



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

LETNO POROČILO KAZALNIKOV KAKOVOSTI ZA LETO 2022,

KI JIH SPREMLJA MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

**LETNO POROČILO KAZALNIKOV KAKOVOSTI ZA LETO 2022,
KI JIH SPREMLJA MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

Uredniki:

Denis Perko, Mircha Poldrugovac, Blashko Kasapinov, Alenka Borovničar

Priprava in pošiljanje podatkov:

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Izdajatelj:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Jezikovni pregled:

Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije, Sektor za prevajanje

KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK.....	II
KAZALO PREGLEDNIC.....	III
RAZLAGA KRATIC	IV
AVTORJI	V
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	V
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT	V
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU	V
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI.....	V
KK67 – PADCI	V
KK71 – MRSA	V
DODATEK – HIGIENA ROK.....	V
SPREMNA BESEDA	1
UVOD.....	3
UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	4
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	4
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT	6
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU	7
VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA	11
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI.....	11
KK67 – PADCI	13
KK71 – MRSA	15
DODATEK	17
HIGIENA ROK	17

KAZALO SLIK

Slika 1: Stopnja RZP na 100 sprejemov v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2022	5
Slika 2: Delež naročil CT-preiskav za hospitalizirane bolnike, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2022	6
Slika 3: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022.....	8
Slika 4: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022.....	9
Slika 5: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022.....	9
Slika 6: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022.....	10
Slika 7: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2022.....	12
Slika 8: Stopnja padcev v posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2022	13
Slika 9: Delež padcev s poškodbami v posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2022	14
Slika 10: Delež bolnikov, pri katerih je ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA, v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2022	16
Slika 11: Doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2021.....	19
Slika 12: Doslednost izvajanja higiene rok v izbranih bolnišnicah za DBO v letu 2022	19
Slika 13: Doslednost izvajanja higiene rok v izbranih bolnišnicah za EIT v letu 2022.....	20

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2022	17
Preglednica 2: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2022.....	18
Preglednica 3: Higiena rok na DBO med letoma 2016 in 2022	18

RAZLAGA KRATIC

BGP – Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo (Kranj)

CA-MRSA – v domačem okolju pridobljena; proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus* (angl. community acquired *methicillin*-resistant *Staphylococcus aureus*)

CT – računalniška tomografija

CZBO – Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični

DBO – drugi bolnišnični oddelki

ECDC – Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (angl. European centre for disease prevention and control)

EUPAP – Evropski svetovalni odbor za razjedo zaradi pritiska (angl. European Pressure Ulcer Advisory Panel)

EIT – enota intenzivne terapije

EU – Evropska unija

HCQI – kazalniki kakovosti zdravstvenega varstva (angl. Health Care Quality Indicators)

KK – kazalnik kakovosti

MC Medicor – Medicinski center Medicor

MKB – mednarodna klasifikacija bolezni

MKZ – Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna

MRSA – proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus* (angl. *methicillin*-resistant *Staphylococcus aureus*)

MZ – Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OB – Ortopedska bolnišnica Valdoltra

OI – Onkološki inštitut (Ljubljana)

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development)

PB – psihiatrična bolnišnica

RZP – razjede zaradi pritiska

SB – splošna bolnišnica

SRSS – Program za podporo strukturnim reformam (angl. Structural Reform Support Programme)

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

UKC – univerzitetni klinični center

UNKIZ – Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu

UPK – Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

URI – Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča

AVTORJI

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Denis Perko

KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

Denis Perko

KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU

Denis Perko

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

Denis Perko

KK67 – PADCI

Denis Perko

KK71 – MRSA

Denis Perko

DODATEK – HIGIENA ROK

Denis Perko

SPREMNA BESEDA

Že leta 2002 se je začel projekt OECD, v okviru katerega so začeli razvijati kazalnike kakovosti predvsem z namenom merjenja in primerjave kakovosti zdravstvenih storitev. Razlog, zakaj so se lotili kazalnikov kakovosti v velikem obsegu, so bili predvsem naraščajoči stroški zdravstvenega varstva, staranje prebivalstva, zdravstvene napake, slaba kakovost storitev, pomanjkanje odgovornosti in neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev (Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006, str. 13). V času trajanja projekta je nastal strateški dokument OECD Health Working Paper, katerega cilj je bil oblikovanje niza kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe, ki bi odražali sliko stanja zdravstvenega varstva. V ospredje je bilo postavljenih šest razsežnosti merjenja kakovosti zdravstvenih storitev, ki posamezniku omogočajo obnavljanje in vzdrževanje zdravja:

- Uspešnost je stopnja doseganja želenega izida.
- Varnost je stopnja, do katere se zdravstveni procesi izogibajo neželenim učinkom in poškodbam, ki izhajajo iz procesov zdravstvenega varstva, te učinke in poškodbe preprečujejo ter izboljšujejo.
- Odzivnost pomeni, kako sistem izpolnjuje pričakovanja ljudi oziroma kakšna je njegova osredotočenost na bolnika.
- Dostopnost je enostavnost, s katero posameznik doseže zdravstveno storitev – bodisi fizično, finančno ali psihološko.
- Učinkovitost je kar najboljša možna uporaba razpoložljivih virov, da se dosežejo največje koristi ali rezultati.
- Pravičnost pomeni, koliko zdravstveni sistem obravnava vse zainteresirane strani pošteno. (OECD Health Working Paper, Kelley & Hurst, 2006, str. 10–16)

Dokument OECD Health Working Paper se že v osnovi sklicuje na merjenje kakovosti, opredeljeno s:

- strukturo (določajo jo vložki v zdravstveno varstvo: izobraženost, usposobljenost, oprema oziroma potrebni pogoji za izvajanje dejavnosti in zagotavljanje določene kakovosti zdravstvenega varstva),
- procesi (spremenijo vložke v rezultate in izide) in
- izidi (ang. outcome – pomenijo dolgoročno izboljšanje zdravja ali vsaj ohranjanje dosežene ravni zdravja v daljšem časovnem obdobju; so raven uspešnosti delovanja). (Donabedian, 2003 v Kelley & Hurst, 2006, str. 16)

Vsaka od teh razsežnosti pa ima svoje kazalnike kakovosti, in sicer:

- struktura ima kazalnike upravljanja in razvoja delovne sile (ali je zdravstveno osebje ustrezno izobraženo, usposobljeno, ali sta ustrezna številčnost kadra in pa razpoložljivost opreme ter materiala). Gre za kazalnike vložkov v zdravstvo, ki pomenijo potrebne pogoje za izvajanje zdravstvenega varstva;
- pri procesu so najpogostejše spremljani realizacija delovnega programa in finančni kazalniki poslovanja, sem pa sodijo tudi kazalniki kontinuitete in celovitosti. Ti kazalniki so merilo, ali

je zdravstvena storitev ustrezno »dostavljena« uporabniku (izvedena po standardih, protokolih in smernicah);

- – izid je opredeljen s kazalniki uspešnosti. To so ukrepi za izboljšanje zdravja, ki se lahko pripišejo zdravstveni oskrbi (funkcionalno stanje bolnika po operaciji kolke, kolena, krčnih žil po daljšem časovnem obdobju). Slabost teh kazalnikov je, da nanje vplivajo številni drugi dejavniki (starost bolnika, resnost obolenja, socialno-ekonomski položaj ...). (Kringos et al. (2010, str. 1–8)

Tudi ministrstvo za zdravje želi spremljati kazalnike kakovosti, ki se bodo nanašali na strukturo, proces in izid zdravljenja in katerih rezultati merjenja bodo osnova za čimprejšnje ukrepanje in izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva. Letos, v 2023, sta se na podlagi predlogov zdravstvenih izvajalcev Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu (Sektor za sistem kakovosti in varnosti v zdravstvu) in Nacionalni inštitut za javno zdravje prvič dogovorila za predhodno, čimprejšnjo izdajo poročila o kazalnikih, o katerih izvajalci zdravstvene dejavnosti poročajo na kvartalno obdobje ministrstvu za zdravje. Gre za kazalnike kakovosti v zdravstvu, ki so bili v veljavi od leta 2010.

Ker pa je večina izvajalcev pri večini kazalnikov že dosegla ciljne vrednosti, smo se na Uradu Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu (v nadaljnjem besedilu: UNKIZ) odločili za revidiranje kazalnikov, ki jih zdravstveni izvajalci poročajo na kvartalno obdobje. Seznam novih, obveznih kazalnikov kakovosti lahko najdete v *prilogi 9 Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023*. Novost pa je tudi, da so po 12-letnem obdobju sporočanja kazalnikov kakovosti v bolnišnicah dolžne poročati vrednosti kazalnikov kakovosti tudi vse druge ravni zdravstvene dejavnosti ter tudi koncesionarji. Natančna navodila so objavljena na spletni strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in Urada Republike Slovenije za nadzor kakovost in investicije v zdravstvu: <https://www.gov.si teme/kakovost-zdravstvenega-varstva/>

Glavni namen merjenja kazalnikov kakovosti je izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva, zato je odgovornost vsakega zdravstvenega izvajalca, navedenega v analizah rezultatov tega poročila, da nam na UNKIZ sporoči izboljševalne ukrepe (skupaj z analiziranimi vzroki), ki so bili izvedeni pri kazalnikih kakovosti, katerih ciljne vrednosti v ustanovi niso bile dosežene.

Poteka prenova kataloga kazalnikov kakovosti v zdravstvu, v katero so vključeni vsi deležniki zdravstvenega varstva. Zadnji priročnik kazalnikov kakovosti v zdravstvu je bil izdan leta 2010. Kazalniki, ki bodo v katalogu, vam bodo služili kot pripomoček (ne kot obveznost) pri izbiri kazalnikov, ki jih želite meriti v svoji ustanovi ter s pripadajočimi ukrepi prispevati k izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva. Le tako se bomo približali rezultatom, primerljivim s standardi in najboljšimi praksami (z zgledovanjem izboljšani izidi za bolnika), ob povečanju zadovoljstva bolnikov in zaposlenih ter zmanjšanju porabe človeških in finančnih virov. In le tako bomo lažje in boljše izpolnjevali potrebe ter pričakovanja glavnega deležnika zdravstvenega varstva, bolnika.

Dr. Suzana Šuklar

vodja sektorja za sistem kakovosti in varnosti v zdravstvu

Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu

UVOD

V primerjavi s preteklimi leti se je na pobudo Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (MZ) pripravilo ločeno poročilo o kazalnikih kakovosti v zdravstvu, tako da MZ in Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) ločeno zbirata podatke o kazalnikih kakovosti v zdravstvu. MZ zbira agregirane podatke neposredno od izvajalcev in jih pošlje NIJZ v analizo. Ločeno NIJZ obdela in pripravi izračuna kazalnikov na podlagi podatkovnih zbirk, s katerimi razpolaga, tudi z namenom poročanja Organizaciji za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD). Zaradi takšnega načina dela se priprava posameznih poročil kazalnikov kakovosti, ki jih spremlja MZ, izvede veliko prej. Ne glede na to se poročila o kazalnikih kakovosti v zdravstvu za predhodno leto pripravljajo letno z objavami proti koncu tekočega leta. S pripravo ločenih poročil bodo izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev lahko pravočasno obveščeni.

V začetku leta 2023 je bil v Uredbi o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023 (uradni list RS, št. 8/23) objavljen prenovljen začetni nabor kazalnikov kakovosti z ohranitvijo nekaterih že vzpostavljenih kazalnikov kakovosti. Tudi ob prenovi kazalnikov kakovosti je tveganje, da nekateri izvajalci ne upoštevajo dosledno metodologije zbiranja podatkov, kar lahko zmanjšuje uporabnost poročil. V preteklosti se je pokazalo, da izvajalci zdravstvenih storitev niso vedno ozaveščeni ali obveščeni o spremembi metodologij zbiranja podatkov. Nadzora nad posredovanimi podatki za zdaj ni. Zato moramo biti pri razlagi podatkov pazljivi in kritični.

Samoporočanje o kazalnikih kakovosti temelji na predvidevanju o želji izvajalca po nenehnem izboljšanju lastnega dela, zaradi česar je to poročilo predvsem pripomoček za izvajalce, ki načrtujejo dejavnosti izboljšanja kakovosti v lastni ustanovi.

V pričujočem poročilu so predstavljeni naslednji kazalniki kakovosti: KK21 (razjede zaradi pritiska), K22 (čakalna doba za CT), KK23 (učinkovitost dela v operacijskem bloku), KK65 (poškodbe osebja z ostrim predmetom), KK67 (padci), KK71 (MRSA) in dodatek: higiena rok.

UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

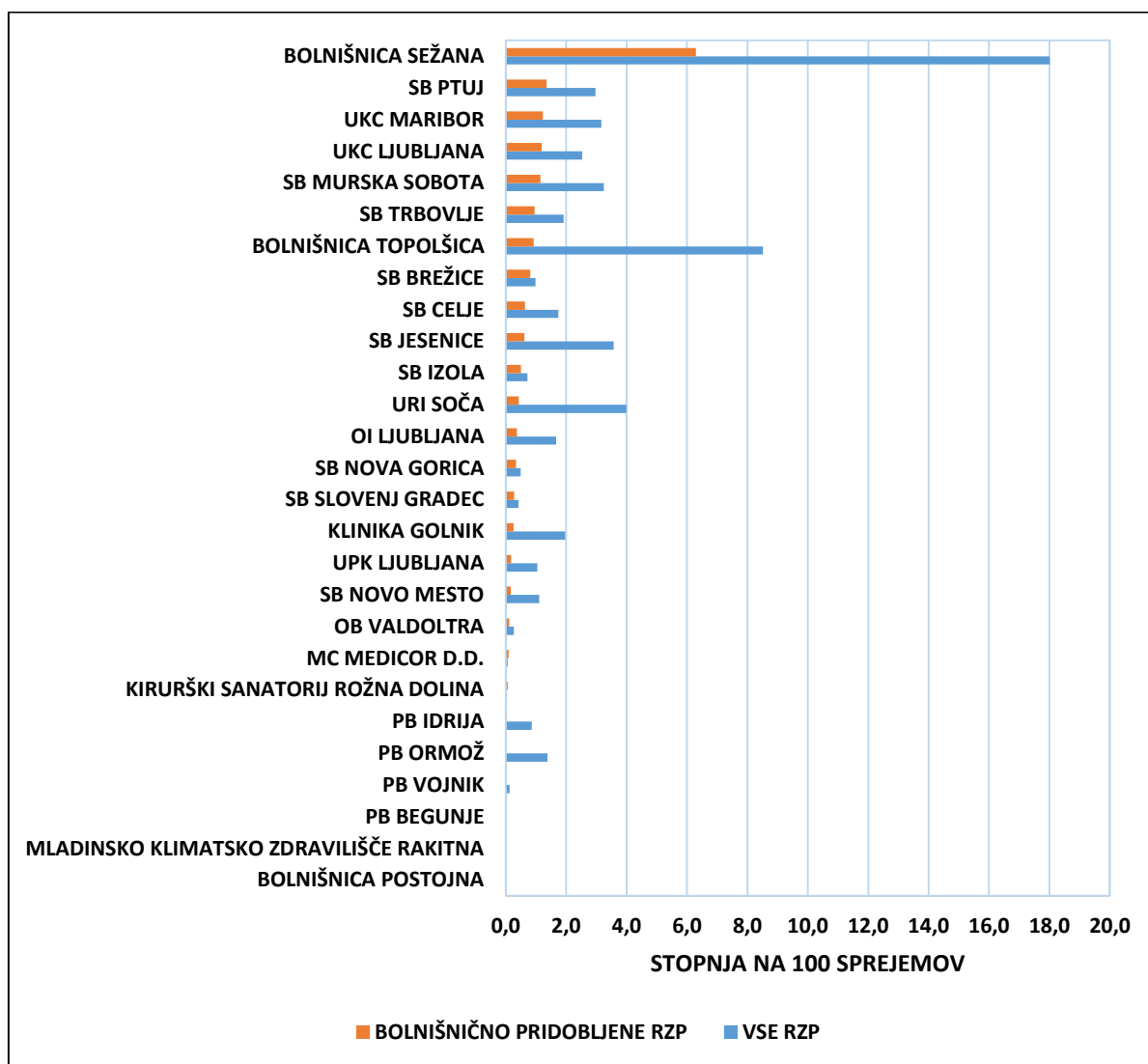
Kazalnik kakovosti razjede zaradi pritiska (RZP) prikazuje stopnjo razjed, nastalih v bolnišnicah. Izračuna se kot število bolnikov, ki so dobili RZP v bolnišnici, na sto sprejetih bolnikov v tekočem letu. Upošteva se ocena razjed glede na štiristopenjsko klasifikacijo po EUPAP (Evropski svetovni odbor za razjedo zaradi pritiska – angl. European Pressure Ulcer Advisory Panel), pri čemer se upošteva število bolnikov z RZP, in ne število razjed.

Poleg stopnje bolnišničnih RZP se izračuna tudi stopnja bolnikov, ki so imeli RZP že ob sprejemu.

Podatke so predložili vse splošne bolnišnice, oba klinična centra in velika večina specializiranih bolnišnic. BGP Kranj in CZBO Šentvid pri Stični ne spremljata kazalnika.

Podobno kot v zadnjih letih se je tudi v letu 2022 pokazalo, da ima Bolnišnica Sežana daleč najvišjo stopnjo bolnišnično dobljenih in vseh RZP (**slika 1**). Pri tem je treba znova upoštevati posebnosti te bolnišnice, kjer izstopata podaljšana bolnišnična dejavnost in rehabilitacija kroničnih bolnikov. Med splošnimi bolnišnicami je imela SB Ptuj najvišjo stopnjo bolnišnično dobljenih RZP.

Slika 1: Stopnja RZP na 100 sprejemov v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2022

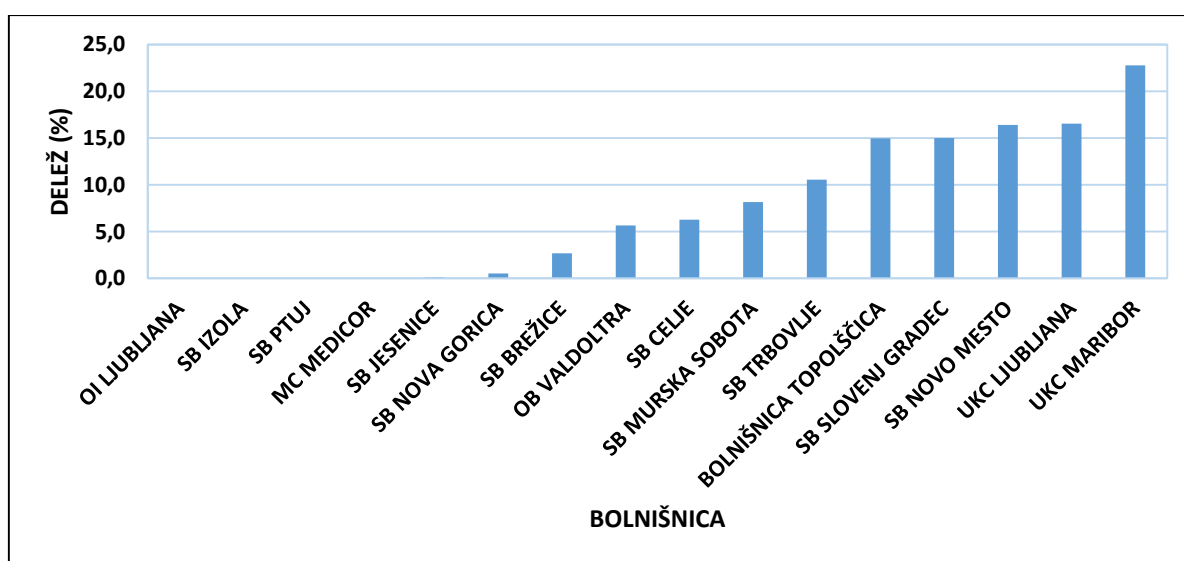


KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

Kazalnik kakovosti čakalna doba za računalniško tomografijo (angl. computed tomography – CT) prikazuje delež hospitaliziranih bolnikov, ki na CT čakajo več kot 24 ur. Je merilo za ocenjevanje učinkovitosti procesov bolnišnične oskrbe. Podatke predložijo bolnišnice, ki izvajajo CT-diagnostiko.

V preteklih letih se je pokazalo, da SB Izola, SB Ptuj in SB Murska Sobota niso imele primera, ko bi bilo na CT-preiskavo treba čakati več kot 24 ur od naročila. Tudi leta 2022 v SB Izola in SB Ptuj ni bilo primera, ko bi bilo treba na CT-preiskavo čakati več kot 24 ur od naročila (**slika 2**). V letu 2022 se je navedeni skupini bolnišnic vnovič pridružil Onkološki inštitut (OI) Ljubljana, poleg tega še MC Medicor. Podobno je čakalna doba za CT pri hospitaliziranih bolnikih najdaljša v bolnišnicah, ki so že v preteklosti imele največji delež čakajočih (oba UKC, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec).

Slika 2: Delež naročil CT-preiskav za hospitalizirane bolnike, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2022.



KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU

Operacijski blok z operacijskimi dvoranami je pomemben bolnišnični del z velikimi stroški. Pri neučinkoviti rabi operacijskega bloka lahko nastane znatna finančna izguba, zato je pomembno gospodarno vodenje. Večja uporaba operacijskega bloka privede do povečanega pretoka bolnikov in skrajšanja čakalnih dob na področju kirurgije. Doseže se predvsem z boljšo delovno organiziranostjo, na primer boljšo pripravo anesteziološke in kirurške službe ter drugih delovnih skupin, in bolje izobraženim kadrom.

Spremljajoči podatki upoštevajo večstopenjsko delo v operacijski dvorani. Trajanje operacije je opredeljeno kot čas od kirurškega reza do zadnjega kirurškega šiva. Ta čas je vedno krajši od perioperacijskega časa, ki teče od začetka kirurške priprave do konca operacije. Še daljši je anestezijski čas. Za zasedenost operacijske dvorane štejemo čas od vstopa bolnika v operacijsko dvorano do premestitve bolnika iz nje. Vse dejavnosti potekajo le v času, ko je operacijska dvorana v obratovanju. Čas obratovanja, ki ga imenujemo operacijska zmogljivost, upošteva dejstvo, da niso vse operacijske dvorane v uporabi vsak dan; običajno so na voljo le ob delavnikih v rednem delovnem času.

Izkoriščenost operacijske dvorane ponazarja razmerje med skupnim operacijskim časom, merjenim v minutah od prvega reza do zadnjega šiva, in skupno operacijsko zmogljivostjo, merjeno v minutah. Razmerje je izraženo v odstotkih, vendar ni mogoče pričakovati stodontne izkoriščenosti.

Za leto 2022 so podatke za oceno učinkovitosti dela pri ambulantnih (dnevni) in bolnišničnih operacijskih posegih poslale SB Celje, SB Izola, SB Jesenice, SB Murska Sobota, SB Nova Gorica, SB Novo mesto, SB Ptuj, SB Slovenj Gradec, SB Trbovlje, Bolnišnica Postojna ter Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo (BGP) Kranj. V SB Nova Gorica ne beležijo števila odpadlih načrtovanih posegov pri ambulantnih (dnevni) operacijskih posegih. SB Slovenj Gradec je beležila število načrtovanih in odpadlih hospitalnih posegov le v zadnjih treh četrtletjih. SB Jesenice ne beleži števila ambulantnih urgentnih posegov. V SB Brežice se ambulantni posegi izvajajo v istih prostorih kot hospitalni, julija in avgusta le po dogovoru. V SB Murska Sobota so se v drugi polovici marca izvajali le urgentni posegi. MC Medicor, OB Valdoltra in UKC Maribor ne izvajajo ambulantnih (dnevni) posegov. V Kirurškem sanatoriju Rožna dolina do leta 2022 niso zbirali podatkov za ambulantne (dnevne) operacijske posege, ker v tem sklopu opravljajo le operacije sive mreže. Za leto 2022 so poslali podatke zadnjih treh četrtletij. UKC Ljubljana znova ni poslal podatkov.

Delni podatki so posledica nespremljanja, delnega spremljanja ali neizvajanja dnevnih operacijskih posegov. Realne ocene o učinkovitosti dela v operacijskem bloku ni mogoče dati, prav tako ni mogoče opraviti primerjave na tem področju med bolnišnicami. Kljub temu lahko opazimo, da so med izvajalci velike razlike.

V letu 2022 so imeli Kirurški sanatorij Rožna dolina, Bolnišnica Postojna, OI Ljubljana, SB Ptuj, SB Murska Sobota, SB Brežice, OB Valdoltra, MC Medicor in SB Trbovlje več kot 70-odstotno izkoriščenost operacijskih dvoran (**slika 3**). Po drugi strani so imeli le v BGP Kranj manj kot 50-odstotno izkoriščenost. Povprečna izkoriščenost je bila 67,8-odstotna, kar je več kot v letu 2021 (62,1-odstotna). Razlika lahko kaže na vpliv pandemije covid-19 v letu 2021.

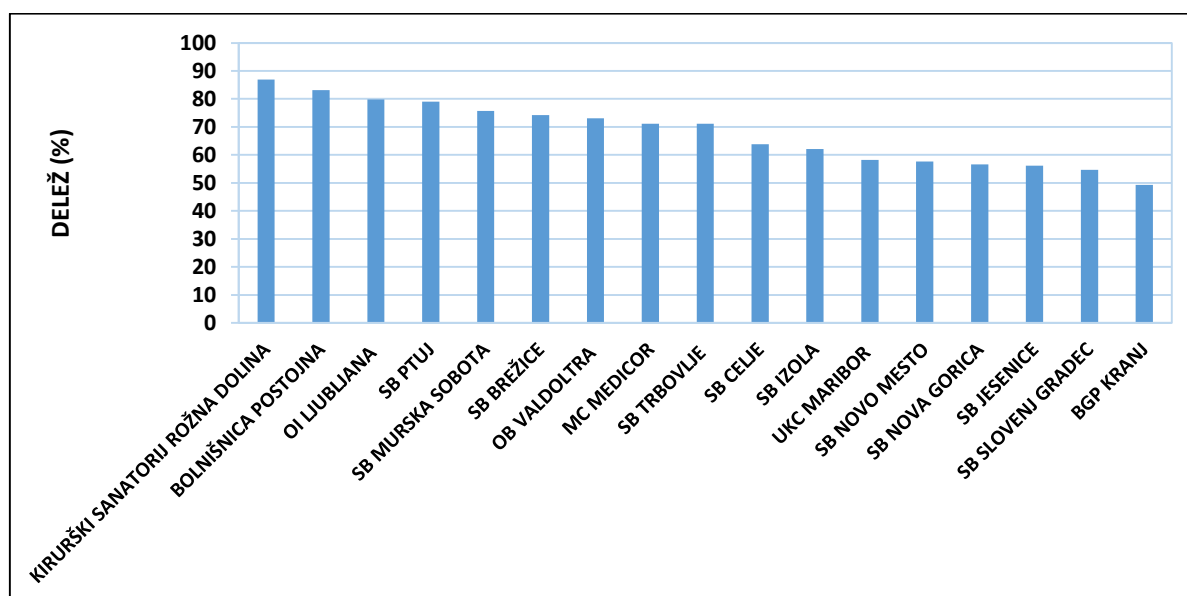
Podatkov o izkoriščenosti prostorov pri ambulantnih (dnevni) operacijskih posegih je bilo v letu 2022 več, vendar še vedno premalo za natančnejšo analizo. Ne glede na to je opazno, da je izkoriščenost operacijskih dvoran za dnevne operacijske posege še vedno manjša, povprečno 54,9-odstotna, kar je nekoliko več kot v letu 2021 (povprečno 49,8-odstotna), od izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične operacijske posege (**slika 4**). Le v SB Ptuj in SB Murska Sobota so imeli več kot 70-odstotno

izkoriščenost, medtem ko so imeli v BGP Kranj, SB Brežice, SB Novo mesto, Bolnišnici Postojna, SB Trbovlje, OI Ljubljana in SB Nova Gorica manj kot 50-odstotno izkoriščenost.

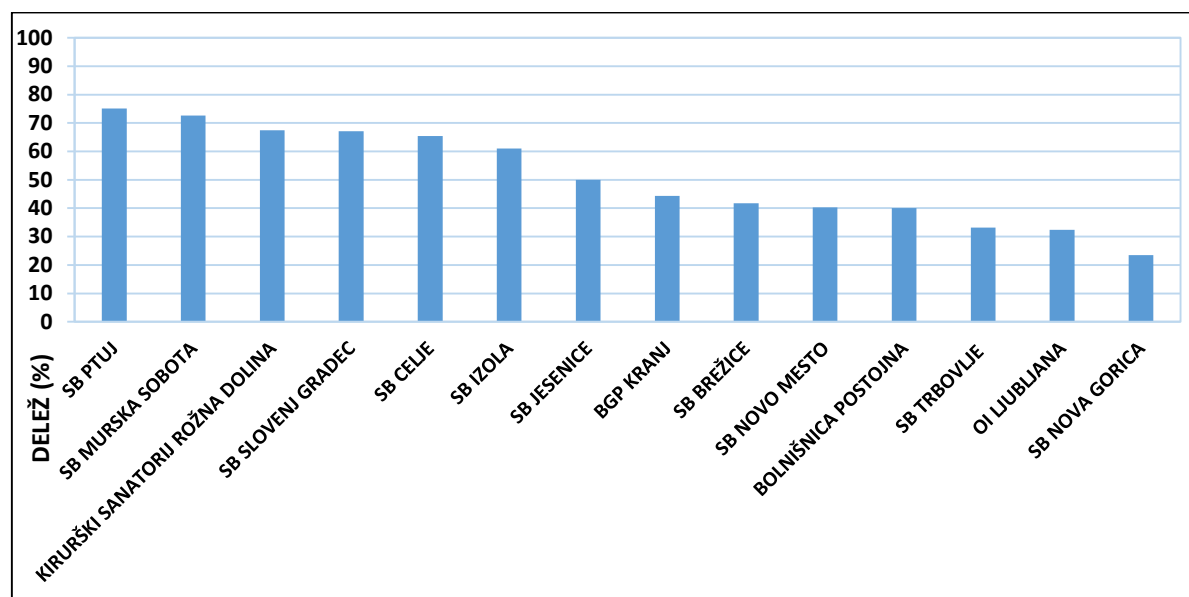
Odpoved načrtovane operacije lahko kaže na neučinkovito delovno organiziranost in ima neprijetne posledice za zaposlene in bolnike. **Slika 5** prikazuje odstotek odpovedanih bolnišničnih operacijskih posegov v letu 2022 v nekaterih bolnišnicah. Vrednosti so bile od 0 odstotkov v MC Medicor in Bolnišnici Postojna do 15,9 odstotka odpovedanih operacij v SB Brežice. Znova se je pokazalo, da so bile najnižje vrednosti dosežene v bolnišnicah, ki nimajo urgentnih oddelkov (MC Medicor, Bolnišnica Postojna, OB Valdoltra).

Podatkov o odstotku odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacijskih posegov je premalo za natančnejšo analizo. Kljub temu je opazna precejšnja razlika med bolnišnicami, ki so poslale podatke, od 0 odstotkov v Bolnišnici Postojna in BGP Kranj do 17,7 odstotka v SB Slovenj Gradec (**slika 6**).

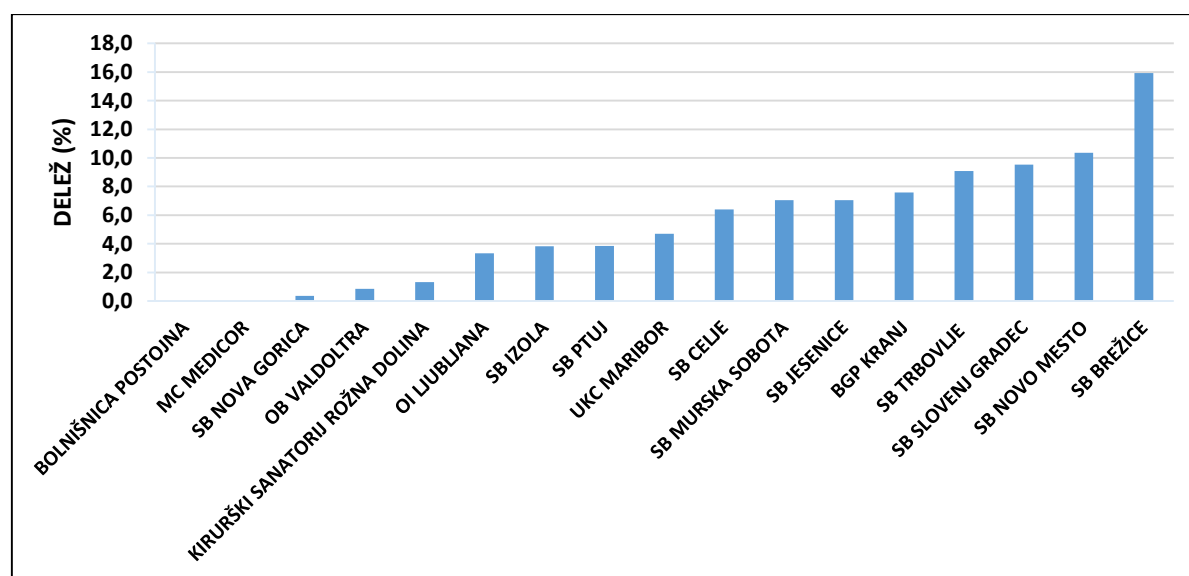
Slika 3: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022



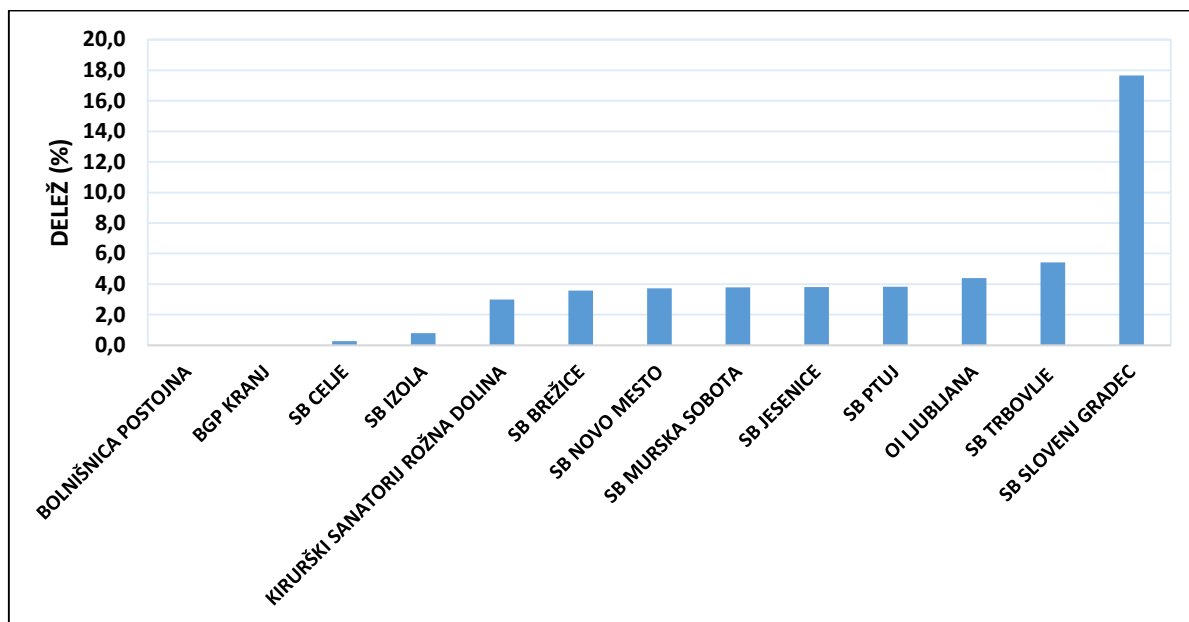
Slika 4: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022



Slika 5: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022



Slika 6: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2022



VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

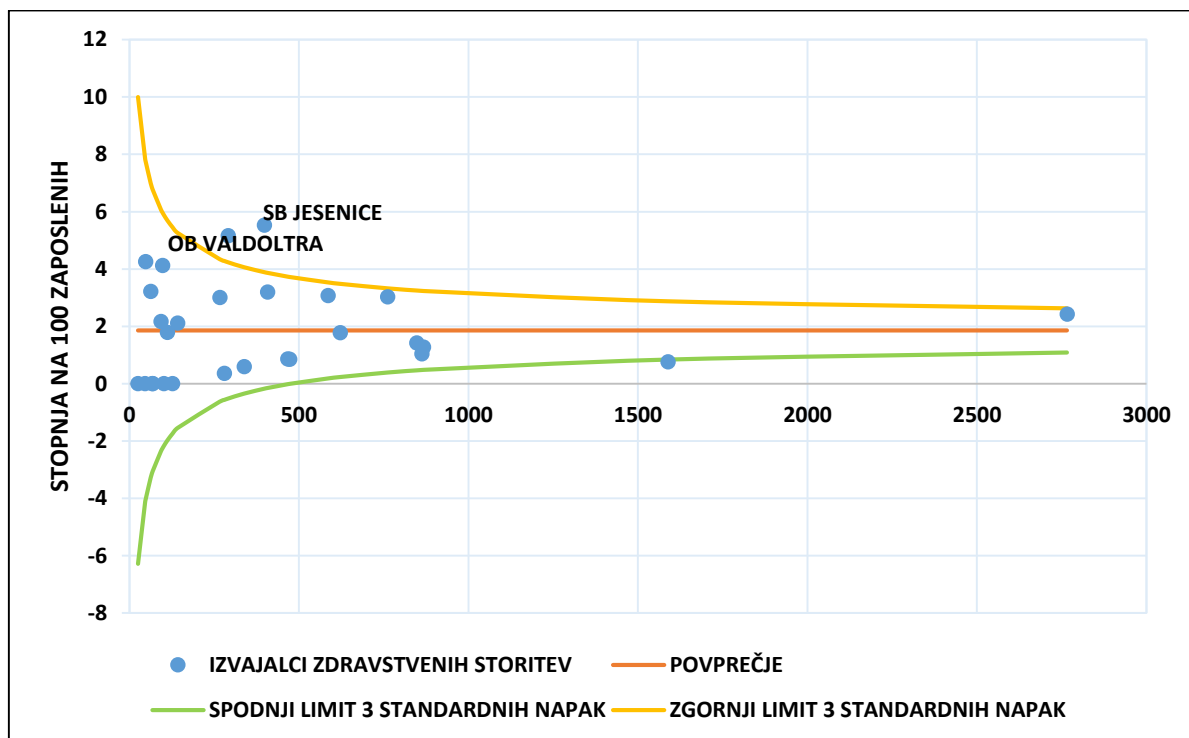
Kazalnik poškodb osebja z ostrimi predmeti je določen kot število poročenih poškodb zdravstvenega osebja z ostrimi predmeti na zdravstvenega delavca, zaposlenega s polnim delovnim časom, v koledarskem letu. Kazalnik izraža varnost zdravstvenega osebja.

Bolnišnice o številu poškodb osebja z ostrimi predmeti četrtno poročajo MZ. Zanesljivost podatkov je odvisna od tega, kako natančno izvajalci zdravstvenih storitev spremljajo poškodbe. Pogoji za uspešno spremljanje poškodb je vzpostavitev sistema za poročanje o teh dogodkih in njihovo zapisovanje ter vzpostavitev tudi kulture poročanja poškodovanega zdravstvenega osebja. Poudariti je treba, da v PB Idrija poleg poškodb z ostrimi predmeti beležijo tudi primere politja kože ali sluznic s kužnino.

Po poslanih podatkih za leto 2022 se je znova pokazalo, da UKC Ljubljana kazalnika ne spremlja, zato podatki za UKC Ljubljana niso prikazani. Podatki so zaradi majhnega števila poškodb z ostrimi predmeti prikazani v obliki lijakastega diagrama, pri čemer je upoštevano povprečno število zaposlenih v letu 2022 (četrtno poročanje).

Še vedno je opazno, da imajo izvajalci z manjšim številom zaposlenih več poškodb osebja z ostrimi predmeti kot izvajalci z večjim številom zaposlenih (**slika 7**). Iz primerjave vrednosti med bolnišnicami tudi še vedno ni mogoče ugotoviti, ali je število poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z manjšim številom zaposlenih odraz boljšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske večje pogostnosti in, nasprotno, ali je manjša pogostnost poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z večjim številom zaposlenih odraz slabšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske manjše pogostnosti. Ne glede na to sta v letu 2022 izstopala OB Valdoltra in SB Jesenice.

Slika 7: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2022



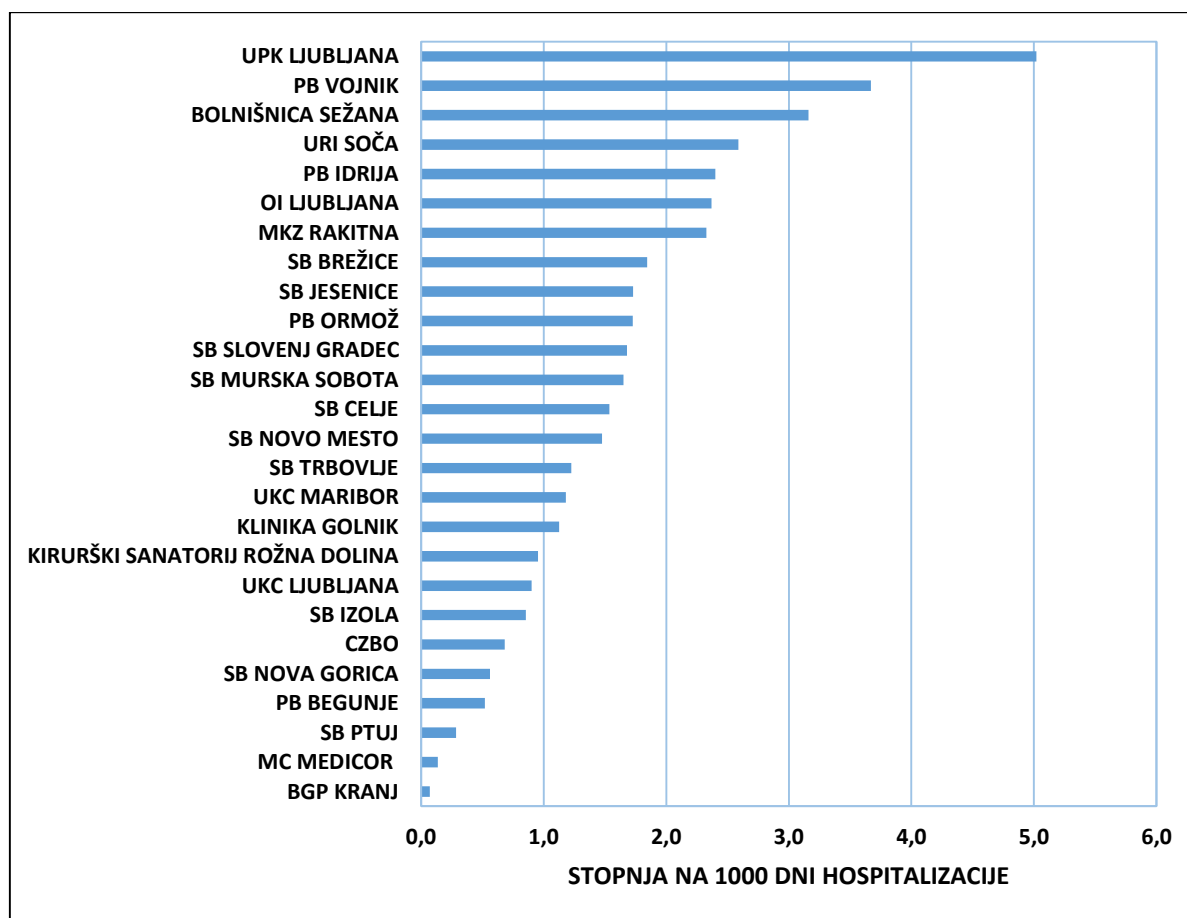
KK67 – PADCI

Število padcev med hospitalizacijo je kazalnik bolnikove varnosti. Njihovo število se lahko zmanjšuje s sprejetjem preprečevalnega programa. Preventivna strategija lahko zajame redno ocenjevanje tveganja padcev z napovednimi lestvicami, zaznavo bolnikov z velikim tveganjem padca, komuniciranje z bolniki ter izobraževanje bolnikov, svojcev in zdravstvenega osebja.

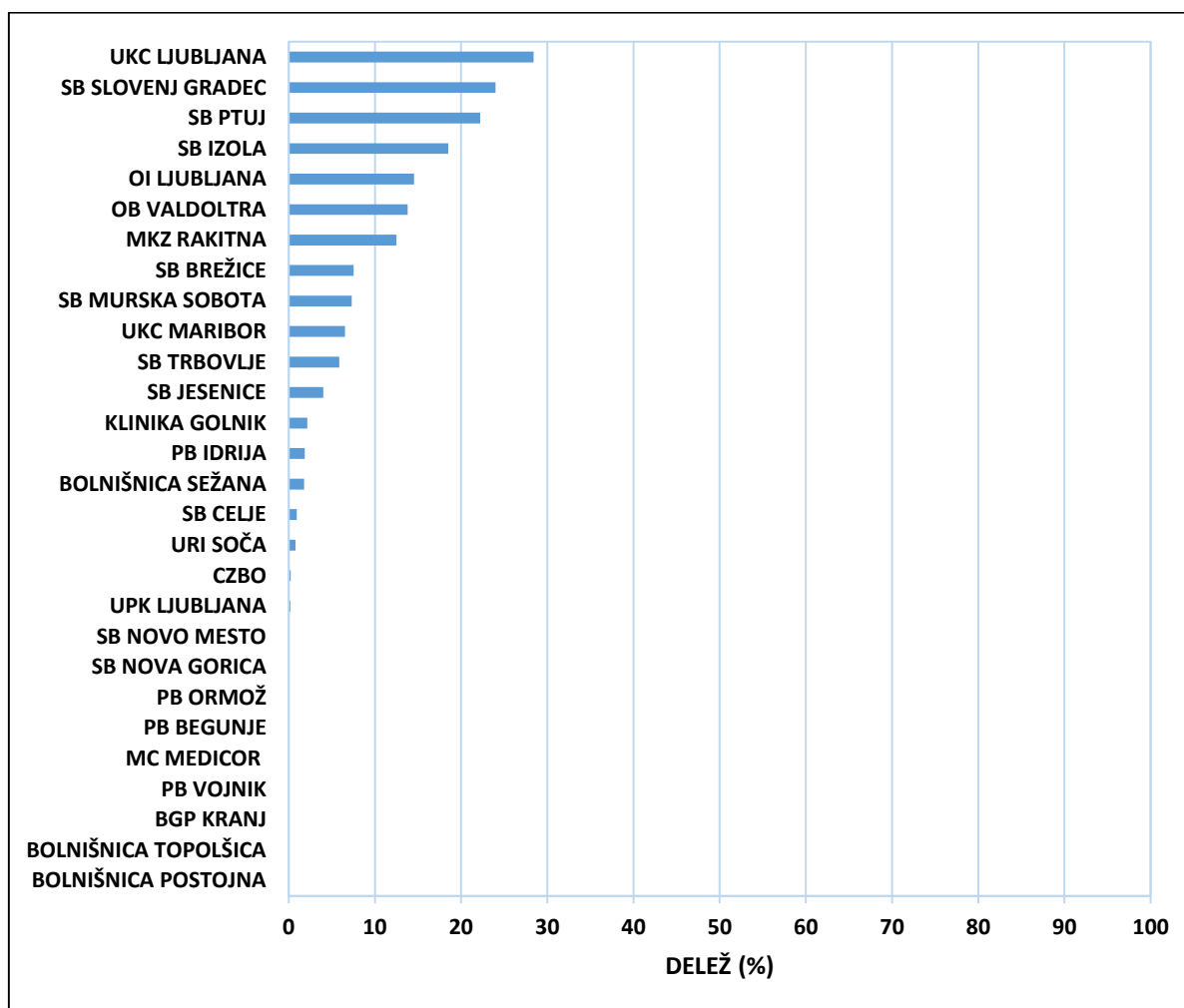
Velika večina bolnišnic podatke o padcih dosledno sporoča, kar omogoča primerjavo postopkov zbiranja in vrednotenja podatkov. MKZ Rakitna poroča o padcih med dejavnostjo (igro). OB Valdoltra poroča o vseh padcih in ne le ob padcih s postelje.

Načini zbiranja podatkov se še vedno razlikujejo in onemogočajo boljše neposredno primerjavo. Merjenje kazalnika stopnje padcev je zato koristno, saj ga bolnišnice prepoznajo kot orodje za ukrepanje in izboljševanje stanja na tem področju. Zaradi dolgoletnega sistematičnega zbiranja podatkov lahko bolnišnice same ugotavljajo, kako posamezni ukrepi vplivajo na število padcev v njihovi ustanovi. Znatnih razlik v stopnji padcev med posameznimi bolnišnicami v letu 2022 ni bilo, še najbolj je izstopala UPK Ljubljana (**slika 8**). Opaznejše so razlike v deležu poškodb zaradi padca (**slika 9**). Največje deleže padcev s poškodbami so imeli v UKC Ljubljana, SB Slovenj Gradec in SB Ptuj. Omeniti je treba visok delež Kirurškega sanatorija Rožna dolina, vendar ta ni prikazan, ker so padec s poškodbo imeli pri treh primerih padcev.

Slika 8: Stopnja padcev v posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2022



Slika 9: Delež padcev s poškodbami v posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2022



KK71 – MRSA

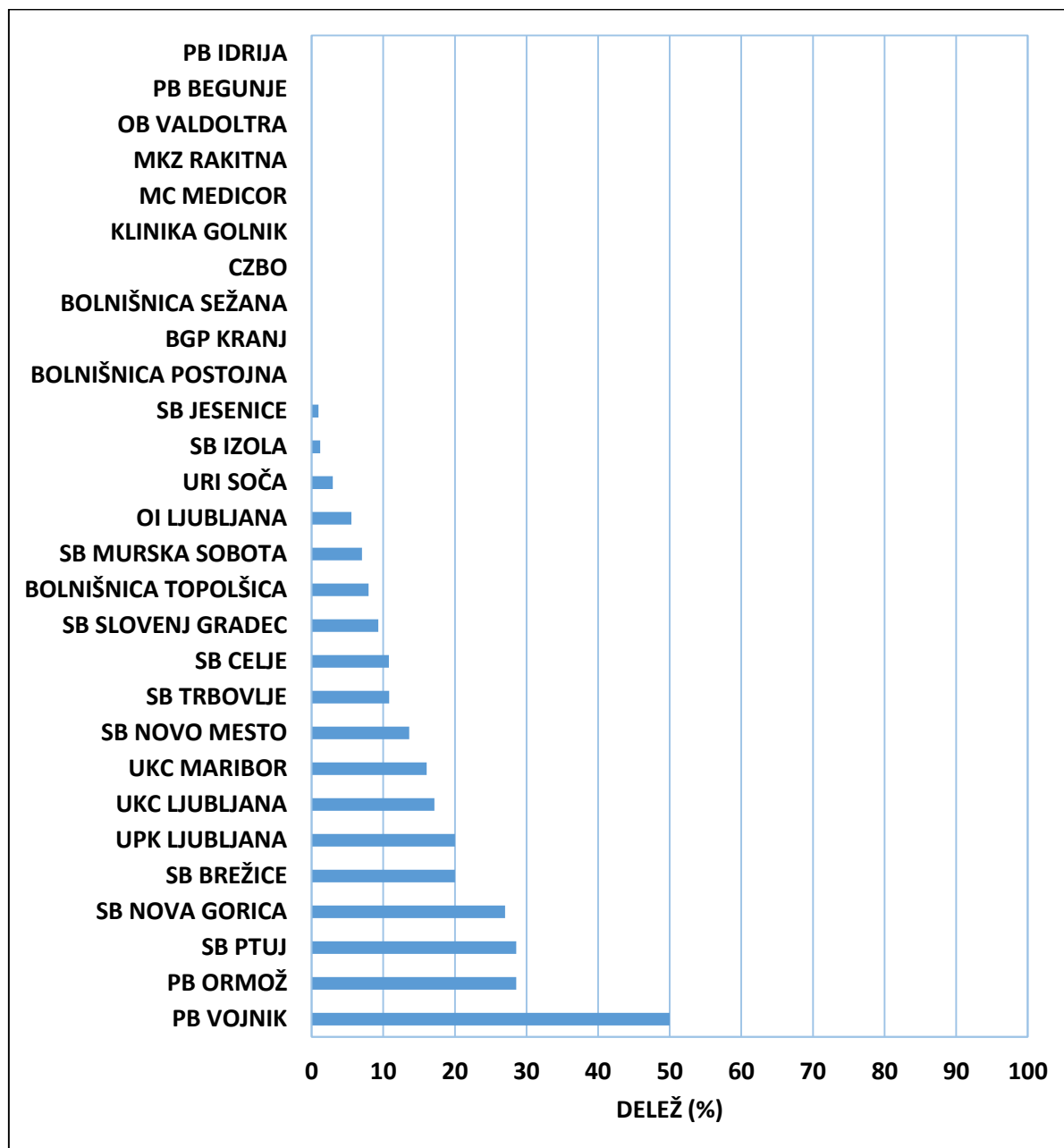
Kazalnik MRSA (proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus*) opredeli delež bolnikov z okužbo ali kolonizacijo z MRSA, pridobljeno v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA, v tekočem letu.

V primerjavi s prejšnjimi leti so tokrat podatke poslale vse bolnišnice. V MKZ Rakitna so vključeni otroci brez okužbe ali kolonizacije z MRSA. V SB Novo mesto so pri nekaterih bolnikih ugotavljali CA MRSA.

V nekaterih bolnišnicah je bilo bolnikov, pri katerih so bili izvedeni presejalni testi za ugotavljanje kolonizacije z MRSA, vnovič zelo malo, kar je lahko vzrok za majhno število ugotovljenih bolnikov, obolelih ali koloniziranih z MRSA. Delež bolnikov z okužbo ali kolonizacijo z MRSA, pridobljeno v bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost MRSA, v bolnišnicah v letu 2022 prikazuje **slika 10**. Število pregledanih bolnikov in ugotovljenih nosilcev MRSA se med bolnišnicami zelo razlikuje zaradi velikih razlik v številu sprejetih bolnikov. Zato je v zvezi z MRSA različna tudi obremenjenost posameznih bolnišnic.

Tudi v letu 2022 je bilo opazno, da imajo nekatere bolnišnice še vedno velik delež bolnikov z bolnišnično pridobljeno MRSA. Več kot 20-odstotni delež so imeli v SB Nova Gorica, SB Ptuj, PB Ormož in PB Vojnik. V SB Nova Gorica in SB Ptuj so po več letih imeli manj kot 30-odstotni delež. Delež Kirurškega sanatorija Rožna dolina ni prikazan, ker so imeli le en primer bolnišnično pridobljene MRSA pri skupno enem bolniku z MRSA.

Slika 10: Delež bolnikov, pri katerih je ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA, v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2022.



DODATEK

HIGIENA ROK

Kazalnik kakovosti higiena rok se meri z doslednostjo upoštevanja higiene rok in je izražen v odstotnem deležu (%). Za izračun doslednosti se uporablja enačba:

$$\text{doslednost} = \text{upoštevanje higiene rok (\%)} = \frac{\text{število dejanj}}{\text{število priložnosti}} \times 100$$

Dejanje pomeni vsako opaženo umivanje rok z vodo in milom ali razkuževanje rok izvajalcev z alkoholnim razkužilom glede na priložnosti in indikacije. Indikacija so določene priložnosti, ko je treba izvesti higieno rok (pred stikom z bolnikom, pred aseptičnim ali čistim postopkom ter po stiku s telesno tekočino, bolnikom in okolico). Priložnosti pomenijo potrebo po higieni rok in vsaj eno od mogočih petih priložnosti za higieno rok.

Usposobljeni opazovalec za higieno rok, ki se pred začetkom opazovanja predstavi in razloži namen obiska, opazuje izvajalce v času dejavnega izvajanja postopkov, v povprečju od 20 do 30 minut ob posameznem obisku enote ali oddelka. Opazovalec upošteva rezultate vseh opazovanj v enoti ali na oddelku. Opazovanje se izvaja za vse poklicne skupine (za zdravstvene delavce in sodelavce). Nato opazovalec napravi osnovni izračun doslednosti (s pregledom in analizo oziroma seštevanjem podatkov), ki ga sporoči MZ (za vse poklicne skupine skupaj).

Sporočanje podatkov o doslednosti izvajanja higiene rok iz bolnišnic MZ poteka dvakrat letno (za prvo in drugo polletje), posebej za doslednost higiene rok v enotah intenzivne terapije (EIT) in na drugih bolnišničnih oddelkih (DBO).

V primerjavi z letom 2021 so v letu 2022 podatke sporočile vse vključene bolnišnice, razen MKZ Rakitna, ki higiene rok ne spremlja.

Podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih v EIT in na DBO za leto 2022 so prikazani le za bolnišnice, ki so poslale podatke za obe polletji (**preglednica 1**).

Preglednica 1: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2022

	EIT	DBO
število sporočevalcev	17	22
sporočeno število dejanj	od 22 do 1068	od 7 do 4993
sporočeno število priložnosti	od 32 do 1358	od 16 do 6146
sporočena doslednost higiene rok	od 67,7 do 97,6 %	od 48,4 do 96,4 %
skupno število opazovanih dejanj	11442	28904
skupno število opazovanih priložnosti	13490	36483
skupna doslednost higiene rok	84,7 %	79,2 %

Stopnja doslednosti glede higiene rok v letu 2022 je bila za izbrane bolnišnice v EIT 84,7-odstotna in na DBO 79,2-odstotna, vendar so bile med bolnišnicami večje razlike. Število opazovanih dejanj in opazovanih priložnosti je bilo višje na DBO kakor v EIT, kar je razumljivo, saj je več bolnišničnega kadra zaposlenega na DBO kot v EIT. Zbrani podatki kažejo razlike v številu opazovanj po bolnišnicah, kar je lahko povezano z velikostjo bolnišnice in ob tem s številom postelj. Vendar, večje je skupno število opazovanih dejanj, bolj stvarna je ocena stopnje doslednosti.

V **preglednici 2** so podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT prikazani za leta od 2016 do 2022.

Preglednica 2: Higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
število sporočevalcev	14	15	18	17	7	17	17
sporočeno število dejanj	od 27 do 1161	od 91 do 1419	od 21 do 2006	od 16 do 1592	od 59 do 928	od 6 do 790	od 22 do 1068
sporočeno število priložnosti	od 50 do 1550	od 93 do 1773	od 44 do 2604	od 17 do 2052	od 76 do 1125	od 10 do 990	od 32 do 1358
sporočena doslednost higiene rok	od 51,4 do 100 %	od 59 do 95,7 %	47,7 do 97,9 %	64,6 do 96,4 %	od 74,8 do 97,3 %	od 57,7 do 96,6 %	od 67,7 do 97,6 %
skupno število opazovanih dejanj	8308	8717	10753	9493	5182	4950	11442
skupno število opazovanih priložnosti	10897	10912	13919	12374	6162	6113	13490
skupna doslednost higiene rok	76,2%	79,9%	77,3%	76,70%	84,1%	80,7%	84,7%

Število opazovanih dejanj in priložnosti se je med letoma 2016 in 2018 povečevalo. V letu 2019 je prišlo do zmanjšanja števila opazovanih dejanj in priložnosti. Za leti 2020 in 2021 točnejše ocene ni mogoče dati zaradi delnih podatkov. V letu 2022 je število vnovič naraslo. Skupna doslednost higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih v EIT po letu 2017 je nekoliko upadala, vendar je bila v dovoljenih okvirih, po letu 2019 pa je mogoče opaziti povečanje skupne doslednosti.

Podatki o higieni rok na DBO za leta od 2016 do 2022 so prikazani v **preglednici 3**.

Preglednica 3: Higiene rok na DBO med letoma 2016 in 2022

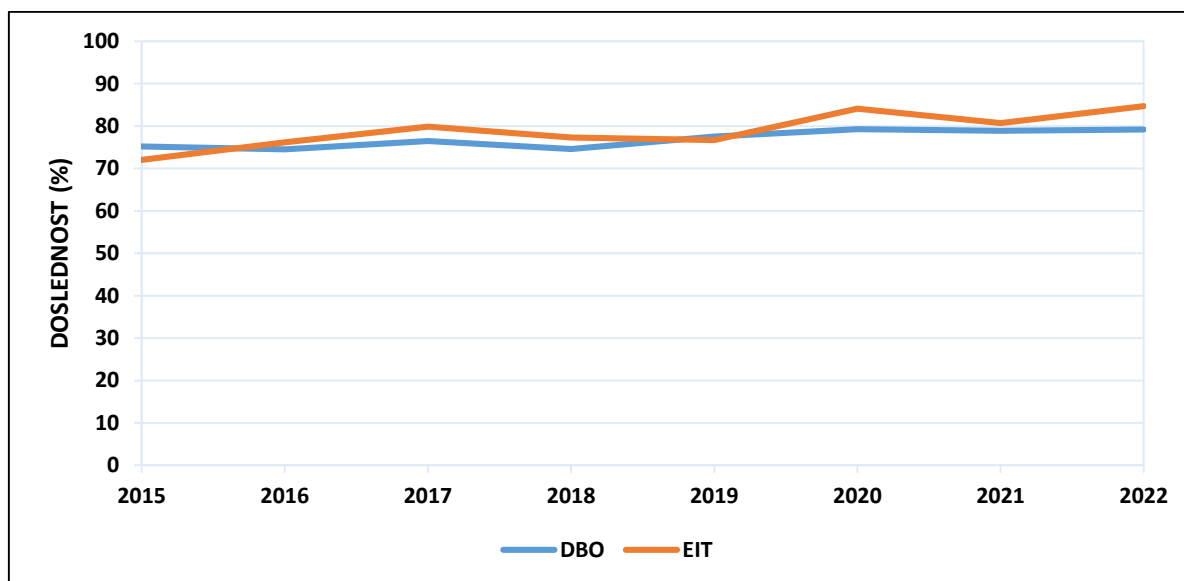
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
število sporočevalcev	18	17	23	23	12	19	22
sporočeno število dejanj	od 34 do 6157	od 238 do 8911	od 29 do 9141	od 18 do 8727	od 11 do 3732	od 3 do 4480	od 7 do 4993
sporočeno število priložnosti	od 59 do 8343	od 479 do 11392	od 35 do 11682	od 96 do 11238	od 12 do 4763	od 3 do 5637	od 16 do 6146
sporočena doslednost higiene rok	od 51,4 do 97,9 %	od 50 do 96,4 %	od 43,5 do 97,8 %	od 54,0 do 95,6%	od 67,9 do 97,0 %	od 55,4 do 96,4 %	od 48,4 do 96,4 %
skupno število opazovanih dejanj	24946	21470	30504	32036	16261	20250	28904
skupno število opazovanih priložnosti	33491	28050	40918	41344	20515	25660	36483
skupna doslednost higiene rok	74,5%	76,5%	74,6%	77,5%	79,3%	78,9%	79,2%

Pri DBO je bilo opazno, da se je število dejanj in priložnosti med letoma 2016 in 2019 povečevalo. Za leti 2020 in 2021 točnejše ocene ni mogoče dati. V letu 2022 je bilo nekoliko večje, vendar ni doseglo števila pred letom 2020. Skupna doslednost higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih na drugih oddelkih bolnišnic nekoliko niha, vendar je po letu 2018 opazno naraščanje.

V bolnišnicah, kjer je stopnja doslednosti higiene rok 60 odstotkov ali manj, je potrebno takojšnje ukrepanje.

Slika 11 prikazuje doslednost higijene rok v EIT in na DBO v letih od 2015 do 2022.

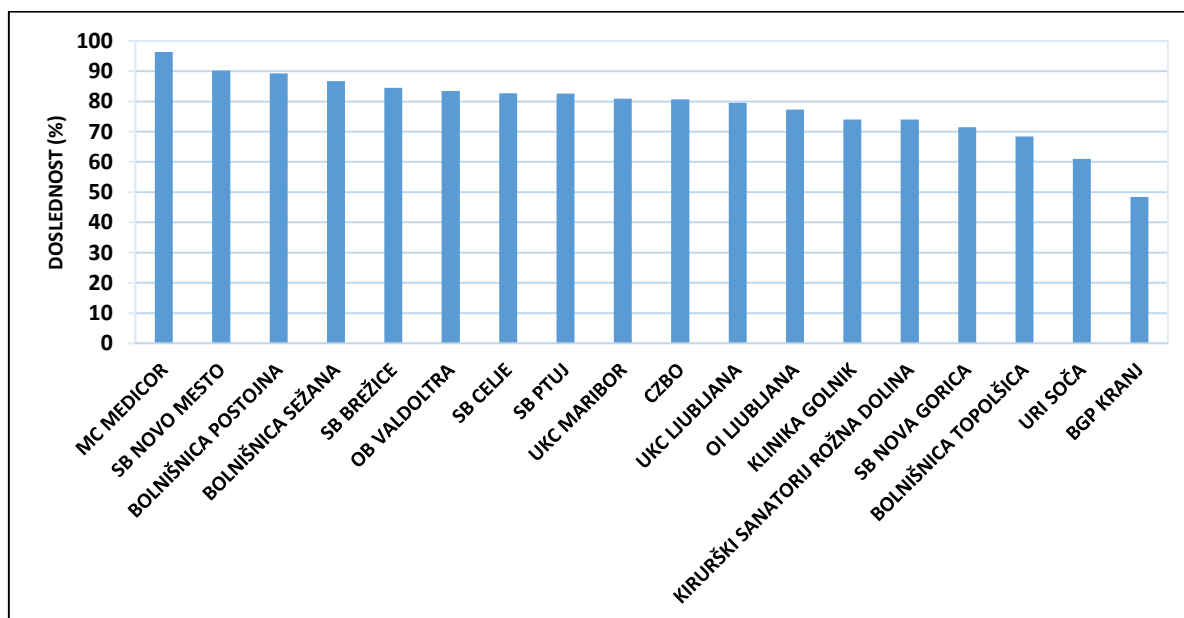
Slika 11: Doslednost higijene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2021



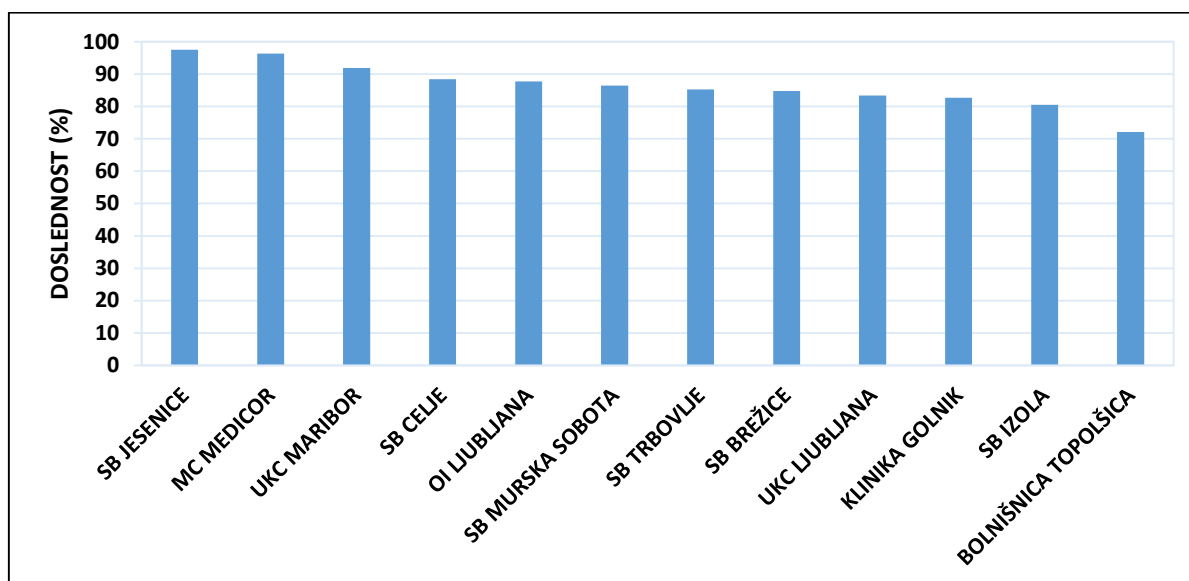
Pregled doslednosti higijene rok od uvedbe kazalnika kaže na ustalitev doslednosti na vrednosti od 70 do 80 odstotkov. Doslednost glede higijene rok v EIT in na DBO je na primerljivi ravni. V obdobju nekaj let je opazno postopno naraščanje doslednosti.

Sliki 12 in 13 prikazujeta doslednost izvajanja higijene rok v posameznih bolnišnicah za DBO in EIT.

Slika 12: Doslednost izvajanja higijene rok v izbranih bolnišnicah za DBO v letu 2022



Slika 13: Doslednost izvajanja higiene rok v izbranih bolnišnicah za EIT v letu 2022



Vrednosti doslednosti izvajanja higiene rok v posameznih bolnišnicah kažejo, da se v slovenskih bolnišnicah dosledno izvaja opazovanje higiene rok, kar je za obvladovanje bolnišničnih okužb pomembno. Podrobnejših ugotovitev ni mogoče dati zaradi pomanjkljivih podatkov.

Higiena rok je temeljni ukrep za zagotovitev varnosti bolnikov in zaposlenih, kar se je pokazalo tudi v času pandemije covida-19. Zato je doslednost izvajanja higiene rok pomembna za vse deležnike v zdravstvu, in to delovanje je treba razširiti, vključno z opazovanjem doslednosti izvajanja higiene rok.

