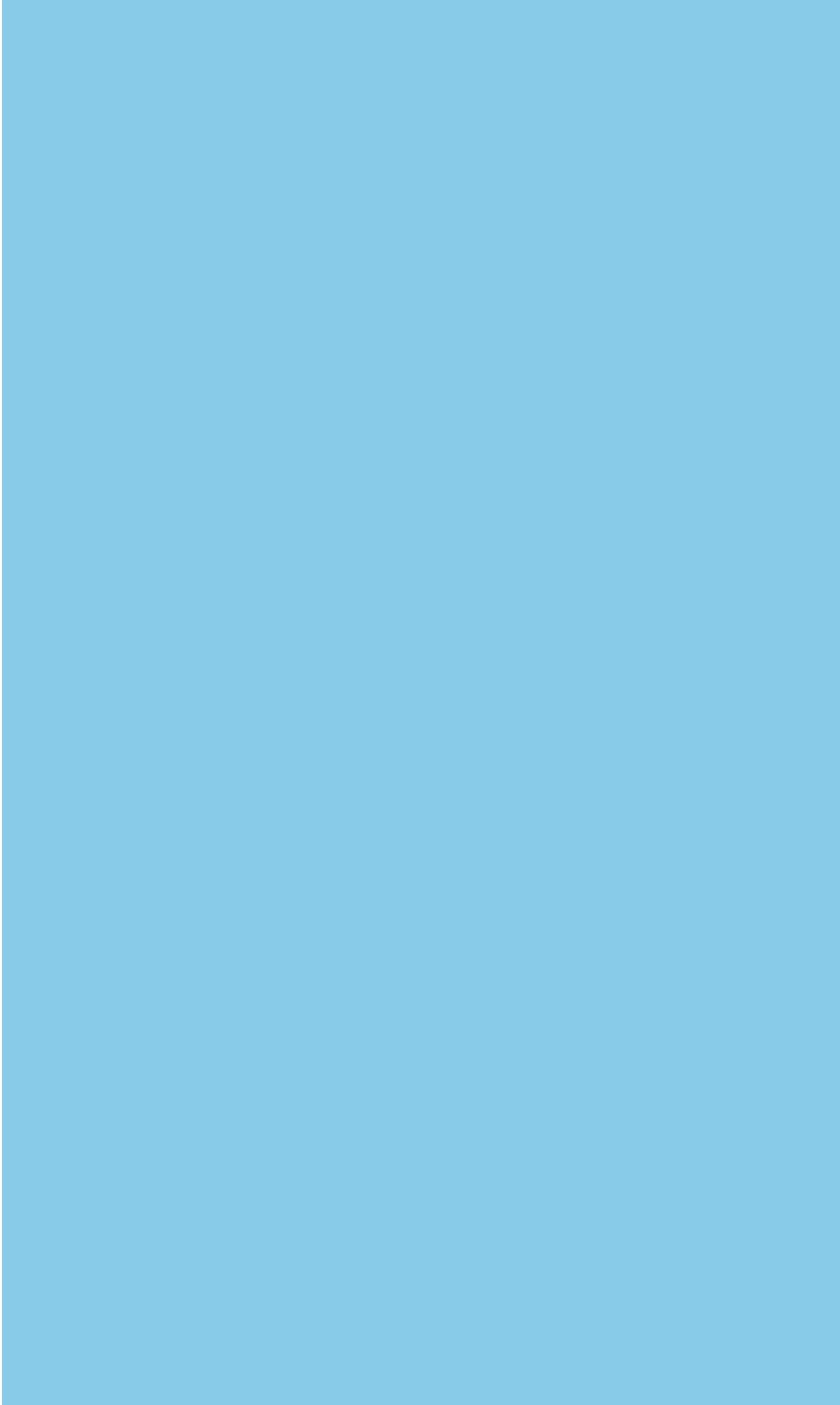




REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

LETNO POROČILO KAZALNIKOV KAKOVOSTI ZA LETO 2022,
KI JIH SPREMLJA NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE ZA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

**LETNO POROČILO O KAZALNIKIH KAKOVOSTI ZA LETO 2022,
KI JIH SPREMLJA NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE
ZA MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

Uredniki:

Denis Perko, Mircha Poldrugovac, Blashko Kasapinov, Alenka Borovničar

Priprava in pošiljanje podatkov:

Andreja Rudolf, Irena Jeraj, Irena Zupanc, Tina Zupanič

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.....	III
KAZALO PREGLEDNIC.....	VI
RAZLAGA KRATIC	VII
AVTORJI	VIII
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE	viii
KK3, 4, 5 IN 7 – BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI.....	viii
KK8, 9, 10, 11, 12, 13 IN 14 – NALEZLJIVE BOLEZNI.....	viii
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA.....	viii
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	viii
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI.....	viii
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM	viii
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV	viii
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ)	viii
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA	viii
KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE.....	viii
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL	viii
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA.....	viii
UVOD	1
OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA	2
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE	2
PROMOCIJA, PREVENTIVA IN PRIMARNO ZDRAVJE	8
BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI	8
KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME.....	10
KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB	13
KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SRČNEGA POPUŠČANJA	16
KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE	19
NALEZLJIVE BOLEZNI.....	22
KK 8, 9 in 10 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B.....	22
KK11 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI GRIPI PRI OSEBAH, STARIH 65 LET IN VEČ.....	23
KK12, 13 in 14 – INCIDENCA OŠPIC, OSLOVSKEGA KAŠLJA IN HEPATITISA B	24
UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	25
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA.....	25
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI.....	38

KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	41
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM	44
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV	46
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ)	51
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA	53
KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE.....	57
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL	64
VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA	71
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA.....	71

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2022	3
Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji v letih 2012 in 2022	4
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	11
Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	11
Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022	12
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2022, standardizirana po starosti in spolu	14
Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	14
Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022	15
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	17
Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	17
Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022	18
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	20
Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	20
Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 po posameznih regijah	21
Slika 15: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2022	27
Slika 16: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2022	27
Slika 17: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2022	29
Slika 18: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2022	29
Slika 19: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2022	31
Slika 20: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2022	31
Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v posameznih bolnišnicah v letu 2022	33
Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2022	33
Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v nekaterih bolnišnicah v letu 2022	35

Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2022	35
Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v posameznih bolnišnicah v letu 2022	37
Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2022	37
Slika 27: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2022.....	39
Slika 28: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	39
Slika 29: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022.....	40
Slika 30: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022	42
Slika 31: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	42
Slika 32: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 po posameznih regijah	43
Slika 33: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med leti 2008 in 2012, 2013 in 2017 ter 2018 in 2022 ...	45
Slika 34: Slika Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2022	46
Slika 35: Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji v letih 2012 in 2022	47
Slika 36: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji (Povzeto po 6).....	48
Slika 37: Delež porodov s carskim rezom, po Robsonovih skupinah in bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji, 2022	49
Slika 38: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, med letoma 2012 in 2022.....	51
Slika 39: Delež sprejemov oseb z zlomom kolka in nato operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	52
Slika 40: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, v nekaterih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022	52
Slika 41: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2022	54
Slika 42: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2022	54
Slika 43: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022	55
Slika 44: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	55
Slika 45: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022	56
Slika 46: Groba stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	56
Slika 47: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2022	58
Slika 48: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2022 ...	58
Slika 49: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2022	59

Slika 50: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2022	59
Slika 51: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2022	60
Slika 52: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2022	60
Slika 53: Delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2022	61
Slika 54: Delež enodnevne kirurgije zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2022	62
Slika 55: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2022 .	62
Slika 56: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2022.	63
Slika 57: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2022	63
Slika 58: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2022 (DDD na 100 sprejemov)	65
Slika 59: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2022 (DDD na 100 BOD)	65
Slika 60: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2022 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	66
Slika 61: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2022 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	66
Slika 62: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2022 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	67
Slika 63: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2022 (DDD na 100 BOD)	68
Slika 64: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2022 (DDD na 100 BOD)	69
Slika 65: Poraba antibiotikov (J01) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2022 (DDD na 100 BOD)	70
Slika 66: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2022	72
Slika 67: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022	72
Slika 68: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2020–2022)	73

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2022	9
Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2018 do vključno 2022	23
Preglednica 3: Delež cepljenih oseb, starih 65 let in več, proti gripi v sezonah 2017/18, 2018/19, 2019/20, 2020/21 in 2021/22	23
Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2013 do 2022	24
Preglednica 5: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji (povzeto po 6)	48
Preglednica 6: Povprečna poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemsko rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2022	67

RAZLAGA KRATIC

ATC – anatomsko-terapevtsko-kemična klasifikacija zdravil (angl. Anatomical Therapeutic Chemical Classification System)

BOD – bolnišnični oskrbni dan

BGP – Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo (Kranj)

CZBO – Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični

DDD – določene dnevne doze

ECDC – Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (angl. European Centre for Disease Prevention and Control)

EU – Evropska unija

GVT – globoka venska tromboza

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

Hib – Hemofilus influenza tipa B

KK – kazalnik kakovosti

KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen

MC Medicor – Medicinski center Medicor

MKB – mednarodna klasifikacija bolezni

MKZ – Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna

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)

PATH – orodje za oceno izboljšanja kakovosti bolnišničnega delovanja (angl. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals)

PB – psihiatrična bolnišnica

PE – pljučna embolija

PIS – perinatalni informacijski sistem

SB – splošna bolnišnica

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organization – WHO)

UKC – univerzitetni klinični center

UPK – Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

URI – Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča

AVTORJI

KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE

Barbara Mihevc Ponikvar, Irena Krotec

KK3, 4, 5 IN 7 – BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI

Denis Perko

KK8, 9, 10, 11, 12, 13 IN 14 – NALEZLJIVE BOLEZNI

Irena Jeraj

KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA

Denis Perko

KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Denis Perko

KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Denis Perko

KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM

Barbara Mihevc Ponikvar

KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

Barbara Mihevc Ponikvar

KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ)

Denis Perko

KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA

Denis Perko

KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE

Denis Perko

KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

Denis Perko

KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA

Denis Perko

UVOD

Pred vami je drugo letošnje poročilo o kazalnikih kakovosti v zdravstvu, katerih podatke zbira Nacionalni inštitut za javno zdravje. Junija 2023 je na pobudo Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (MZ) izšlo prvo poročilo o kazalnikih kakovosti, katerih podatke zbira MZ. S pripravo ločenih poročil bodo izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev lahko pravočasno obveščeni.

Z izdajo obeh poročil se je zaključilo večletno obdobje poročanja določenih kazalnikov kakovosti, sprejetih in objavljenih v letu 2011. 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 prenovljeni nabor kazalnikov kakovosti z ohranitvijo nekaterih že vzpostavljenih kazalnikov kakovosti. Ob uvedbi prenovljenega nabora kazalnikov kakovosti je treba zagotoviti sisteme za spremljanje kakovosti predloženih podatkov.

V pričujočem poročilu so predstavljeni naslednji kazalniki kakovosti: KK2 (izključno dojenje), KK3, 4, 5 in 7 (bolnišnični sprejemi zaradi kroničnih bolezni), KK8, 9, 10, 11, 12, 13 in 14 (nalezljive bolezni), KK24 (trajanje bolnišničnega bivanja), KK25 (stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni), KK28 (stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni), KK36 (poškodbe med vaginalnim porodom), KK37 (delež carskih rezov), KK45 (čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka – osebe, stare 65 let in več), KK47 (pooperacijska globoka venska tromboza in pljučna embolija), KK49 (delež enodnevne kirurgije), KK64 (spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil) in KK73 (pooperacijska sepsa).

V primerjavi s preteklimi leti se je tudi tokrat pokazalo, da po izbranih kazalnikih kakovosti večinoma izstopajo iste bolnišnice ali statistične regije. Poleg tega je opazen učinek pandemije covida-19 na izvajanje zdravstvenih dejavnosti in storitev kot v primeru bolnišničnih sprejemov zaradi kroničnih bolezni, ko se je stopnja sprejemov znatneje znižala pri vseh kazalnikih bolnišničnih sprejemov.

V letu 2023 je opazna vloga Urada za nadzor, kakovosti in investicije v zdravstvu pri uvedbi prenovljenega nabora kazalnikov kakovosti in na ravni Ministrstva za zdravje Republike Slovenije sprejem Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu za obdobje 2023–2031. Nadaljnja poročila o kazalnikih kakovosti, ki bi jih pripravil NIJZ v prihodnje, še niso dogovorjena. Vsekakor upamo, da se bo visoka pozornost odločevalcev za področje kakovosti v zdravstvu nadaljevala.

OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA

KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE

Materino mleko je idealna hrana za dojenčke. Je varna, čista in vsebuje protitelesa, ki otroka ščitijo pred mnogimi pogostimi otroškimi boleznimi. Otroku zagotavlja vso energijo in hranila, ki jih potrebuje v prvih mesecih življenja, pokrije pa tudi več kot polovico njegovih potreb po hranilnih snoveh v drugi polovici prvega leta starosti in do tretjine potreb v drugem letu starosti. Dojenje ni samo hranjenje, ampak dojenčku zagotavlja tudi sprejetost, toplino, bližino in občutek varnosti, kar je zelo pomembno za otrokov čustveni razvoj (1). Z okoljskega vidika dojenje ne onesnažuje, ne porablja naravnih virov, je trajnostni naravni vir hranil (2). Dojeni otroci se bolje odrežejo na inteligenčnih testih, manj verjetno bodo imeli preveliko telesno težo ali bili debeli in so manj dovzetni za kronične bolezni (kot je recimo sladkorna bolezen) pozneje v življenju (3–5).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) priporoča izključno dojenje otrok prvih šest mesecev po rojstvu, ob ustrezni dopolnilni prehrani pa naj bodo dojeni do starosti dveh let ali še dlje, če mati in otrok tako želita. Po priporočilih SZO naj bi bil vsak zdrav novorojenček podojen v prvi uri po rojstvu (6, 7). Zgodnje obdobje po porodu je izredno pomembno za vzpostavitev dojenja. SZO in UNICEF priporočata za vse zdrave novorojenčke kožni stik takoj po porodu in vključno do konca prvega podoja. To ima po mnenju (SZO) prednost pred kakršnimi koli posegi zdravstvenih delavcev (1). Takojšnji, nemoten kožni stik med materjo in otrokom je najbolj učinkovita metoda za vzpostavitev izključnega dojenja. Izraz, da je dojenček »izključno dojen« (exclusive breastfeeding), pomeni, da dojenčki ne prejemajo nobene druge hrane ali tekočine razen morebitnih zdravil in/ali vitaminov prvih šest mesecev svojega življenja (7). Če je novorojenček v kožnem stiku z materjo, se običajno podoji v prvi uri po rojstvu. Zgodnje in pogosto dojenje spodbuja nastajanje mleka in preprečuje nastanek težav pri dojenju. Če dojenje ne steče, je treba doječi par obravnavati individualno, na voljo bi morala biti tudi možnost izbrizgavanja mleka (8).

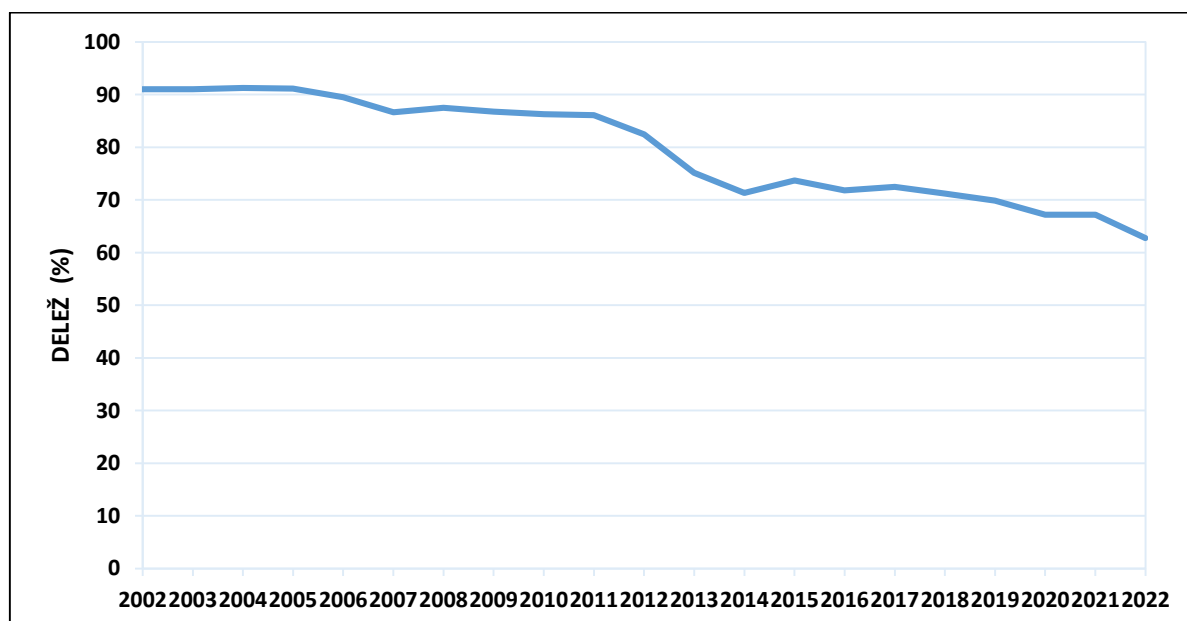
Študije so pokazale, da ima izključno dojenje v obdobju šestih mesecev kar nekaj prednosti v primerjavi z izključnim dojenjem v obdobju treh ali štirih mesecev in nato delnim dojenjem. Izključno dojenje v obdobju šestih mesecev znižuje pogostost gastrointestinalnih infekcij pri otroku, ne vpliva pa na pojav preostalih infekcijskih bolezni in alergijskih bolezni, prav tako ne vpliva na rast, debelost, zobni karies, kognitivne sposobnosti ali obnašanje otroka. V državah v razvoju so opazili znižano vrednost železa pri otrocih, izključno dojenih šest mesecev (9, 10). Vendar pa je po vsem svetu le 44 % dojenčkov, starih manj kot šest mesecev, izključno dojenih. Svetovna stopnja dojenja se je v zadnjih dveh desetletjih zelo malo povečala, medtem ko se je prodaja adaptiranega mleka v približno istem času več kot podvojila (11). Izključno dojenje je koristno tudi za mater, saj deluje kot naravna kontracepcijska metoda in s tem pripomore k večjim presledkom med rojstvi. Izključno dojenje pomaga, da odvečna teža, ki so jo ženske pridobile v nosečnosti, hitreje in lažje izgine, znižuje tudi stopnjo debelosti pri materah. Raziskave so pokazale, da bodo ženske, ki dojijo, manj pogosto zbolele za rakom dojke ali jajčnika, imajo manjše tveganje za osteoporozo in za koronarno srčno bolezen (7, 9, 10).

Pri podpori dojenju v porodnišnicah je ključno znanje osebja o dojenju. SZO še posebej poudarja vlogo osebja v porodnišnici, njihovega znanja, veščin in usposobljenosti za svetovanje in podporo mladim mamam pri dojenju. Ob ustrezni obveščenosti o dojenju ter podpori zdravstvenih strokovnjakov, družine in okolja lahko doji večina mater (12). Neprimerno oglaševanje nadomestkov materinega mleka še naprej ovira prizadevanja za dvig stopnje dojenja in trajanja dojenja po svetu (13).

Kazalnik izključno dojenje naj bi prikazal delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov v porodnišnicah. Izključno dojenje je bilo po projektu Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH) določeno kot hranjenje izključno z materinim mlekom, lahko tudi izbrizganim (14). Dovoljeno je le dajanje kapljic ali sirupov z vitamini, minerali ali zdravili. Vključitvena merila so donošeni enojčki s porodno težo 2000 gramov in več, gestacijska starost 37 tednov in več ter ocena po Apgarjevi lestvici 5 ali več po petih minutah (»zdravi« novorojenčki). Izključitvenih meril, kot so nekatere novorojenčkove ali materine bolezni, pri katerih je dojenje lahko kontraindicirano, v analizi nismo upoštevali, ker o teh stanjih ni dovolj zanesljivih podatkov. Vendar zaradi njihove redkosti predvidevamo, da ne vplivajo pomembno na rezultate.

Vir podatkov za pripravo kazalnika je perinatalni informacijski sistem (PIS), ki vsebuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah ter tudi o porodih na domu. Upravitelj zbirke je NIJZ. Podatki o dojenju se v PIS praviloma vpišejo ob odpustu otročnice in novorojenčka. V večini porodnišnic jih zapišejo medicinske sestre oziroma babice, v nekaterih pediatri, kar ni v skladu s priporočili projekta PATH – da bi se izognili informacijski pristranosti, naj podatkov namreč ne bi zbirale osebe, ki so neposredno soudeležene pri negi matere in novorojenčka. Možnosti, ki se lahko zabeležijo pri dojenju, so DA, DELNO in NE. Kot izključno dojene smo upoštevali novorojenčke, pri katerih je bila zabeležena vrednost DA. Pri porodih na domu podatke zapišejo samostojne diplomirane babice, ki so sodelovale pri porodu. V to poročilo smo glede na povečanje števila porodov na domu v zadnjih nekaj letih prvič vključili tudi te podatke.

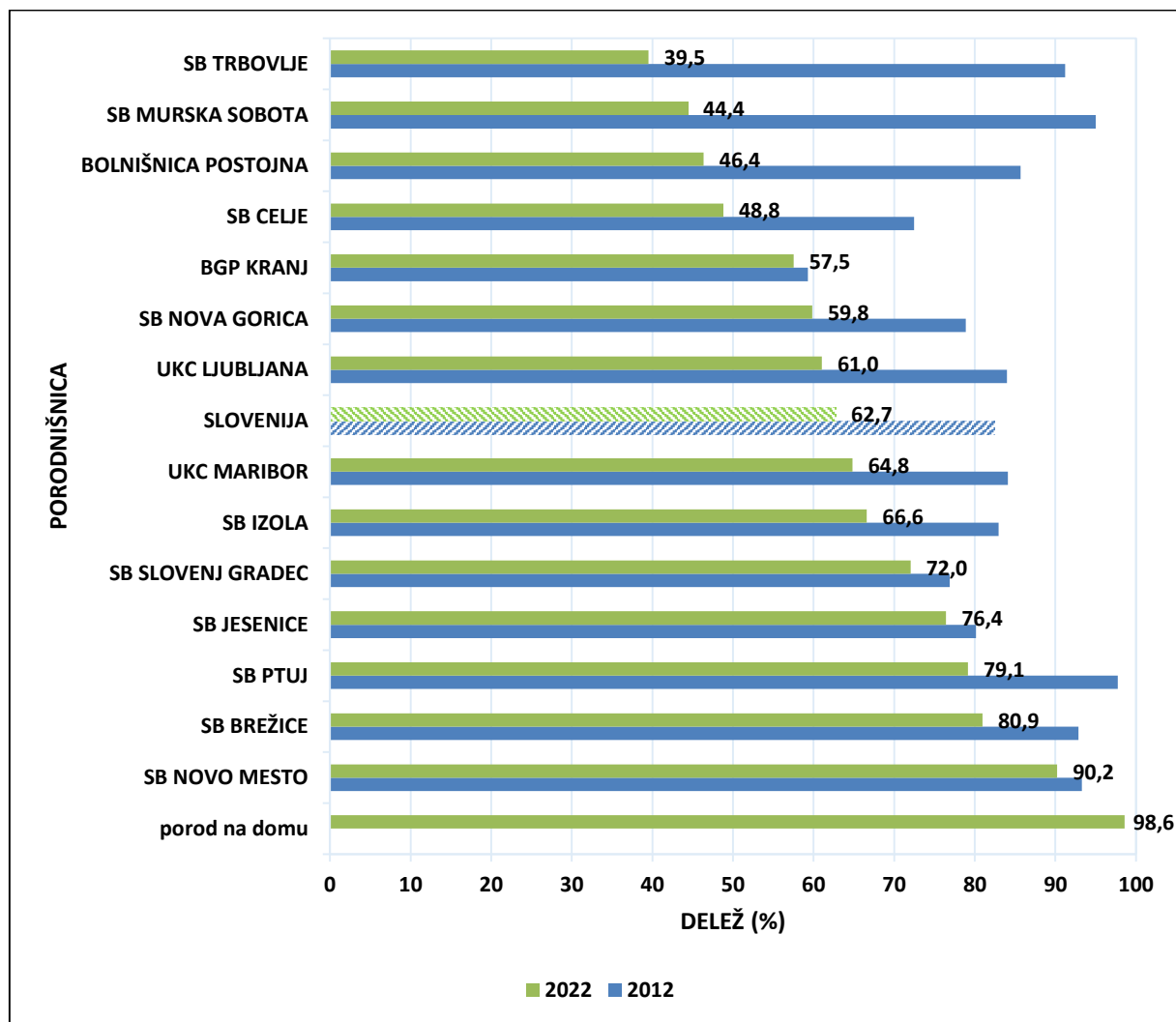
Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2022



*Vključeni so enojčki, rojeni v porodnišnicah, teški 2000 gramov in več, z gestacijsko starostjo 37 tednov in več ter Apgarjem po peti minuti 5 ali več.

Delež izključno dojenih novorojenčkov se je glede na zabeležene podatke v zadnjem desetletju precej zmanjšal in ta trend se je nadaljeval tudi še v letih od 2020 do 2022 (slika 1). Na ravni države se je v desetih letih delež izključno dojenih novorojenčkov zmanjšal za skoraj 20 odstotnih točk, v primerjavi s predhodnim letom pa za štiri in pol odstotne točke. Leta 2022 je bil tako delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah 62,7-odstoten (15). Upad v primerjavi s preteklimi leti je večinoma posledica povečanega deleža novorojenčkov, pri katerih je bilo zabeleženo delno dojenje.

Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2012 in 2022



*Vključeni so enojčki, rojeni v porodnišnicah, teški 2000 gramov in več, z gestacijsko starostjo 37 tednov in več ter Apgarjem po peti minuti 5 ali več.

Razlike med porodnišnicami so izjemno velike (**slika 2**). Delež izključno dojenih novorojenčkov je bil leta 2022 med 39,5 (Trbovlje) in 90,2 odstotki (Novo mesto), v večini porodnišnic pa je bil med 60 in 80 odstotki. Od leta 2020 do 2022 je izključno dojenje naraslo za skoraj 30 % v slovenski porodnišnici z najnižjim deležem izključno dojenih novorojenčkov v letu 2020 (Postojna) ter za 10 odstotkov v primerjavi z letom 2021. Za več kot 10 odstotnih točk pa je glede na leto poprej upadlo na primer v porodnišnici Ptuj (**15**). V večini porodnišnic je sicer v primerjavi s predhodnim letom zaznati nekajodstoten upad izključnega dojenja. Razlogi za to nam niso poznani. Vsekakor pa podpiramo čimbolj verodostojno poročanje zdravstvenih ustanov in zdravstvenih delavcev, da bomo lahko na podlagi zbranih podatkih predstavili čimbolj realno stanje na področju dojenja in izključnega dojenja novorojenčkov v Sloveniji ter temu prilagodili tudi ustrezne ukrepe.

Večina slovenskih porodnišnic ima **certifikat novorojenčku prijazne porodnišnice (NPP)**, ki se podeljuje ustanovam, ki spodbujajo dojenje, zato so tako velike razlike med porodnišnicami presenetljive.

Vsa leta je pri tem izjema Porodnišnica Postojna, zadnja leta pa certifikata nima tudi Porodnišnica Izola. Večji del razlike je posledica beleženja deleža delno dojenih novorojenčkov, ki je bil leta 2022 med 8,2 (Novo mesto) in 55,7 odstotki (Trbovlje), rojenih na domu pa je bilo delno dojenih 1,4 odstotka. Razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso bili dojeni, so manjše. Takšnih novorojenčkov je bilo v preučevani skupini od 1,5 (Jesenice) do 4,8 odstotka (Trbovlje), pri rojenih na domu pa 0 %. Zabeležena gibanja so v zadnjih letih med porodnišnicami različna. Medtem ko nekatere porodnišnice še beležijo pomembno upadanje deleža izključnega dojenja, v drugih delež ostaja na podobni ravni ali raste. V bolnišnici Murska Sobota je na primer delež izključno dojenih po naših podatkih med letoma 2019 in 2022 upadel za 33,1 %, zaskrbljujoč je tudi skoraj petodstotni delež nedojenih otrok v porodnišnici Trbovlje ter v še nekaterih drugih porodnišnicah, ki so blizu temu odstotku nedojenih (Brežice in Ljubljana).

Glede na velike razlike med deleži izključno dojenih novorojenčkov po porodnišnicah, ki jih opažamo zadnja leta, smo že pri pripravi predhodnih poročil pomislili na razlike pri beleženju, ki bi lahko nastale zaradi različnega razumevanja pojmov »izključno« in »delno« dojenje, in različnih praks beleženja podatkov. To domnevo smo potrdili s telefonskima anketama, ki smo ju izvedli v letih 2013 in 2019. Odgovorili so v vseh porodnišnicah. V letu 2021 smo izvedli pisno elektronsko anketo, pri čemer je Porodnišnica Ljubljana zaradi svoje velikosti prejela štiri ankete (za štiri poporodne oddelke); odgovorjene so bile vse ankete. Če te podatke primerjamo z odgovori posameznih porodnišnic v PIS, vidimo, da osebe v številnih primerih precenjuje število izključno dojenih novorojenčkov v posamezni porodnišnici, po drugi strani pa nekatere porodnišnice navajajo večje deleže izključno dojenih novorojenčkov, kot ocenjujejo njihovi zaposleni.

Leta 2019 so v šestih porodnišnicah (Izola, Kranj, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Trbovlje) navedli, da pri podaji ocene, ali je otrok izključno ali delno dojen, upoštevajo celotni čas bivanja od rojstva naprej. Šest (Celje, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Postojna, Slovenj Gradec) jih upošteva le stanje v zadnjih 24 urah oziroma na dan odpusta, v dveh porodnišnicah (Brežice, Jesenice) pa zabeležijo, da je otrok izključno dojen, četudi je enkrat ali dvakrat prejel dodatek adaptiranega mleka.

Zaradi omenjenih razlik pri beleženju in s tem nezanesljivosti podatkov so prikazani podatki o izključnem dojenju le informativni, ker le deloma odražajo različne prakse dojenja v slovenskih porodnišnicah. Ob upoštevanju načina beleženja je pri doseganju izključnega dojenja v letu 2022 najuspešnejša porodnišnica Novo mesto, v negativno smer pa v letu 2022 odstopa predvsem porodnišnica Trbovlje. V Novem mestu in na Ptuj so v anketi leta 2019 poudarili, da veliko vlagajo v izobraževanje osebja za podporo dojenju. Glede splošnega neugodnega upadanja izključnega dojenja je nekaj porodnišnic opozorilo na krajšanje ležalne dobe po porodu, kar lahko vpliva na delež izključno dojenih v porodnišnicah, ki beležijo stanje v zadnjih 24 urah. Nekaj porodnišnic je opozorilo tudi, da industrija vsiljivo trži mlečne nadomestke.

Glede splošnega upadanja izključnega dojenja v slovenskih porodnišnicah v zadnjem desetletju je pri tolmačenju podatkov nujno opozoriti, da ti podatki o izključnem dojenju, ki so beležili skoraj 90-% delež pred desetletjem ali več, najverjetneje niso bili realni zaradi že prej omenjenega različnega razumevanja pojmov »izključno dojenje«, »dojenje« in »delno dojenje« v porodnišnicah ter (v povezavi s tem) različnih načinov beleženja podatkov. Zato je tudi upad v deležu izključnega dojenja, ki se kaže od leta 2014 naprej, lahko posledica spremenjenega oziroma pravilnejšega beleženja podatkov v posameznih porodnišnicah in razumevanja izključnega dojenja.

Ob zadnji prenovi PIS je bilo spremenjeno spremljanje dojenja v porodnišnicah tako, da se bosta beležila dva različna kazalnika, in sicer izključno dojenje (ter delno dojenje oziroma dojenje) med celotno hospitalizacijo in izključno dojenje (ter delno dojenje oziroma dojenje) ob odpustu iz

porodnišnice. V prihodnjem poročilu tako načrtujemo, da bomo že lahko predstavili ločeno oba različna kazalnika. Vsekakor je smiselno nadaljnje spremljanje kazalnika ob tem, da bi se kar najbolj potrudili pridobiti od porodnišnic čim bolj točne in poenotene podatke, saj nas ti lahko pripeljejo do verodostojnih ugotovitev.

Izsledki ankete, izvedene v letu 2021

Izsledki zadnje ankete, izvedene v letu 2021, kažejo, da adaptirano mleko v 12 porodnišnicah prejme manj kot četrtna novorojenčkov, v dveh porodnišnicah pa od četrtnine do treh četrtnin vseh novorojenčkov. V dveh porodnišnicah ne vprašajo vedno staršev za privolitev za do/-dajanje adaptiranega mleka, potrebo po dajanju adaptiranega mleka pa v več kot polovici porodnišnic določi pediater v sodelovanju z medicinskimi sestrami oziroma babicami in otrokovo materjo. V dveh porodnišnicah adaptirano mleko ponoči prejme četrtnina do tri četrtnine novorojenčkov, v preostalih pa manj kot četrtnina.

Sodeč po odgovorih so praktično vsi novorojenčki po vaginalnem porodu prvič podojeni v prvi uri po rojstvu, po carskem rezu (CR) pa je večina novorojenčkov prvič dojenih v prvi uri v štirih porodnišnicah (oziroma oddelkih), v dveh porodnišnicah več kot tri ure po rojstvu, dve porodnišnici pa na vprašanje nista odgovorili. Prvo uro po CR je v šestih porodnišnicah kožni stik s svojim novorojenčkom omogočen večini mater. V eni porodnišnici dobi večina novorojenčkov po CR kot prvo hrano adaptirano mleko.

Vse porodnišnice imajo na svojih oddelkih za doječe matere na voljo črpalke za črpanje mleka, deset jih tudi organizira svetovanje certificiranih svetovalk za dojenje materam kadar koli po odpustu. V 12 porodnišnicah ima več kot tri četrtnine, v dveh porodnišnicah pa manj kot polovica strokovnega osebja na poporodnih oddelkih opravljen najmanj nekajdeseturni tečaj iz dojenja, deset porodnišnic ima zaposlenega vsaj enega certificiranega svetovalca za dojenje, štiri porodnišnice pa nobenega.

V vseh porodnišnicah namenjajo veliko pozornosti vzpostavitvi izključnega dojenja še v porodnišnici, prav tako v vseh porodnišnicah ocenjujejo pomen uspešnega dojenja za otroka in mater ter njun odnos in kasnejše zdravje kot zelo visok (nad 9,5 na lestvici od 1 do 10). V 12 porodnišnicah ocenjujejo, da so storili dovolj za vzpostavitev uspešnega dojenja pri mladih mamicah. Kot pglavltne razloge za dodajanje adaptiranega mleka so v večini porodnišnic navedli izgubo telesne teže novorojenčka, premalo mleka pri materah, slabo zdravstveno stanje mater, v treh porodnišnicah tudi materino odločitev, da ne bo dojila, nezanimanje matere, v eni porodnišnici pa pomanjkanje časa pri osebju.

Kot razloge za upadanje izključnega dojenja v slovenskih porodnišnicah navajajo strah mater in sodobno materinstvo ter moderni način življenja, drugačno vzgojo mladih, neznanje mater o dojenju, zahtevnost začetnega dojenja, prepričanost mater, da nimajo dovolj mleka, pomanjkanje spodbude, preveč nestrokovnih informacij, nezainteresiranost nekaterih mater, promocijo mlečnih formul ter težave po odpustu iz porodnišnice in premalo časa, namenjenega dojenju, ob patronažnih obiskih.

Viri:

1. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>.

2. Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (<http://ibfan.org/docs/CarbonFootprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>).
3. Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D. et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology. Report 153. Rockville, 2007.
4. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact.* 2012; 28:335–342.
5. Fleisher Michaelson K., Weaver L., Branca F. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. København: WHO Regional Publications, European series; št. 87, 2000.
6. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.>).
7. WHO Europe. Health topics. Infant and young child feeding. Pridobljeno 4. 10. 2021 s spletne strani: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/technical-support-to-member-states/infant-and-young-child-feeding>.
8. Webber E., Benedict J. Facilitating and Assessing Breastfeeding Initiation. Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. Jones and Barlett Learning, 2018. Str.: 197–213.
9. Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (<http://ibfan.org/docs/CarbonFootprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>).
10. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review)", Kramer MS, Kakuma R. The Cochrane Library, 2009, Issue 4. (<https://www.matronascantabria.com/wp-content/uploads/2019/01/7.-optimal-duration-of-exclusive-breastfeeding-kramer-et-al.-2012-cochrane-database-of-systematic-reviews..pdf>).
11. World Health Organisation, Unicef. Newsroom. More than half of parents and pregnant women exposed to aggressive formula milk marketing. News release, Geneva, february 2022. Dosegljivo na: <https://www.who.int/news/item/22-02-2022-more-than-half-of-parents-and-pregnant-women-exposed-to-aggressive-formula-milk-marketing-who-unicef>.
12. Competency verification toolkit: ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020.
13. WHO. Breastfeeding. Pridobljeno 4. 10. 2021 s spletne strani: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.
14. Projekt PATH. Navodila za prikaz kazalnika izključno dojenje.
15. Perinatalni informacijski sistem, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2.

PROMOCIJA, PREVENTIVA in PRIMARNO ZDRAVJE

BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI

Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi kroničnih bolezni je kazalnik, ki ga OECD uporablja za oceno kakovosti ambulantne oskrbe. Ambulantno dobro obvladovane bolezni lahko pomenijo manj bolnišničnih sprejemov, vendar je njihova stopnja odvisna tudi od drugih dejavnikov. Obseg teh dejavnikov ni znan. Poudariti je treba vpliv razlik pri kodiranjih kroničnih bolezni v bolnišničnih podatkovnih zbirkah, med navadami ali doktrinami napotitev ter glede hospitalizacij in razpoložljivosti bolniških postelj na končni nabor podatkov.

Astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), srčno popuščanje in arterijska hipertenzija so kronične bolezni, za katere imamo klinične smernice učinkovitega zdravljenja. Večina od teh bolezni je dobro vodljiva na primarni zdravstveni ravni.

Prikazani podatki niso standardizirani po spolu in starosti. Prikazani so v obliki črtnega in lijakastega grafikona (angl. funnel plot). V obliki lijakastega grafikona so prikazane triletne stopnje sprejemov med letoma 2020 in 2022 po statističnih slovenskih regijah. Lijakasti diagram se uporablja pri prepoznavanju razlik med regijami, ki najverjetneje niso posledica vsakoletnega pričakovanega nihanja rezultatov. Prikaz temelji na predvidevanju, da imajo le dovolj velika odstopanja od aritmetične sredine posebne razloge in niso le naključna.

V **preglednici 1** so prikazane vrednosti za astmo, KOPB, srčno popuščanje in arterijsko hipertenzijo v letu 2022 (stopnja na 100.000 prebivalcev). Najvišje stopnje so obarvane z rdečo, najnižje z rumeno barvo. Pokazalo se je, da so v letu 2022 najnižjo stopnjo bolnišničnih sprejemov za astmo imeli v primorsko-notranjski (6,6/100.000) in najvišjo v pomurski regiji (41,3/100.000), za KOPB najnižjo v savinjski (67,6/100.000) in najvišjo v zasavski regiji (139,6/100.000), za srčno popuščanje najnižjo v osrednjeslovenski (134,8/100.000) in najvišjo v posavski regiji (404,6/100.000) ter za arterijsko hipertenzijo najnižjo v JV Sloveniji (9,0/100.000) in najvišjo v goriški ter koroški regiji (59,6/100.000).

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2022

REGIJA	GROBA STOPNJA SPREJEMOV NA 100.000 PREBIVALCEV			
	ASTMA	KOPB	SRČNO POPUŠČANJE	ARTERIJSKA HIPERTENZIJA
POMURSKA	41,3	123,9	384,8	34,2
PODRAVSKA	38,2	127,8	227,3	47,4
KOROŠKA	26,5	84,5	333,1	59,7
SAVINJSKA	23,6	67,6	255,6	30,9
ZASAVSKA	12,3	139,6	310,1	16,4
POSAVSKA	12,4	89,9	404,6	40,3
JV SLOVENIJA	9,0	78,5	238,7	9,0
OSREDNJESLOVENSKA	15,4	83,8	134,8	14,9
GORENJSKA	35,5	117,3	253,1	27,1
PRIMORSKO-NOTRANJSKA	6,6	75,3	177,1	19,9
GORIŠKA	10,9	71,5	334,9	59,6
OBALNO-KRAŠKA	16,7	95,2	275,8	30,4
SLOVENIJA	23,0	96,0	239,7	30,5

KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME

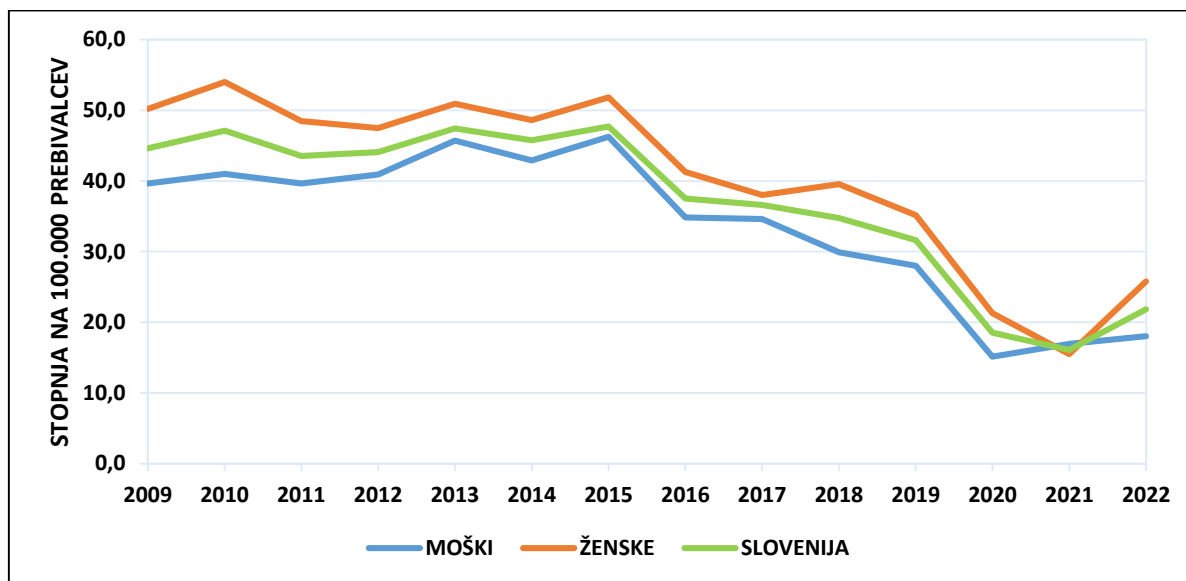
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 je stopnja sprejemov zaradi astme opredeljena kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo astma (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili za leti 2018 in 2019 niso več izključene specifične neonatalne šifre.

Stopnja sprejemov zaradi astme je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev.

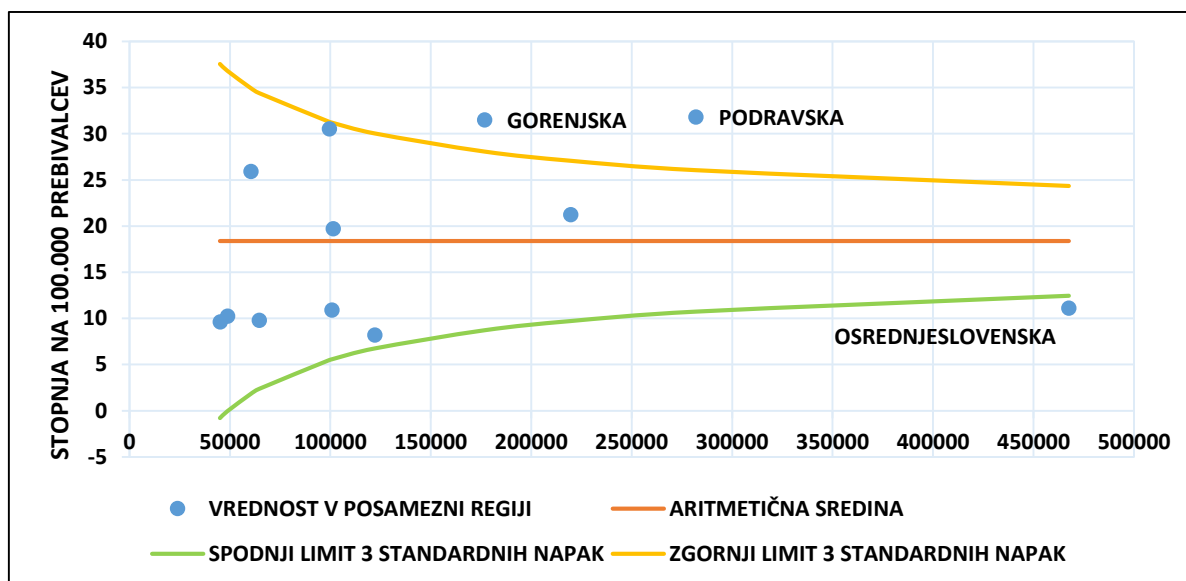
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi astme glede na blažje zviševanje v letih od 2009 do 2015 po letu 2016 še vedno zmanjšuje, kar lahko kaže na učinkovito primarno zdravstveno raven (**slika 3**). Znova je treba poudariti, da sta upada v letih 2020 in 2021 povezana z zmanjšanim številom sprejemov bolnikov z astmo zaradi pandemije covida-19, kar nerealno odraža predvideni trend upadanja prejšnjih let. Slednje se potrjuje z zviševanjem stopnje v letu 2022.

Groba stopnja sprejemov zaradi astme s povprečno vrednostjo zadnjih treh let na 100.000 prebivalcev po regijah znova kaže nekoliko višjo stopnjo sprejemov zaradi astme v podravski in gorenjski regiji ter nižjo v osrednjeslovenski, kar se je pokazalo že v predhodnih poročilih (**slika 4**). Podrobnejša analiza stanja v posameznih regijah kaže na nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi astme z zmanjševanjem v zadnjih letih ob upoštevanju vpliva pandemije covida-19 (**slika 5**).

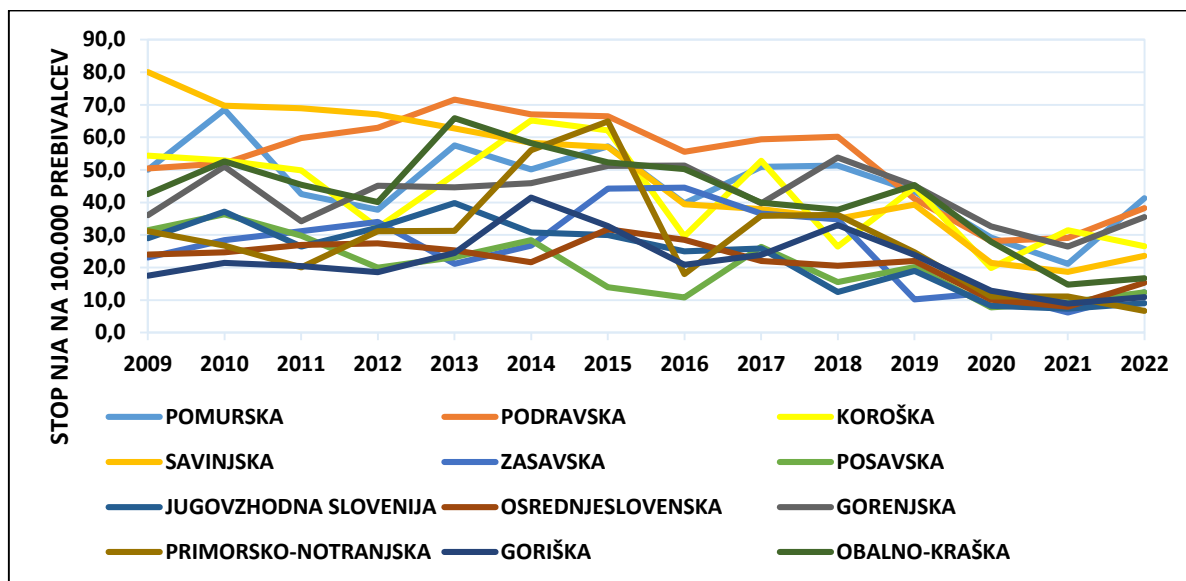
Slika 3. Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022



KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB

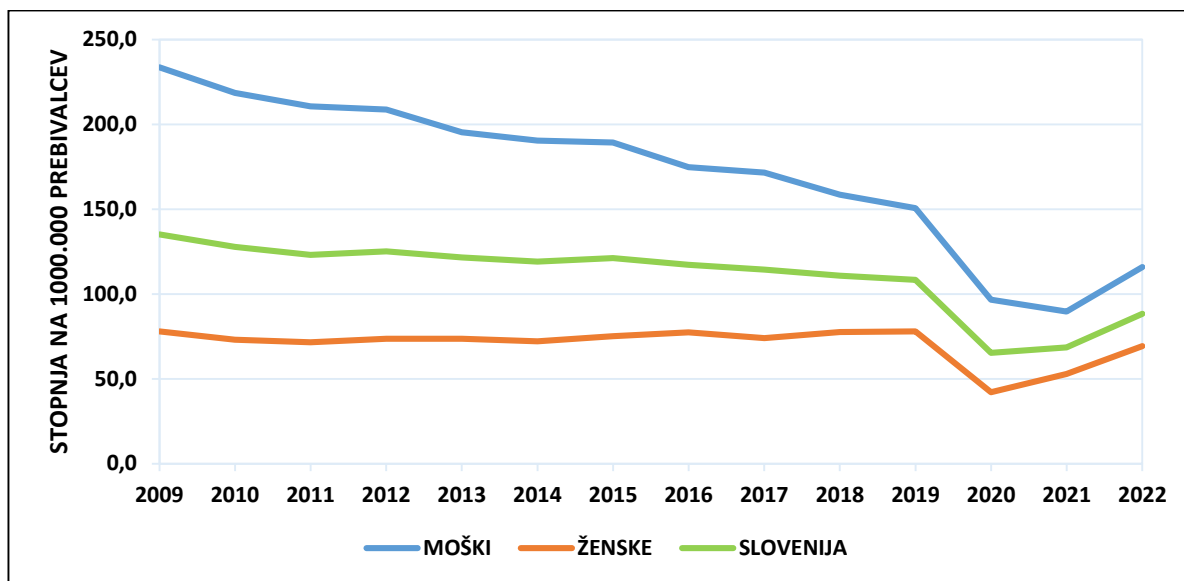
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi KOPB določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo KOPB (J40 le v primeru dodatne sekundarne diagnoze J41, J43, J44 in J47; J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, J47) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili za leti 2018 in 2019 niso več izključene specifične neonatalne šifre.

Stopnja sprejemov zaradi KOPB je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev.

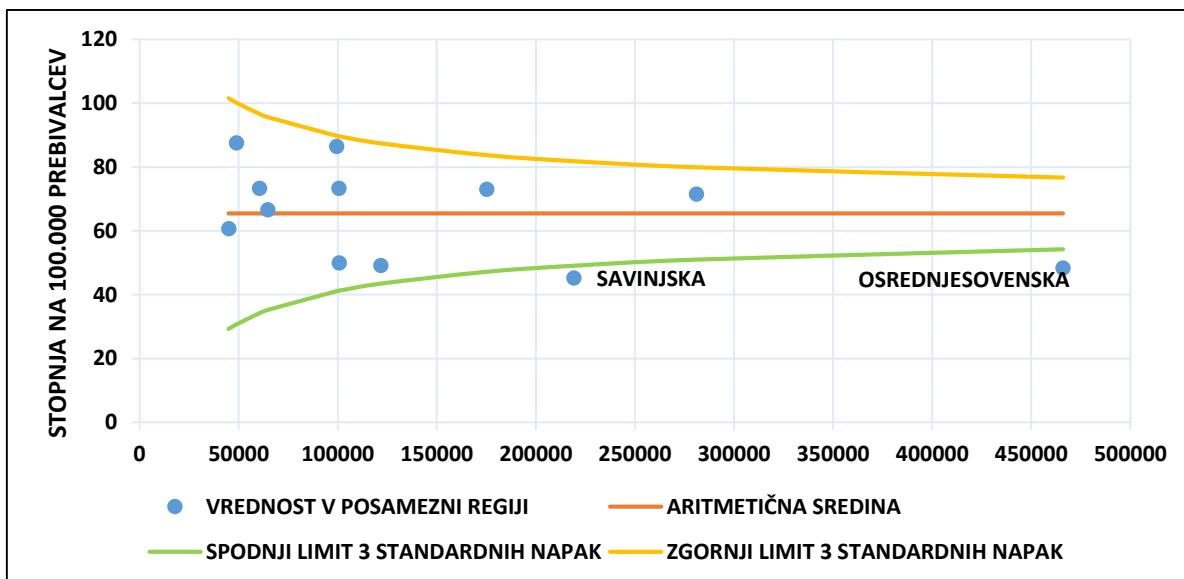
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi KOPB od leta 2009 postopoma zniževala do leta 2019, sledil je znaten upad v letih 2020 in 2021 z vnovičnim dvigom v letu 2022, pri čemer je ta še vedno nižja od tiste v letu 2019 (**slika 6**). Treba je poudariti, da znatna upada v letu 2020 in 2021 sovpadata s pandemijo covid-19, kar pomembno vpliva na sicer pričakovani trend upadanja, opazen v prejšnjih letih.

Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB s povprečno vrednostjo zadnjih treh let na 100.000 prebivalcev tokrat ni prikazala regije, ki bi izstopala po najvišji stopnji sprejemov zaradi KOPB, znova je bilo opaziti najnižjo stopnjo v osrednjeslovenski in tokrat v savinjski regiji (**slika 7**). Podrobnejša analiza stanja v posameznih regijah kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi KOPB v zadnjih letih ob upoštevanju vpliva pandemije covid-19 (**slika 8**).

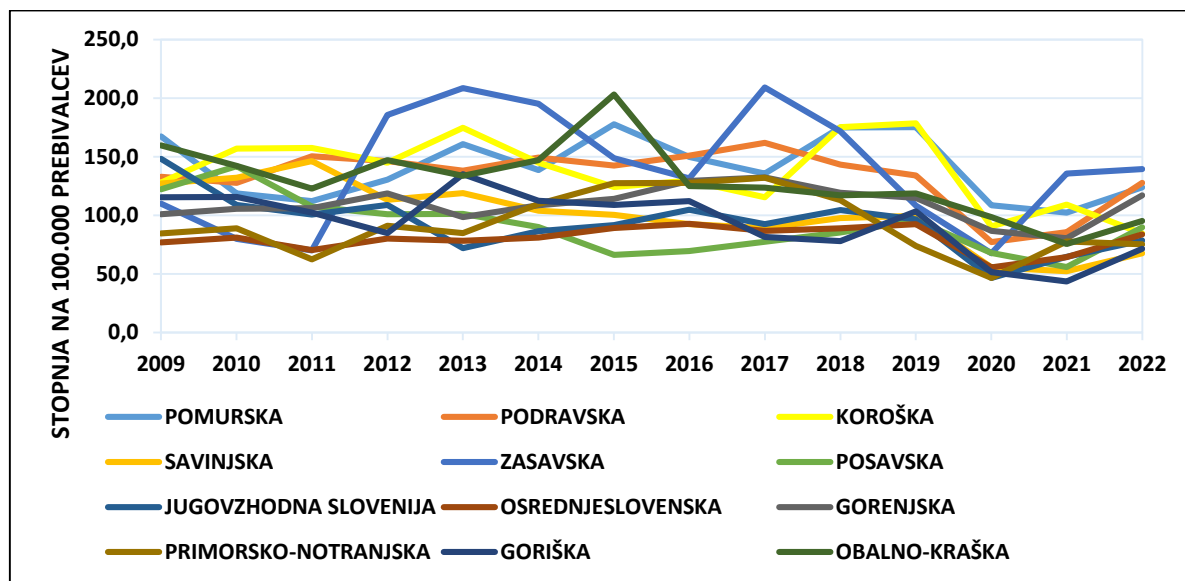
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2022, standardizirana po starosti in spolu



Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022



KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SRČNEGA POPUŠČANJA

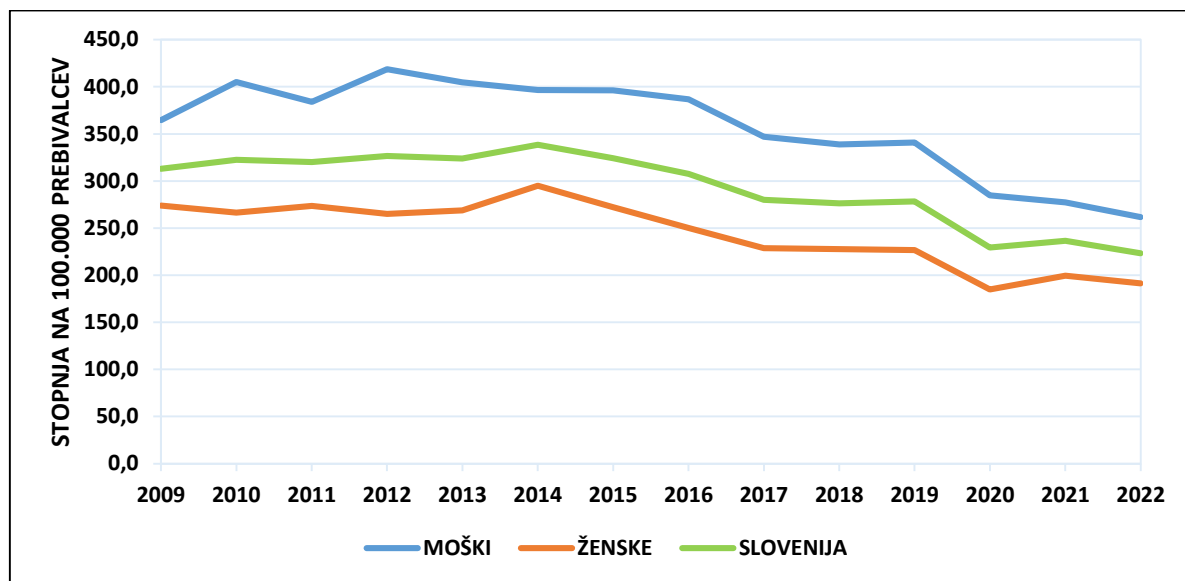
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo kronično srčno popuščanje (I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1, I50.9) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili za leti 2018 in 2019 niso več izključene specifične neonatalne šifre.

Stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev.

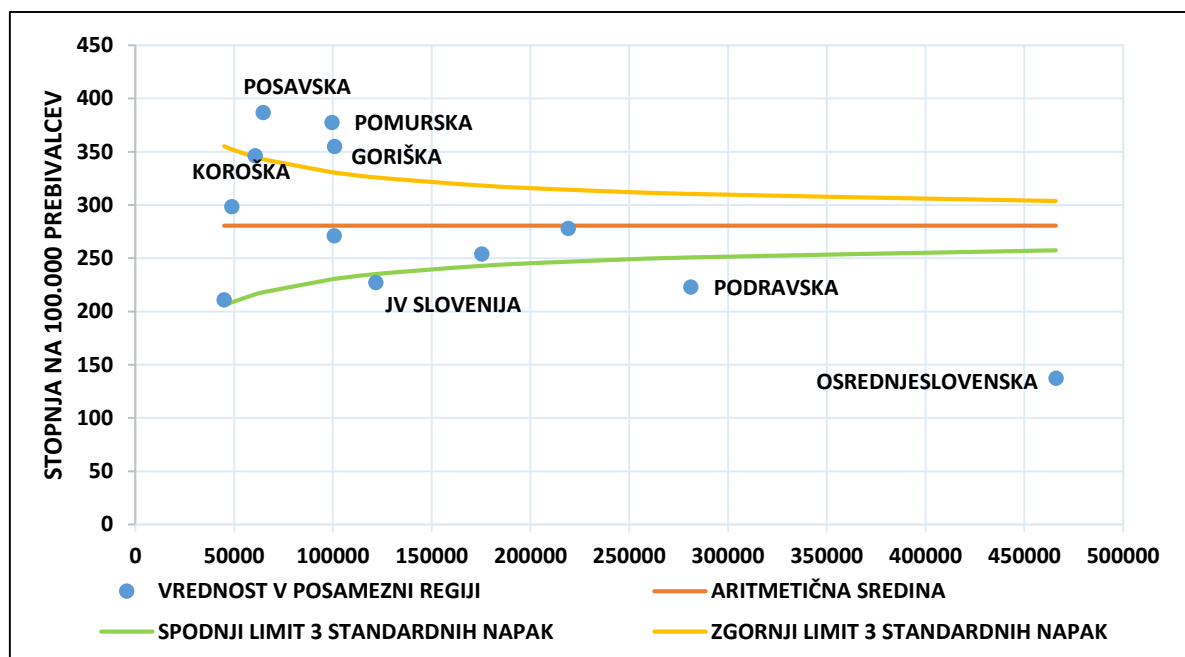
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja po postopnem zviševanju v letih od 2009 do 2013 po letu 2014 postopoma zniževala s stagnacijo med letoma 2017 in 2019, vnovičnim zniževanjem v letu 2020, zvišanjem v letu 2021 in vnovičnim zniževanjem v letu 2022, kar vendarle kaže na učinkovitejše delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 9**). Potrjuje se, da znatni upad v letu 2020 sovpada s pandemijo covida-19.

Groba stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja s povprečno vrednostjo treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja v posavski, pomurski, goriški in koroški ter nižjo v osrednjeslovenski in podravski regiji ter JV Sloveniji, kar je bilo deloma opazno že v prejšnjih poročilih (**slika 10**). Podrobnejša analiza stanja v posameznih regijah kaže nihanje grobe stopnje sprejemov v zadnjih letih ob upoštevanju vpliva pandemije covida-19 v letih 2020 in 2021 (**slika 11**).

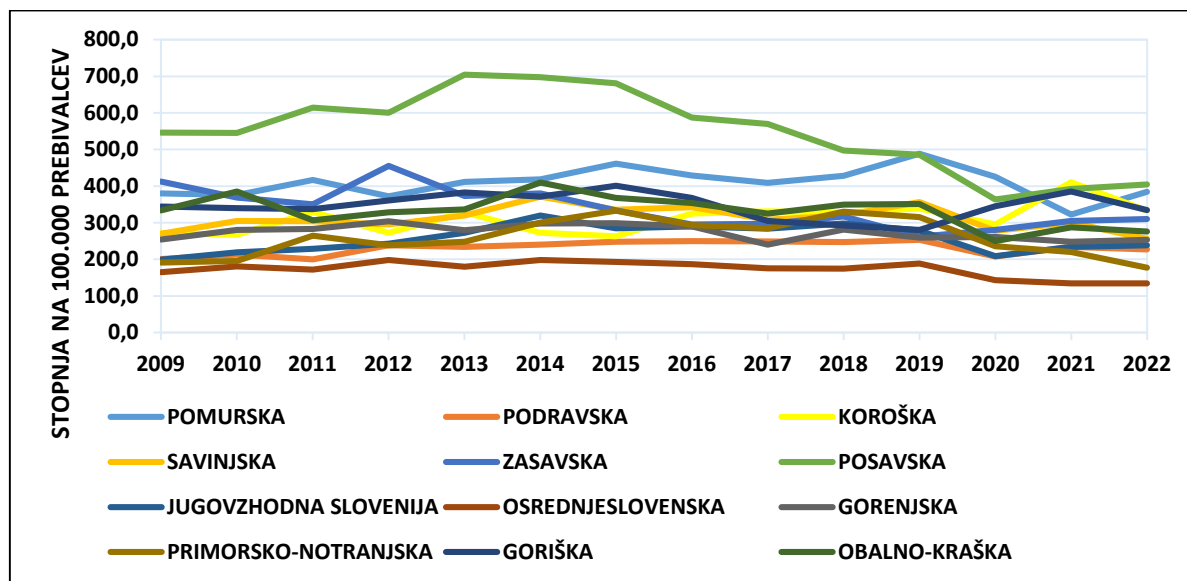
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022



KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE

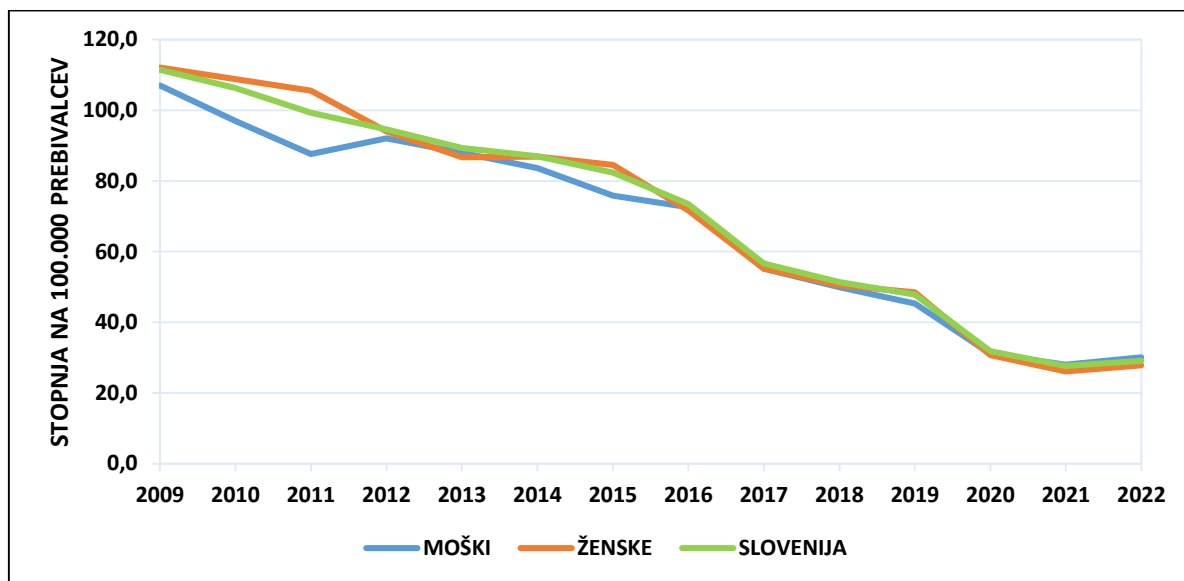
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi hipertenzije določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo hipertenzija (I10, I11.9, I12.9, I13.9) v specifičnem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili za leti 2018 in 2019 niso več izključene specifične neonatalne šifre.

Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev.

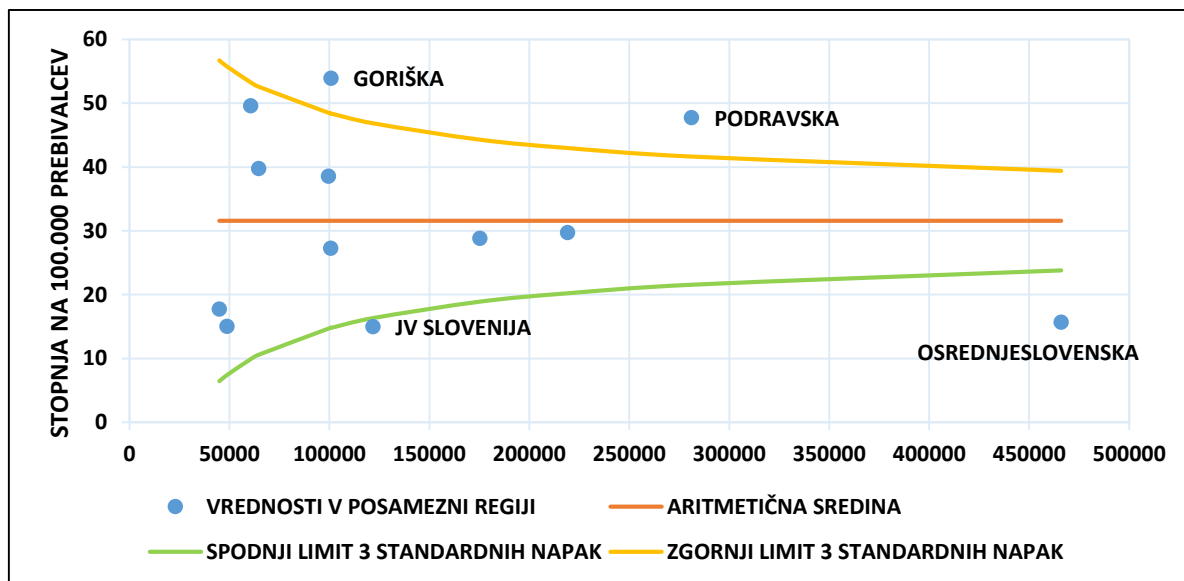
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se ta stopnja od leta 2009 naprej močno znižuje, kar lahko kaže na učinkovito delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 12**). Znova je treba poudariti, da znatnejši upad v letih 2020 in 2021 sovпада s pandemijo covida-19, kar najverjetneje razloži odstopanje od trenda upadanja prejšnjih let. Potrditev domneve je opazna v blažjem povišanju stopnje v letu 2022.

Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah s povprečno vrednostjo treh let kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi hipertenzije v podravski in goriški regiji ter nižjo v osrednjeslovenski regiji in JV Sloveniji, kar se je pokazalo že v predhodnih poročilih (**slika 13**). Pomurska regija tokrat ni imela višje stopnje sprejemov. Analiza grobih stopenj sprejemov v posameznih regijah je pokazala dvig stopnje sprejemov v večini slovenskih regij v letu 2022, kar vnovič potrjuje domnevo vpliva pandemije covida-19 v letih 2020 in 2021 (**slika 14**).

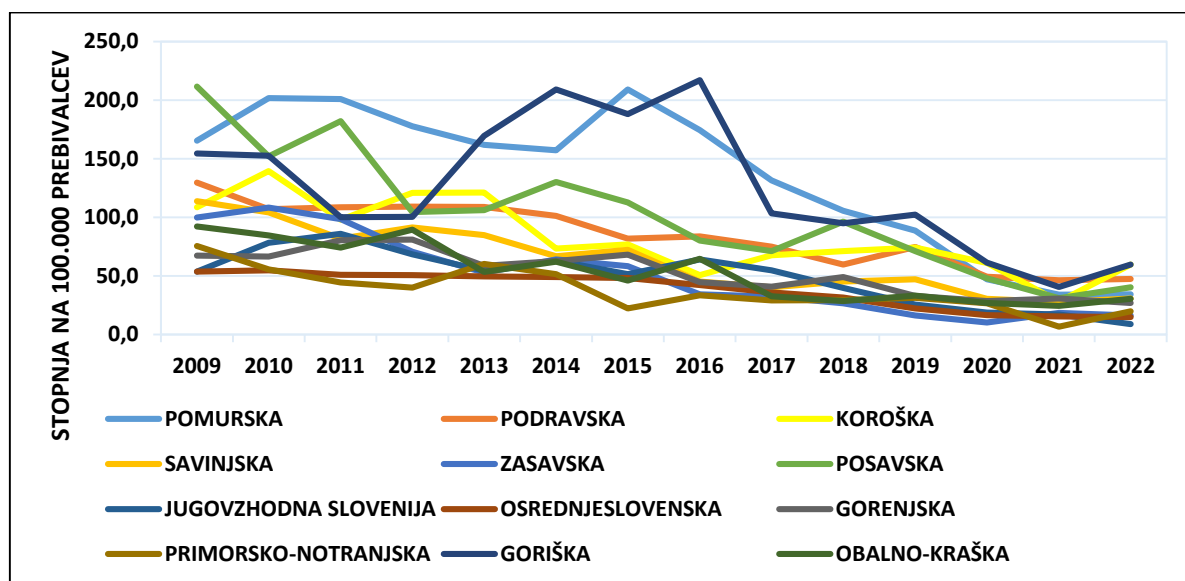
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 po posameznih regijah



V vseh obravnavanih primerih stopnje sprejemov zaradi kroničnih bolezni z upoštevanjem vpliva pandemije covid-19 je opaziti njeno zniževanje, kar lahko kaže na učinkovitejše delovanje primarne zdravstvene ravni v Sloveniji.

Ob tem so opazne razlike po regijah. Razlogi za višjo stopnjo sprejemov bi lahko bili manj zmogljiva primarna raven zdravstvenega varstva, slabša dostopnost specialističnih ambulant, večja zasedenost bolnišnic ali drugačna praksa kodiranja.

NALEZLJIVE BOLEZNI

KK 8, 9 in 10 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B

Kazalniki so bili sprva prilagojeni oceni deleža cepljenih proti ošpicam (KK 8), davici, tetanusu, oslovskemu kašlju (KK 9) in hepatitisu B (KK 10). Po prilagoditvi cepiv z drugimi povzročitelji bolezni se je začel spremljati delež cepljenih z večvalentnimi cepivi. Tako kazalniki prikazujejo deleže cepljenih otrok (precepljenost), obveznih za cepljenje proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (trivalentno cepivo) ter davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, hepatitisu B in hemofilisu influence tipa B (Hib) (šestvalentno cepivo), ki se v petem in šestem odmerku da kot trivalentno cepivo (davica, tetanus, oslovski kašelj). Po Zakonu o nalezljivih boleznih je bilo v letu 2022 obvezno cepljenje proti:

- ošpicam za otroke od dopolnjenega enajstega meseca starosti,
- davici, tetanusu in oslovskemu kašlju za otroke, ko dopolnijo tri mesece starosti, in zamudnike,
- hepatitisu B za otroke, ki so vstopili v osnovno šolo, obiskujejo 1. razred in zamudnike ter otroke, ko dopolnijo tri mesece starosti.

Precepljenost predšolskih otrok za leti 2018 in 2019 je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih predložili izvajalci cepljenja. Pri izračunu deleža cepljenih obveznikov proti določeni bolezni je v števciu število cepljenih obveznikov, v imenovalcu pa število vseh obveznikov za cepljenje proti tej bolezni. S primerjavo števila obveznikov za cepljenje, ki so jih poročali izvajalci, in številom živorojenih otrok iz centralnega registra prebivalstva, rojenih v enakem časovnem obdobju, smo ugotovili, da je bila v oceno precepljenosti zajeta večina obveznikov, kar zagotavlja natančnost ocene. Za leta 2020–2022 je bila narejena ocena precepljenosti predšolskih otrok na naključnem vzorcu približno 1000 obveznikov za cepljenje, ki smo ga pridobili iz elektronskega registra cepljenih oseb, in neželenih učinkov po cepljenju (eRCO) (**preglednica 2**).

Precepljenost šolskih otrok proti hepatitisu B za šolski leto 2017/18 in 2018/19 je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov o številu obveznikov in številu cepljenih otrok, ki so jih predložili izvajalci cepljenja (šolski zdravniki) prek aplikacije cepljenje.net. Precepljenost za šolska leta 2019/20, 2020/21 in 2021/22 pa je bila ocenjena na podlagi podatkov o opravljenih posameznih cepljenjih proti hepatitisu B pri opredeljeni rojstni kohorti otrok, predloženih v eRCO.

Precepljenost proti ošpicam, mumpsu in rdečkam je na državni ravni že nekaj let zapored sorazmerno visoka, večjih odstopanj ni. Za zdaj še zagotavlja dobro zaščito pred vnosom in širjenjem nekaterih od omenjenih nalezljivih boleznih v našo državo. Za vzpostavitev kolektivne imunosti proti ošpicam je zelo pomembno, da je precepljenost vsaj 95-%. Izbruhi nalezljivih boleznih, ki jih preprečujemo s cepljenjem, se pojavljajo v Evropi in drugje po svetu. Zelo pomembno je vzdrževanje visoke precepljenosti našega prebivalstva zaradi morebitnega vnosa v državo. Precepljenost proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, hepatitisu B in Hib (šestvalentno cepivo, starostna skupina od treh do osemnajstih mesecev) se je v zadnjih letih nekoliko znižala. Podobno je opaziti pri precepljenosti proti hepatitisu B (monovalentno cepivo, starostna skupina od pet do šest let). V obeh primerih je verjetno opazen vpliv pandemije covid-19 v Sloveniji.

Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2018 do vključno 2022

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OTROK, OBVEZNIH ZA CEPLJENJE				
	2018	2019	2020	2021	2022
Ošpice, mumps in rdečke (1. odmerek)	93,1	93,6	94,3* (92,8-95,5)	95,3* (93,9-96,7)	95,8* (94,7-96,9)
Davica, tetanus in oslovski kašelj** (3. odmerek)	93,4	94,7	95,2* (93,8-96,3)	86,4* (84,1-88,6)	89,2* (87,5-91,0)
Hepatitis B (3. odmerek)***	87,2	87,5	79,9	79,9	76,1

* 95 % IZ – intervali zaupanja so navedeni, ker gre za oceno precepljenosti na vzorcu

** za leti 2021 in 2022 se navedeni podatki nanašajo na precepljenost s tretjim odmerkom cepiva proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, okužbam s Hib in hepatitisu B; za leta 2018–2020 pa se navedeni podatki nanašajo na precepljenost s tretjim odmerkom cepiva proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi in okužbam s Hib.

*** navedeni podatki se nanašajo na šolsko leto (na primer podatki 2018 = šolsko leto 2017/18, podatki 2019 = šol. leto 2018/19)

KK11 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI GRIPI PRI OSEBAH, STARIH 65 LET IN VEČ

Kazalnik kaže delež oseb, starih 65 let in več, ki so bili v sezonah 2017/18, 2018/19, 2019/20, 2020/21 in 2021/22 cepljeni proti gripi. Podatke o številu opravljenih cepljenih proti gripi v sezonah 2017/18–2019/20 so predložili izvajalci cepljenja prek aplikacije cepljenje.net. Podatke o številu opravljenih cepljenj proti gripi v sezonah 2020/21 in 2021/22 pa so izvajalci cepljenja predložili v elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju (eRCO) (preglednica 3). Pri izračunu deleža cepljenih proti gripi je bilo v števci poročano število oseb, starih 65 let in več, ki so bile v sezonah 2017/2018–2021/22 cepljene proti gripi, v imenovalcu pa število vseh oseb, starih 65 let in več, ki so po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije prebivale v Sloveniji.

Preglednica 3: Delež cepljenih oseb, starih 65 let in več, proti gripi v sezonah 2017/18, 2018/19, 2019/20, 2020/21 in 2021/22

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ				
	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22
Gripa	11,7	12,9	18,8	27,6	24,5

Delež cepljenosti (precepljenost) je še vedno nizek in ne dosega cilja, ki ga je pred leti postavila SZO: vsaj 75-odstotna precepljenost v skupinah z večjim tveganjem za težji potek bolezni in zaplete. Na podlagi podatkov spadamo med Evropske države z najnižjim deležem cepljenih starejših oseb proti gripi.

KK12, 13 in 14 – INCIDENCA OŠPIC, OSLOVSKEGA KAŠLJA IN HEPATITISA B

Kazalniki kažejo obolevnost za ošpicami, oslovskim kašljem in akutnim hepatitisom B. Izračunani so na osnovi prijavljenih primerov teh bolezni v posameznih letih.

Pri izračunu incidenčne stopnje posamezne bolezni je v števcu število prijavljenih primerov bolezni v posameznih letih, v imenovalcu število vseh prebivalcev Slovenije v istem letu (izražena kot število primerov /100.000 prebivalcev).

Incidenčna stopnja ošpic kaže na zelo dobro obvladovanje ošpic v zadnjih letih (**preglednica 4**). Ošpice se pojavljajo redko. V primeru pojava bolezni gre največkrat za vnesene primere, ob katerih se pojavijo posamezni primeri, medtem ko do večjega širjenja bolezni zaradi dobre precepljenosti za zdaj ne prihaja.

Pred začetkom epidemije covid-19 v Sloveniji je bila kljub zelo dobri precepljenosti proti bolezni opazna višja incidenčna stopnja oslovskega kašlja, kar opažajo tudi v drugih državah z visoko precepljenostjo. Med možnimi vzroki navajajo sorazmerno hiter upad imunosti po cepljenju, spreminjanje povzročitelja in manjšo uspešnost novejšega (acelularnega) cepiva proti oslovskemu kašlju. Zato so številne države uvedle pozitivne odmerke v adolescenci, priporočeni so tudi pozitivni odmerki vsaj enkrat v odrasli dobi in cepljenje nosečnic.

Incidenčna stopnja akutnega hepatitisa B je nizka, bolezen v Sloveniji dobro obvladujemo. Rutinsko cepljenje vseh otrok proti hepatitisu B smo v Sloveniji začeli leta 1998. Visoka precepljenost v preteklih obdobjih zagotavlja dobro zaščito mladim proti hepatitisu B, bolezen se pri njih ne pojavlja.

Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2013 do 2022

	OSLOVSKI KAŠELJ		OŠPICE		AKUTNI HEPATITIS B	
LETO	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja
2013	169	8,2	1	0,05	20	1,0
2014	399	19,4	52	2,5	12	0,6
2015	68	3,3	18	0,9	12	0,6
2016	127	6,2	1	0,05	18	0,9
2017	214	10,4	8	0,4	15	0,7
2018	213	10,3	9	0,4	10	0,5
2019	129	6,2	48	2,3	8	0,4
2020	42	2,0	6	0,3	2	0,1
2021	6	0,3	0	0,0	6	0,3
2022	51	2,4	0	0,0	15	0,7

UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA

Kazalnik trajanje bolnišničnega bivanja prikazuje število dni, ki jih bolnik preživi v bolnišnici (dan sprejema in dan odpusta se štejeta za en dan) pri izbranih stanjih in posegih. Prikazuje lahko učinkovitost zdravstvene oskrbe. Krajše bolnišnično bivanje je pri primerljivih zdravstvenih stanjih lahko kazalnik boljšega obvladovanja procesov in s tem večje učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Dokazano je, da krajše akutno bolnišnično bivanje in bivanje na neakutnem oddelku zmanjšata bivalne stroške. Hkrati pa lahko prekratko bolnišnično bivanje pomeni večje tveganje za bolnika, zlasti ob nepripravljenosti svojcev na predčasni prihod bolnika v domače okolje.

Z vidika izvajalca se ne zdi pošteno primerjati trajanja bolnišničnega bivanja med ustanovami, ki se razlikujejo na primer po obstoju negovalnega oddelka ali razpoložljivosti prostora v domovih starejših občanov. Prav tako niso upoštevana pričakovanja bolnikov in svojcev glede odpustnega zdravstvenega stanja, ki naj bi bilo sprejemljivo za bolnika in svojce. Običajno je to pogojeno z lokalnimi navajenostmi.

Pri izračunu različnih kazalnikov trajanja bolnišničnega bivanja niso upoštevane razlike v zdravstvenem stanju bolnikov, razen glavne diagnoze in posega, ki sta vključitveno merilo posameznega izračuna. Metodologija izračuna ne upošteva nobene metode za ocenjevanje zahtevnosti primerov na podlagi dodatnih podatkov o posameznem bolniku. To vsekakor precej omejuje razlago kazalnika.

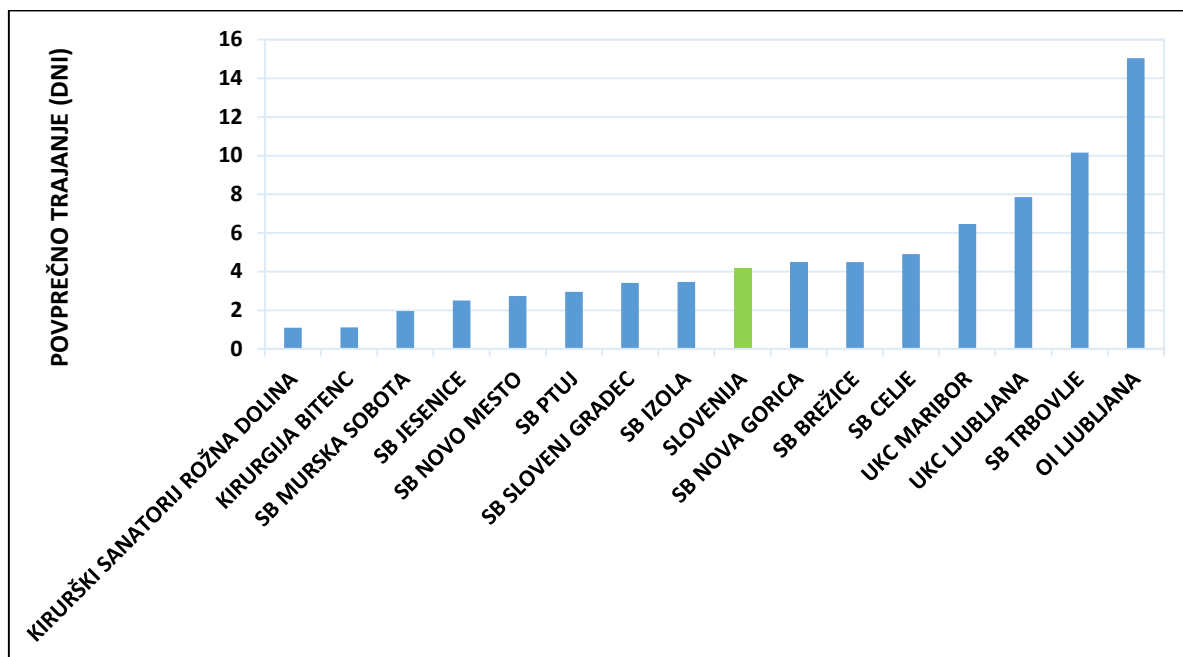
Holecistektomija

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot petnajstimi hospitalizacijami v letu 2022. Znova so se pokazale razlike med bolnišnicami v povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije.

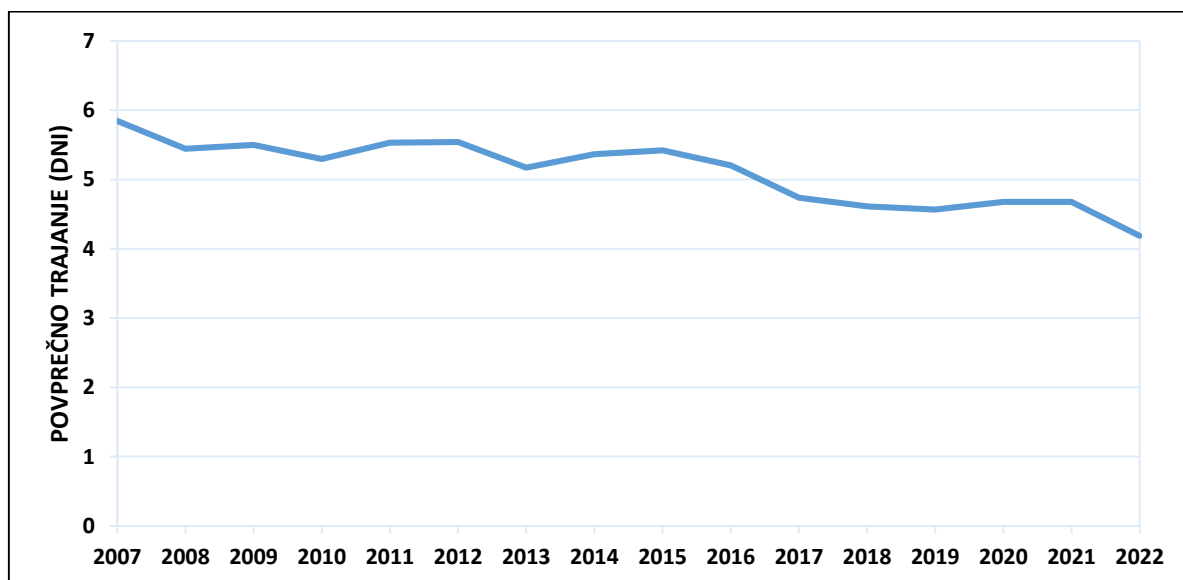
V letu 2022 je bila najdaljša ležalna doba zaradi holecistektomije na OI Ljubljana (15,0 dneva) in v SB Trbovlje (10,2 dneva), najkrajša v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina (1,1 dneva). Pri tem je treba upoštevati, da so bolniki na OI Ljubljana hospitalizirani zaradi zdravljenja neoplastičnih bolezni, holecistektomija je le del zdravljenja. Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2022 trajala 4,2 dneva (**slika 15**).

Trend krajšanja povprečnega trajanja bolnišničnega bivanja se tudi v letu 2022 nadaljuje (**slika 16**).

Slika 15: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2022



Slika 16: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2022



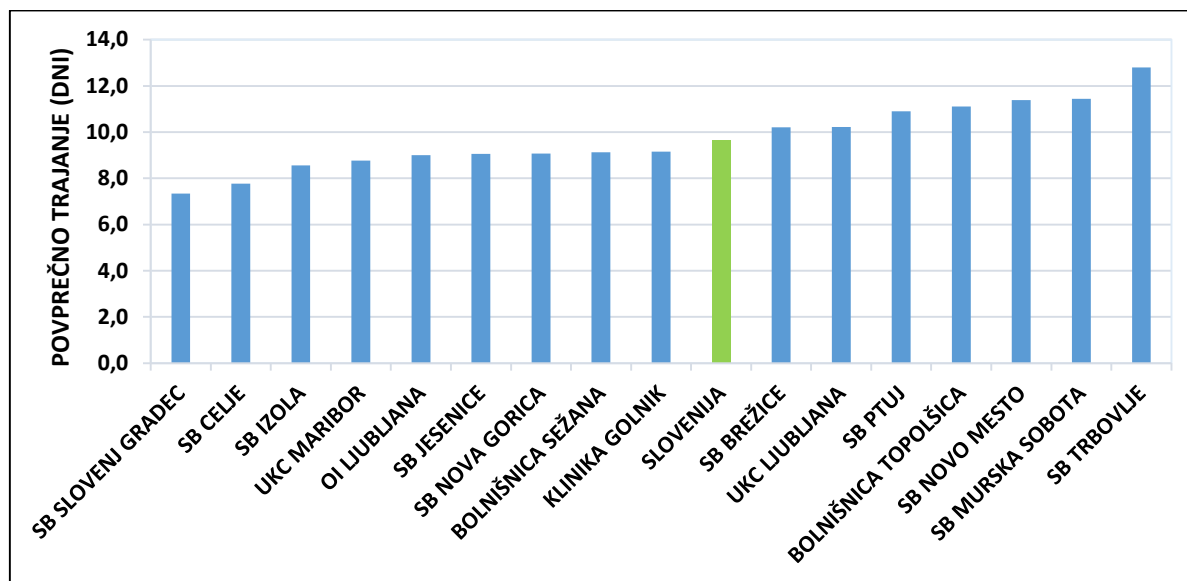
Pljučnica domačega okolja

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot desetimi hospitalizacijami zaradi pljučnice v domačem okolju v letu 2022.

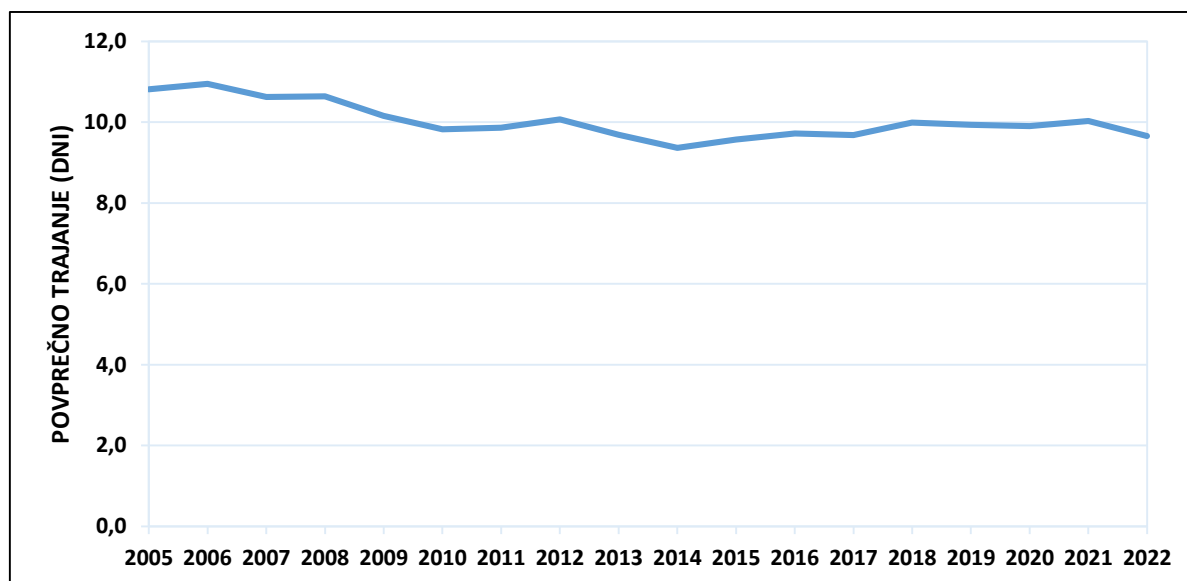
Najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja so imeli v SB Trbovlje (12,8 dneva), najkrajše v SB Slovenj Gradec (7,3 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2022 trajala 9,7 dneva (**slika 17**).

Opazno je bilo skrajševanje povprečnega trajanja akutnega bolnišničnega bivanja med letoma 2005 in 2017, po letu 2018 skrajševanja ni več opaziti (**slika 18**).

Slika 17: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2022



Slika 18: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2022

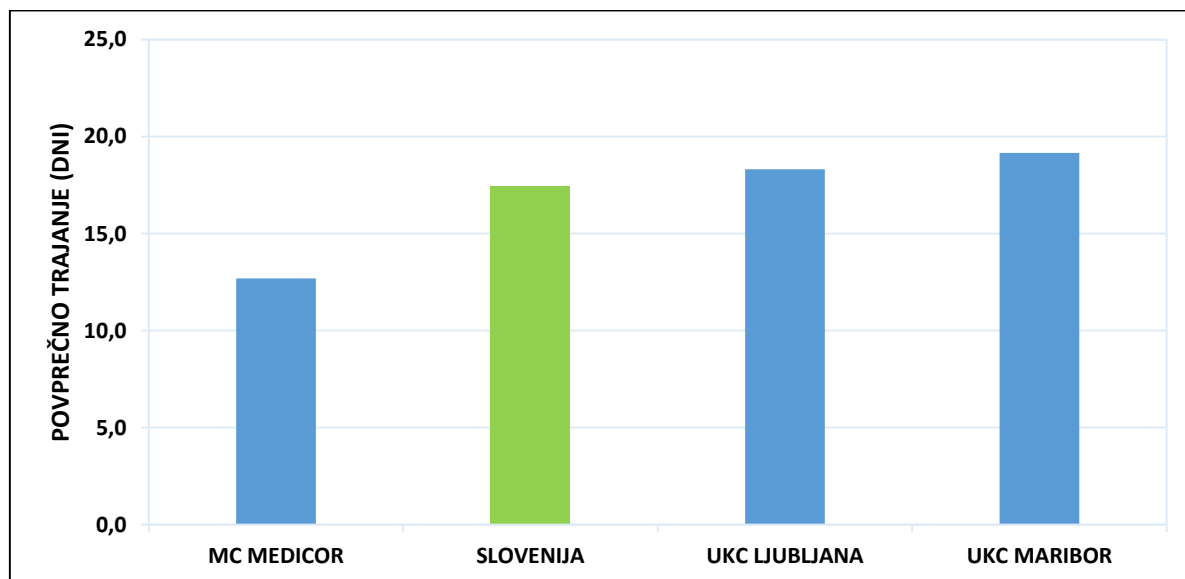


Koronarna premostitvena operacija

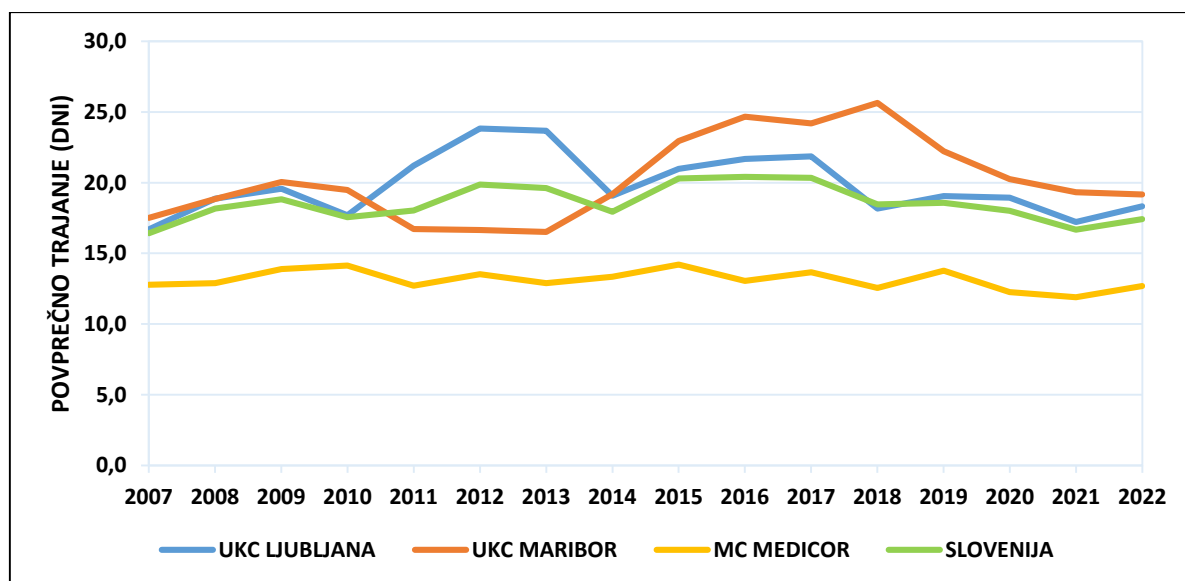
Koronarne premostitvene operacije v Sloveniji izvajajo trije centri, in sicer oba UKC ter MC Medicor. Med seboj se razlikujejo po povprečnem trajanju bolnišničnega bivanja in letnem številu primerov (**slika 19**). Razlika pri povprečnem trajanju bivanja lahko izhaja iz tega, da oba UKC izvajata nujne in elektivne premostitvene operacije, medtem ko ima MC Medicor le elektivne, zato je povprečno trajanje bolnišničnega bivanja v MC Medicor pričakovano krajše (v letu 2022 12,7 dneva, UKC Ljubljana 18,3 dneva in UKC Maribor 19,2 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2022 trajala 16,9 dneva.

Medtem ko se je med letoma 2007 in 2017 oziroma 2018 povprečno trajanje bivanja v UKC Ljubljana in UKC Maribor počasi podaljševalo, v MC Medicor tega ni bilo opaziti (**slika 20**). Po letu 2019 podaljševanja povprečnega trajanja bivanja zaradi koronarne premostitvene operacije ni opaziti v nobenem od treh centrov, opazno je krajšanje. V letu 2022 je bilo vnovič opazno daljšanje povprečnega trajanja.

Slika 19: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2022



Slika 20: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2022



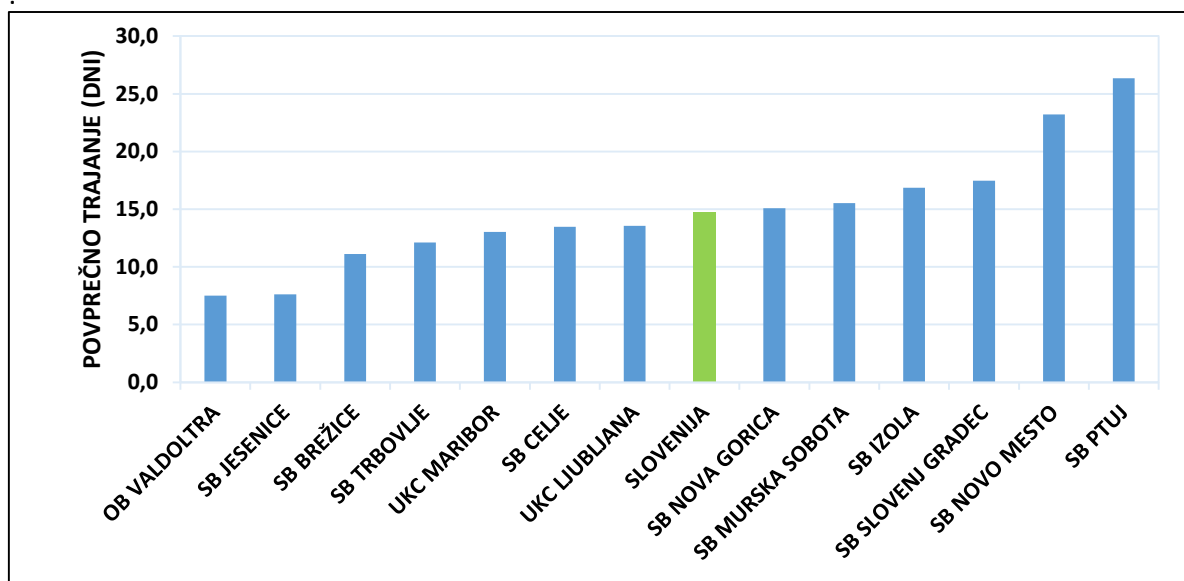
Zlom kolka

V analizi niso bili upoštevani izvajalci, ki so imeli v letu 2022 manj kot deset primerov zloma kolka.

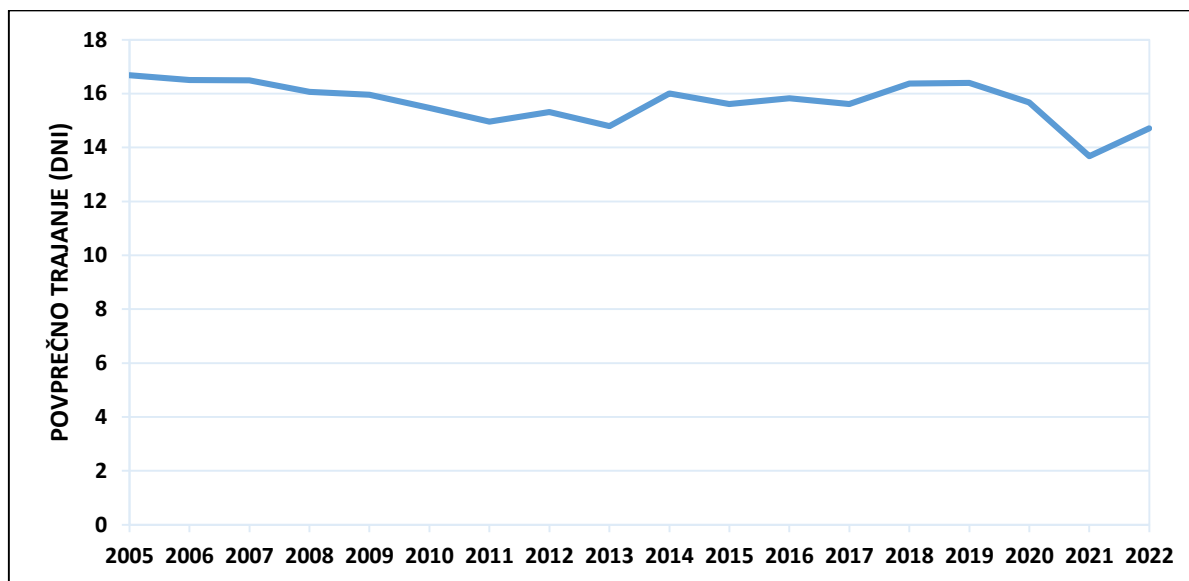
SB Ptuj ima v primerjavi s podatki iz prejšnjih poročil še vedno eno od najdaljših povprečnih trajanj akutnega bolnišničnega bivanja zaradi zloma kolka (26,3 dneva) (**slika 21**). Najkrajše povprečno trajanje so imeli v OB Valdoltra in SB Jesenice (7,5 in 7,6 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2022 trajala 14,8 dneva.

Povprečno akutno bolnišnično bivanje zaradi zloma kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2022 se ni bistveno spremenilo, tudi ne glede na skrajšanje v letu 2021 (**slika 22**).

Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v posameznih bolnišnicah v letu 2022



Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2022



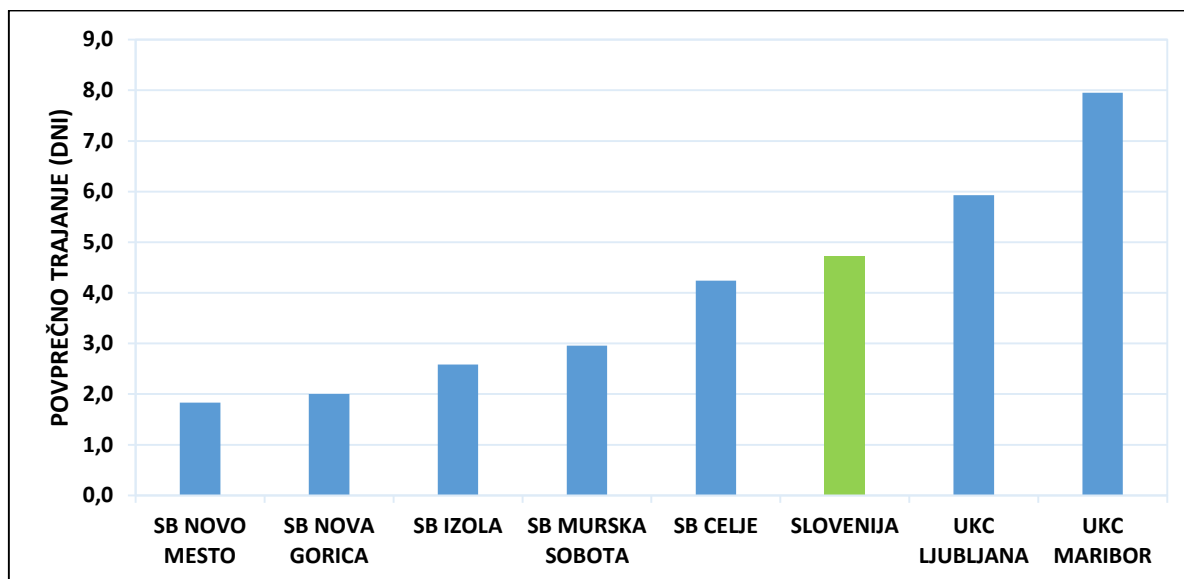
Tonzilektomija in adenoidektomija

V Sloveniji je malo izvajalcev, ki opravljajo tonzilektomije in adenoidektomije. Podatke so poslali SB Celje, SB Izola, SB Nova Gorica, SB Novo mesto, SB Murska Sobota, UKC Ljubljana in UKC Maribor.

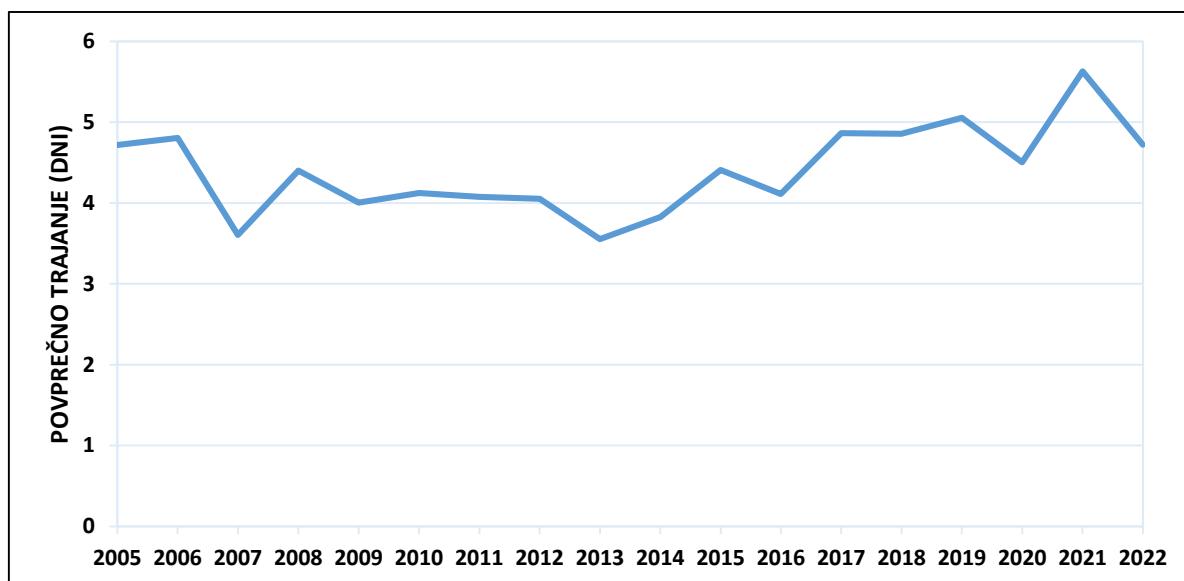
Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije se med izvajalci teh storitev precej razlikuje. V letu 2022 je bilo najdaljše v UKC Maribor (8,0 dneva), najkrajše v SB Novo mesto (1,8 dneva) (**slika 23**). Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2022 4,7 dneva.

Med letoma 2005 in 2014 ni opaziti večjih sprememb pri povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja, po letu 2015 je opazno blago podaljšanje trajanja (**slika 24**).

Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v nekaterih bolnišnicah v letu 2022



Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2022



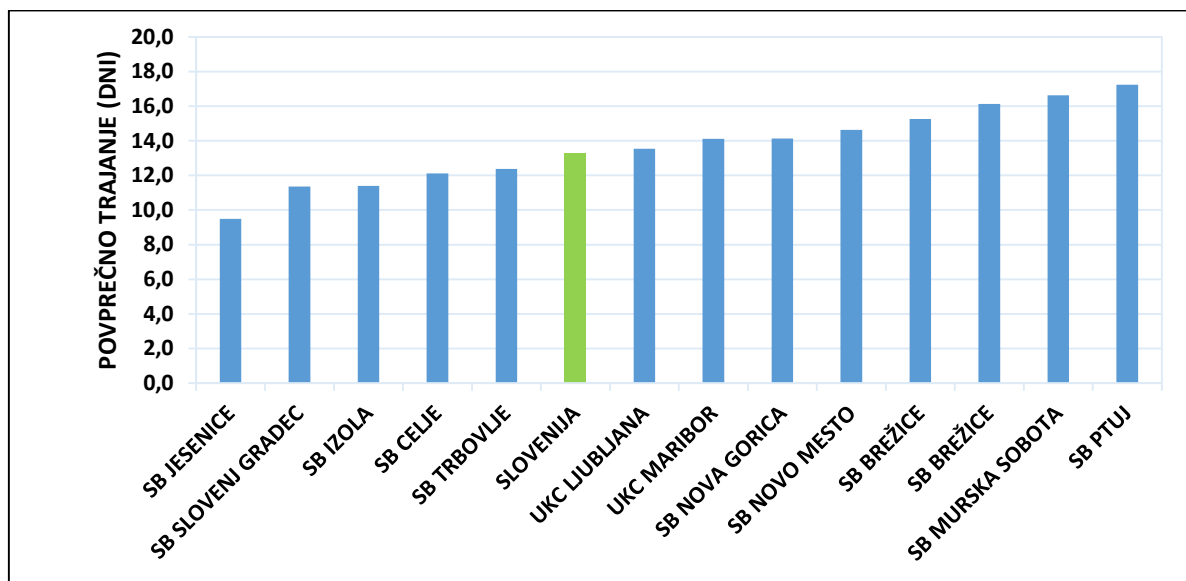
Možganska kap

Bolniki po onesposablajoči akutni možganski kapi potrebujejo takojšnjo rehabilitacijo. Začetna rehabilitacija se lahko začne izvajati v sprejemni bolnišnici, nadaljevalna v specializiranih ustanovah. Pri velikem letnem številu sprejemov bolnikov po akutni možganski kapi in zaradi tega ob potrebi po stalno razpoložljivih posteljah mora biti vzpostavljen primeren sistem obravnave takih bolnikov. V tej analizi niso bile obravnavane bolnišnice, ki so v letu 2022 obravnavale manj kot deset primerov možganske kapi.

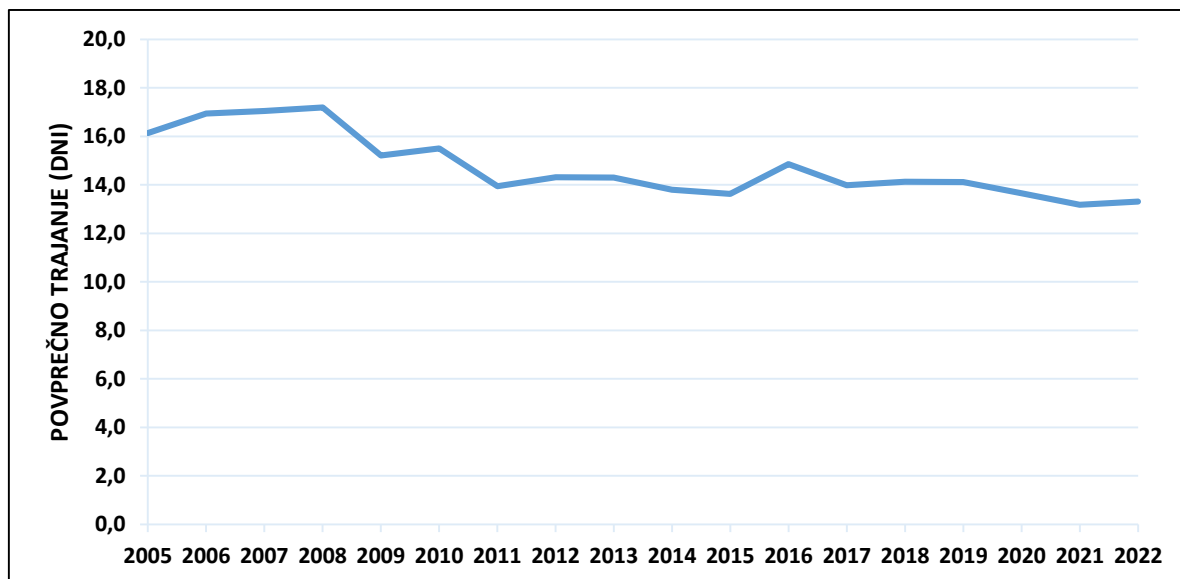
Najdaljše trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je bilo v SB Ptuj (17,25 dneva), najkrajše v SB Jesenice (9,5 dneva) (**slika 25**). Razlike v povprečni ležalni dobi so v primerjavi s prejšnjimi leti še vedno izrazite. Ob tem je treba upoštevati letna nihanja podatkov. Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2022 13,3 dneva.

Med letoma 2005 in 2015 je bilo opazno krajšanje povprečnega trajanja akutne bolnišnične obravnave zaradi možganske kapi, ki se po daljšanju med letoma 2016 in 2018 znova skrajšuje po letu 2018 (**slika 26**).

Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v posameznih bolnišnicah v letu 2022



Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2022



KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

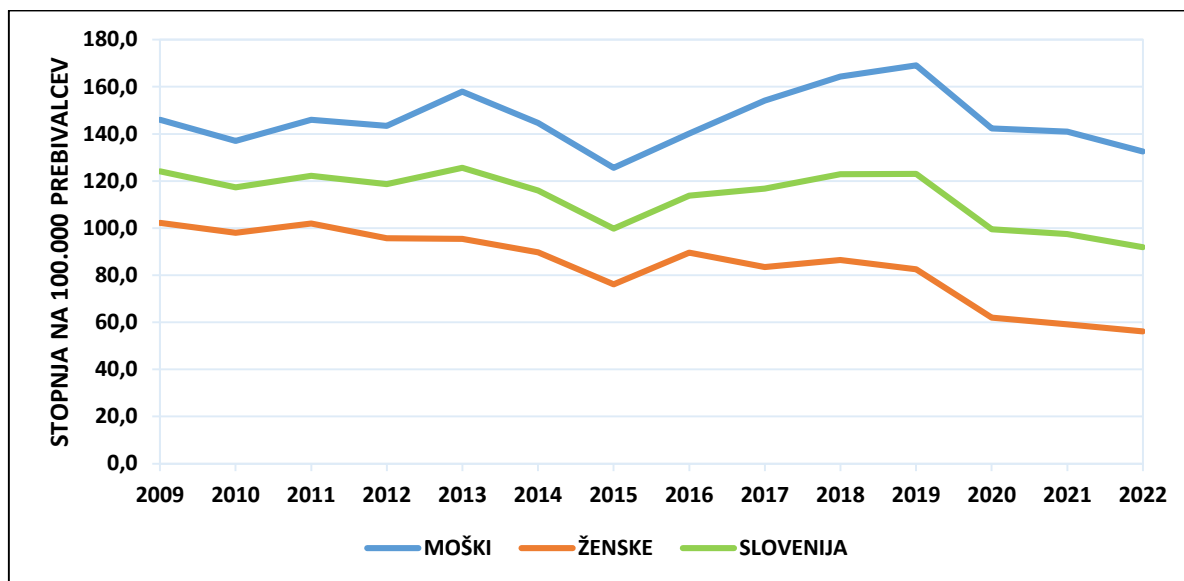
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9) v posameznem letu glede na število prebivalcev. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 ni sprememb. V primerjavi z določili za leti 2018 in 2019 niso več izključene specifične neonatalne šifre.

V preteklosti smo glede preprečljivih bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni uporabljali kazalnik stopnja sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Po določilih OECD iz leta 2017 se uporablja le kazalnik, določen kot število bolnišničnih sprejemov s primarno diagnozo sladkorna bolezen med osebami, starih 15 let ali več, na 100.000 prebivalcev.

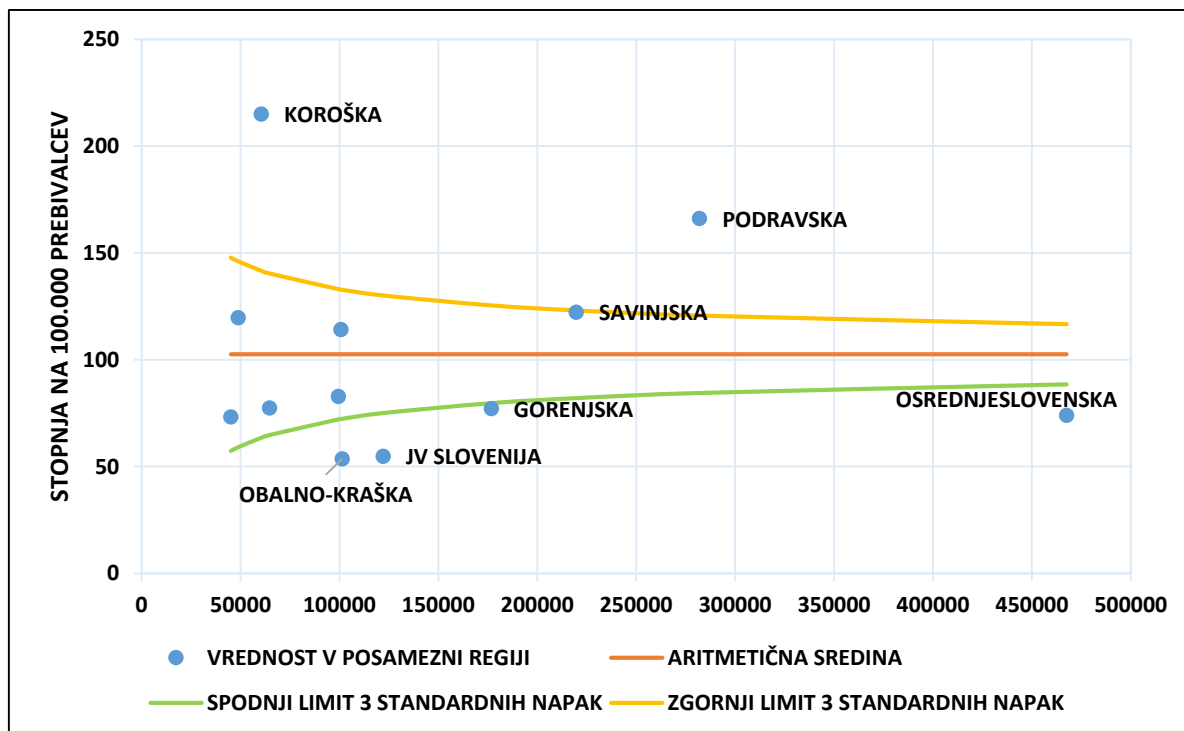
Stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni počasi zmanjševala med letoma 2009 in 2015 ter se postopoma začela povečevati po letu 2015, predvsem pri moških, kar je lahko kazalo na slabšo uspešnost ambulantnega vodenja bolnikov s sladkorno boleznijo (**slika 27**). Po letu 2019 se je stopnja sprejemov nekoliko zmanjšala, morebiti zaradi vpliva pandemije covid-19. Potrebno bo sledenje v prihodnjih letih.

Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni s povprečno vrednostjo treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže večjo stopnjo sprejemov zaradi sladkorne bolezni v koroški in podravski ter nakazano v savinjski regiji in manjšo v JV Sloveniji, osrednjeslovenski, gorenjski in obalno-kraški regiji (**slika 28**). Podrobnejša analiza stanja v posameznih regijah kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi sladkorne bolezni z zviševanjem ali zniževanjem v posameznih regijah v zadnjih letih (**slika 29**). Še vedno je najvišja v koroški regiji.

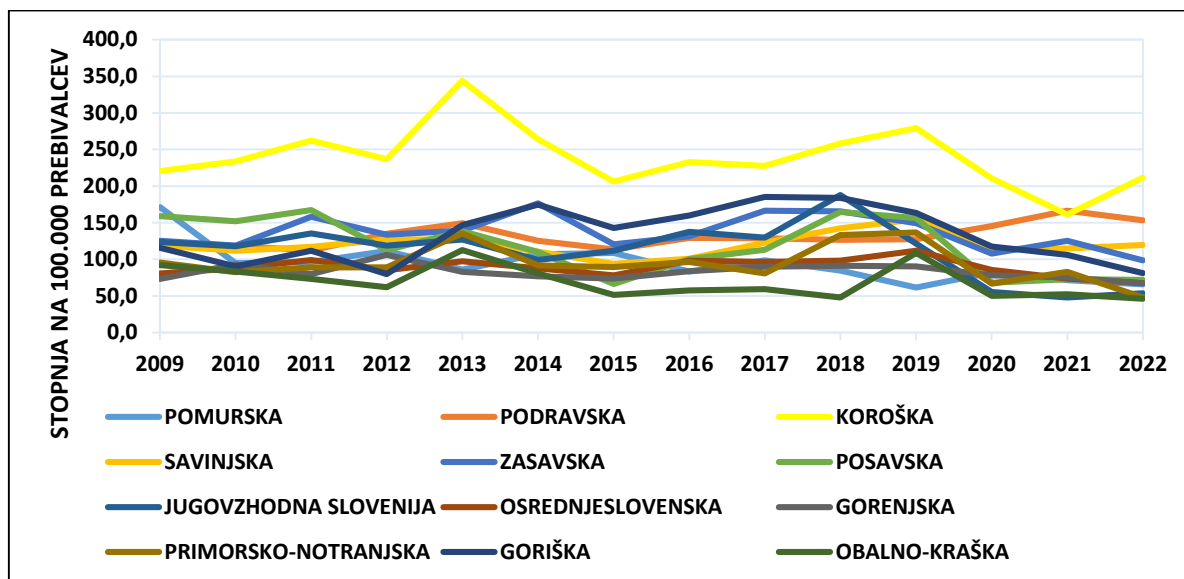
Slika 27: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2022



Slika 28: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 29: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2022



KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Kazalnik je opredeljen kot stopnja vseh nematerinskih in neneonatalnih sprejemov bolnikov, starih 15 let ali več, z osrednjo proceduralno kodo večje amputacije na spodnjih okončinah in z diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9) glede na število prebivalcev ali ocenjeno število bolnikov s sladkorno boleznijo.

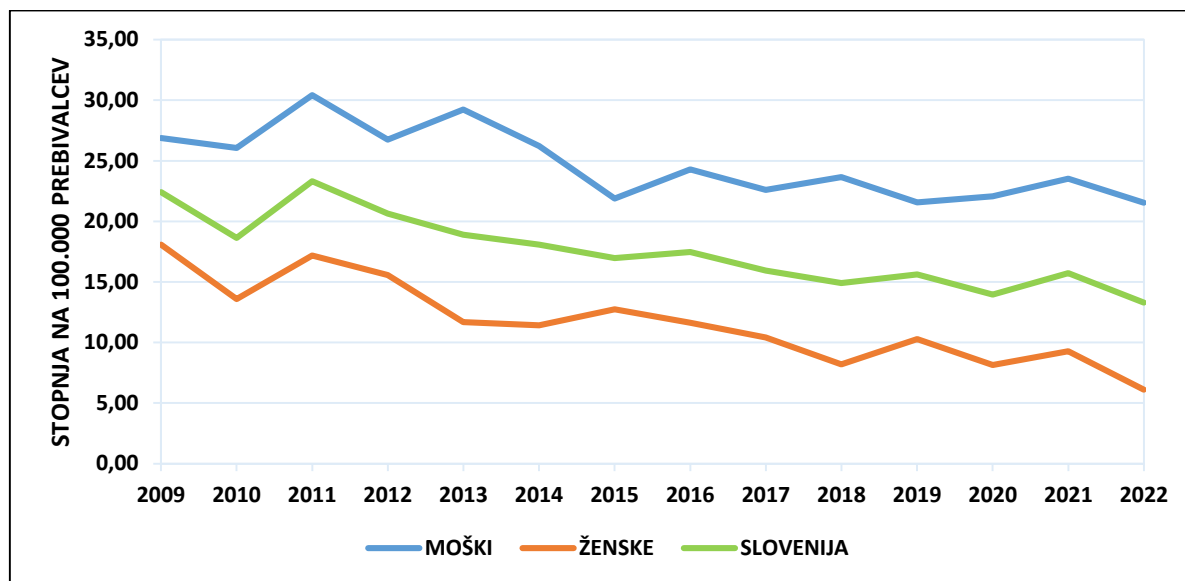
Določila OECD glede imenovalca temeljijo na različnih epidemioloških metodah držav pri določanju prevalece sladkorne bolezni. Izvzeti so primeri premestitev iz drugih bolnišnic, nosečnost, porod ali poporodno obdobje, kakršna koli poškodba spodnje okončine, tumorsko povezane amputacije in enodnevne hospitalizacije, medtem ko novorojenci po določilih za leti 2020 in 2021 niso več izključeni. Vrednosti so starostno standardizirane. Stopnja amputacij je prikazana na 100.000 prebivalcev.

V primerjavi s prejšnjimi poročili je razvidno, da se stopnja amputacij spodnjih okončin še vedno počasi znižuje, vendar se je leta 2019 znova nekoliko dvignila in leta 2020 znova znižala, verjetno tudi zaradi učinka pandemije covida-19; v letu 2021 se je namreč znova dvignila in v letu 2022 spet znižala (**slika 30**).

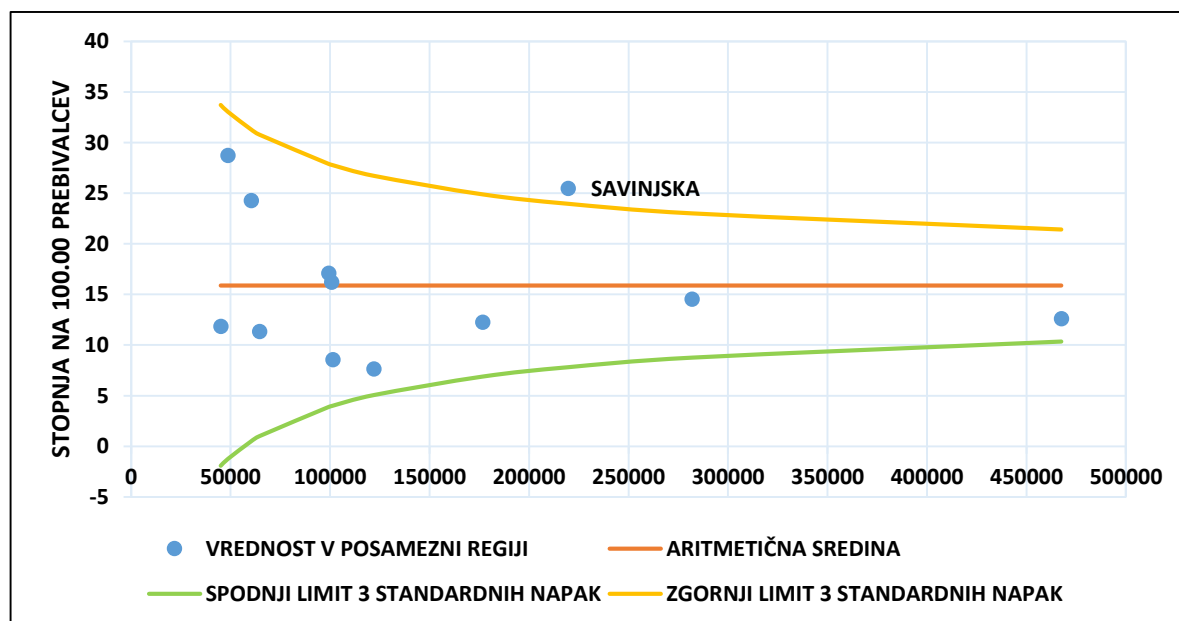
Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni s povprečno vrednostjo treh let 2020–2022 ne kaže bistvenih razlik med posameznimi statističnimi regijami, nekoliko izstopa le savinjska regija (**slika 31**).

Podrobnejša analiza stanja v posameznih regijah kaže letna nihanja stopnje amputacij s splošnim zniževanjem (**slika 32**).

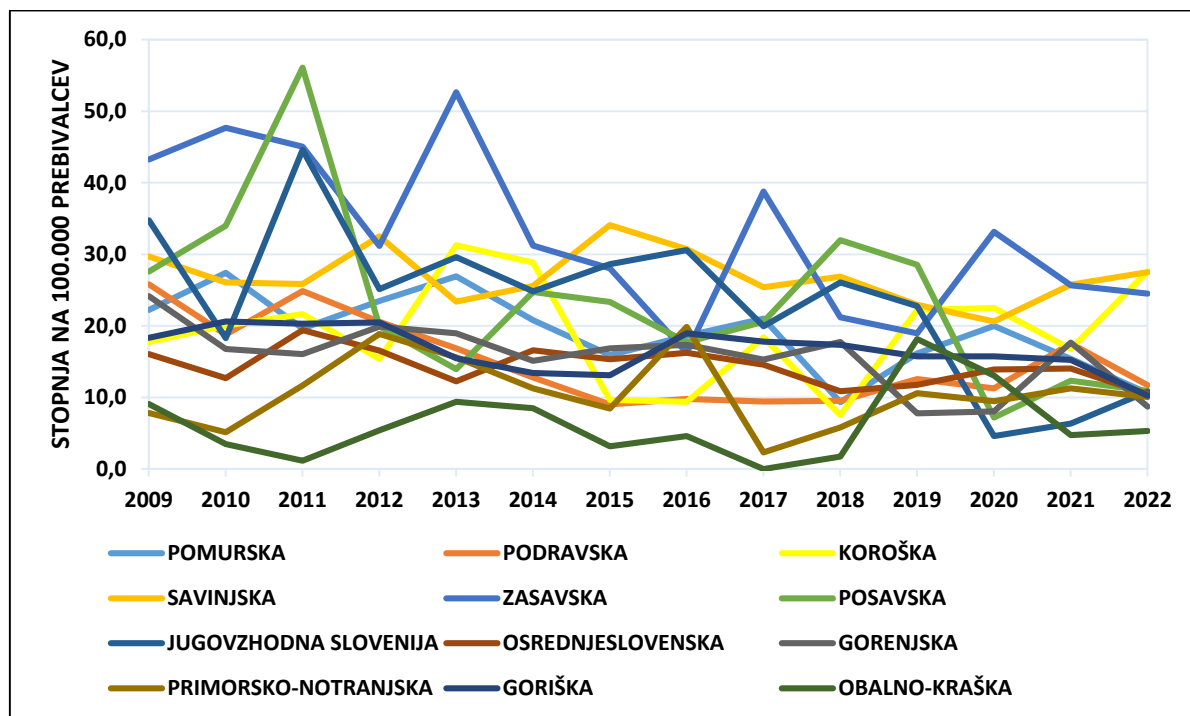
Slika 30: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022



Slika 31: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 32: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2022 po posameznih regijah



KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM

Med porodom lahko nastanejo potencialno preprečljive raztrganine presredka (1). Pogostejše se zgodijo pri prvem vaginalnem porodu, sproženem porodu, rojstvu otroka z visoko porodno težo ali v zadnjični legi, zaradi dolge druge porodne dobe ali uporabe instrumentov. Po oskrbi raztrganine lahko ostanejo trajne posledice, kot so stalne bolečine in inkontinenca. Takih vrst raztrganin v vseh primerih ni mogoče preprečiti, njihovo pogostnost pa je mogoče zmanjšati z zelo kakovostnim obporodnim varstvom (2).

Delež poškodb presredka ob vaginalnem porodu je uporaben kazalnik kakovosti obporodnega varstva. Je dokaj zanesljiv in primerljiv med državami (3). Pri izračunu kazalnika je bila uporabljena metodologija OECD (3), ki zbira podatke o istoimenskem kazalniku v okviru projekta HCQI. Kazalnik prikazuje delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje (kodi MKB 10 O70.2 in O70.3) pri vaginalnih porodih porodnic, starih 15 let ali več. Poškodbe tretje in četrte stopnje so hujše poškodbe, ki so precej redkejše od poškodb presredka prve in druge stopnje. Kazalnik se podrobneje deli na poškodbe pri vaginalnem porodu brez instrumentov in pri vaginalnem porodu z uporabo instrumentov (vakuum, porodne klešče in podobno).

Vir podatkov za pripravo kazalnika je perinatalni informacijski sistem (PIS), ki vsebuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah. Podatki o porodnih poškodbah se v PIS vpisujejo v rubriko Poškodbe porodne poti. Do leta 2012 je bil uporabljan nekoliko prirejen šifrant kod MKB 10, ki pa se v primeru poškodbe presredka tretje in četrte stopnje dobro ujema z izvirno klasifikacijo. Od leta 2013 je šifrant popolnoma usklajen s klasifikacijo MKB 10 AM, različicama 6 in 11.

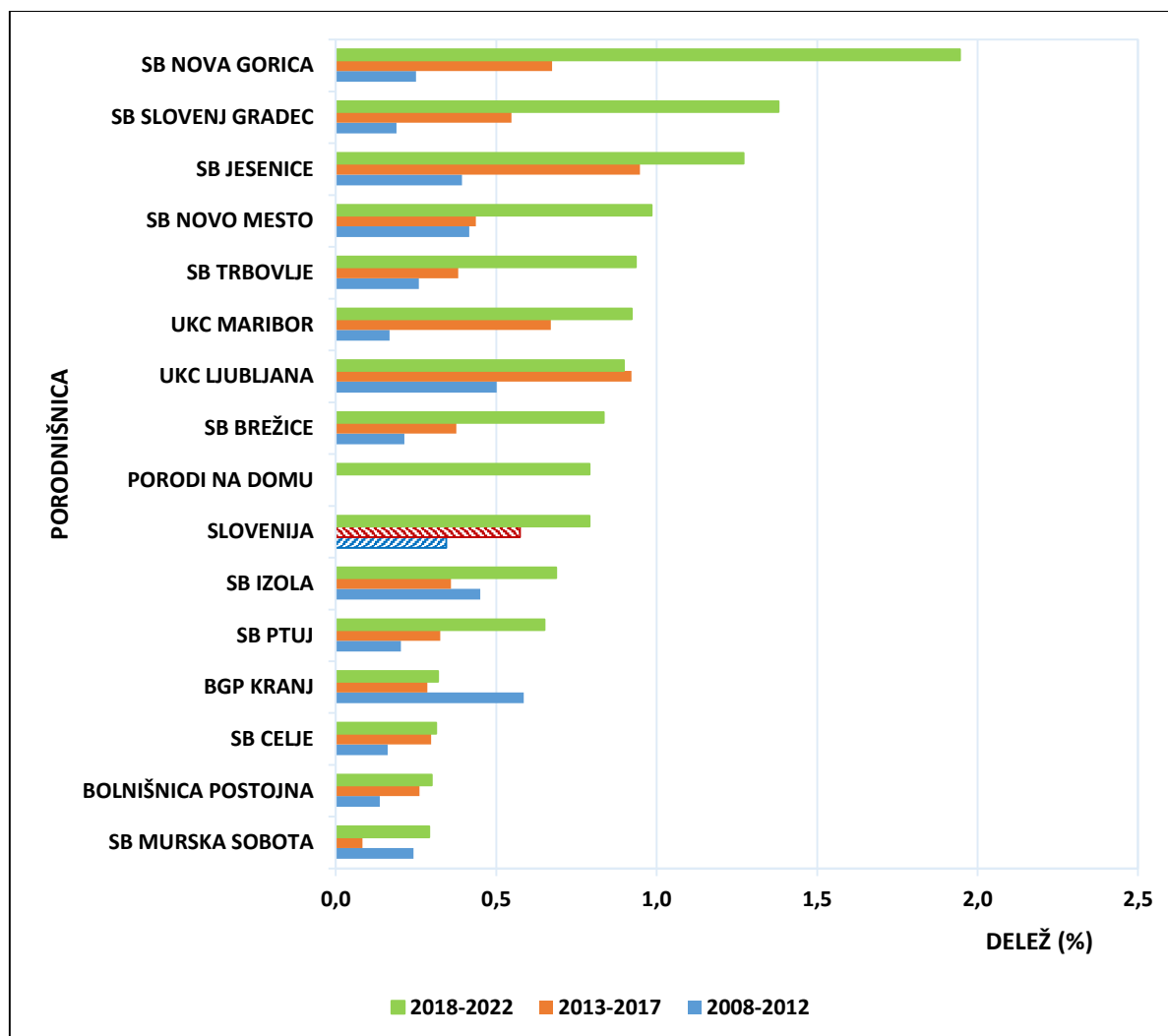
Zelo pomembna omejitev kazalnika je majhno absolutno število primerov hujših poškodb. Leta 2022 je bilo skupno zabeleženih 26 primerov (4,3 %) poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnem porodu z instrumenti, razen v največjem terciarnem centru je bilo v vseh preostalih porodnišnicah manj kot pet primerov, od tega v treh porodnišnicah sploh ni bilo nobenega takega primera. Pri vaginalnem porodu brez instrumentov je bilo število primerov hujših poškodb za celotno Slovenijo nekoliko večje, in sicer 113 (0,9 %). Kljub temu je bilo v večini porodnišnic (devetih od 14) zabeleženih manj kot 10 primerov. Zato smo se odločili, da delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje po porodnišnicah prikažemo samo za vaginalne porode brez instrumentov in da združimo podatke za petletno obdobje.

Gledano na ravni celotne države je delež porodnih poškodb presredka tretje in četrte stopnje v zadnjih 15 letih precej porasel tako pri vaginalnih porodih z uporabo instrumentov kot pri tistih brez. Pri porodih z uporabo instrumentov je bil delež porodnih poškodb tretje in četrte stopnje v obdobju 2018–2022 kar 4,2-krat višji kot v obdobju 2008–2012 oziroma 2,4-krat višji kot v obdobju 2013–2017. Pri porodih brez uporabe instrumentov je bil porast nekoliko manjši, a še vedno nezanemarljiv. Delež porodnih poškodb tretje in četrte stopnje je bil v obdobju 2018–2022 tako 2,3-krat višji kot v obdobju 2008–2012 oziroma 1,4-krat višji kot v obdobju 2013–2017.

Razlike v deležu poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov so med porodnišnicami precejšnje, kar je morda deloma še vedno posledica sorazmerno nizkega absolutnega števila primerov v manjših porodnišnicah, možne pa so tudi razlike v doslednosti pri beleženju zapletov v PIS. Delež poškodb je bil v obdobju 2018–2022 tako od 0,3 odstotka v Murski Soboti, Postojni, Celju in Kranju do 1,95 odstotka v Novi Gorici, v povprečju je znašal 0,79 odstotka (slika 33). Primerjava med porodnišnicami kaže, da se je delež poškodb porodne poti tretje in četrte stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov v zadnjih petih letih, v

primerjavi s predhodnim petletnim obdobjem, povečal v večini porodnišnic, le v Ljubljani se je delež malenkost zmanjšal.

Slika 33: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji med leti 2008 in 2012, 2013 in 2017 ter 2018 in 2022



*Vključeni so porodi porodnic, starih 15 let ali več. Pri porodih na domu ni podatka za obdobji 2008–2012 ter 2013–2017, ker so bili načrtovani porodi na domu v teh obdobjih še izredno redki.

Literatura:

1. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Pariz: OECD Publishing, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
2. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on techniques for preventing perineal trauma in second stage of labour (February 2018). The WHO Reproductive Health Library; Ženeva: SZO.
3. Carinci F., Van Gool K., Mainz J., Veillard J., Pichora EC, Januel JM, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health C 2.

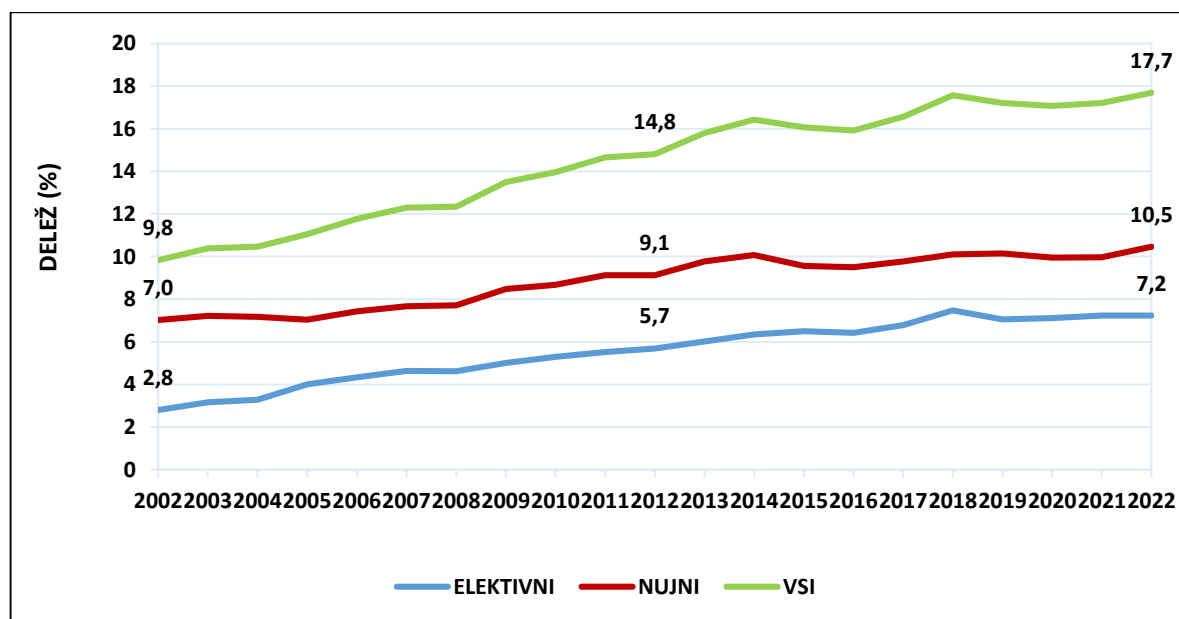
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

Delež carskih rezov se v večini evropskih držav še vedno povečuje (1). SZO od leta 1985 priporoča od deset- do petnajstodstotni delež carskih rezov in tudi v reviziji priporočil iz leta 2015 ugotavlja, da povečevanje deleža carskih rezov nad te vrednosti ne pripomore k zmanjševanju maternalne in neonatalne umrljivosti (2). Z večanjem deleža carskih rezov se povečuje tudi tveganje za zaplete, kot so predležeča posteljica v naslednji nosečnosti, ki je lahko tudi vraščena, večja krvavitev ob tem in naslednjem porodu ter ponovni carski rez (3, 4).

Kazalnik delež carskih rezov prikazuje delež živorojenih otrok, rojenih s carskim rezom, pri čemer so izključeni porodi z večjim tveganjem za carski rez (prezgodnji porod, smrt ploda, večplodna nosečnost, medenična vstava, nenormalna lega ploda). Za vir podatkov je bil uporabljen perinatalni informacijski sistem (PIS), v katerem se podatki o carskem rezu vpisujejo v rubriko Operativno dokončanje poroda.

V Sloveniji je delež carskih rezov v opisani populaciji v zadnjem desetletju porasel za skoraj eno petino (s 14,8 % leta 2012 na 17,7 % leta 2022), ostaja pa še pod povprečjem Evropske unije. V primerjavi z letom 2012 se je bolj povečal delež elektivnih (za 27 %) kot nujnih carskih rezov (za 15 %). Zadnja leta sicer nakazujejo umirjanje trenda rasti deleža carskih rezov, a je delež carskih rezov kljub temu v letu 2022 najvišji do zdaj (slika 34).

Slika 34: Slika Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2022

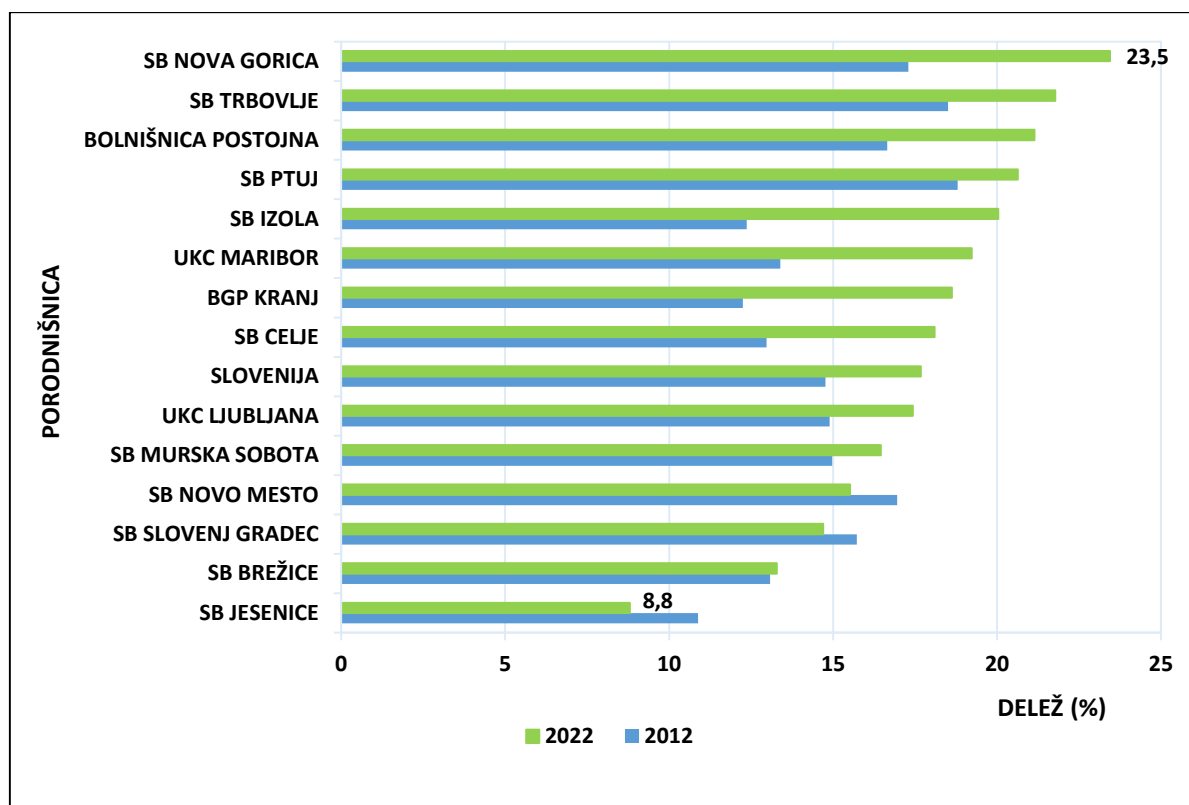


*Vključeni so živorojeni enojčki z gestacijsko starostjo 37 tednov in več v zatilni ali temenski glavični vstavi.

Leta 2022 je delež carskih rezov v opisani populaciji živorojenih enojčkov z gestacijsko starostjo 37 tednov in več ter glavično vstavo v povprečju znašal 17,7 odstotka, kar je za 0,5 odstotne točke več kot leto prej. Bolnišnice so zabeležile od 8,8- do 22,5-% delež carskih rezov ter različne trende glede na leto poprej. V desetih je delež carskih rezov porasel, v preostalih pa upadel. Največji upad (skoraj 36 % oziroma več kot 7 odstotnih točk) so zabeležili v Brežicah, sledila pa je SB Trbovlje z 19-% upadom, kar je spodbudno, saj je bil delež carskih rezov leto poprej tam najvišji. Najbolj, za 25 odstotkov (1,8 odstotne točke), se je delež carskih rezov v primerjavi z letom 2021 povečal v SB Jesenice, ki pa je kljub temu ostala porodnišnica z najnižjim deležem carskih rezov. Bolj zaskrbljujoč je porast za 17 odstotkov (3,5 odstotne točke) v SB Nova Gorica, ki se je povzpela na prvo mesto po

deležu carskih rezov med porodničnicami. S podobnim porastom, 16,3 odstotka, je sledila SB Izola, za slabih 12 odstotkov pa je delež carskih rezov porasel še v Murski Soboti. V preostalih bolnišnicah se je delež carskih rezov spremenil za manj kot deset odstotkov v pozitivno ali negativno smer v primerjavi z letom prej.

Slika 35: Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji v letih 2012 in 2022

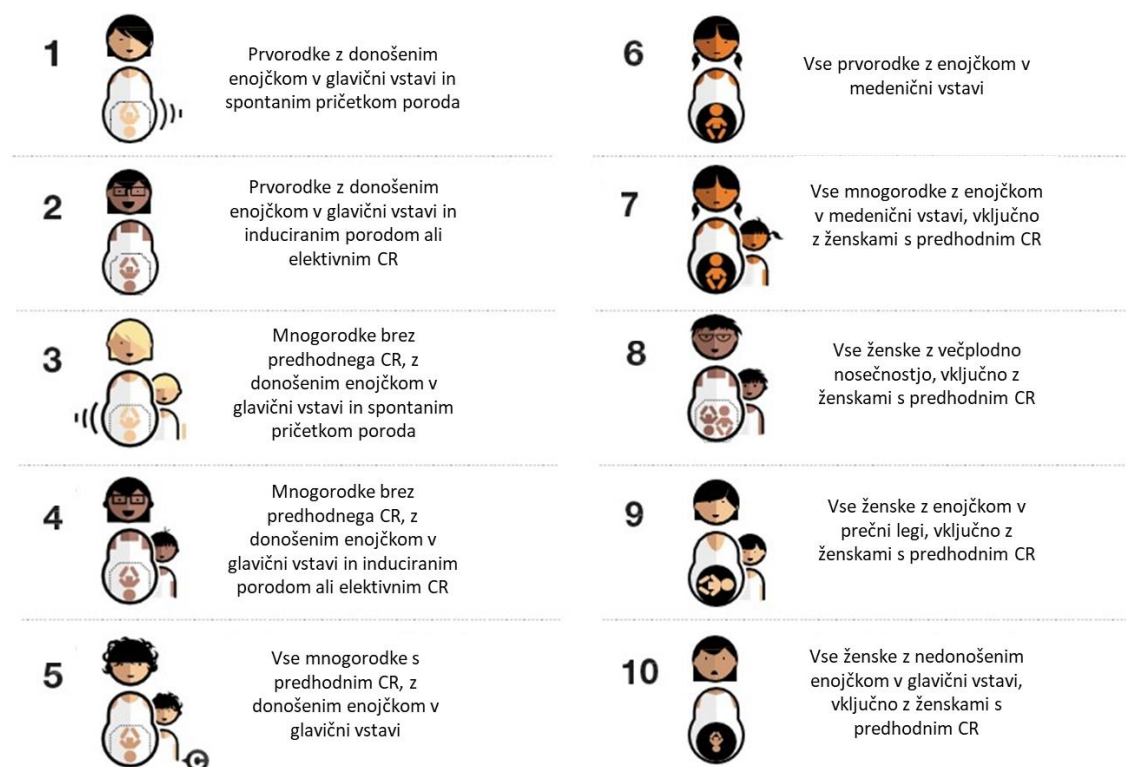


*Vključeni so živorojeni enojčki z gestacijsko starostjo 37 tednov in več v zatilni ali temenski glavični vstavi.

Če opazujemo desetletno obdobje, so v primerjavi z letom 2012 v letu 2022 v treh porodnišnicah zabeležili nižje vrednosti deleža carskih rezov (Jesenice, Slovenj Gradec in Novo mesto), v preostalih pa porast. Ta je bil v zadnjem desetletju najbolj izrazit v Izoli, Kranju in Mariboru (**slika 35**).

Za pomoč strokovnjakom v porodnišnicah pri interpretaciji razlik v deležih carskih rezov dodajamo še grafični prikaz deleža carskih rezov po desetih Robsonovih skupinah (**5**) (**slika 36**). Opozarjamo, da ta prikaz (**slika 37**) vključuje vse porode ne glede na stanje otroka, gestacijsko starost in vstavo, zato se vrednosti nekoliko višje od predhodno prikazanih. SZO je leta 2015 priporočila uporabo Robsonove klasifikacije, poznane tudi kot klasifikacija desetih skupin, pri spremljanju, vrednotenju in primerjavah stopnje carskega reza znotraj zdravstvenih ustanov in med njimi. Z uporabo omenjene klasifikacije razporedimo vse porodnice v eno izmed desetih kategorij, ki se medsebojno izključujejo, skupaj pa zajamejo vse porodnice. Razporeditev v kategorije temelji na šestih osnovnih porodniških karakteristikah, ki se rutinsko spremljajo v porodnišnicah pri vseh porodih: pariteta (zaporedni porod), število plodov v aktualni nosečnosti, predhodni carski rez, začetek poroda, gestacijska starost in vstava ploda (**preglednica 5**) (**6, 7**).

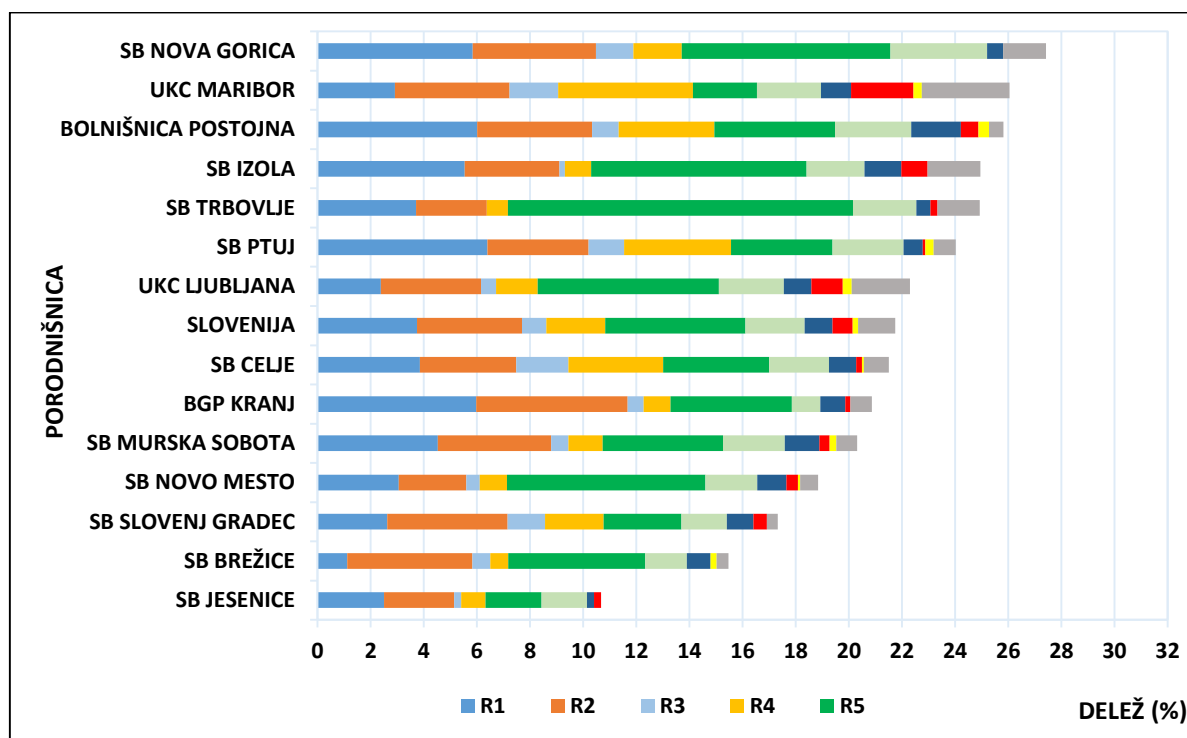
Slika 36: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji (Povzeto po 6)



Preglednica 5: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji (povzeto po 6)

Skupina	Pariteta	Predhodni CR	Število plodov	Vstava ali lega	Gestacijska starost	Začetek poroda
1	0	ne	1	glavična	37+	spontan
2	0	ne	1	glavična	37+	Induciran ali elektivni CR
3	1+	ne	1	glavična	37+	spontan
4	1+	ne	1	glavična	37+	Induciran ali elektivni CR
5	1+	da	1	glavična	37+	karkoli
6	0	ne	1	medenična	karkoli	karkoli
7	1+	karkoli	1	medenična	karkoli	karkoli
8	karkoli	karkoli	2+	karkoli	karkoli	karkoli
9	karkoli	karkoli	1	prečna lega	karkoli	karkoli
10	karkoli	karkoli	1	glavična	<37	karkoli

Slika 37: Delež porodov s carskim rezom, po Robsonovih skupinah in bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji, 2022



Iz podatkov je razvidno, da so v slovenskih porodnišnicah še vedno precej neenotne doktrine glede indikacij za carski rez, razlike v deležih carskega reza pa so v večini Robsonovih skupin. V letu 2022 je razlika v celotnem deležu carskih rezov med dvema primerljivima regijskima bolnišnicama (Nova Gorica in Jesenice) 2,7-kratna. Leta 2002 je bilo največ carskih rezov v ljubljanski porodnišnici, kar je pričakovano, saj je to terciarni center, v katerem obravnavajo največ bolnih ter ogroženih nosečnic in novorojenčkov. V letu 2022 se ljubljanska porodnišnica, v izbrani populaciji porodov, znova uvršča pod slovensko povprečje, upošteva vse porode pa je tik nad njim. Porasta deleža carskih rezov se zaveda tudi ginekološko-porodniška stroka v Sloveniji, zato je že v letu 2016 pripravila strokovni posvet o carskem rezu. Na njem so zbrani strokovnjaki skušali ugotoviti vzroke za povečevanje števila carskih rezov (8). Kar nekaj porodnišnicam je v zadnjih letih uspelo krivuljo zaustaviti ali celo obrniti, kar se je pokazalo v ugodnejšem trendu, vendar pa razlike med porodnišnicami ostajajo prevelike.

Viri:

1. OECD Health Statistics: Health care utilisation, Caesarean section.
2. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Ženeva: SZO, 2015.
3. Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., e tal. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2007; 21: 98–113.
4. Fabjan Vodušek, V., Kavšek, G. Porod. V: Verdenik, I., Novak Antolič, Ž., Zupan, J., eds. Perinatologia Slovenica II, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002–11. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 2013. str. 59–71.
5. Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review. 2001; 12(1): 23–39.

6. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation. Geneva: World Health Organization; 2017.
8. Premru Sršen, T., Mujezinović, F., Kavšek, G., eds. Carski rez; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji: zbornik 17. Novakovi dnevi. Postojna, 3. in 4. junij 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, 2016.

KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ)

Kazalnik čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka je določen kot delež bolnikov, starih 65 let ali več, sprejetih v določenem letu z diagnozo zloma zgornjega dela stegenice, ki so imeli operacijski poseg v dveh koledarskih dneh po sprejemu.

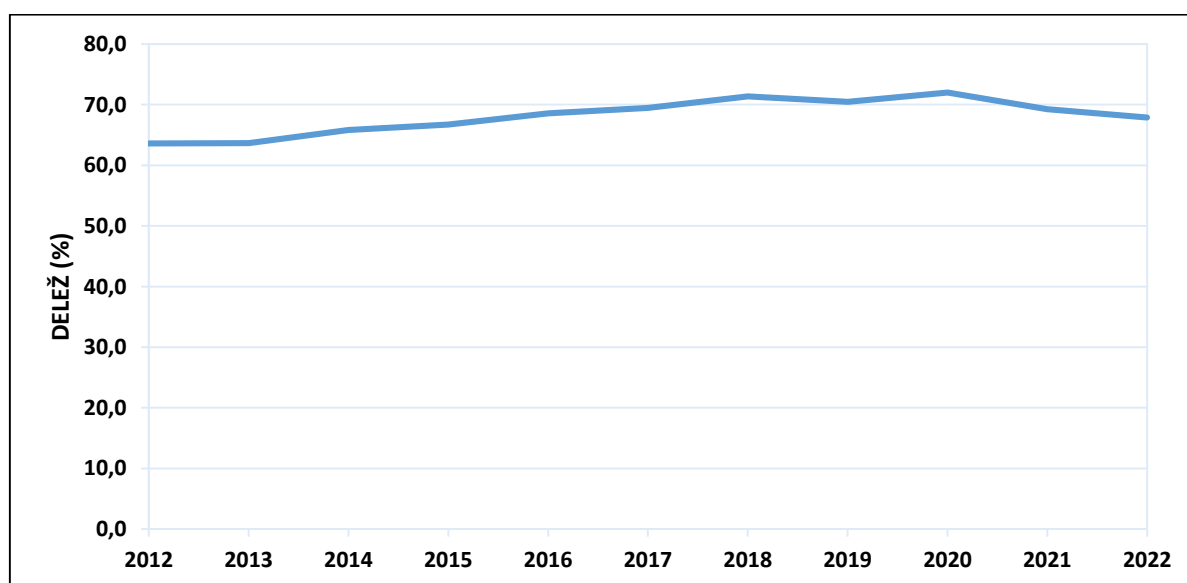
Po zadnjih določilih OECD o zbiranju podatkov za leti 2020 in 2021 se delež bolnikov, starih 65 let ali več, sprejetih v bolnišnico zaradi zloma kolka in operiranih znotraj dveh koledarskih dni po sprejemu, določi kot število vseh bolnikov z glavno diagnostično kodo zlom kolka (S72.0, S7.1, S72.2), starih 65 let ali več, ki so bili kirurško zdravljeni v dveh koledarskih dneh po sprejemu, v primerjavi z vsemi bolniki, starih 65 let ali več, ki so bili sprejeti zaradi akutne in neelektivne nege zloma zgornjega dela stegenice ter so bili v določenem letu kirurško zdravljeni v isti bolnišnici.

Med letoma 2012 in 2019 se je delež bolnikov, starih 65 let ali več, sprejetih v bolnišnico zaradi zloma kolka in operiranih v dveh koledarskih dneh po sprejemu, povečeval do leta 2018, v letu 2019 se je nekoliko zmanjšal, nato v letu 2020 znova povečal ter se v letih 2021 in 2022 znova zmanjšal (**slika 38**).

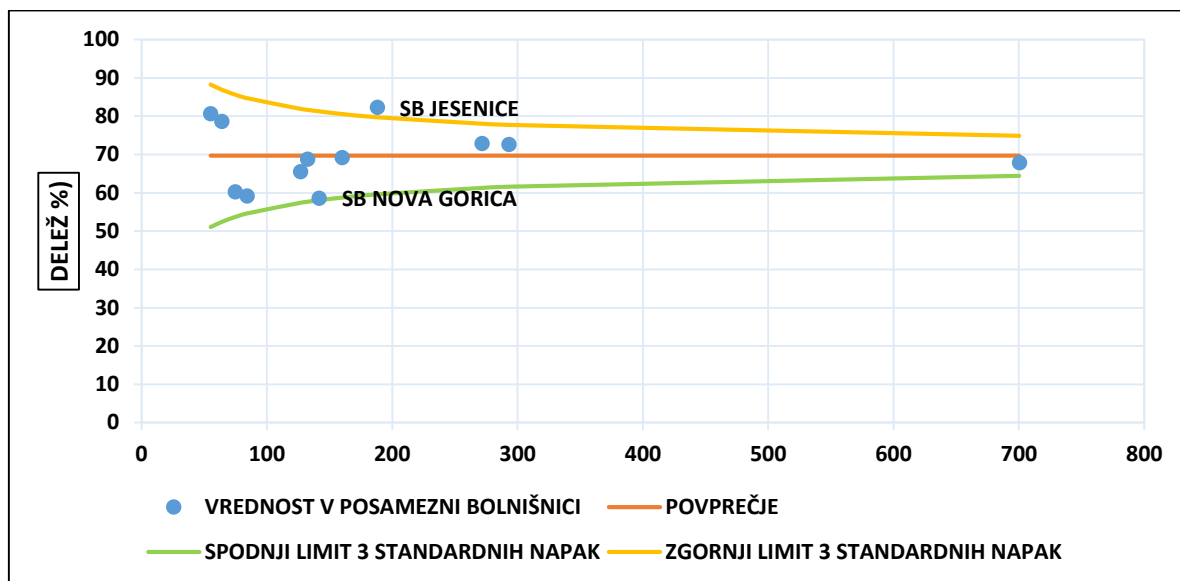
Zaradi pričakovanega vpliva števila primerov na vrednost, doseženo pri tem kazalniku, so podatki za leta od 2020 do 2022 prikazani v obliki lijakastega diagrama, kar omogoča prepoznavanje primerov, ki zelo odstopajo od pričakovanih vrednosti. Pri takem prikazu izstopajo SB Jesenice z velikim deležem operacij ter SB Nova Gorica z majhnim deležem operacij, opravljenih v času dveh koledarskih dni (**slika 39**).

Slika 40 prikazuje velike medletne razlike v nekaterih bolnišnicah. Letna nihanja vsaj delno nastajajo zaradi majhnega skupnega števila primerov. Izključili smo tiste izvajalce, ki so obravnavali manj kot deset primerov zloma kolka, med drugim tudi OB Valdoltra. V letu 2022 so imeli največji delež opravljenih operacij v dveh koledarskih dneh v SB Jesenice (86,1 %), najmanjšega pa v SB Slovenj Gradec (50,4 %).

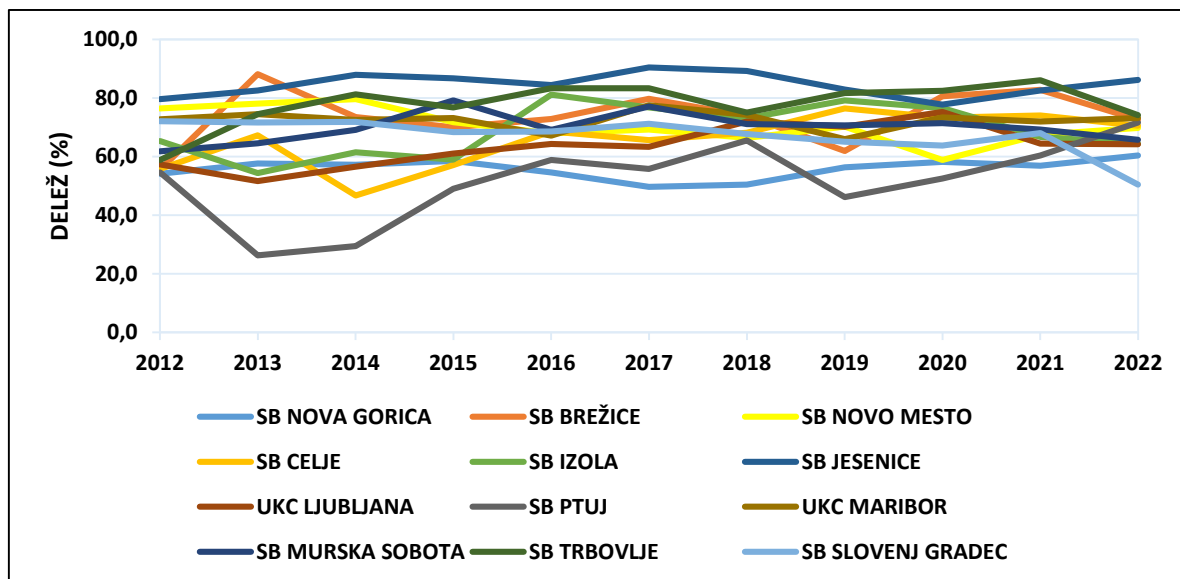
Slika 38: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, med letoma 2012 in 2022



Slika 39: Delež sprejemov oseb z zlomom kolka in nato operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 40: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, v nekaterih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022



KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA

Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se enako kot po določilih za leti 2018 in 2019 stopnji primerov globoke venske tromboze (GVT) in pljučne embolije (PE) določita kot število odpustov po artroplastiki kolka in kolena s sekundarno diagnostično kodo GVT ali PE (I80.1–I80.9, I82.8, I26.0, I26.9) glede na vse sprejeme zaradi artroplastike kolka in kolena s proceduralnimi kodami pri osebah, starih 15 let ali več. Izključitvena merila so nosečnost, porod in poporodno obdobje, vstavljeni filter vena cava ali prekinitev filtra vena cava pred operacijskim posegom ali na dan posega in tudi, ali gre samo za prekinitev filtra vena cava brez drugega operacijskega posega pri PE, hkrati GVT in PE (označeni kot PE), primarna ali sekundarna diagnoza GVT ali PE ob sprejemu in trajanje bivanja manj kot dva dneva. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 vnovični sprejemi v 30 dneh po operacijskem posegu niso več izključitveno merilo. Ob tem se tudi ne upošteva več posebna identifikacijska oznaka bolnika (angl. unique patient identification – UPI).

Izračunane stopnje pooperacijskih zapletov se med bolnišnicami zaradi redkosti GVT in PE vsako leto zelo razlikujejo. Nekatere bolnišnice naj že dalj časa ne bi imele primerov GVT ali PE. Tudi tu se poraja dvom o natančnosti spremljanja in pošiljanja podatkov. Po drugi strani bi to lahko kazalo na učinkovitost sistema obvladovanja venskih trombemboličnih zapletov v bolnišnicah, kjer primerov teh bolezni niso imeli. Verjetno pa je tudi, da imajo nekatere bolnišnice boljši sistem spremljanja dogodkov.

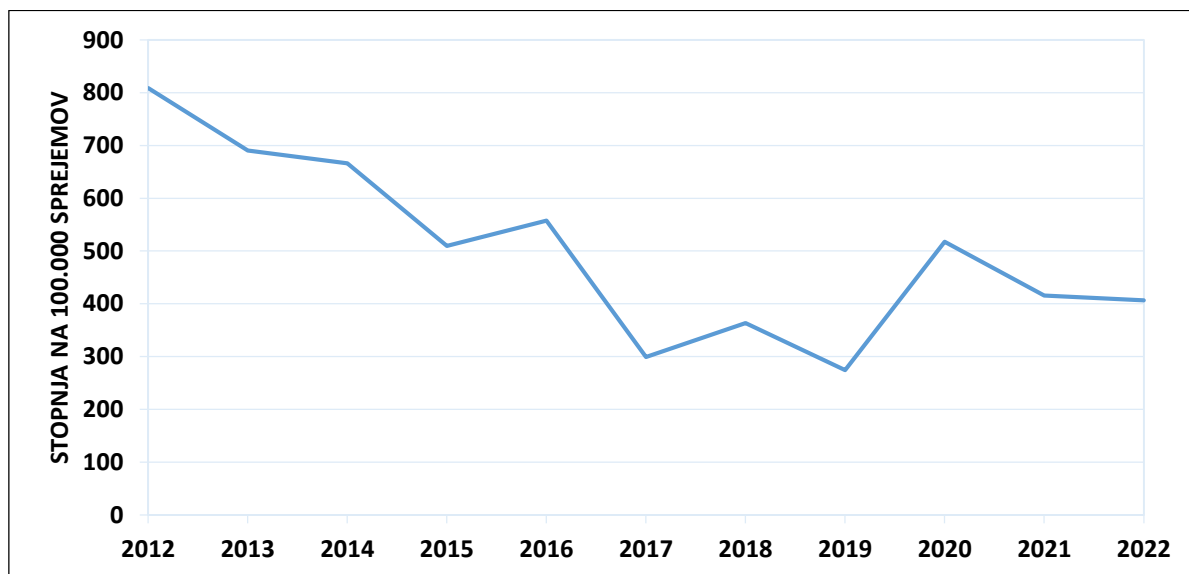
Pomembna omejitev pri razlagi podatkov je tudi nezmožnost ločitve diagnoz ob sprejemu in odpustu. Na podlagi izvedenih posegov in diagnoze GVT ali PE je mogoče le sklepati o pooperacijskem dogodku, zavedajoč se možnosti GVT ali PE ob sprejemu.

Opazno je zniževanje stopnje primerov PE ob vstavitvi kolčne ali kolenske endoproteze do leta 2019 z vnovičnim dvigom v letu 2020 in nato spet padcem 2021 in 2022, medtem ko se je stopnja primerov GVT prehodno zmanjšala v letu 2016 in se znova povečala v letih 2017 in 2018 ter spet zmanjšala v letih 2019 in 2021 ter povečala v letu 2022, kar lahko vzbuja dvom o natančnosti spremljanja ali pošiljanja podatkov ali kaže na slabše pred- in pooperacijsko obvladovanje venskih trombemboličnih zapletov (**sliki 41 in 42**).

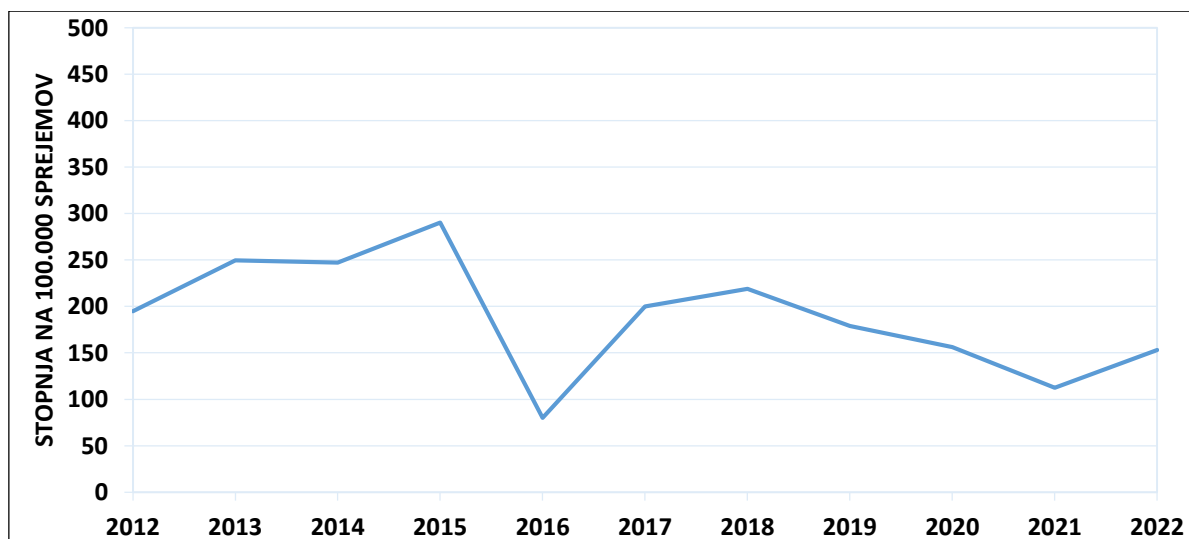
Analiza posameznih bolnišnic kaže nihanja glede števila primerov PE v posameznih slovenskih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022 (**slika 43**). Izstopa SB Izola, kjer naj med letoma 2012 in 2017 ne bi imeli primera PE, v letu 2018 pa so ugotovili en primer PE pri 12 opravljenih artroplastikah, kar je približno letno število opravljenih artroplastik med letoma 2012 in 2018. Podrobnejša analiza ne razkrije večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**slika 44**).

Podobno je opaziti pri GVT, kjer je po številu primerov GVT v letu 2014 znova izstopala SB Izola (**slika 45**). Vendar pa je treba poudariti majhno število artroplastik, ki jih tam opravijo letno. Podrobnejša analiza stanja zadnjih treh let ne kaže večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**slika 46**).

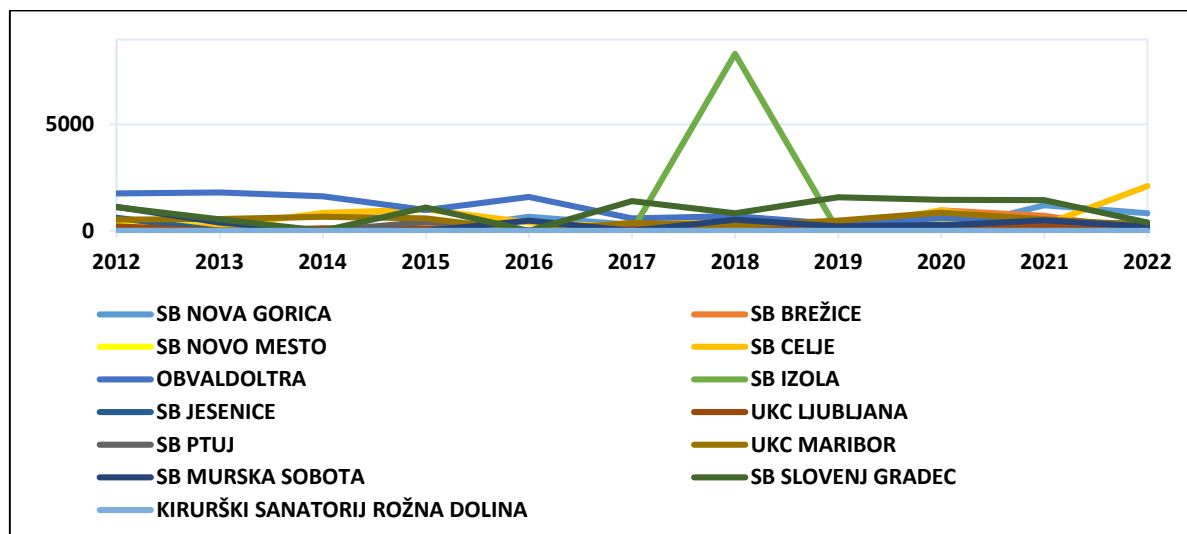
Slika 41: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2022



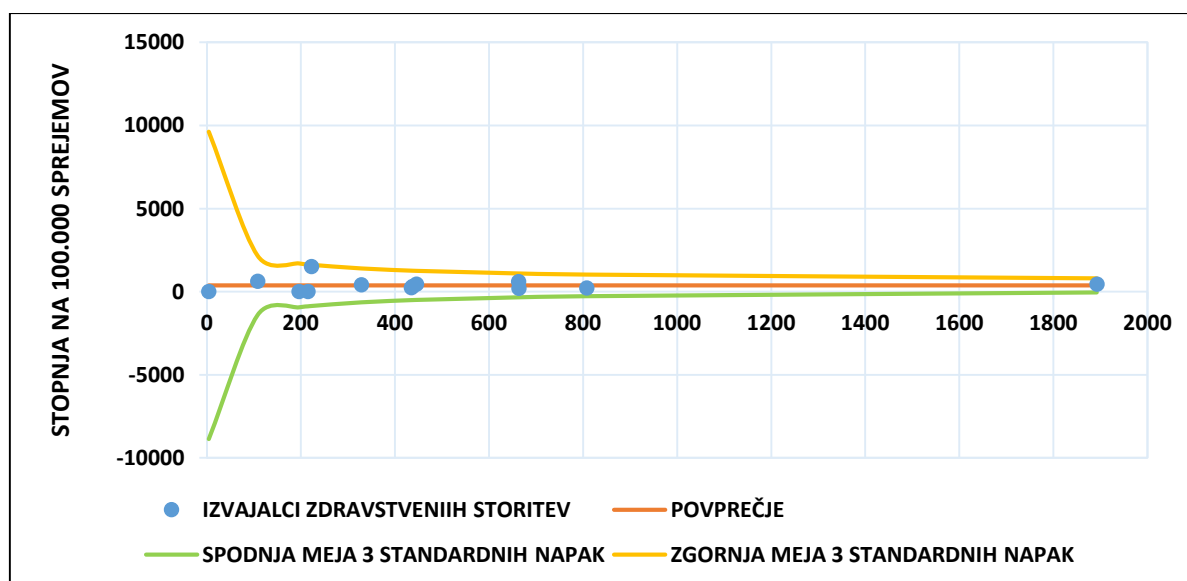
Slika 42: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2022



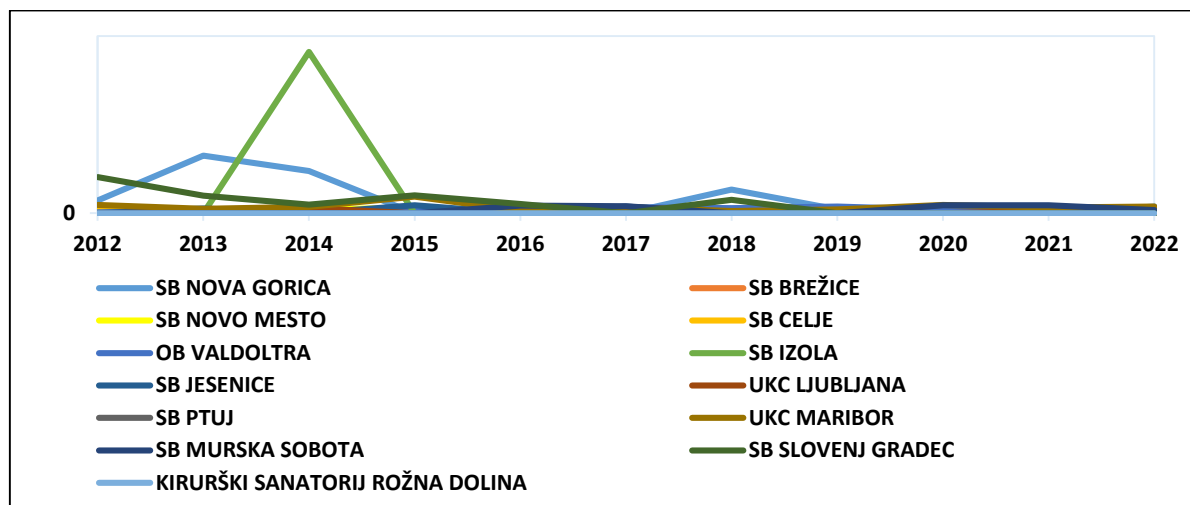
Slika 43: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022



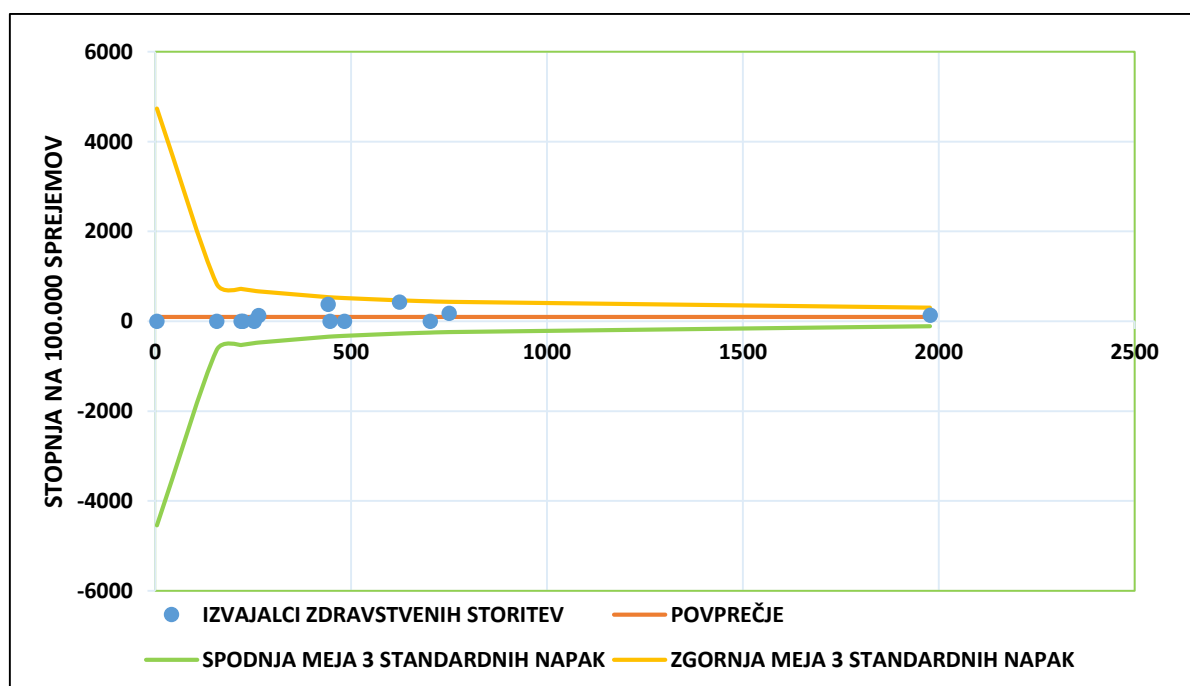
Slika 44: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



Slika 45: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022



Slika 46: Groba stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2020–2022)



KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE

Kazalnik kakovosti delež enodnevne kirurgije opredeljuje število posegov, opravljenih v sklopu enodnevne kirurgije (brez hospitalizacije čez noč) glede na skupno število posegov, izvedenih v bolnišnici. Upoštevajo se izbrani posegi, zajeti v sledenje kazalniku. Kazalnik je izražen v odstotkih.

Enodnevna kirurgija pripomore k preusmeritvi sredstev v okolja z manj intenzivno oskrbo in k zmanjšanju zasedenosti bolniških postelj. Ob tem prinaša hitrejše okrevanje in vrnitev na delovno mesto ter manjši delež bolnišničnih okužb.

S kazalnikom se spremljajo stroškovna učinkovitost, optimalna izbira zmogljivosti, inovativnost, širjenje uporabe tehnologij in zadovoljstvo bolnikov. Večje število kirurških posegov brez hospitalizacije (enodnevna kirurgija) namreč razbremeni zasedenost bolniških postelj v korist zahtevnejšim primerom. S tem se izboljša dostopnost in skrajšajo čakalne dobe. Izkazalo se je, da je enodnevna kirurgija stroškovno zelo učinkovita za številne kirurške posege. Izboljšanje anestetičnih sredstev in postopkov ter kirurških tehnik je omogočilo, da je vse več operativnih posegov izvedenih na način enodnevne kirurgije brez hospitalizacije. Z enodnevno kirurgijo se zmanjša tveganje za okužbe, dobljene v bolnišnici. Ob tem večina bolnikov raje okreva doma, kot pa noč preživi v bolnišnici. Enodnevna kirurgija je priporočljiva za otroke, saj je bivanje čez noč zanje pogosto najbolj neprijeten del obiska bolnišnice.

Poglavitna omejitev kazalnika je morebitna pristranskost ob izvajanju kirurških posegov v okolju ambulantne oskrbe. Rezultate mednarodnih primerjav je težko razlagati, saj se sheme za kodiranje posegov in opredelitve v različnih bolnišnicah razlikujejo, poleg tega se lahko razlikujejo finančne pobude za enodnevno kirurgijo in kirurški posegi, izvedeni v ambulantnem okolju. Tudi zanesljivost kodiranja primerov, pri katerih se načrtuje izvedba posega v sklopu enodnevne kirurgije, je lahko slaba.

V Sloveniji opazujemo deleže enodnevne kirurgije na področju artroskopije kolena, operacije ingvinalne hernije, tonzilektomije in/ali adenoidektomije, holecistektomije in operacije krčnih žil.

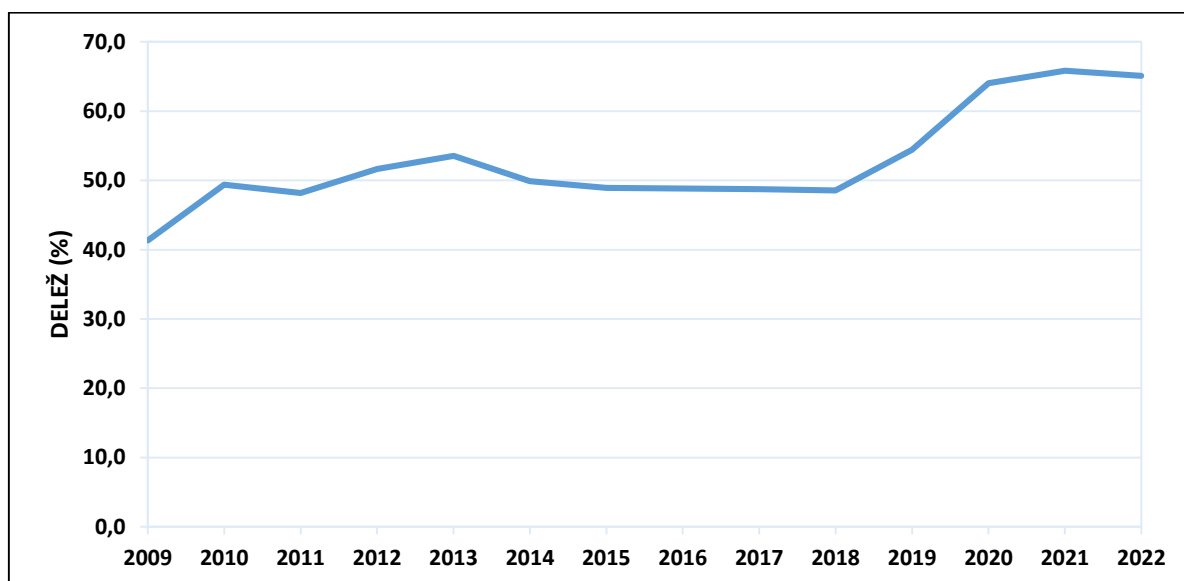
ARTROSKOPIJA KOLENA

V analizi so se upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj desetimi primeri enodnevne kirurgije za artroskopijo kolena v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena z 41,3 odstotka v letu 2009 postopoma povečeval do 65,1 odstotka v letu 2022 (**slika 47**). V letu 2022 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena znova v ustanovah Artros in Arbor Mea, med javnimi zdravstvenimi zavodi pa v SB Jesenice (**slika 48**).

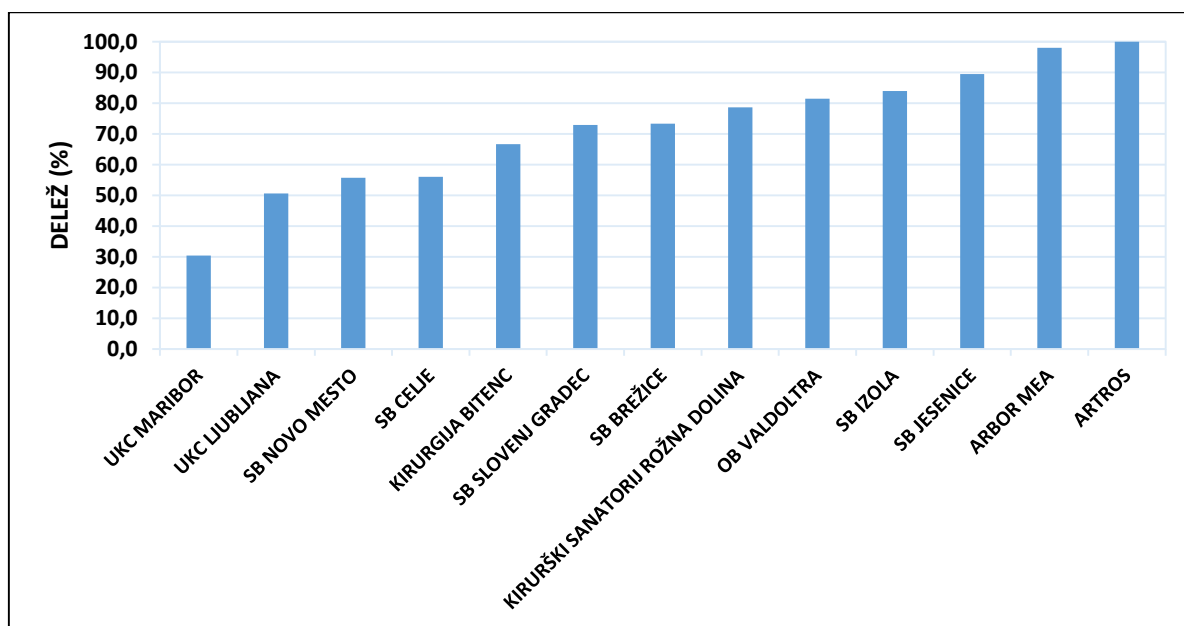
Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2022 je v večini primerov prikazala povečevanje deleža enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena (**slika 49**).

V letih 2020, 2021 in 2022 je opazen izrazit porast deleža. Pojav lahko delno razloži vpliv pandemije covida-19, ki je prispevala k manjšemu številu bolnišničnih obravnav v letih 2020 in 2021 ter ustvarjala dodatno spodbudo za krajšanje bivanja v bolnišnici.

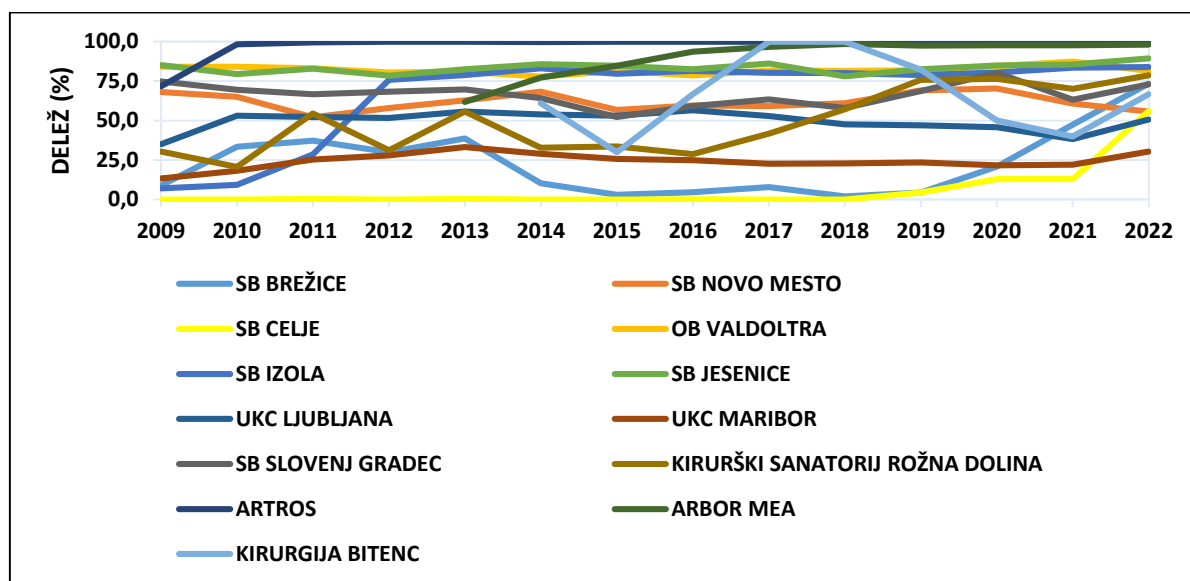
Slika 47: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2022



Slika 48: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2022



Slika 49: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2022

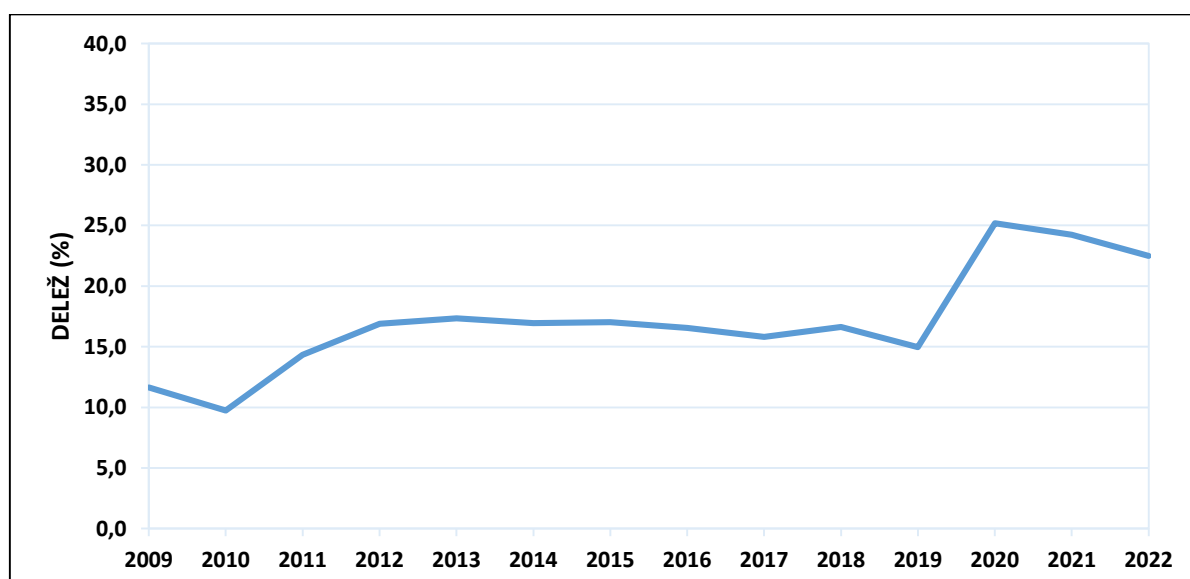


INGVINALNA HERNIJA

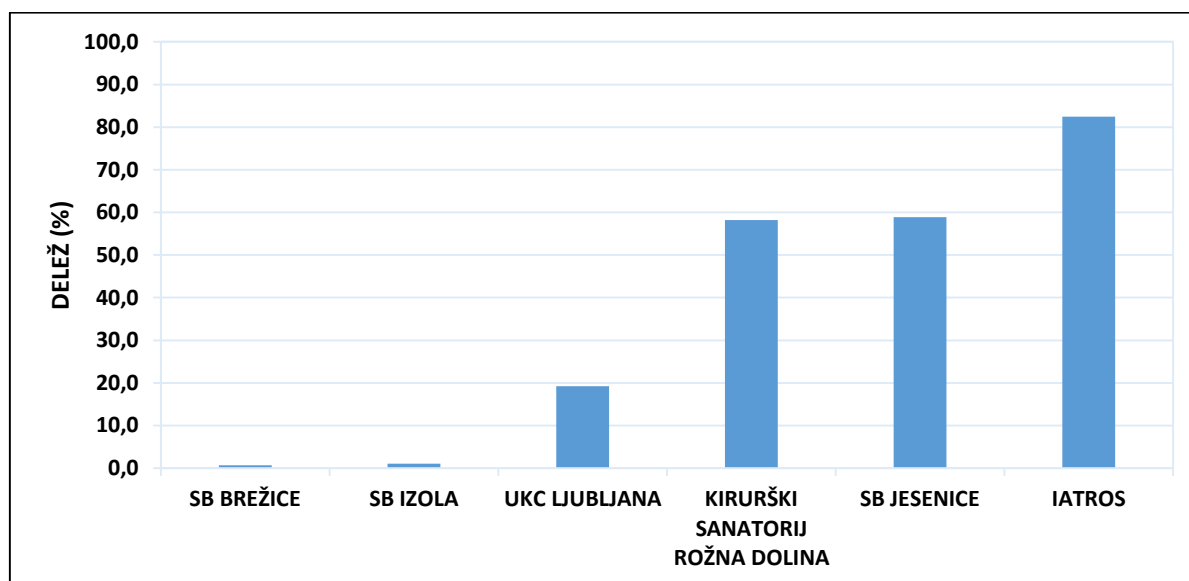
V analizi so se upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj petimi primeri enodnevne kirurgije v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije z 11,6 odstotka v letu 2009 povečeval na 25,2 odstotka v letu 2020 in nato zmanjšal na 22,5 odstotka v letu 2022 (**slika 50**). V letu 2022 so največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije znova imeli v ustanovi latros (82,4 %), med javnimi zdravstvenimi zavodi pa spet v SB Jesenice (58,9 %) (**slika 51**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2022 je v večini primerov prikazala znižanje deleža enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije (**slika 52**).

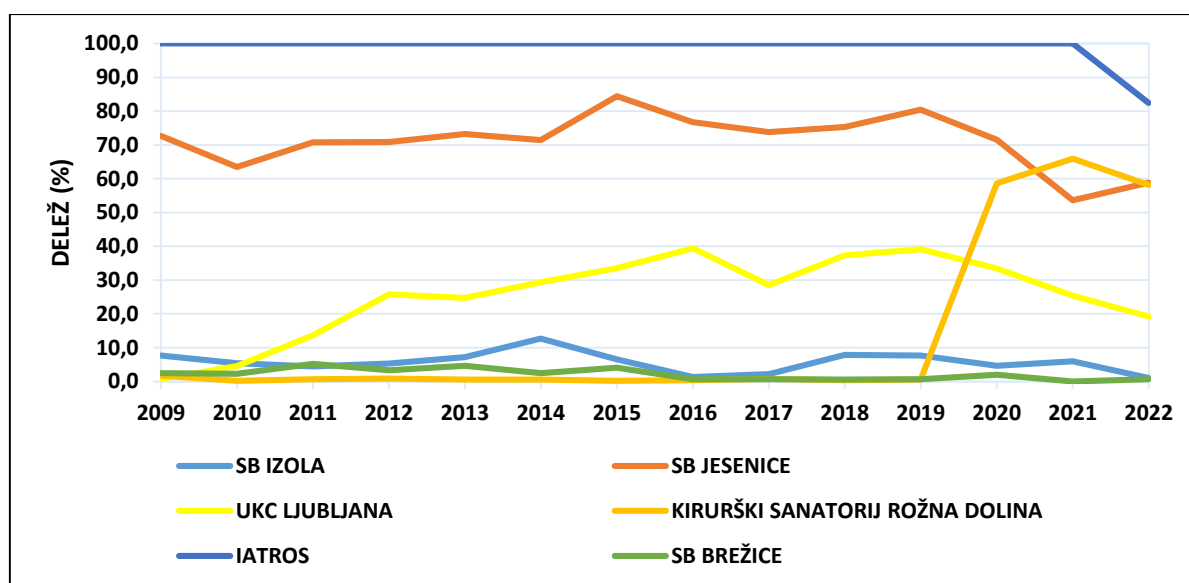
Slika 50: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2022



Slika 51: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2022



Slika 52: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2022



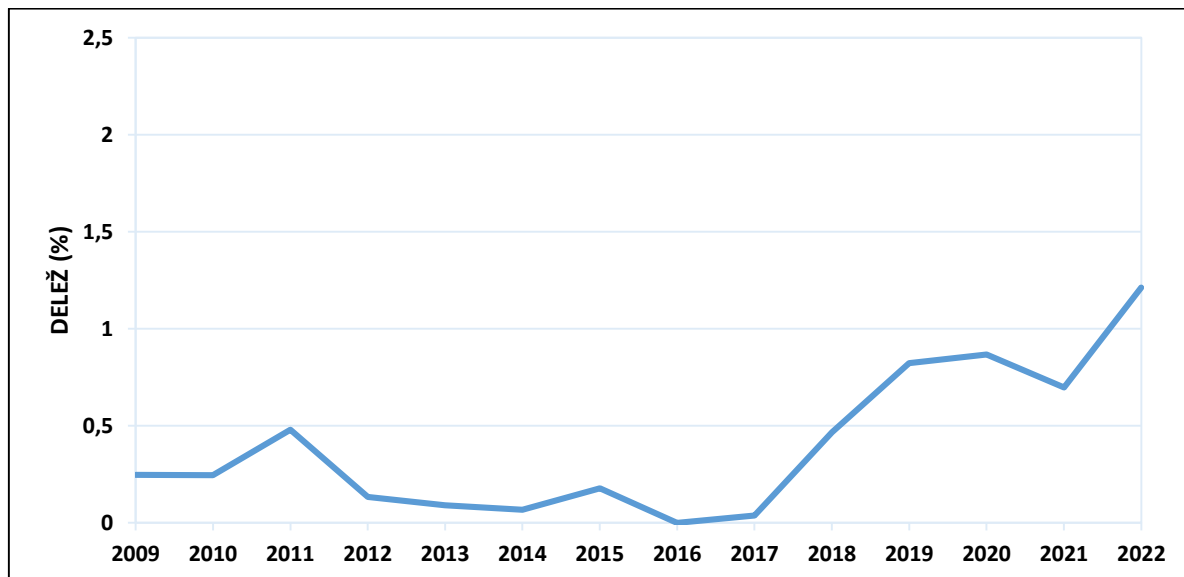
TONZILEKTOMIJA IN/ALI ADENOIDEKTOMIJA

V analizi so se glede na majhno število opravljenih posegov v okviru enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj enim primerom enodnevne kirurgije v enem opazovanem letu.

Pokazalo se je, da se delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije med letoma 2009 in 2022 ni bistveno povečal in ostaja zelo majhen, v letu 2022 nekaj več kot enoodstoten (slika 53).

Primerjava izvajalcev zdravstvene storitve ni mogoča zaradi nizkega absolutnega števila primerov pri izvajalcih zdravstvenih storitev. V letu 2022 je bila enodnevna kirurgija zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije izvajana le v SB Novo mesto.

Slika 53: Delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2022



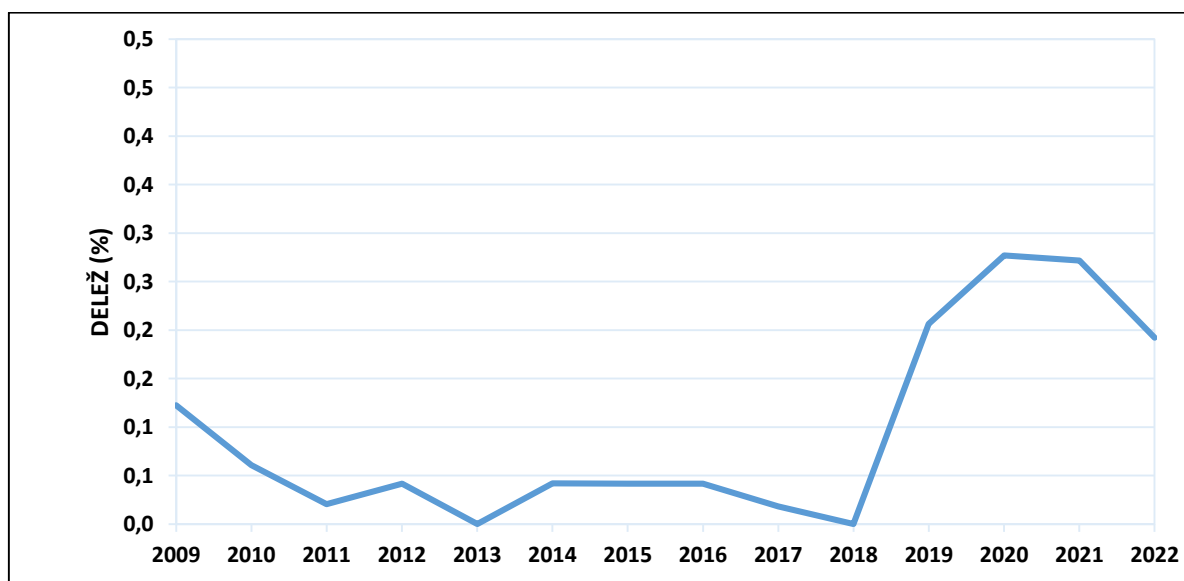
HOLECISTEKTOMIJA

V analizi so se glede na majhno število posegov v okviru enodnevne kirurgije zaradi holecistektomije upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj enim primerom v enem opazovanem letu.

Pokazalo se je, da se delež enodnevne kirurgije med letoma 2009 in 2022 ni bistveno povečal in ostaja zelo majhen (slika 54).

Primerjava izvajalcev zdravstvene storitve ni mogoča zaradi nizkega absolutnega števila primerov pri izvajalcih zdravstvenih storitev. V letu 2022 je bila enodnevna kirurgija zaradi holecistektomije izvedena v SB Izola, SB Murska Sobota, UKC Ljubljana, Kirurškem sanatoriju Rožna dolina in Medicinskem centru Ljubljana.

Slika 54: Delež enodnevne kirurgije zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2022



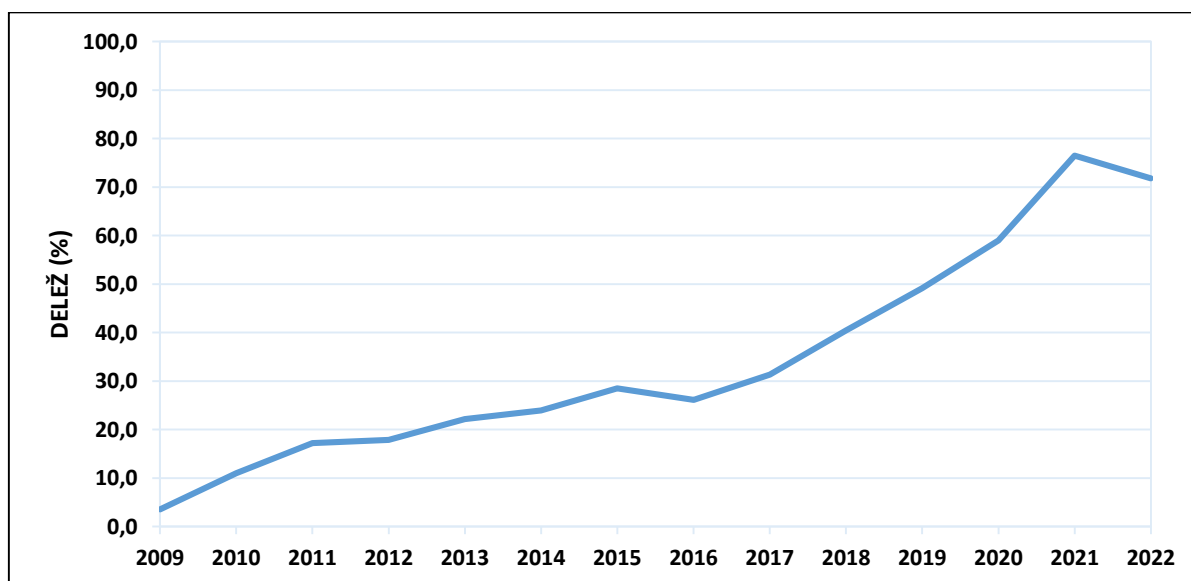
OPERACIJA KRČNIH ŽIL

V analizi so se upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj štirimi primeri enodnevne kirurgije v enem opazovanem letu.

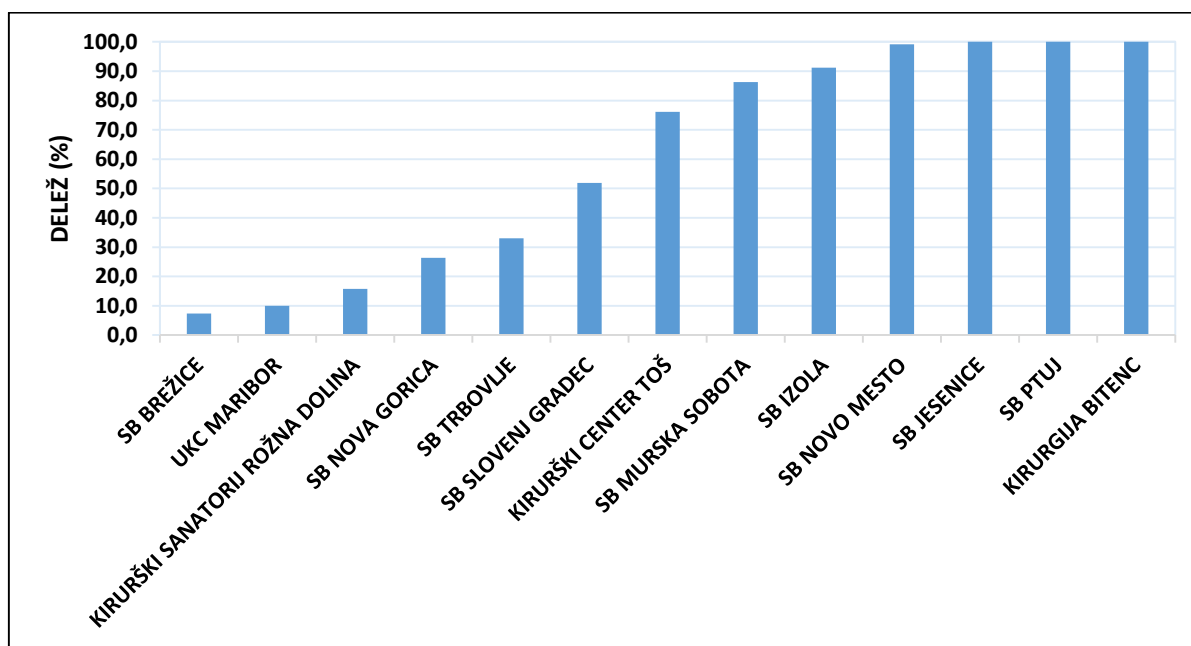
Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil s 3,6 odstotka v letu 2009 povečeval na 71,8 odstotka v letu 2022 (**slika 55**). V letu 2022 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v Kirurgiji Bitenc, SB Jesenice in SB Ptuj (100 %) (**slika 56**).

Podrobna analiza po posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev je povečini prikazala postopno povečevanje deleža (**slika 57**).

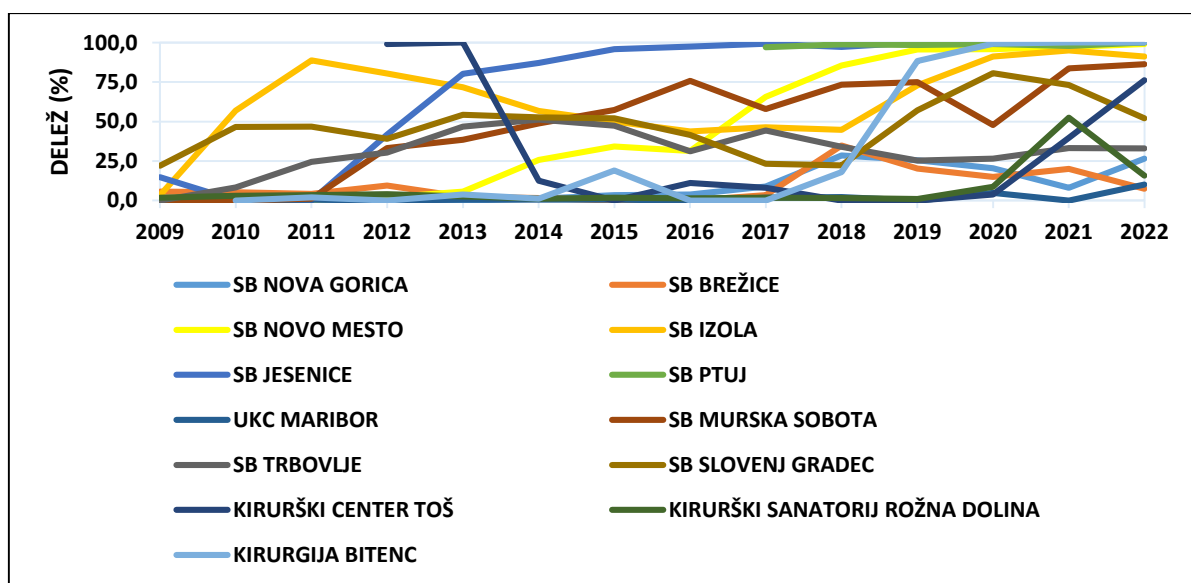
Slika 55: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2022



Slika 56: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2022



Slika 57: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2022



KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

Poročilo o spremljanju bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil je povzeto iz poročila in podatkov o porabi protimikrobnih zdravil v Sloveniji v letu 2022.

V letu 2022 je podatke o porabi sistemsko predpisanih protibakterijskih (antibiotikov), protiglivičnih in protivirusnih učinkovin sporočilo vseh 29 bolnišnic, od tega 26 javnih in tri javno financirane zasebne bolnišnice (Diagnostični center Bled, Kirurški sanatorij Rožna dolina in MC Medicor). Poleg podatkov o porabi v obeh UKC, splošnih in specialnih bolnišnicah so bili podatki pridobljeni tudi od petih oddelkov splošnih bolnišnic, in sicer internih, kirurških, ginekoloških in pediatričnih oddelkov ter intenzivnih enot (internistične, kirurške, druge). Bolnišnice prejmejo podatke, obdelane po enotni metodologiji. Lahko jih uporabijo za primerjavo med bolnišnicami in bolnišničnimi oddelki iste vrste. Čeprav bolnišnice porabijo le od 10 do 20 odstotkov celotne porabe antibiotikov v državi, so zaradi bolnikov središče nastajanja proti antibiotikom odpornih bakterij. Cilja nacionalne strategije smotrne rabe protimikrobnih zdravil 2019–2024 sta zmanjšanje celotne porabe antibiotikov v bolnišnicah za deset odstotkov in izboljšanje predpisovanja širokospektralnih antibiotikov.

Za izračun porabe je bila uporabljena anatomsko-terapevtsko-kemična klasifikacija (ATC), ki jo priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). V poročilu za leto 2022 je bila uporabljena SZO DDD/ATC, različica 2022. Izražena je v določenih dnevni dozi (DDD) na sto bolnišničnih oskrbnih dni (BOD), DDD na 100 sprejemov in DDD na 1000 prebivalcev na dan. Pri obdelavi podatkov se uporablja zadnja vrednost DDD. Če se vrednosti spremenijo, se upoštevajo za vsa predhodna leta. Podatki iz države se vsako leto sporočijo Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC). Poleg porabe spremljamo še način dajanja protimikrobnih zdravil (parenteralno, *per os*, inhalacije) in stroške.

Bolnišnični farmacevti ali drugo osebje, zaposleno v lekarnah manjših bolnišnic, pošilja(jo) podatke o porabi protimikrobnih zdravil. Število BOD in sprejemov pošlje NIJZ. Podatki o številu BOD in sprejemih na oddelke pogosto niso pravilni, ker niso upoštevane premestitve med posameznimi oddelki. Bolnišnice tudi ne ločujejo porabe protimikrobnih zdravil za hospitalizirane in ambulantno oziroma enodnevno bolnišnično oskrbovane bolnike.

V primerjavi z letom 2021 se je poraba antibiotikov (J01) v letu 2022 povečala s 302,58 na 309,19 DDD na 100 sprejemov (2,2 odstotka), s 55,65 na 55,83 DDD na 100 BOD (0,3 odstotka) in z 1,43 na 1,49 DDD na 1000 prebivalcev na dan (4,2 odstotka) (**slIKE 58, 59 in 60**). Od leta 2003 do leta 2014 je bilo opazno zmanjševanje porabe antibiotikov glede na DDD na 100 sprejemov, po letu 2014 je opazno njeno naraščanje. Pri porabi glede na DDD na 100 BOD je opazen trend postopnega povečevanja, zlasti v letu 2021, medtem ko poraba glede na DDD na 1000 prebivalcev na dan ostaja približno enaka.

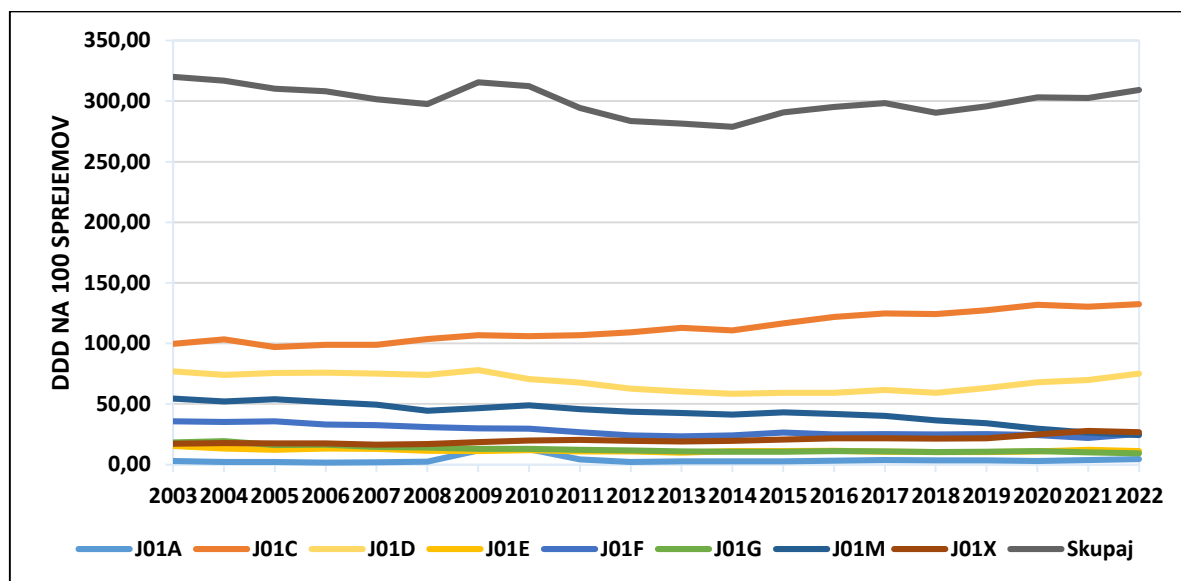
Poraba protiglivičnih zdravil za sistemsko rabo (J02) se je v letu 2022 v primerjavi z letom 2021 zmanjšala z 0,107 na 0,074 DDD na 1000 prebivalcev na dan (30,8 odstotka), poraba protivirusnih zdravil (J05) pa se je povečala z 0,068 na 0,108 DDD na 1000 prebivalcev (58,9 odstotka) (**slIKI 61 in 62**).

Pri porabi protimikrobnih zdravil v posameznih izbranih oddelkih je opaziti nihanje porabe DDD na 100 BOD (**preglednica 6**).

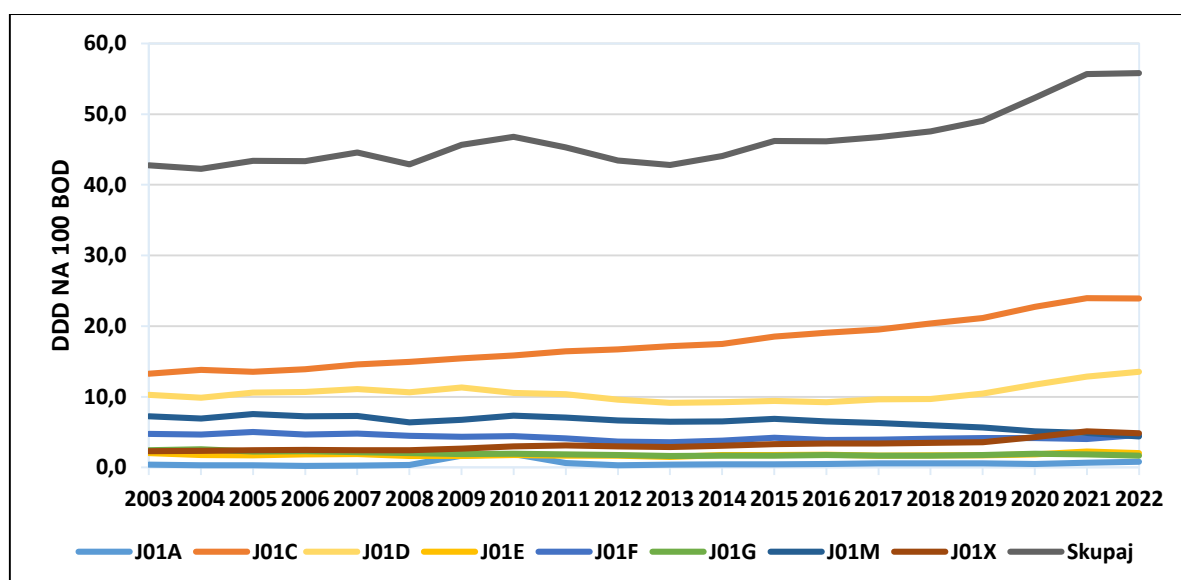
V letu 2022 so največ protivirusnih zdravil porabili v UKC Ljubljana (12,37 DDD na 100 BOD), protiglivičnih na OI Ljubljana (17,16 DDD na 100 BOD) in antibiotikov v OB Valdoltra (95,62 DDD na 100 BOD) (slike 63, 64 in 65).

Za zmanjšanje odpornosti gramnegativnih bakterij proti cefalosporinom, kinolonom in karbapenemom bi morali zmanjšati porabo teh skupin antibiotikov (protipsevdomonasnih karbapenemov) na 1,5 DDD na 100 BOD. V Sloveniji je bila v letu 2022 povprečna poraba cefalosporinov tretje generacije 3,87 DDD na 100 BOD, fluorokinolonov 4,40 DDD na 100 BOD in protipsevdomonasnih karbapenemov 2,03 DDD na 100 BOD. Brez manjše porabe ne moremo pričakovati zmanjšanja odpornosti bakterij.

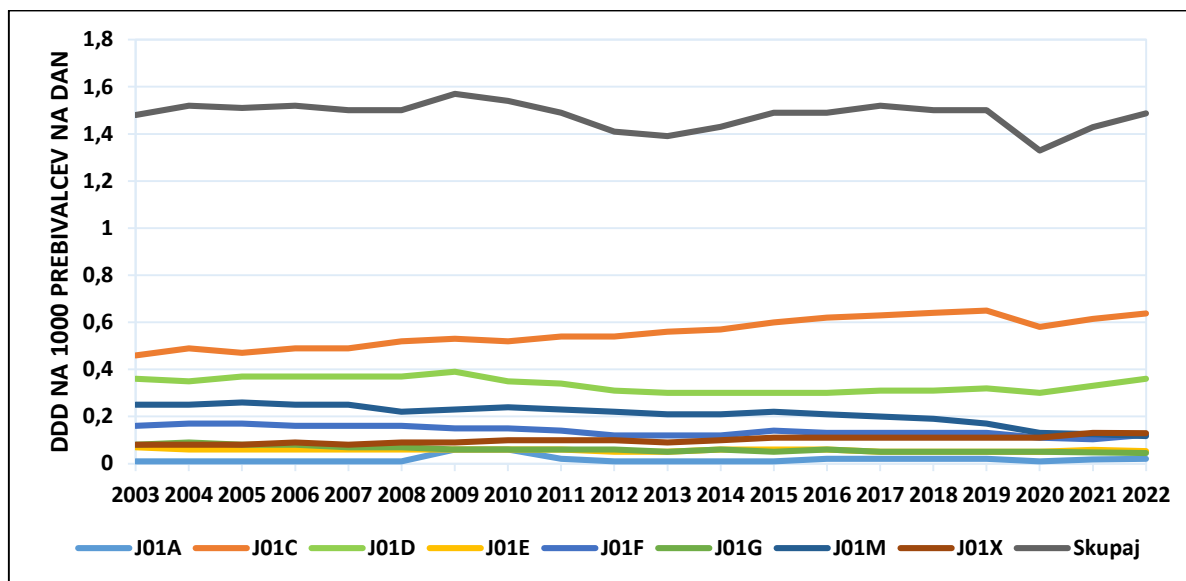
Slika 58: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2022 (DDD na 100 sprejemov)



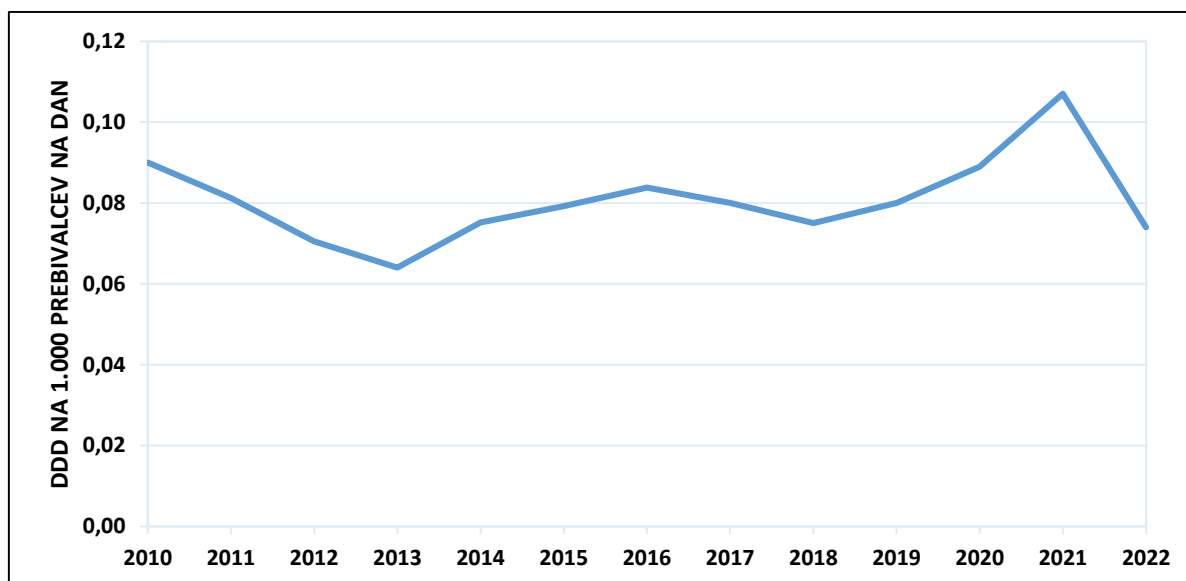
Slika 59: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2022 (DDD na 100 BOD)



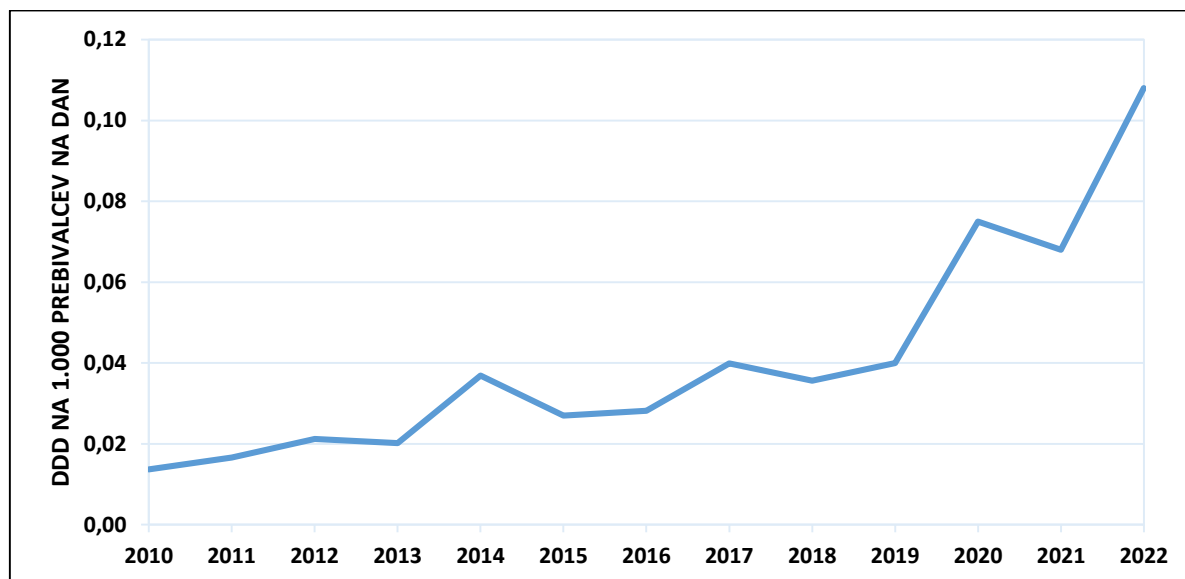
Slika 60: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2022 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



Slika 61: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2022 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



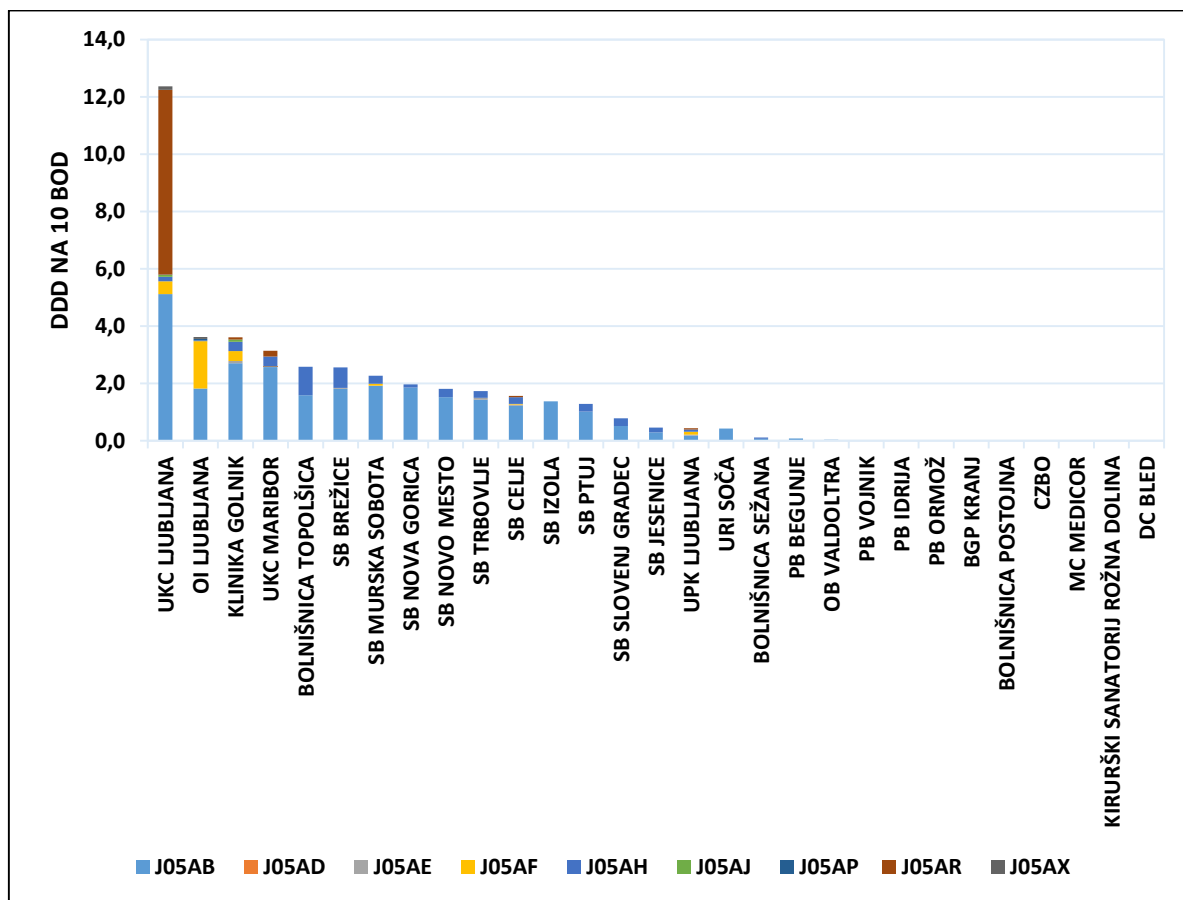
Slika 62: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2022 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



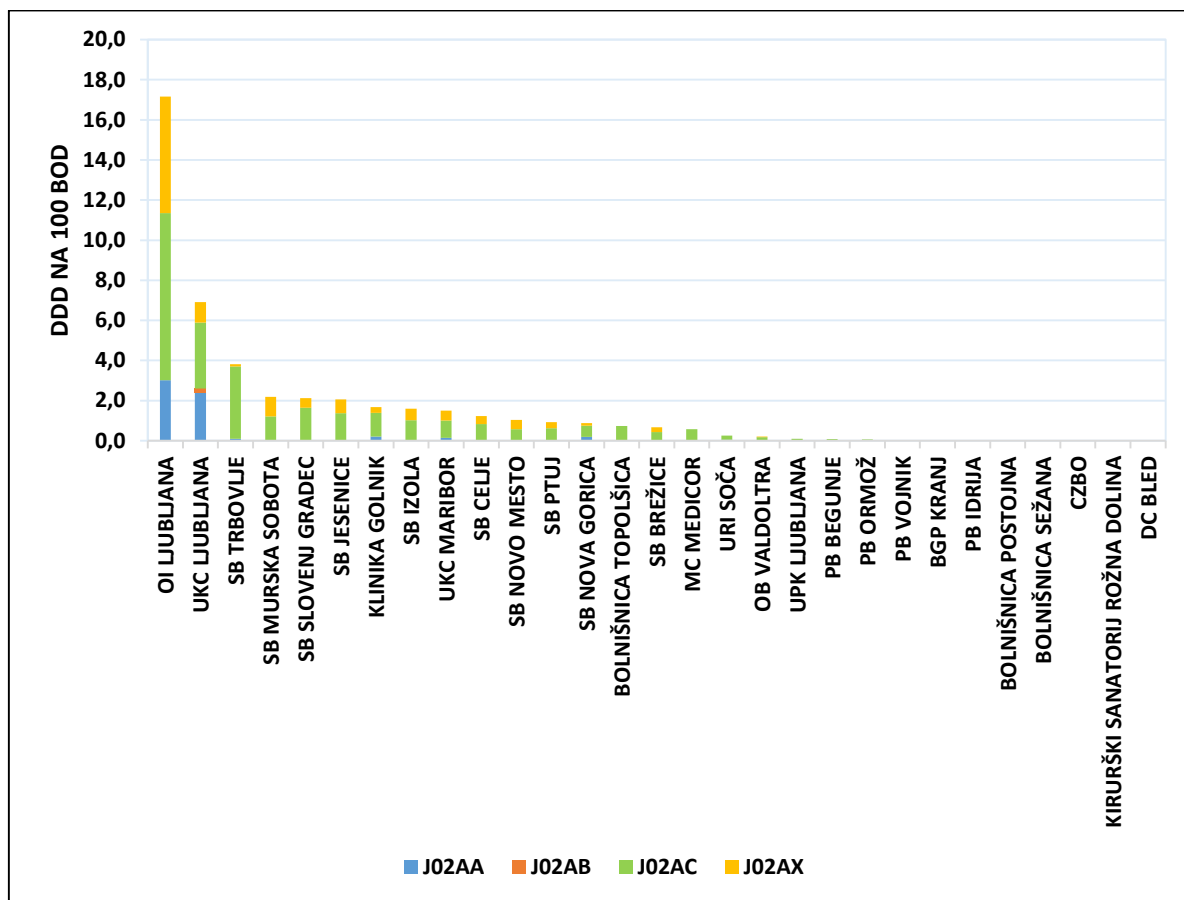
Preglednica 6: Povprečna poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemsko rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2022

ODDELEK	POVPREČJE 2016	POVPREČJE 2017	POVPREČJE 2018	POVPREČJE 2019	POVPREČJE 2020	POVPREČJE 2021	POVPREČJE 2022	Najmanjša poraba 2022	Največja poraba 2022
INTERNA	57,77	60,13	61,67	62,44	74,78	62,98	76,80	44,84 (SB Trbovlje)	118,53 (UKC Ljubljana)
KIRURGIJA	63,52	63,31	64,59	67,46	69,71	70,92	78,80	48,98 (SB Ptuj)	95,39 (SB Celje)
GINEKOLOGIJA	30,09	32,33	30,84	32,57	30,20	26,49	30,26	14,05 (SB Jesenice)	55,29 (UKC Maribor)
PEDIATRIJA	39,15	40,66	44,86	42,24	43,96	38,00	42,92	9,47 (SB Jesenice)	92,96 (SB Celje)
INTERNISTIČNA INTENZIVNA TERAPIJA	123,22	128,47	132,98	124,54	96,59	110,55	74,02	37,86 (UKC Ljubljana)	172,07 (SB Murska Sobota)
KIRURŠKA INTENZIVNA TERAPIJA	181,76	173,75	175,49	178,50	158,15	142,40	182,04	58,27 (SB Slovenj Gradec)	372,69 (SB Murska Sobota)

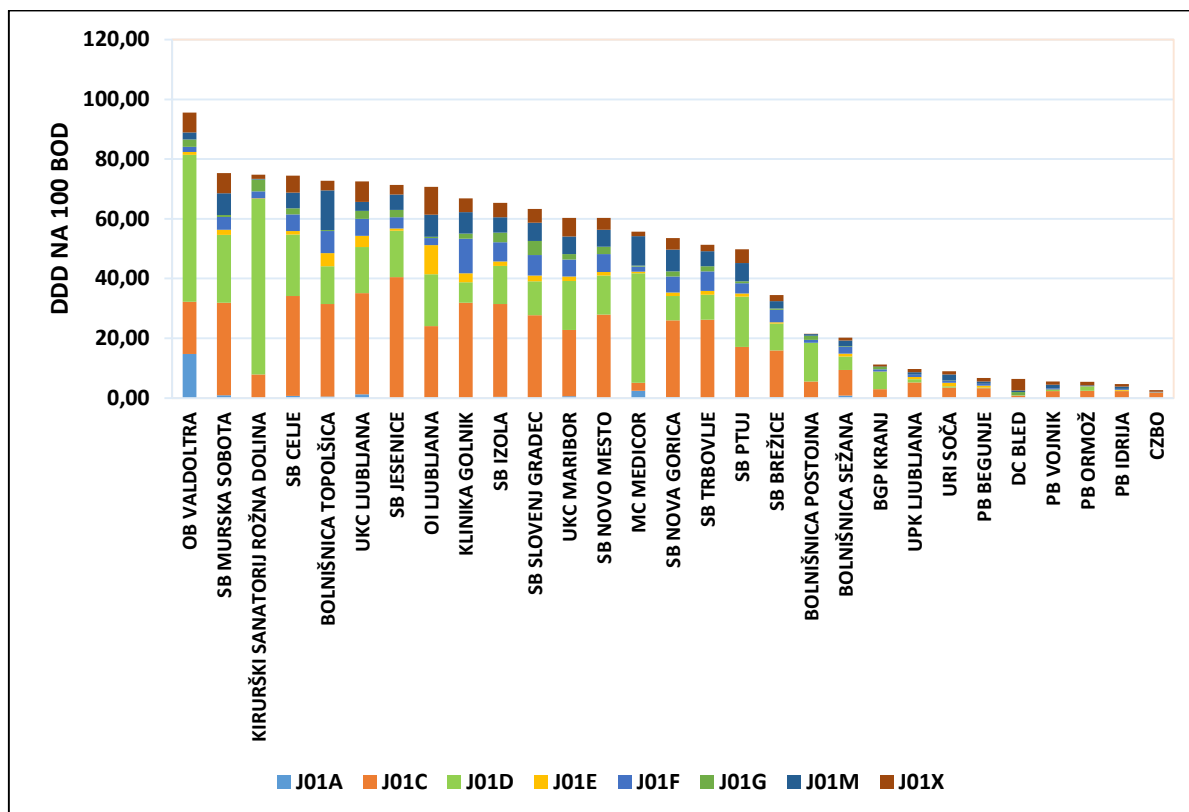
Slika 63: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2022 (DDD na 100 BOD)



Slika 64: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2022 (DDD na 100 BOD)



Slika 65: Poraba antibiotikov (J01) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2022 (DDD na 100 BOD)



VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA

KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA

Kazalnik pooperacijska sepsa je določen kot stopnja bolnikov, starih 15 let ali več, ki so bili odpuščeni s sekundarno diagnostično kodo sepsa (A40.0–A40.9, A41.1–A41.9, R57.2, R57.8, R65.0, R65.1, T81.1) po abdominopelvični kirurški obravnavi. Izključitvena merila so nosečnost, porod, poporodno obdobje, predhodna okužba, imunska oslabeleost, rakava bolezen in sepsa ob sprejemu. V primerjavi z določili OECD za leti 2018 in 2019 so v določilih za leti 2020 in 2021 upoštevane hospitalizacije, trajajoče manj kot tri dni, pri čemer so bili odpuščeni živi ljudje.

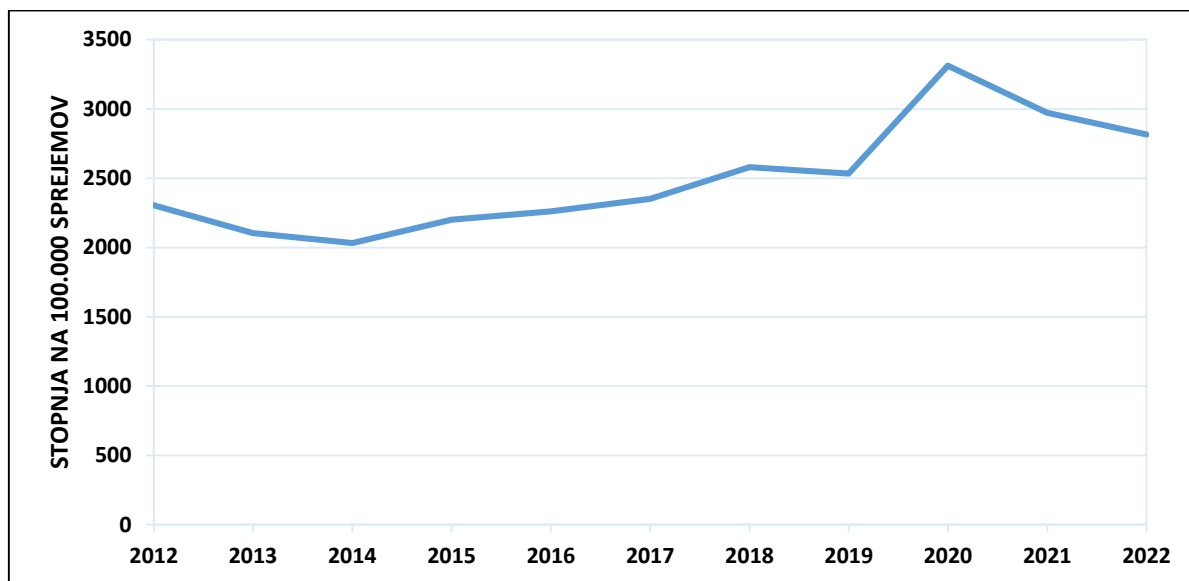
Glavna omejitev analize pooperacijske sepse v Sloveniji še vedno ostaja nezmožnost prepoznavanja sprejemnih diagnoz oziroma nepoznavanje opredelitve kazalnika. To pomeni, da se pri prikazu vrednosti kazalnika za pooperacijske sepse (ob upoštevanju izključitvenih meril) lahko upoštevajo vsi primeri hospitalizacije z diagnozo sepsa in hkrati izvedenim kirurškim posegom.

Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja pooperacijskih seps med letoma 2012 in 2014 zmanjševala ter se po letu 2014 začela povečevati do te meje, da je leta 2017 presegla stopnjo, izmerjeno v letu 2012, po letu 2018 pa je opazen blag padec z vnovičnim znatnim porastom v letu 2020 in upadom v letu 2021 ter 2022 (**slika 66**).

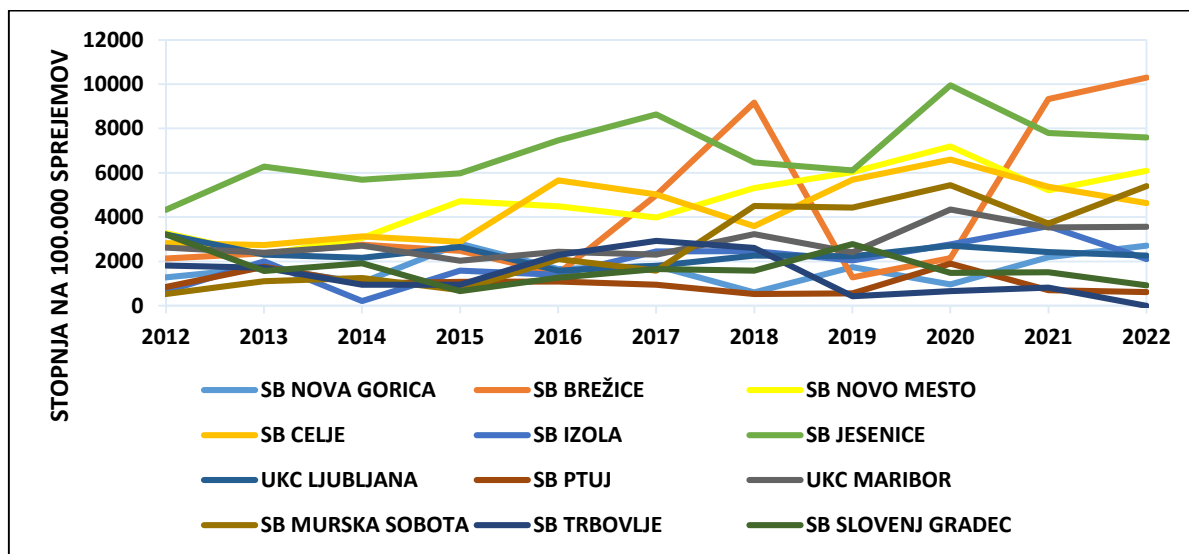
Medbolnišnična analiza prav tako kaže povečevanje stopnje pooperacijskih seps v zadnjih letih razen velikega povečanja stopnje v SB Brežice v letih 2021 in 2022 (**slika 67**). Podrobnejša analiza povprečij zadnjih treh let ne prikaže odstopanj po bolnišnicah (**slika 68**).

Znova je treba poudariti, da so pri številnih izvajalcih zdravstvenih storitev lahko bile upoštevane vse sepse, ne samo tiste, nastale po abdominopelvični kirurški obravnavi.

Slika 66: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2022



Slika 67: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2022



Slika 68: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2020–2022)

