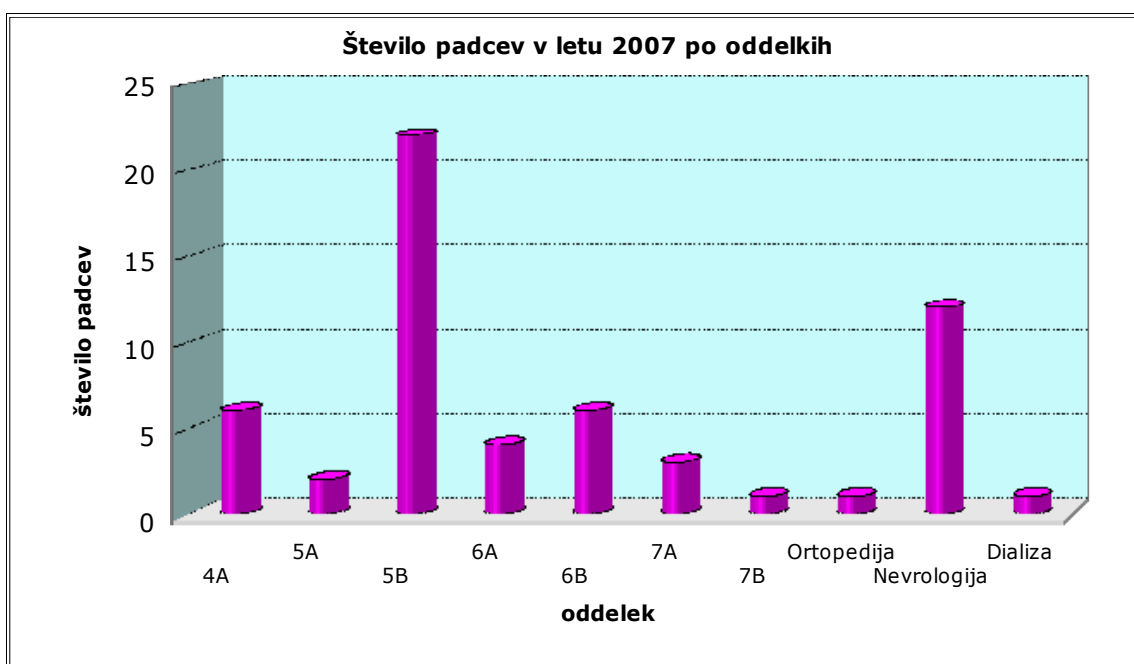
**Grafikon 4: Število vseh padcev na 1000 oskrbnih dni v SB NG**



**Tabela 3: Število padcev po oddelkih (polletažah) SB NG**

| Oddelek       | Število padcev v I. 2007 |
|---------------|--------------------------|
| 4A            | 6                        |
| 5A            | 2                        |
| 5B            | 22                       |
| 6A            | 4                        |
| 6B            | 6                        |
| 7A            | 3                        |
| 7B            | 1                        |
| Ortopedija    | 1                        |
| Nevrologija   | 12                       |
| Dializa       | 1                        |
| <b>Skupaj</b> | <b>58</b>                |

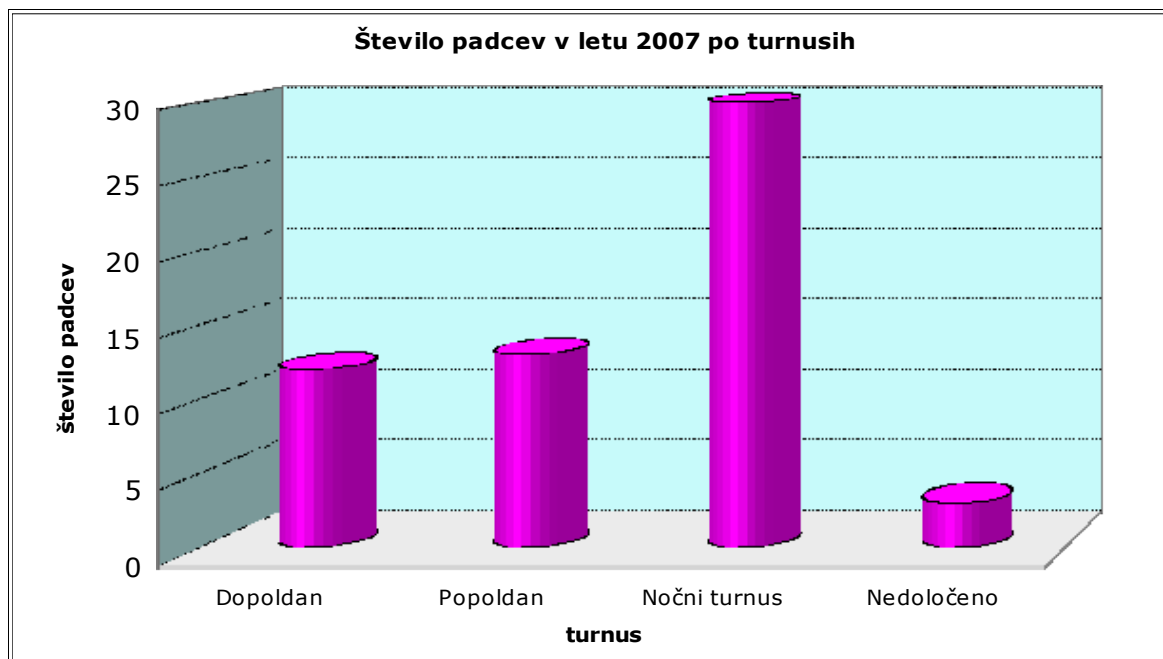
**Grafikon 5: Prijava padcev po oddelkih v SB NG**



**Tabela 4: Število padcev po turnusih v SB NG**

| Turnus        | Število padcev v I. 2007 po turnusih |
|---------------|--------------------------------------|
| dopoldan      | 12                                   |
| popoldan      | 13                                   |
| nočni turnus  | 30                                   |
| nedoločeno    | 3                                    |
| <b>Skupaj</b> | <b>58</b>                            |

**Grafikon 6: Število padcev po turnusih v SB NG**



**• NAČRT IZBOLJŠAV**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Kaj                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zagotavljanje varnosti,</li> <li>• znižanje števila padcev in posledično poškodb zaradi padcev,</li> <li>• dvig znanja osebja glede ocene ogroženosti bolnikov za padce,</li> <li>• stalni nadzor pacientov iz rizičnih skupin (starejši, nemirni pacienti...) za kar si bomo prizadevali z uvedbo varnostne sestrske vizite,</li> <li>• označevanje mokrih tal,</li> <li>• poučevanje delavcev v zdravstveni negi o uporabi varoval za bolnike (nameščanje ovirnic in fiksacije pacientov - neprostovoljna imobilizacija),</li> <li>• ustrezno kadrovanje negovalnega osebja (posebno v nočnem času),</li> <li>• nabava varoval in varnostnih ograjic,</li> <li>• natančna navodila o potrebni dokumentaciji za prijavo padcev ter izpopolnjevanju podatkov,</li> <li>• analiza dogodkov in poročilo ob resnejših poškodbah pacienta,</li> <li>• redni timski sestanki po oddelkih, razgovori o varnosti,</li> <li>• izdelava zloženke in plakata za preprečevanje padcev pri starostnikih</li> </ul> |
| Kdo                           | Predstojnik službe ali samostojnega oddelka, glavna medicinska sestra službe ali samostojnega oddelka, vodje oddelkov, odgovorne med. sestre oddelkov   |
| kdaj                          | Leto 2008   |
| Merila za spremljanje ukrepov | <ul style="list-style-type: none"> <li>• delež padcev v SB NG</li> <li>• redno spremljanje in analiza poročil padcev,</li> <li>• ugotovitve internega strokovnega nadzora ter pogostejši nadzori področij, kjer je višja pojavnost padcev,</li> <li>• razgovori o varnosti na delovnih sestankih in kolegijih zdravstvene nege,</li> <li>• preverjanje poznavanja standardov in izdanih navodil na rednih nadzorih</li> <li>• spremljanje pritožb in pripomb pacientov in svojcev</li> </ul>  |
| Poročilo o izvedenih ukrepih  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• priprava poročila o izvedenih ukrepih v skladu z navodilom,</li> <li>• analiza stanja 2x letno.</li> </ul>   |

## 2. ŠTEVILO PRELEŽANIN (RAZJED ZARADI PRITISKA), NASTALIH V BOLNIŠNICI, NA 1000 HOSPITALIZIRANIH BOLNIKOV

V SB NG smo v letu 2007 nadaljevali s sistemskim poročanjem in zbiranjem prijav novo nastalih preležanin v času hospitalizacije.

Podatke zajemamo na predpisanem obrazcu "Obrazec za poročanje o neželenih dogodkih v zdravstveni obravnavi". Postopek je enak kot pri padcih.

Glede na izkušnje, večji delež preležanin nastane na internističnih oddelkih, nevrologiji in ortopediji že zaradi osnovnih obolenj in stanj bolnikov, poleg tega pa je pacient prisiljen ležati v enem položaju oz. je menjava položaja bolnika zaradi njegovega zdravstvenega stanja omejena.

V letu 2007 je bilo v bolnišnici hospitaliziranih 17.679 bolnikov (nismo upoštevali premestitev med posameznimi oddelki). Število prijavljenih preležanin je bilo 6. Število preležanin na 1.000 hospitaliziranih bolnikov na ravni bolnišnice je bilo 0,34. Podatkov ne moremo primerjati s podatki iz leta 2006, ker so se začeli šele spremljati koncem leta. Ugotavljamo sicer pomanjkljivo evidentiranje, dejstvo pa je, da je opremljenost oddelkov s pripomočki za preprečevanje preležanin še vedno pomanjkljiva.

V tabeli 5 je prikazano število prijavljenih preležanin po posameznih oddelkih v letu 2007.

**Tabela 5: Število preležanin po oddelkih v SB NG**

| Oddelek  | Skupno št. prijavljenih preležanin v letu 2007 |
|--|--|
| Kardiološki oddelek                            | 2  |
| Hemato.-revmat. oddelek in odd. za nefrologijo | 1  |
| Ortopedija                                     | 1  |
| Nevrologija                                    | 2  |
| <b>Skupaj:</b>                                 | <b>6</b>                                       |

### ● NAČRT IZBOLJŠAV

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Kaj                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• preprečevanje nastanka preležanin v bolnišnici ter strožje evidentiranje pojava,</li> <li>• poostreno spremljanje ocene ogroženosti bolnikov,</li> <li>• striktno izvajanje ukrepov za preprečevanje nastanka preležanin,</li> <li>• ustrezna ZN ob nastanku preležanine,</li> <li>• poučevanje negovalnega osebja glede vzrokov nastanka preležanin in preprečevanja nastanka preležanin,</li> <li>• redni strokovni nadzor ZN</li> </ul> |
| Kdo                           | Glavna medicinska sestra službe ali samostojnega oddelka, vodje oddelkov, odgovorne med. sestre oddelkov  |
| Kdaj                          | Leto 2008   |
| Merila za spremljanje ukrepov | <ul style="list-style-type: none"> <li>• delež preležanin,</li> <li>• izdelava standardov in smernic za preprečevanje in nego preležanin,</li> <li>• prijava preležanin nastalih tekom hospitalizacije,</li> <li>• kontrola izvajanja ukrepov za preprečevanje preležanin v skladu z navodili,</li> <li>• interni strokovni nadzor ZN</li> </ul>  |
| Poročilo o izvedenih ukrepih  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• priprava poročila o izvedenih ukrepih v skladu z navodilom,</li> <li>• analiza stanja 2 x letno</li> </ul>   |

### 3. ČAKALNA DOBA ZA RAČUNALNIŠKO TOMOGRAFIJO

Čakalno dobo za računalniško tomografijo (v nadaljevanju: CT) v bolnišnici računalniško spremljamo od leta 2006. Podatke zajemamo skozi informacijski sistem BIRPIS 21, v katerem je modul elektronska čakalna knjiga, iz katerega smo pridobili podatke, ki jih prikazujemo v nadaljevanju. Kazalnik prikazuje čakalno dobo za CT od napotitve (vpisa v čakalno knjigo) do izvedbe storitve.

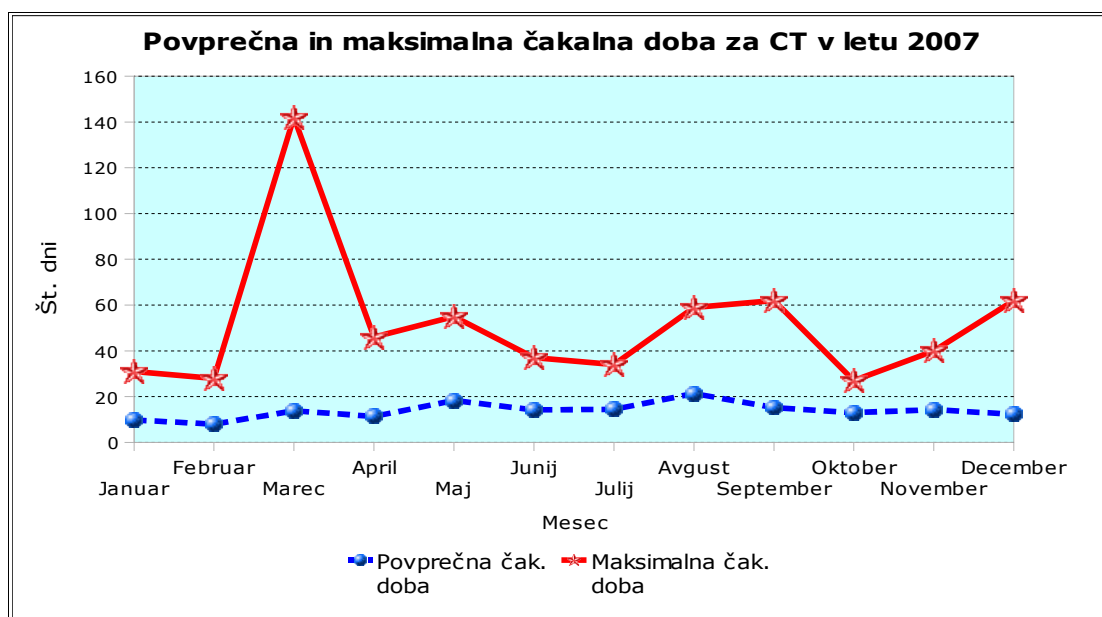
Odstotek urgentnih preiskav: Čeprav smo načrtovali spremljanje odstotka urgentnih preiskav za leto 2007, se ti podatki v bolnišnici še ne spremljajo. V načrtu radiološkega oddelka imamo opredeljeno in rezervirano določeno število mest za naročanje urgentnih CT preiskav tako za ambulantno kot hospitalno obravnavo. Neustrezne napotitve za CT ne spremljamo sistematično, zato teh podatkov nimamo.

V tabeli 6 in grafikonu 8 prikazujemo podatke o čakalni dobi v dnevih in sicer podatke o povprečni in maksimalni čakalni dobi. Najkrajša čakalna doba je v celem letu ista in sicer 0 dni.

**Tabela 6: Razpon čakalne dobe za CT v dnevih po mesecih v SB NG v letu 2007**

| Mesec         | Povprečna čak. doba | Maksimalna čak. doba |
|---------------|---------------------|----------------------|
| Januar        | 10                  | 31                   |
| Februar       | 8                   | 28                   |
| Marec         | 14                  | 142                  |
| April         | 11                  | 46                   |
| Maj           | 18                  | 55                   |
| Junij         | 14                  | 37                   |
| Julij         | 14                  | 34                   |
| Avgust        | 21                  | 59                   |
| September     | 15                  | 62                   |
| Oktober       | 13                  | 27                   |
| November      | 14                  | 40                   |
| December      | 12                  | 62                   |
| <b>Skupaj</b> | <b>14</b>           | <b>142</b>           |

**Grafikon 8: Čakalna doba za računalniško tomografijo v SB NG po mesecih**



## ● NAČRT IZBOLJŠAV

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Kaj                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>V veljavi je navodilo iz leta 2006 "Organizacijsko navodilo za izvajanje obravnav na Oddelku za radiologijo", ki je osnova za obvladovanje diagnostike in vodenja čakalne vrste ob upoštevanju stopnje nujnosti obravnave. Navodilo zagotavlja urejen sistem vodenja čakalne knjige za programske in urgentne primere, ter omogoča spremljanje obsega programa s strani Plansko analitske službe enkrat mesečno.</li> <li>Načrtujemo natančnejše spremljanje in evidentiranje urgentnih preiskav.</li> <li>Spremljanje neustreznih indikacij.</li> </ul> |
| Kdo                           | Predstojnik radiološkega oddelka, glavni radiološki inženir, strokovno vodstvo bolnišnice   |
| Kdaj                          | Leto 2008   |
| Merila za spremljanje ukrepov | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrola čakalne knjige: število čakalnih dni na pacienta</li> <li>Kontrola spremljanja urgentnih preiskav.</li> <li>Kontrola spremljanja neustreznih indikacij.</li> </ul>  |
| Poročilo o izvedenih ukrepih  | Odgovorna oseba za izvedbo je dolžna pripraviti poročilo o izvedbi ukrepov skladno z navodili najkasneje v 30-tih dneh  |

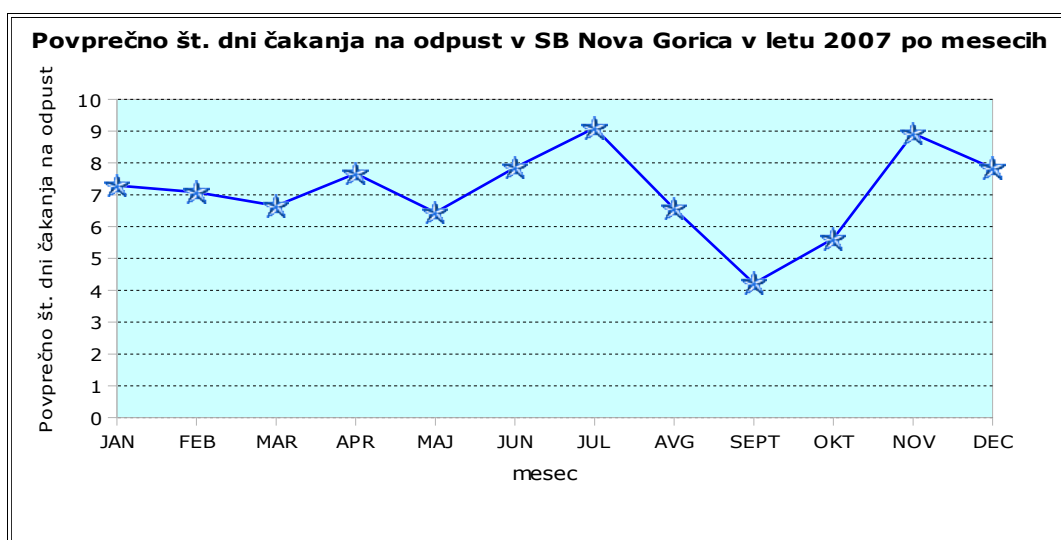
#### 4. ČAKANJE NA ODPUST: DNEVI, KO BOLNIKI, KI SO KONČALI ZDRAVLJENJE V AKUTNI BOLNIŠNICI, ČAKAJO NA ODPUST

Za prikaz kazalnika kakovosti čakanja na odpust smo tako kot za leto 2006, tudi za leto 2007 uporabili podatke o neakutni bolnišnični obravnavi pacienta. Zavedamo se pomanjkljivosti pristopa zato načrtujemo spremembo načina zajemanja podatkov. Tako bomo zajemali le dejansko število čakanja in odpust glede na plan odpusta določenega s strani zdravnika.

V letu 2007 je bil v informacijskem sistemu Birpis 21 dodan modul za vnos planiranega odpusta vendar se podatki po navodilu takratnega vodstva bolnišnice niso vnašali. Vodstvo je tudi brisalo ta kazalnik s seznama kazalnikov kakovosti.

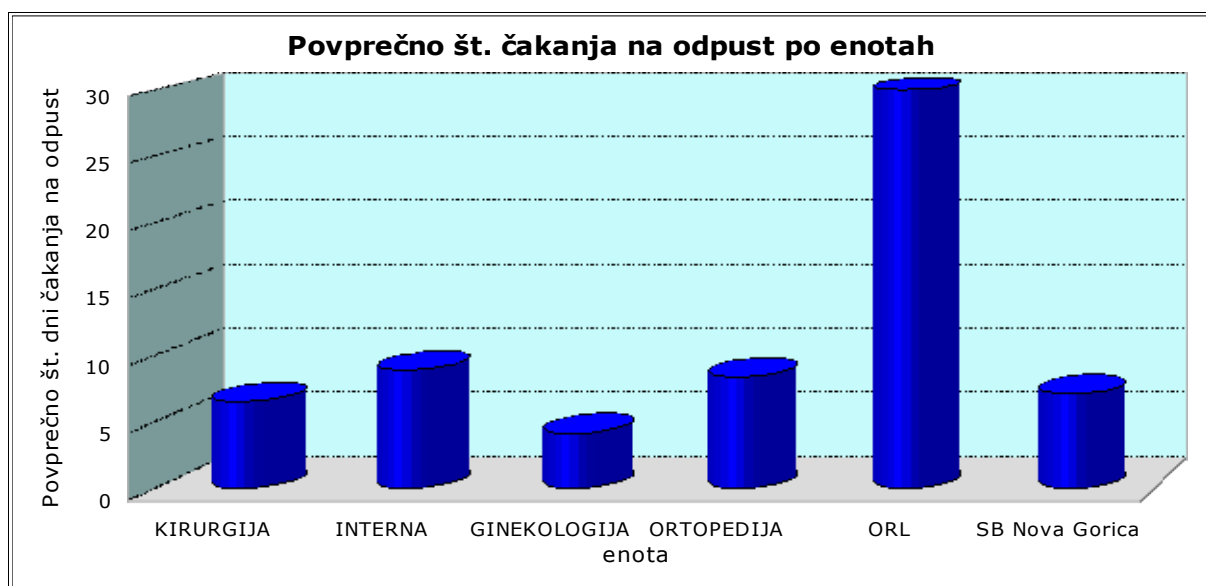
Podatki so prikazani v grafikonih 9, 10 in 11.

**Grafikon 9: Povprečno število dni čakanja na odpust v SB NG po mesecih v letu 2007**



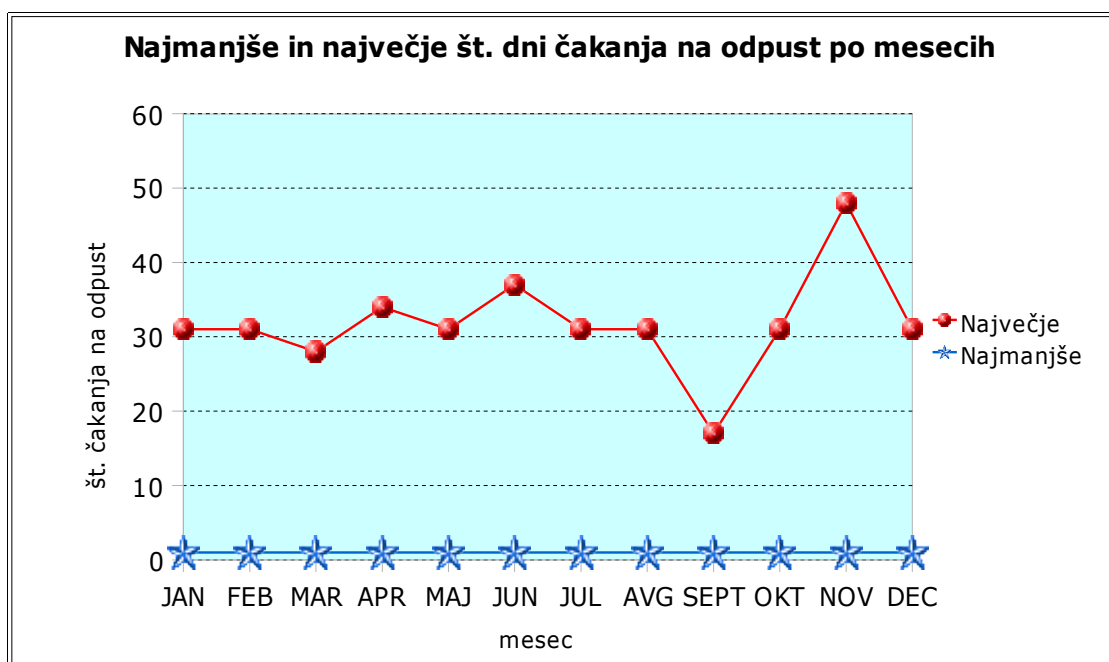
V grafikonih 9 in 10 je prikazano povprečno število dni čakanja na odpust (dnevi neakutne bolnišnične obravnave) in sicer najprej skupaj za celotno bolnišnico po posameznih mesecih leta 2007, v nadaljevanju pa po posameznih enotah, za katere evidenciramo tovrstno bolnišnično obravnavo.

**Grafikon 10: Čakanje na odpust po enotah vSB NG v letu 2007**



V grafikonu 11 je prikazan razpon med najmanjšim in največjim številom dni čakanja na odpust v SB NG v letu 2007.

**Grafikon 11: Najmanjše in največje št. dni čakanja na odpust po mesecih v SB NG v letu 2007**



## ● NAČRT IZBOLJŠAV

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Kaj                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zgodnejše planiranje in načrtovanje odpusta pri večini pacientov, izboljšave na področju zajemanja podatkov o čakanju na odpust, redno zajemanje podatkov že ob samem odpustu, ter redno poročanje o rezultatih enkrat mesečno.</li> <li>Vnos planiranega odpusta v informacijski sistem.</li> </ul> |
| Kdo                           | Predstojnik službe ali samostojnega oddelka, vodje oddelkov, strokovno vodstvo bolnišnice   |
| Kdaj                          | Sprememba načina zajemanja podatkov s 1. 4. 2008  |
| Merila za spremljanje ukrepov | Število dni, ko bolniki čakajo na odpust.   |
| Poročilo o izvedenih ukrepih  | Odgovorna oseba za izvedbo je dolžna pripraviti poročilo o izvedbi ukrepov in poroča najkasneje v 30-tih dneh   |

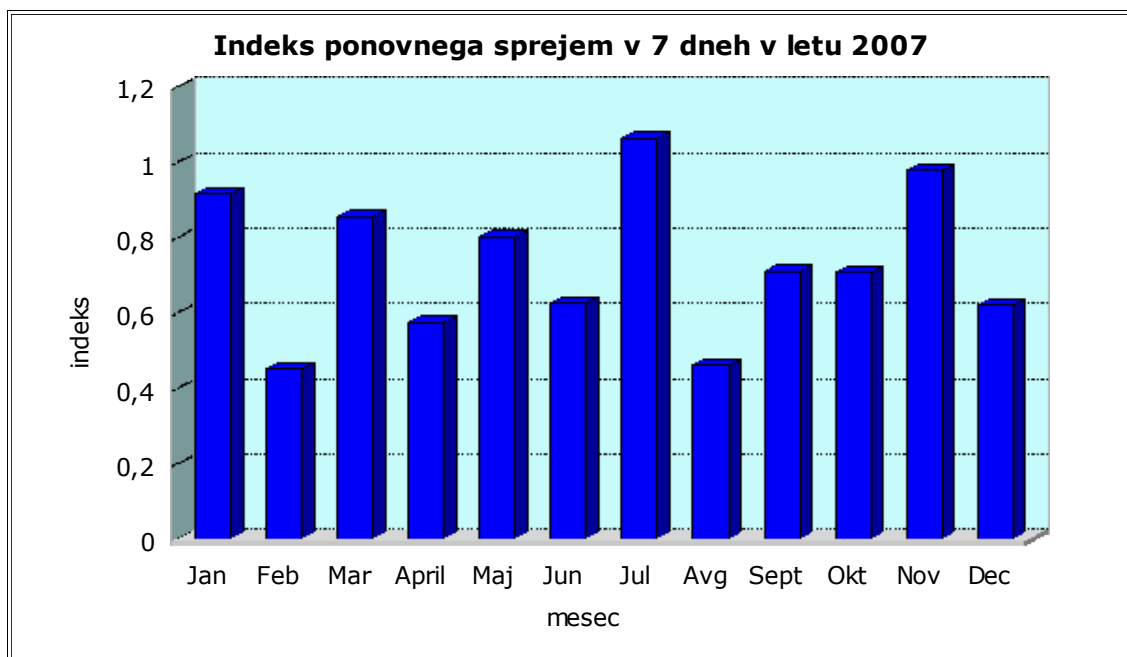
### 5. DELEŽ NENAČRTOVANEGA PONOVNEGA SPREJEMA V ISTO BOLNIŠNICO V 7 DNEH PO ODPUSTU ZARADI ISTE DIAGNOZE ALI ZAPLETOV, POVEZANIH S TO BOLEZNIJO

Kazalnik nenačrtovanega ponovnega sprejema v bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov smo analizirali na podoben način kot za leto 2006 in sicer s pomočjo informacijskega sistema Birpis 21. Za ureditev podatkov je bilo potrebno veliko ročnega dela s pomočjo računalniških programov za urejanje preglednic.

V bodoče bomo poskušali način spremljanja teh podatkov poenostavit, saj nam v letu 2007, kljub izdelanemu načrtu, to ni uspelo. Glede na razpoložljive izpise smo zbirali podatke o ponovnem sprejemu zaradi iste diagnoze.

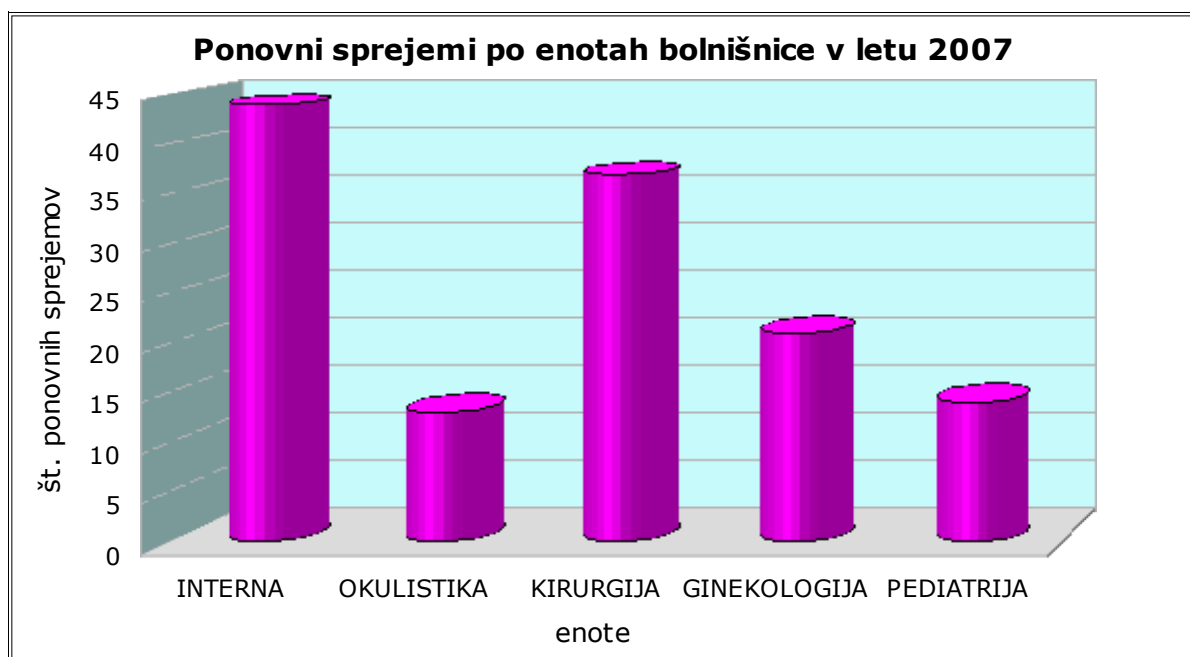
V grafikonu 12 je prikazana dinamika indeksa (št. ponovnih sprejemov na 100 odpuščenih pacientov). Indeks je največji v mesecu juliju zaradi manjšega števila odpustov.

**Grafikon 12: Indeks ponovnih sprejemov na 100 odpuščenih pacientov v SB NG v letu 2007**



Grafikon 13 predstavlja podatke o številu ponovnih sprejemov po posameznih službah oz. oddelkih bolnišnice v letu 2007.

**Grafikon 13: Število ponovnih sprejemov na 100 odpuščenih pacientov**



V letu 2007 smo našeli v bolnišnici 129 ponovnih sprejemov v 7 dneh zaradi iste diagnoze. Največ (14) jih je bilo v mesecu januarju in marcu, najmanj pa v avgustu (5). Glede na pojavnost med oddelki je bilo največ ponovnih sprejemov v internistični službi in sicer kar 34 %, sledi ji kirurška služba z 29%.

## ● NAČRT IZBOLJŠAV

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Kaj                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Priprava strokovnih in organizacijskih ukrepov za zmanjšanje ponovnih sprejemov in zapletov. Redno zajemanje podatkov že ob samem odpustu, ter redno poročanje o podatkih enkrat mesečno in analiziranje bolezenskih stanj z visokim deležem ponovitev.</li> <li>• Opozorilo o ponovnem sprejemu v samem informacijskem sistemu ob hospitalizaciji pacienta.</li> <li>• Enostavnejše zbiranje podatkov in informacijskega sistem s pomočjo primernega izpisa podatkov.</li> </ul> |
| Kdo                           | Predstojnik službe ali samostojnega oddelka, vodje oddelkov, strokovno vodstvo bolnišnice  |
| Kdaj                          | Sprememba načina zajemanja podatkov s 1. 4. 2008   |
| Merila za spremljanje ukrepov | Število dni, ko bolniki čakajo na odpust.  |
| Poročilo o izvedenih ukrepih  | Odgovorna oseba za izvedbo je dolžna pripraviti poročilo o izvedbi ukrepov in poroča najkasneje v 30-tih dneh  |

## 6. KOLONIZACIJA Z MRSA

Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb spada med prednostne naloge zagotavljanja varne in kvalitetne zdravstvene obravnave. V SB NG aktivno deluje Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO), ki pomaga ustvarjati pogoje za obvladovanje bolnišničnih okužb in pripravlja ukrepe ob morebitnih pojavih. Podatke zajemamo s pomočjo izvidov Mikrobiološkega laboratorija in pripravljenih obrazcev za prijavo bolnišničnih okužb. Poseben obrazec imamo tudi za prijavo MRSA.

V tabeli 7 so prikazani podatki o kolonizaciji z MRSA v SB NG v letih 2006 in 2007.

**Tabela 7: Kolonizacija z MRSA, leto 2006 in 2007**

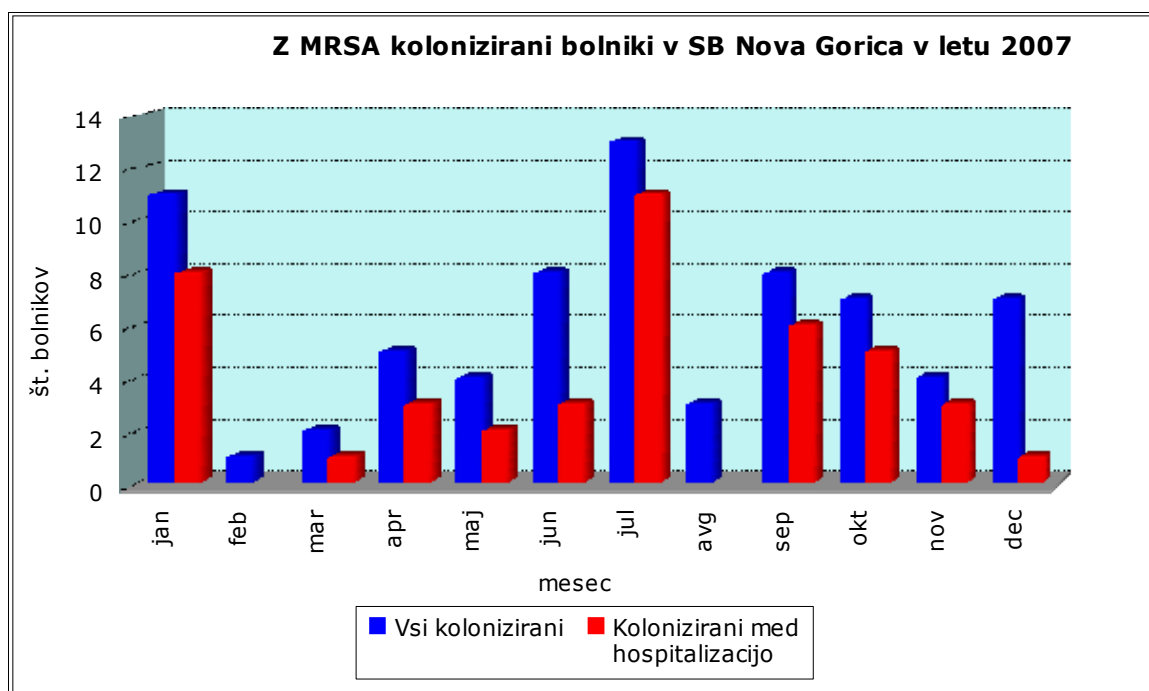
|  |   |       |
|--|---|-------|
| definicija   | - delež koloniziranih in okuženih pacientov ob sprejemu in delež koloniziranih in okuženih pacientov, ki so MRSA pridobili v bolnišnici,<br>- odstotek odvzetih nadzornih kužnin,<br>- delež MRSA med vsemi izolati bakterije Staphylococcus aureus |       |
| vir podatkov   | sprotno spremljanje okužb in kolonizacij  |       |
| leto   | 2006  | 2007  |
| št. vseh sprejemov v bolnišnico  | 18788   | 19300 |
| ali je vpeljan reden odvzem nadzornih kužnin za odkrivanje nosilcev MRSA | da  | da    |
| koliko bolnikom so bile odvzete nadzorne kužnine                         | 3%  | 6%    |
| št. vseh bolnikov koloniziranih z MRSA hospitaliziranih v letu           | 38  | 73    |
| št. bolnikov že koloniziranih z MRSA ob sprejemu                         | 9   | 30    |
| št. bolnikov, ki je MRSA pridobilo v ustanovi                            | 29  | 43    |
| delež MRSA med vsemi izolati bakterije Staphylococcus aureus             | /   | 11%   |

### ● Naše ugotovitve:

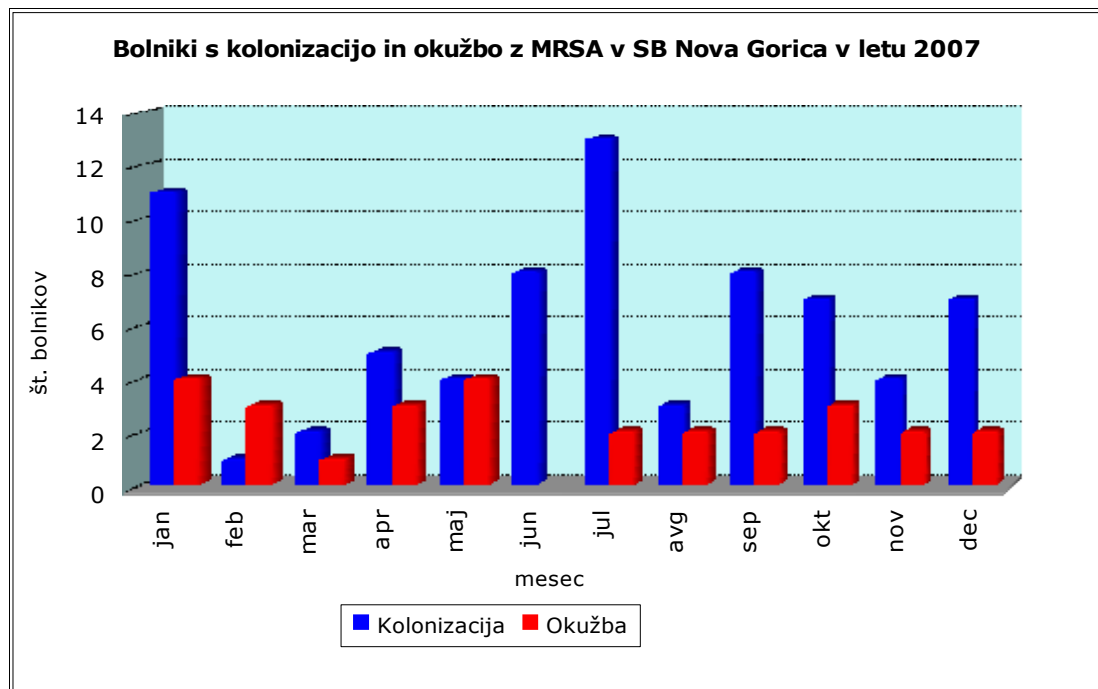
- primerjava med letoma 2006 in 2007 kaže, da smo v letu 2007 odvzeli nadzorne kužnine 6% vseh hospitaliziranih bolnikov, v letu 2006 pa samo 3%,
- zmanjšal se je delež kolonizacij pridobljenih med hospitalizacijo v bolnišnici; v letu 2006 je bil ta delež 77%, v letu 2007 pa 59%,
- še vedno ugotavljamo, da na povečano število kolonizacij vpliva večja obremenjenost zdravstvenega osebja v času letnih dopustov (januar, julij),
- vestnost prijavljanja kolonizacij in okužb ni zadovoljiva,
- vnos diagnoze kolonizacije ali okužbe z MRSA v odpustnih diagnozah bolnikov je zadovoljiv, vnos podatka o kolonizaciji oz. okužbi med kritične podatke pa še ni zadovoljiv.

V grafikonih 14, 15 in 16 so prikazani podatki o kolonizaciji in okužbah z MRSA v SB NG v letu 2007 in sicer dinamika po mesecih.

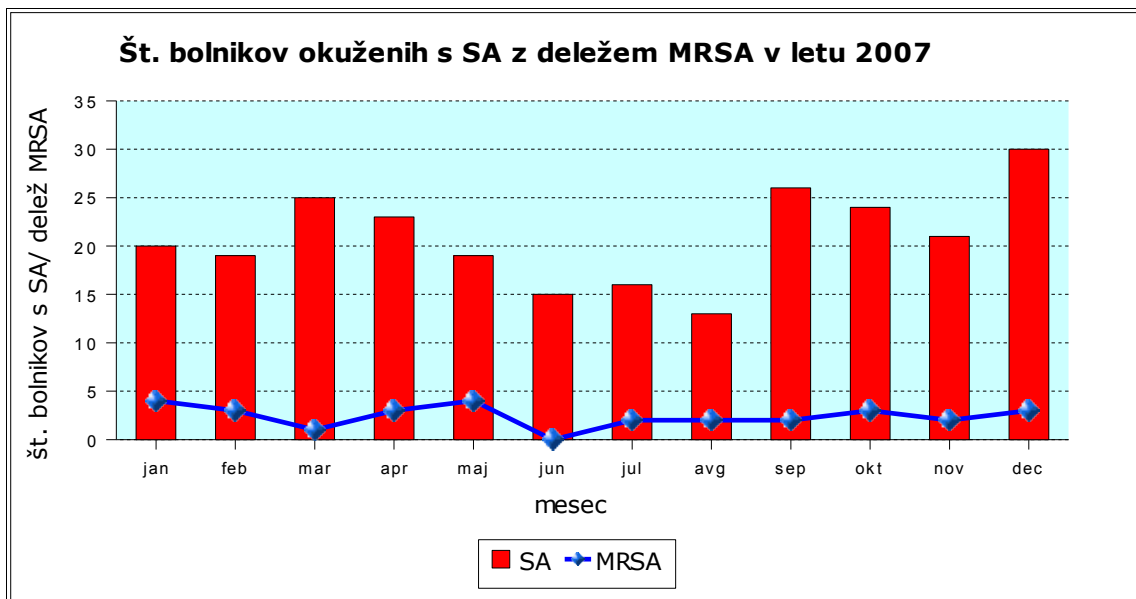
**Grafikon 14: Število vseh bolnikov, koloniziranih z MRSA in število bolnikov, koloniziranih med hospitalizacijo v SB NG v letu 2007 po mesecih**



**Grafikon 15: Primerjava kolonizacij in okužb z MRSAv SB NG v letu 2007 po mesecih**



**Grafikon 16: Število bolnikov z izolati bakterije Staphiloccocus aureus in deležem MRSA med izolati v SB NG v letu 2007 po mesecih**



## ● NAČRT IZBOLJŠAV

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Kaj                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• stalno usposabljanje zdravstvenih delavcev o načinih preprečevanja prenosa okužb</li> <li>• nadzor nad izvajanjem izolacijskih ukrepov</li> <li>• odkrivanje kolonizacij zdravstvenih delavcev</li> <li>• izvajanje strokovnih nadzorov na oddelkih</li> <li>• redno obveščanje zdravstvenih delavcev o ugotovitvah na osnovi spremljanja rezultatov diagnostičnih kužnin</li> </ul> |
| Kdo                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• KOBO</li> <li>• strokovno vodstvo bolnišnice</li> <li>• predstojniki oddelkov in služb</li> <li>• glavne in odgovorne sestre oddelkov in služb</li> </ul>  |
| Kdaj                          | leto 2008   |
| Merila za spremljanje ukrepov | <ul style="list-style-type: none"> <li>• delež MRSA</li> <li>• delež SA</li> </ul>  |
| Poročilo o izvedenih ukrepih  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• priprava končnega poročila 1 x letno,</li> <li>• priprava poročil med letom po potrebi</li> </ul>  |

V. D. DIREKTORJA ZAVODA:  
Silvan SAKSIDA, dr.med.,spec.interne medicine

Številka: 003-3/07-2  
Datum: 28.03.2008