



## KAZALNIKI KAKOVOSTI NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA

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

**Definicija kazalnika:** Nenameren pristanek na tleh s postelje z ali brez poškodbe pri pacientu.

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

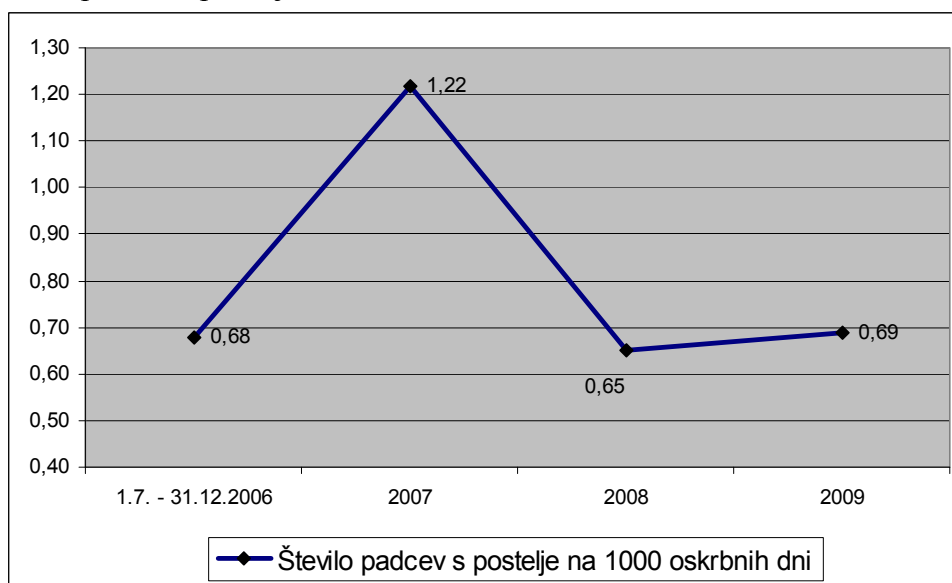
**Števec:** Število padcev, pomnoženo s 1000.

**Imenovalec:** Število bolnišnično oskrbnih dni za vse hospitalizirane bolnike v letu.

Tabela 1: Število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni odraslih pacientov v letih 2006 - 2009

	1.7. - 31.12.2006	2007	2008	2009
Število prijavljenih padcev s postelje pomnoženo s 1000	20000	77000	40000	46000
Število oskrbnih dni	29545	63240	61474	66539
<b>Število padcev s postelje na 1000 oskrbnih dni</b>	<b>0,68</b>	<b>1,22</b>	<b>0,65</b>	<b>0,69</b>

Graf 1: Število padcev s postelje na 1000 oskrbnih dni v letih 2006 - 2009



Število padcev v letu 2007 izstopa, ker so bili v kazalnik zajeti tudi vsi zdrsi pacientov. Zaradi tega je število višje in leto 2007 ni primerljivo z ostalimi leti.

Ukrepi za izboljšave v letu 2010:

- natančna analiza vzrokov padcev, ki jih poleg števila spremljamo na posebnem obrazcu
- ukrepi za izboljšave bodo postavljeni glede na rezultate analize
- ocenjevanje ogroženosti pacienta za padec že ob sprejemu



2. Število preležanin (razjed zaradi pritiska), nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov

**Definicija kazalnika:** Preležanina (razjeda zaradi pritiska) je lokalizirana poškodba kože in/ali podkožnega tkiva ponavadi nad kostjo, ki nastane zaradi pritiska ali pritiska v kombinaciji s strižnimi silami in trenjem.

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

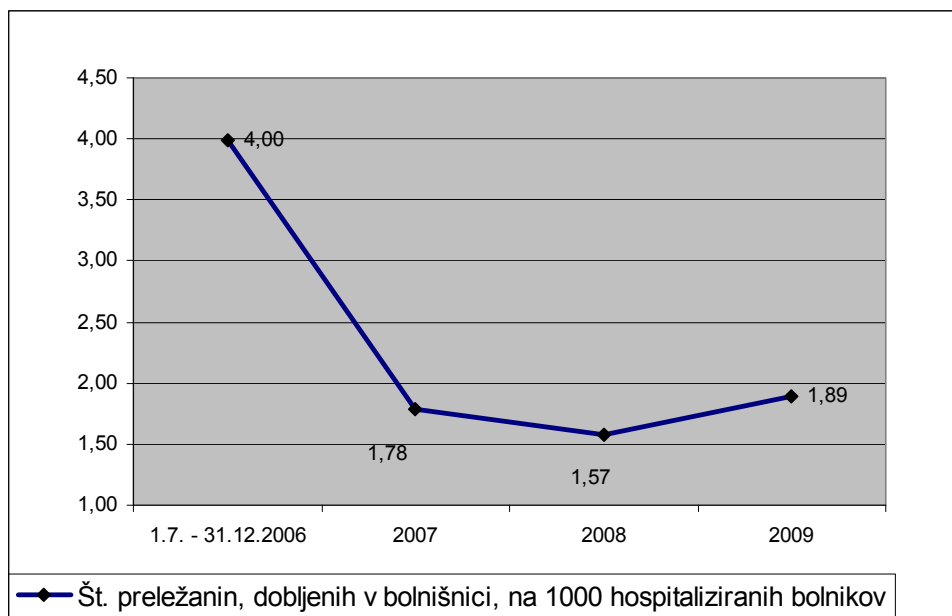
**Števec:** Število preležanin, pomnoženo s 1000.

**Imenovalec:** Število vseh hospitaliziranih bolnikov v letu.

Tabela 2.: Število preležanin (razjed zaradi pritiska), nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov v letih 2006 - 2009

	1.7. - 31.12.2006	2007	2008	2009
Število prijavljenih preležanin, nastalih v bolnišnici, pomnoženo s 1000	27000	24000	18000	22000
Število hospitaliziranih bolnikov	6758	13448	11447	11617
<b>Št. preležanin, dobljenih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov</b>	<b>4,00</b>	<b>1,78</b>	<b>1,57</b>	<b>1,89</b>

Graf 2: Število preležanin (razjed zaradi pritiska), nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov v letih 2006 - 2009



Glede na podatke izgleda, kot bi tekom let število preležanin močno upadlo. Vseeno pa ne gre zanemariti dejstva, da je ena izmed možnih razlag za takšen upad števila preležanin pravzaprav upad prijavljanja preležanin. Zato bomo v letu 2010 izvedli presečno raziskavo, s katero bomo poskušali ugotoviti, ali zaposleni redno prijavljajo preležanine.

Ukrepi za izboljšave v letu 2010:

- natančna analiza vzrokov preležanin, nastalih v bolnišnici
- ukrepi glede na rezultate analize
- analiza prijavljanja preležanin



### 3. Čakalna doba za računalniško tomografijo

**Definicija kazalnika:** Čakalna doba na računalniško tomografijo od napotitve do izvedbe (od vpisa na čakalni seznam do izvedbe).

**Vir podatkov:** Elektronska čakalna knjiga.

**Povprečna čakalna doba na bolnika:** Število čakalnih dni, deljeno s številom čakajočih bolnikov

**Razpon čakalne dobe:** Razpon čakalne dobe v dnevih (od najkrajše do najdaljše, brez urgentnih primerov).

**Odstotek urgentnih preiskav:** Število urgentnih preiskav, pomnoženo s 100 in deljeno s številom vseh preiskav.

**Odstotek neustreznih indikacij:** Število neustreznih indikacij, pomnoženo s 100 in deljeno s številom vseh preiskav.

Tabela 3: Čakalna doba za računalniško tomografijo (CT) v letih 2006 - 2009

	2006	2007	2008	2009
Povprečna čakalna doba za CT na bolnika	ni podatka	ni podatka	ni podatka	51,75
Razpon čakalne dobe za CT v dnevih	0 - 30	0 - 30	0 - 30	48 - 54
Odstotek CT urgentnih preiskav	ni podatka	ni podatka	6,28	9,26
Odstotek CT neustreznih indikacij	ni podatka	ni podatka	ni podatka	ni podatka*

\* Odstotka neustreznih indikacij ne spremljamo, saj na nacionalni ravni nimamo ustrezne definicije za neustrezne indikacije.

Podatki za povprečno čakalno dobo in razpon čakalne dobe veljajo za obdobje junij – december 2009, ko smo pričeli z elektronskim zbiranjem. Prej podatki niso bili spremljani na enak način, zato primerjava razpona čakalne dobe s prejšnjimi leti ni ustrezna.

Ukrepev za skrajšanje čakalnih dob trenutno ni mogoče sprejemati, saj je edini možni način za izboljšanje kazalnika zaposlitev dodatnih radiologov in s tem povečanje obsega dela. Problem pa se pojavlja v tem, da trenutno ni prostih radiologov na tržišču, tako da dodatno zaposlovanje ni mogoče.

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

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

**Vir podatkov:** Sprotno spremljanje v informacijskem sistemu.

**Povprečno število dni na bolnika:** Število čakalnih dni, deljeno s številom bolnikov, ki čakajo na odpust.

**Razpon števila čakalnih dni:** Razpon števila dni, ko bolniki čakajo na odpust (od najmanj do največ dni).

Tabela 4: Čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust v letih 2007 - 2009

	2007	2008	2009
število čakalnih dni	3167	2356	1820
število bolnikov, ki čakajo na odpust	334	258	216
povprečno število čakalnih dni na bolnika	9,48	9,13	8,43
razpon števila čakalnih dni	1 - 96	1-71	1 - 85

Graf 3: Čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust v letih 2007 - 2009



Podatki kažejo, da se je tudi v letu 2009 zmanjšalo število čakalnih oziroma neakutnih dni, ležalna doba pa je daljša zaradi enega samega primera.

Največji problem, s katerim se soočamo pri odpuščanju bolnikov, ki so zaključili akutno obravnavo, so neurejene socialne razmere. Običajno takšnih bolnikov ne moremo odpustiti iz bolnišnice v predvidenem roku, ker jih nimamo kam odpustiti (nimajo svojcev oziroma ti zavračajo skrb za bolnika, ni prostora v domovih za starejše občane, bolnika ne moremo premestiti). Zaradi tega izboljšav na nivoju bolnišnice ne moremo načrtovati.

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

**Definicija:** Delež ponovnih sprejemov v bolnišnico zaradi iste diagnoze ali zapletov v 7 dneh po odpustu.

**Vir podatkov:** Sprotno spremljanje ponovnih sprejemov zaradi iste bolezni ali zapletov, povezanih s to boleznijo (spremljamo v informacijskem sistemu).

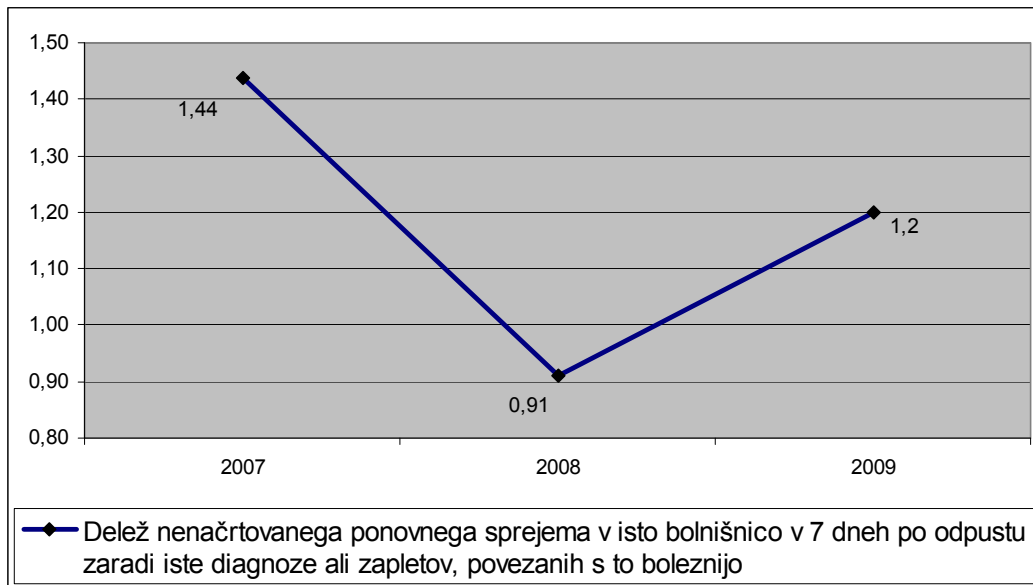
**Števec:** Število ponovnih sprejemov bolnikov, pomnoženo s 100.

**Imenovalec:** Število vseh odpuščenih bolnikov.

Tabela 5: Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo v letih 2007 - 2009

	2007	2008	2009
število ponovnih sprejemov bolnikov pomnoženo s 100	19300	12200	16400
število vseh odpuščenih bolnikov	13437	13411	13662
<b>delež nenačrtovanega sprejema</b>	<b>1,44</b>	<b>0,91</b>	<b>1,2</b>

Graf 4: Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo v letih 2007 - 2009



V letu 2009 se je povečal delež nenačrtovanih ponovnih sprejemov v roku 7 dni po odpustu pacientov z Onkološkega inštituta. Po navedbah Ministrstva za zdravje naj bi bil namen kazalnika spremljanje tistih ponovnih sprejemov, ki so posledica »neustreznega« zdravljenja med prvo hospitalizacijo ali po njej.

Na inštitutu kazalnik ni primeren pokazatelj »neustreznega« zdravljenja, saj so takšne hospitalizacije v glavnem posledica stranskih učinkov zdravljenja (kemoterapije, obsevanja) in pa dodatnih zapletov zaradi bolezni same. Seveda se bomo še naprej trudili za zmanjšanje neželenih učinkov zdravljenja z izvajanjem dobre klinične prakse. Prav tako se bomo trudili za vzpostavitev pravočasnega prepoznavanja poslabšanja zdravstvenega stanja bolnikov zaradi napredovale bolezni in diagnostične obdelave teh bolnikov na primarnem in sekundarnem nivoju izven Onkološkega inštituta ali v ambulantni obravnavi.

Ukrepi za izboljšave v letu 2010:

- izvajanje dobre klinične prakse za zmanjšanje neželenih učinkov zdravljenja
- vzpostavitev pravočasnega prepoznavanja poslabšanja zdravstvenega stanja bolnikov na primarnem in sekundarnem nivoju izven OI ali v ambulantni obravnavi.

## 6. Kolonizacija z MRSA

**Definicija:**

- Delež koloniziranih in okuženih bolnikov z MRSA 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.



Tabela 6: Kolonizacija z MRSA v letih 2006 - 2009

	2006	2007	2008	2009
Število vseh sprejemov v bolnišnico v letu	13863	13448	13448	13652
Koliko bolnikom so bile odvzete nadzorne kužnine v letu	411	199	340	356
Odstotek odvzetih nadzornih kužnin	2,96	1,48	2,53	2,61
Število vseh bolnikov koloniziranih z MRSA hospitaliziranih v letu	21	19	16*	20**
Število bolnikov že koloniziranih z MRSA ob sprejemu	11	12	7	2
Število bolnikov, ki je MRSA pridobilo v ustanovi	10	7	5	13
Število bolnikov, pri katerih ni bilo mogoče ugotoviti, ali so MRSA pridobili na OI ali ne	0	0	4	5
<b>Delež MRSA med vsemi izolati bakterije <i>Staphylococcus aureus</i></b>	<b>4,10</b>	<b>5,20</b>	<b>4,40</b>	<b>5,20</b>

\*Opomba: za 4 bolnike iz razpoložljivih podatkov ni mogoče ugotoviti ali so bili kolonizirani z MRSA že ob sprejemu ali kasneje.

\*\*Opomba: za 5 bolnikov iz razpoložljivih podatkov ni mogoče ugotoviti ali so bili kolonizirani z MRSA že ob sprejemu ali kasneje.

Ukrepi za izboljšave v letu 2010:

- prepoznavanje dejavnikov tveganja in izvajanje ukrepov za preprečevanje bolnišničnih okužb
- spremljanje lokalne občutljivosti bakterij/gliv
- racionalna uporaba antibiotikov
- pravilno izvajanje kirurške antibiotične profilakse
- spremljanje novosti
- izobraževanje osebja ...